

Gestación heterotópica: una causa infrecuente de abdomen agudo



Heterotopic pregnancy: A rare cause of acute abdomen

La gestación heterotópica (GH) se define como la coexistencia simultánea de un embarazo intrauterino y otro extrauterino, que hasta en el 95% de las ocasiones es tubárico¹⁻⁴.

Es un proceso patológico poco frecuente, con una incidencia aproximada de 1 de cada 30.000 gestaciones espontáneas. En la última década ha aumentado hasta el 1-2%, tras la introducción de las técnicas de reproducción asistida (TRA)^{5,6}.

A continuación presentamos el caso de una gestante de 21 años, con antecedente de inseminación artificial, que acudió en la semana 8 al servicio de urgencias por dolor abdominal y síncope. Veinticuatro horas antes había consultado por molestias abdominales difusas y sangrado vaginal, diagnosticándose de gestación intrauterina (GI) evolutiva con pequeño hematoma retrocorial.

En la exploración física destacaba presión arterial 70/40 mm Hg, frecuencia cardíaca 93 lpm, abdomen doloroso de forma generalizada con signos de irritación peritoneal, cérvix doloroso a la movilización, restos hemáticos en la vagina y ausencia de sangrado uterino activo.

En la analítica que se realizó destacaban hemoglobina 10,7 g/dl y fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (beta-HCG) 122.314 mUI/ml (7.650-229.000 entre las semanas 7 y 8). En la ecografía transvaginal se visualizó una vesícula gestacional con embrión en su interior que correspondía a 8 más 2 semanas de gestación (CRL 17.4 mm), con latido cardíaco positivo, anejos aparentemente normales e importante cantidad de líquido libre en la cavidad abdominal. A la hora se realizó control analítico en el que se objetivó una hemoglobina de 9 g/dl. Ante la sospecha de hemoperitoneo se realizó laparoscopia urgente en la que se confirmó la presencia del mismo, así como rotura de la trompa derecha con abundantes coágulos, sugestivo de embarazo ectópico complicado. Se realizó salpinguectomía derecha. El postoperatorio fue favorable, siendo dada de alta a las 48 h. Actualmente la gestación evoluciona sin complicaciones.

En la GH, aunque la etiología no está bien establecida, se han descrito una serie de factores predisponentes como son el uso de anticonceptivos, la enfermedad pélvica inflamatoria, el antecedente de cirugía pélvica, el embarazo ectópico o embarazo gemelar, la endometriosis y las TRA^{1,2,5,6}.

Las manifestaciones clínicas son variadas, siendo las más frecuentes el dolor abdominal (80%), el sangrado vaginal (50%) y el shock hipovolémico (13%). Sin embargo hay ocasiones en las que la paciente puede estar asintomática^{2,3}. Por este motivo, es importante un alto grado de sospecha clínica, ya que el embarazo ectópico continúa siendo la primera causa de mortalidad materna durante el primer trimestre de gestación^{1,5}.

El sangrado vaginal ocurre cuando la GI se complica con la presencia de hematoma retroplacentario³, como sucedió en nuestro caso.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con el cuerpo lúteo hemorrágico o roto, el síndrome de hiperestimulación ovárica, la torsión de quiste de ovario, el cólico renal y la apendicitis aguda^{5,6}.

Habitualmente el diagnóstico se realiza por ecografía transvaginal. La visualización de un embrión intrauterino y otro extrauterino con actividad cardíaca confirman el diagnóstico en el 40% de las ocasiones. En el resto el diagnóstico se hace observando una gestación intrauterina y una masa anexial sugerente de embarazo ectópico, o durante la cirugía de un abdomen agudo^{2,4,6-8}, tal y como ocurrió en el caso que presentamos.

La utilidad de la beta-HCG es menor, ya que se encuentra elevada por la propia GI. Sin embargo, en aquellas ocasiones en las que los niveles de beta HCG son mayores a los esperados según el tiempo de amenorrea para una GI única, asociado a dolor abdominal, nos debe hacer sospechar una GH^{4,5}.

El tratamiento de la GH depende del momento en el que se realice el diagnóstico, de la situación clínica de la paciente y del lugar de implantación. El tratamiento es principalmente quirúrgico por vía laparoscópica, al ser menos agresivo y beneficiar a la GI. La técnica más habitual es la salpinguectomía, que es de elección si existe rotura tubárica^{1,2}. La laparotomía se reserva para los casos de inestabilidad hemodinámica. En nuestro caso se optó por la salpinguectomía laparoscópica tras la estabilización hemodinámica de la paciente. Existen tratamientos más conservadores, como la inyección de sustancias por vía vaginal guiada por ecografía (cloruro potásico, glucosa hiperosmolar, prostaglandinas y metotrexato)^{2,5,6,8}. Se desaconseja el uso de metotrexato por sus efectos teratogénicos sobre la GI, así como las prostaglandinas debido a que estimulan las contracciones uterinas y podrían producir aborto de la GI.

El cuanto al pronóstico fetal, se estima que hasta el 70% de los embarazos intrauterinos llegan a término^{3,5}.

En resumen, debemos sospechar una GH en toda gestante con factores de riesgo o sometida a TRA que consulta por dolor abdominal durante el primer trimestre de gestación.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Ovejero Gómez VJ, Bermúdez García MV, Pérez Martín A, García Rodríguez J. Hemoperitoneo masivo asociado a embarazo ectópico: revisión de su manejo diagnóstico y tratamiento quirúrgico. *Semergen*. 2011;37:514-8.
- López Luque PR, Bergal Mateo GJ, López Olivares MC. El embarazo ectópico: su interés en atención primaria de salud. *Semergen*. 2014;40:211-517.
- Gutiérrez García S, Posadilla González P. Embarazo heterotópico tras superovulación e inseminación intrauterina. *Prog Obstet Ginecol*. 2002;45:208-11.
- Corraliza V, Vicandi F, Granados MA, Chiva L. Embarazo heterotópico espontáneo presentado como un abdomen agudo. *Clin Invest Gin Obst*. 2002;29:349-50.
- Aranda Fortea M, Abril Utrillas N, Raga Baixauli F, Fuster Molina D, Forgiarini A, Bonilla-Musoles F. Gestación heterotópica en un embarazo espontáneo. *Prog Obstet Ginecol*. 2011;54:524-7.
- Luna Lugo G. Embarazo heterotópico espontáneo en pacientes con antecedentes de embarazo familiar gemelar: 2 casos. *Prog Obstet Ginecol*. 2012;55:141-5.
- Díaz A, Ramírez C, Rojas L, Jiménez J, Hiriart J, Peñaloza F. Embarazo heterotópico: un caso de urgencias. *Rev Obstet Ginecol*. 2006;1:118-20.
- Martínez Caballero RM, Cerrillo Martínez M, Argüello González A, Díaz Serrano MD, González de Merlo G. Gestación heterotópica espontánea. Diagnóstico ecográfico y tratamiento laparoscópico. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51:567-70.

A. Santamaría Marín* y C. Monroy Gómez

Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asantamariamarin@hotmail.com
(A. Santamaría Marín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2015.04.018>

Mancha hiperpigmentada muy pruriginosa en la espalda



Highly pigmented stain on the back

Mujer de 60 años con antecedentes de HTA esencial sin afectación de órganos diana, gonartrosis. En tratamiento con enalapril 20 mg cada 12 h y paracetamol 1 g/8 h. Refiere la aparición desde hace 5 meses de una lesión hiperpigmentada en la espalda, a nivel interescapular, muy pruriginosa. El prurito le impide incluso el descanso nocturno y le origina gran ansiedad. No se asocia a la aparición de lesiones cutáneas a otros niveles y no presenta ninguna otra sintomatología sistémica. No refiere la toma de otros fármacos.

La exploración física de la paciente no presenta adenopatías a ningún nivel; la exploración boca, cuello, auscultación cardiaca y pulmonar es normal. No presenta organomegalias. A nivel interescapular presenta una placa hiperpigmentada de 4 cm de diámetro, de bordes mal definidos y aspecto reticulado con signos de rascado en su interior (fig. 1). No existen otras lesiones cutáneas a otros niveles. Se realiza una analítica con hemograma, glucosa, perfil renal, hepático, tiroideo, lipídico, y es normal. Se realiza radiografía de columna cervical, apareciendo signos de espondiloartrosis evolucionada.

Se inicia un tratamiento con corticosteroides tópicos y antihistamínicos H₁ orales sin experimentar la paciente ninguna mejoría, por lo que se cambia el tratamiento a capsaicina tópica, sin mejoría. Se añade al tratamiento amitriptilina 10 mg por la noche con mejoría, sobre todo en lo referido al descanso nocturno.

La aparición de una placa hiperpigmentada con intenso prurito localizada en la zona interescapular nos debe hacer sospechar, en primer lugar, la posibilidad de que se trate de una amiloidosis maculosa. Actualmente se considera que la amiloidosis maculosa y la notalgia parestésica podrían ser fases evolutivas diferentes del mismo proceso nosológico¹.

La causa de aparición es desconocida. Los ramos posteriores de los nervios espinales que surgen de las vértebras dorsales desde D2 a D6, al atravesar el músculo paraespinal multifidus cambian su dirección 90°, lo que pudiera predisponer a estos nervios a traumatismos repetidos y atrapamientos. Por un proceso de modulación compleja originan los llamados marcapasos neurales ectópicos capaces de crear descargas independientes y repetitivas responsables del intenso prurito. Posteriormente, el rascado continuo originaría una degeneración de queratinocitos que formarían depósitos de amiloide que originarían la amiloidosis maculosa. Por lo tanto, la notalgia parestésica y la amiloidosis macular serían 2 caras de la misma moneda^{2,3}.

La notalgia parestésica (NP) es considerada una mono-neuropatía sensitiva que clínicamente se manifiesta con prurito localizado en la región dorsal entre las vértebras dorsales D2 a D6, aunque también puede ocasionar dolor, parestesias, hipo/hiperestesia o sensación de ardor, y habitualmente se acompaña de una mácula hiperpigmentada en la misma localización. El atrapamiento nervioso (rama posterior de los nervios espinales de T2 a T6) se establece como la principal causa de esta entidad.

La amiloidosis maculosa es un proceso caracterizado por placas reticulares hiperpigmentadas muy pruriginosas generalmente localizadas en la espalda, y en las que se detecta la presencia de sustancia amiloide. Fue descrita por primera vez en 1952 por Plaitz y Peck.

Se desarrolla fundamentalmente en mujeres de entre 30 y 60 años, y es más frecuente en algunas regiones geográficas: Asia, la cuenca mediterránea, América del Sur y América Central⁴.

Claves diagnósticas:

- Mácula hiperpigmentada, de color marrón grisáceo, bien delimitada, de forma rectangular, en la región dorsal alta.
- Se caracteriza por prurito muy intenso.
- La mayoría de los casos se dan en pacientes mayores de 40 años en relación con compresiones