

Embarazo heterotópico espontáneo en una mujer sin factores de riesgo: reporte de un caso

Spontaneous heterotopic pregnancy in a woman with no known risk factors: a case report

Alejandro Zatarain-Gulmar^{1*} y Verónica E. Torres-Hernández²

¹Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Hospital Ángeles Lomas; ²Servicio de Radiología, Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. Ciudad de México, México

RESUMEN

El embarazo heterotópico es aquel en el que coexiste una gestación intra y extrauterina de manera simultánea, es una condición potencialmente fatal que raramente ocurre en concepciones naturales. Presentamos el caso clínico de una paciente de 35 años, sin factores de riesgo aparentes, que acude a urgencias por un importante dolor abdominal en el hipogastrio, de predominio izquierdo. En la ecografía se identifica un embarazo intrauterino sin latido cardíaco y una masa anexial izquierda compatible con un embarazo ectópico tubárico roto y hemoperitoneo. A continuación se revisará a fondo el caso y se realizará una breve revisión de la literatura reciente disponible sobre esta patología.

Palabras clave: Embarazo heterotópico. Embarazo ectópico. Hemoperitoneo.

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is a condition in which intra- and extrauterine pregnancies occur at the same time, it's a life threatening condition that rarely occurs in spontaneous conceptions. We report such a case in a 35 year old patient, with no known risk factors that presents to the emergency room with severe lower abdominal pain. The ultrasound reveals an intrauterine pregnancy with no indentifiable heartbeat and a left adnexal mass compatible with

Correspondencia:

*Alejandro Zatarain-Gulmar

E-mail: zatarain182@hotmail.com

Recibido: 16-10-2018

Aceptado: 26-03-2019

DOI: 10.24875/ARM.19000040

1665-2118/©2019 Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen, AC. Publicado por Permalyer México SA de CV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ruptured left ectopic tubal pregnancy and hemoperitoneum. Up next we will review the case in deep and present a brief review of the recent available literature on this pathology.

Key words: Heterotopic pregnancy. Ectopic pregnancy. Hemoperitoneum.

INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico, de la raíz griega «hetero-», que significa «otro», y «topos», que significa «lugar»¹, es la rara ocurrencia de un embarazo múltiple, en donde un embrión se implanta en el útero y el otro presenta una localización extrauterina.

No existen muchos casos reportados en la literatura. El primer caso de gestación heterotópica fue descrito por Duberney en 1708 en los hallazgos de una autopsia². Se estima que la incidencia actual más aceptada de embarazos heterotópicos espontáneos es de menos de 1 de cada 30,000³, aunque algunas publicaciones mencionan que hace 30 años todavía se consideraba menor, 1 de cada 300,000⁴. La incidencia aumenta considerablemente cuando tomamos en cuenta a las mujeres que son sometidas a técnicas de reproducción asistida, que varía de 1 de cada 100 a 1 de cada 500^{5,6}.

A continuación, se presenta un inusual caso de embarazo heterotópico espontáneo en una paciente que niega factores de riesgo para embarazo heterotópico, y que solo se pudo diagnosticar después de la ruptura del embarazo ectópico y la presentación de la paciente con abdomen agudo.

REPORTE DE CASO

Se trata de una paciente de 35 años de edad, con un embarazo de 8 semanas de gestación

por fecha de la última menstruación, gesta 3, para 1, cesárea 1 (evento en el 2009, embarazo sin complicaciones, no recuerda la razón de la cesárea), sin historia de infertilidad y no se identifican factores de riesgo obvios para embarazo heterotópico. Acude al servicio de urgencias por referir dolor importante en el hipogastrio sin sangrado transvaginal, cuenta con un ultrasonido que se realizó hace 22 días en el que solo se reporta la presencia de saco gestacional, sin poder observar el polo embrionario o el saco vitelino (normal acorde a la edad de gestación), que confirma un embarazo intrauterino (Fig. 1 A). En ese mismo estudio se observan ambos anexos de características normales (Fig. 1 B), no se observa líquido libre ni ninguna otra anormalidad. Este estudio se realizó en este mismo servicio y la razón fue también dolor en el hipogastrio, aunque de menor intensidad.

En el rastreo ultrasonográfico actual de manera transabdominal se identifica el saco gestacional con el polo embrionario y el saco vitelino, sin poder evidenciar latido cardíaco por ningún método (Fig. 2). La paciente refería dolor intenso a la aplicación de presión con el transductor, lo que dificultó la exploración, en el corte sagital y transversal del útero se identifica líquido libre ecogénico en el fondo de saco posterior, compatible con hemoperitoneo (Fig. 3).

Se continua la exploración y se identifican el anexo y el ovario derechos sin

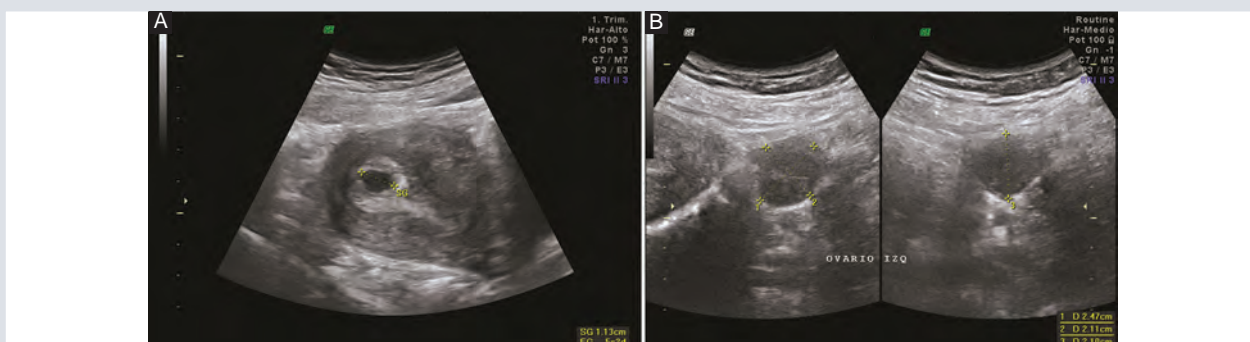


FIGURA 1. Ultrasonido previo transabdominal donde se observa **A:** Saco gestacional bien implantado sin poder observar polo embrionario, el saco gestacional mide 1.13 cm que corresponde a un embarazo de 5.2 semanas de gestación. **B:** Se observan ambos anexos de características normales.

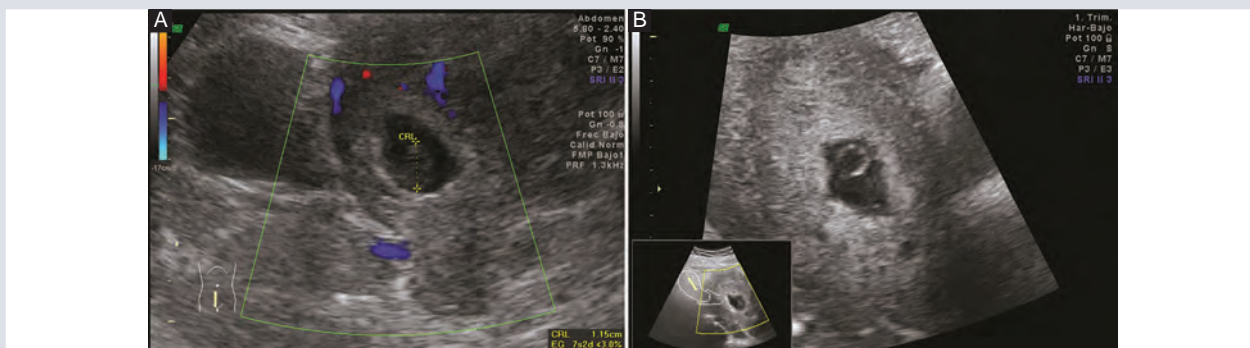


FIGURA 2. Ultrasonido actual transabdominal donde se identifica **A:** Saco gestacional intrauterino bien implantado con polo embrionario que mide 11.5 mm de longitud cráneo caudal, lo que equivale a un embarazo de 7.2 semanas de gestación, no se puede observar latido cardíaco por ningún método. **B:** Saco vitelino dentro de límites normales.

anormalidades; sin embargo, a nivel del anexo izquierdo se identifica una masa ecogénica compatible con un embarazo ectópico roto (Fig. 4 A), el ovario izquierdo se muestra normal (Fig. 4 B). Se complementa el estudio con la observación del abdomen superior, y se confirma que no se observa líquido libre adicional o alguna otra anormalidad, y se realiza un abordaje transvaginal que corrobora la falta de latido cardíaco del embarazo intrauterino, sin poder observar más, ya que la paciente refiere abundante dolor, por lo que se da por terminado el estudio.

La conclusión del estudio es un embarazo heterotópico con falla temprana del embarazo intrauterino de 7.2 semanas de gestación por longitud craneocaudal, y embarazo ectópico tubárico izquierdo roto con hemoperitoneo.

El reporte de la descripción de la cirugía indica haber encontrado hemoperitoneo cuantificado en 50 ml, y a la inspección en la salpinge izquierda se visualiza embarazo ectópico roto a nivel de la ampolla (Fig. 5), por lo que se procedió a realizar salpingectomía izquierda; además se realizó dilatación y

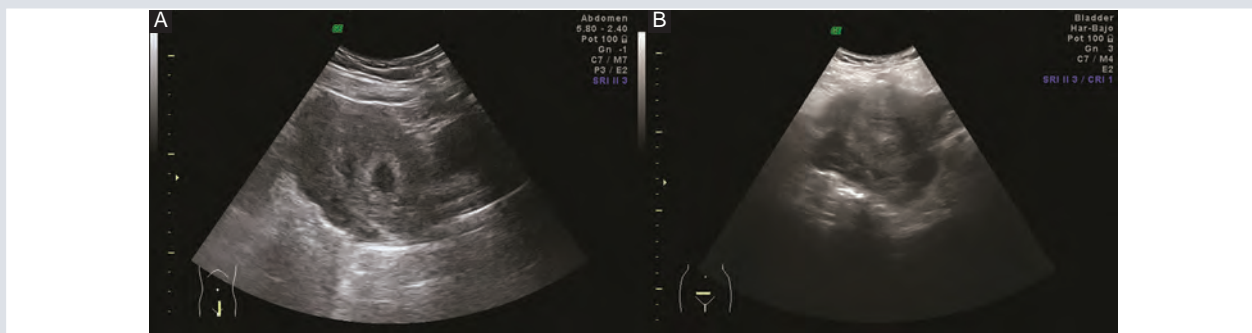


FIGURA 3. Imagen longitudinal (A) y transversal (B) a través del útero donde se observa líquido libre con contenido hemático en el fondo de saco posterior compatible con hemoperitoneo.

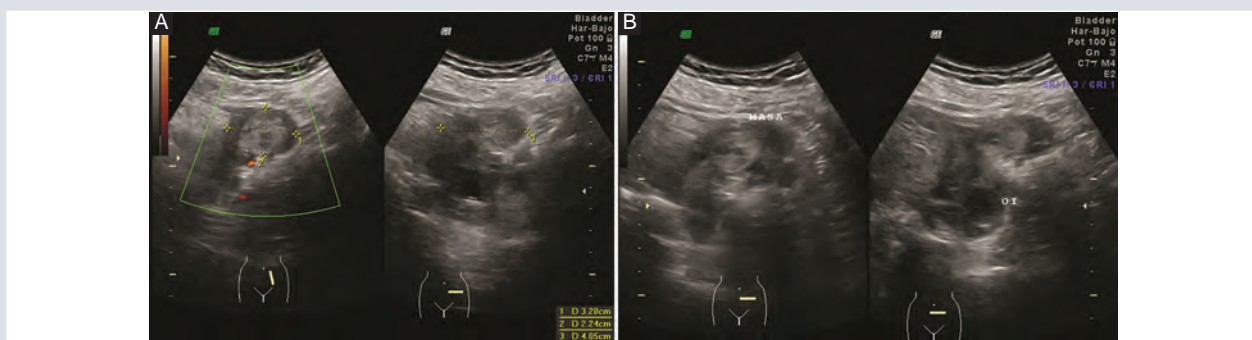


FIGURA 4. Ultrasonido transabdominal a nivel del anexo izquierdo (A) en el corte longitudinal y axial en donde se observa una masa anexial ecogénica que mide 3.2 x 2.2 x 4 cm en ejes longitudinal, anteroposterior y transversal, que a la aplicación del modo Doppler color solo demuestra escasa vascularidad periférica y que es compatible con embarazo ectópico tubárico roto. B: En este mismo nivel en cortes transversales se hace un comparativo del anexo izquierdo pudiendo identificar la masa anexial y el ovario izquierdo separados.

curetaje, y se obtuvieron abundantes restos de aspecto trofoblástico, lo que confirma los hallazgos reportados por ultrasonido y, por lo tanto, el diagnóstico.

DISCUSIÓN

El embarazo heterotópico ocurre de varias formas: embarazo tubárico bilateral, embarazo intrauterino y abdominal, embarazo tubárico bilateral y embarazo intrauterino, y embarazo intrauterino coexistente con embarazo tubárico, corneal, cervical u ovárico⁶.

Dado que el embarazo heterotópico es un embarazo ectópico con un embarazo intrauterino simultáneo, estas dos patologías comparten los mismos factores de riesgo. Los factores de riesgo reconocidos para el embarazo ectópico son cirugías tubáricas previas, embarazos ectópicos previos, exposición *in utero* al dietilestilbestrol, infecciones genitales previas, infertilidad, tabaquismo activo, el uso del dispositivo intrauterino y las técnicas de reproducción asistida⁷, lo que hace aún más singular nuestro caso, ya que la paciente no refirió ningún factor de riesgo para embarazo ectópico. Sin embargo, en el escenario clínico adecuado, siempre que

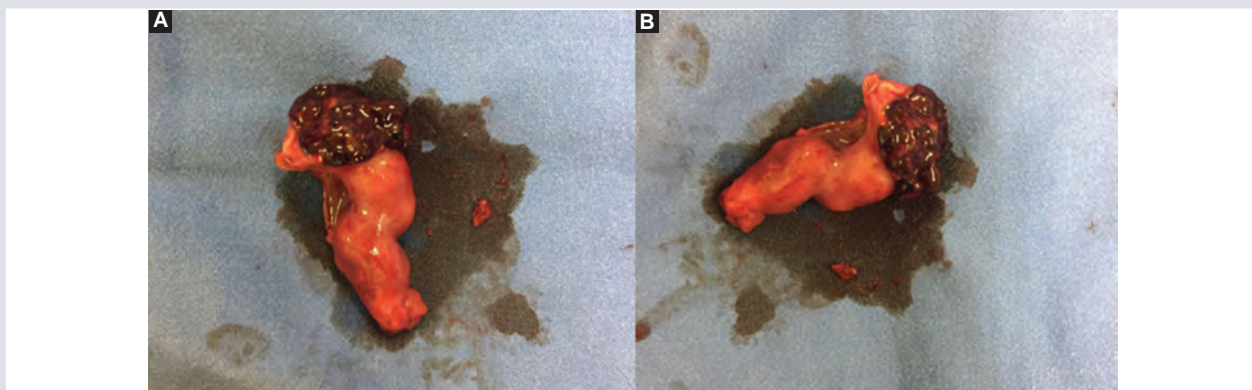


FIGURA 5. Pieza quirúrgica. **A y B:** Salpíngex izquierda con embarazo ectópico roto a nivel de la ampolla.

haya factores de riesgo positivos, la premisa deberá ser «descartar ectópico»⁸.

Las manifestaciones clínicas del embarazo heterotópico pueden variar ampliamente, las más frecuentes son dolor abdominal (80%), sangrado vaginal (50%) y *shock* hipovolémico (13%). Sin embargo, hay ocasiones en las que la paciente puede estar asintomática^{9,10}, 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^{11,12}.

En cuanto al diagnóstico, el embarazo heterotópico siempre ha presentado un desafío para los examinadores; aun así, el ultrasonido transvaginal ha demostrado ser superior al transabdominal para su identificación; sin embargo, como en este caso, algunas limitaciones, como el estado clínico de la paciente, pueden hacer que el abordaje transabdominal sea el que predomine en el estudio. Además, empezar el estudio con un abordaje transabdominal siempre es útil para identificar líquido libre en la cavidad abdominal o un embarazo ectópico abdominal, ya que estos hallazgos

pueden ser obviados en la exploración transvaginal por la limitación del campo de exploración¹³. El ultrasonido nos da signos relativamente confiables, como el signo del anillo tubárico o el identificar una masa anexial separada del ovario¹⁴, como sucedió con nuestra paciente. La fracción beta de la gonadotropina coriónica humana no tiene valor diagnóstico en estos casos, ya que los valores del embarazo intrauterino enmascaran los cambios del embarazo extrauterino¹⁵.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con el cuerpo lúteo hemorrágico o roto, el síndrome de hiperestimulación ovárica, la torsión del quiste de ovario, el cólico renal y la apendicitis aguda^{16,17}.

El tratamiento es principalmente quirúrgico, la técnica más habitual es la salpingectomía, que es de elección si existe rotura tubárica. El metotrexato sistémico estaría contraindicado para así mantener la viabilidad de la gestación intrauterina¹⁸; otra alternativa, aunque poco habitual, es la inyección local de cloruro de potasio intrasacular en el embarazo ectópico. En nuestra paciente, ya que el embarazo intrauterino

no presentaba latido y el ectópico tubárico estaba roto, se realizó salpingectomía y dilatación y curetaje de la cavidad uterina. En las pacientes en las que sigue siendo viable el embarazo intrauterino al momento del diagnóstico, la tasa de pérdidas intrauterinas es del 35%¹².

En conclusión, hay que enfatizar que la incidencia del embarazo heterotópico va en aumento, ya que los factores de riesgo para el embarazo heterotópico van a la alza, en especial las técnicas de reproducción asistida, y aunque en este caso no se sospechaba un embarazo heterotópico por la ausencia de factores de riesgo y el hecho de que se contaba con un ultrasonido previo reciente que no reportaba anormalidades¹⁹, la presencia del hemoperitoneo despertó el interés de volver a revisar los anexos con detenimiento hasta poder identificar la segunda gestación, lo que nos vuelve a confirmar que para el adecuado diagnóstico de esta patología se requiere un índice de sospecha alto y nunca caer en el falso sentido de seguridad que produce el identificar un embarazo intrauterino.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

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 en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Talbot K, Simpson R, Price N, Jackson SR. Heterotopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2011;31(1):7-12.
2. Bright DA, Gaupp FB. Heterotopic pregnancy: a reevaluation. *J Am Board Fam Pract.* 1990;3:125-8.
3. Oyawoye S, Chander B, Pavlovic B, Hunter J, Gadir AA. Heterotopic pregnancy: successful management with aspiration of corneal/interstitial gestational sac and instillation of small dose of methotrexate. *Fetal Diagn Ther.* 2003;18:1-4.
4. Rabbani I, Polson DW. Heterotopic pregnancy is not rare. A case report and literature review. *J Obstet Gynaecol.* 2005;25(2):204-5.
5. Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tritsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technology: a literature review from 1971 to 1993. *Fertil Steril.* 1996;66:1-12.
6. Habanna A, Dokras A, Giraldo JL, Jones EE. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:1264-70.
7. Lozeau AM, Potter B. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Am Fam Physician.* 2005;72:1707-14.
8. Soriano D, Shrim A, Seidman DS, Goldenberg M, Mashiach S, Oelsner G. Diagnosis and treatment of heterotopic pregnancy compared with ectopic pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002;9:353-8.
9. López Luque PR, Bergal Mateo GJ, López Olivares MC. El embarazo ectópico: su interés en atención primaria de salud. *Semergen.* 2014;40:211-517.
10. Gutiérrez García S, Posadilla González P. Embarazo heterotópico tras superovulación e inseminación intrauterina. *Prog Obstet Ginecol.* 2002;45:208-11.
11. 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.
12. 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.
13. Breyer MJ, Constantino TG. Heterotopic gestation: another possibility for the emergency bedside ultrasonographer to consider. *J Emerg Med.* 2004;26:81-4.
14. Lin EP, Bhatt S, Dogra VS. Diagnostic clues to ectopic pregnancy. *Radiographics.* 2008;28:1661-71.
15. Varras M, Akris C, Hadjopoulos G, Antoniou N. Heterotopic pregnancy in a natural conception cycle presenting with tubal rupture: a case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;106:79-82.
16. 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.
17. Luna Lugo G. Embarazo heterotópico espontáneo en pacientes con antecedentes de embarazo familiar gemelar: 2 casos. *Prog Obstet Ginecol.* 2012;55:141-5.
18. Santamaría-Marín A, Monroy-Gómez C. Gestación heterotópica: una causa infrecuente de abdomen agudo. *Semergen.* 2016;42:270-1.
19. Anastasakis E, Jetti A, Macara L, Daskalakis G. A case of heterotopic pregnancy in the absence of risk factors: A brief literature review. *Fetal Diagn Ther.* 2007;22:285-8.