



## Caso clínico

## Embarazo heterotópico

Oswaldo Gutiérrez Cruz,\* Guadalupe Romero Sánchez,\* Luis Velasco Pérez\*\*

Nivel de evidencia: III

### RESUMEN

El embarazo heterotópico es la combinación del embarazo intra y extrauterino. El embarazo heterotópico espontáneo es una enfermedad rara con frecuencia estimada de 1:20,000 a 1:30,000. El primer caso lo reportó Duverney, en Francia, en 1708, durante una autopsia. Con el uso de inductores de la ovulación y de las técnicas de reproducción asistida se ha incrementado su frecuencia. Se comunica el caso de una paciente con embarazo heterotópico espontáneo, atendido en el Hospital Ángeles México. Mujer de 32 años de edad con un embarazo. Se realizó legrado intrauterino instrumentado por embarazo anembrionario el 13 de febrero del 2006, y se obtuvieron abundantes restos óvulo placentarios. Egresó al día siguiente, con analgésicos. Ingresó de nuevo al servicio de urgencias el 16 de febrero del 2006, con datos de choque hipovolémico y signos de abdomen agudo. La biometría hemática mostró datos de anemia normocítica normocrómica; el ultrasonido transvaginal reportó líquido libre en el fondo del saco e imagen ecogénica redondeada en el anexo izquierdo que sugiere saco gestacional con esbozo embrionario. Se le realizó laparotomía exploradora y se encontró hemoperitoneo de 600 cc y embarazo ectópico roto en la salpinx izquierda, por lo que se le hizo salpingectomía. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y egresó a las 72 horas, sin complicaciones. El embarazo heterotópico es una enfermedad rara, que debe considerarse por el aumento de embarazos relacionados con técnicas de reproducción asistida, aunque hay que tenerlo en mente en los embarazos espontáneos.

**Palabras clave:** embarazo heterotópico espontáneo, abdomen agudo.

### ABSTRACT

The heterotopic pregnancy is a combination of an intra-uterine and extra-uterine pregnancy, at the same time. The spontaneous heterotopic pregnancy is a rare illness with an estimated frequency below one per 20,000 and one per 30,000. The first case was reported in France by Duverney in 1708 during an autopsy. The frequency of this pregnancy has increased with the implementation of assisted reproduction techniques. This paper is the report of a case of spontaneous heterotopic pregnancy seen at the Angeles Mexico Hospital. A 32 year old woman, gravida 1; dilatation and curettage was performed on 13<sup>th</sup> February because of a blighted ovum, a lot of products of conception were obtained. The patient was discharged the next day only with analgesics. She returns to the emergency room on February 16<sup>th</sup> with hypovolemic shock and acute abdomen. A normocytic normochromic anemia was found on the hematic biometry, the transvaginal ultrasound reported amount of blood in the cul-de-sac, echogenic adnexal mass, suggesting a gestational sac with embryo. An emergency laparotomy was used to perform a left cornual resection; the findings were 600 cc of hemoperitoneum and a left ruptured ectopic pregnancy. She had an uneventful postoperative course, and was discharged 72 hours later without complications. Heterotopic pregnancy is a rare illness and must always be considered for the increase in pregnancy related with assisted reproduction techniques, although, it should be considered in a spontaneous pregnancy too.

**Key words:** spontaneous heterotopic pregnancy, acute abdomen.

### RÉSUMÉ

La grossesse hétérotopique est la combinaison de la grossesse intra et extra-utérine. La grossesse hétérotopique spontanée est une maladie exceptionnelle avec une fréquence estimée de 1 :20,000 à 1 :30,000. Le premier cas a été rapporté par Duverney, en France, en 1708, pendant une autopsie. Avec l'emploi d'inducteurs d'ovulation et des techniques de reproduction assistée elle est devenue plus fréquente. Il se communique le cas d'une patiente avec une grossesse hétérotopique spontanée, traitée à l'Hôpital Ángeles du Mexique. Femme de 32 ans avec une grossesse. On a fait un curetage intra-utérin instrumenté par grossesse non embryonnaire le 13 février 2006, et on a obtenu abondants débris ovule-placentaires. Elle est sortie au lendemain, avec des analgésiques. Elle est entrée à nouveau au service d'urgences le 16 février 2006, avec des données de choc hypovolémique et signes de abdomen aigu. La biométrie hématique a montré des données d'anémie normocytaire normochrome ; l'ultrason vaginal a rapporté liquide libre dans le cul-de-sac et image échogénique arrondie dans l'annexe gauche qui suggère sac gestationnel avec ébauche embryonnaire. On a réalisé une laparotomie exploratrice et l'on a trouvé hémopéritoine de 600 cc et grossesse ectopique rompue dans la trompe gauche, de sorte qu'on a réalisé une salpingectomie. L'évolution postopératoire a été satisfaisante et elle est sortie dans les 72 heures, sans complications. La grossesse hétérotopique est une maladie exceptionnelle, qui doit être considérée par l'augmentation de grossesses liées aux techniques de reproduction assistée, toutefois il faut la prendre en considération dans les grossesses spontanées.

**Mots-clé :** grossesse hétérotopique spontanée, abdomen aigu.

## RESUMO

A gravidez heterotópica é a combinação da gravidez intra e extrauterina. A gravidez heterotópica espontânea é uma doença incomum com frequência estimada de 1:20,000 a 1:30,000. O primeiro caso foi reportado por Duverney, na França, em 1708, durante uma autópsia. Com o uso de indutores da ovulação e das técnicas de reprodução assistida foi possível um aumento na sua frequência. Comunica-se o caso de uma paciente com gravidez heterotópica espontânea, atendida no Hospital Angeles do México. Mulher de 32 anos de idade com uma gravidez. Se fez um legrado intrauterino instrumentado por gravidez anembrionica o 13 de fevereiro do 2006, e se obtiveram abundantes restos óvulo placentários. Egressou no día seguinte, com analgésicos. Ingressou de novo ao serviço de urgencias o 16 de fevereiro do 2006, com dados de choque hipovolémico e sinais de abdome agudo. A biometria hemática mostrou dados de anemia normocítica normocrômica; o ultrason transvaginal reportou líquido livre no fundo do saco e imagem ecogénica redondeada no anexo esquerdo que sugere saco gestacional com esboço embroinário. Se lhe fez laparotomia exploradora e se achou hemoperitonéio de 600 cc e gravidez ectópica rota na salpinge esquerda, pelo qual se lhe fez salpingectomia. A evolução pós-operatória foi satisfatória e egressou às 72 horas sem complicações. A gravidez heterotópica é uma doença incomum, que deve se considerar pelo aumento de gravidezes relacionadas com técnicas de reprodução assistida, todavia é preciso ter-a em mente nas gravidezes espontâneas.

**Palavras chave:** gravidez heterotópica espontânea, abdome agudo.

El embarazo heterotópico se define como la combinación de un embarazo intra y extrauterino. Suele manifestarse en alrededor de 1:30,000 embarazos espontáneos. Sin embargo, el uso de inductores de la ovulación y de las técnicas de reproducción asistida han aumentado su frecuencia<sup>1</sup> que llega a ser de 1:119 si se trasfieren cuatro embriones y de 1:45 si se trasfieren cinco o más.<sup>2</sup> El primer caso de embarazo heterotópico lo reportó Duverney en Francia en 1708 después de realizar una autópsia.<sup>3</sup>

Los factores de riesgo son los mismos que en el embarazo ectópico y se relacionan con pacientes expuestas a técnicas de reproducción asistida, con enfermedad pélvica inflamatoria, intervenciones quirúrgicas previas en las salpinges, antecedente de embarazo ectópico, etc.<sup>4,5,6</sup>

Desde el punto de vista clínico, debe sospecharse que el embarazo es heterotópico cuando hay antecedentes de técnicas de reproducción asistida, persistencia de síntomas y signos de embarazo después de un legrado, abdomen agudo, con masa anexial y sangrado trasvaginal.<sup>6</sup> El diagnóstico se corrobora mediante ultrasonografía.

## COMENTARIO DEL CASO

Paciente de 32 años de edad, con los siguientes antecedentes de importancia: amigdalectomía a los cinco años de edad, asma a los ocho años de edad, sin tratamiento en la actualidad y legrado uterino por embarazo anembrionico el 13 de febrero del 2006. No refirió alergias ni traumatismos.

Entre los antecedentes ginecoobstétricos se encuentran: menarquia a los 14 años de edad, ciclos de 30 x 4, eumenorreica, inicio de vida sexual a los 20 años de edad, ocho parejas sexuales, método de planificación hormonal oral durante un año, Papanicolaou en el 2004 negativo a neoplasias, fecha de última menstruación el 8 de diciembre del 2005, fecha probable de parto 15 de septiembre del 2006.

Se corroboró un embarazo mediante la detección de gonadotropina coriónica humana fracción beta de 5581 (20 de enero del 2006), el cual correspondió a cuatro semanas de embarazo. El 31 de enero del 2006 se le realizó un ultrasonido que mostró: útero con saco gestacional, con implantación fúndica, con reacción decidual ecogénica, sin saco vitelino en su interior, ni ecos embrionarios (figura 1). El saco gestacional midió 18 mm, que corresponde a seis semanas de gestación. Se concluyó que el embarazo era anembrionico (figura 2).

El día 13 de febrero del 2006 se le realizó ultrasonido trasvaginal que mostró: útero de 8 x 5 x 5.8, eco endometrial con grosor de 19 mm. Sin ninguna imagen en el interior que sugiriera saco gestacional. Se apreció ovario derecho de 3.4 x 2 x 3 cm, con imagen de aspecto quístico, ovario izquierdo con dimensiones de 3.2 x 1.8 x 2.2 cm y no se observó líquido libre en el fondo del saco de Douglas (figura 3).

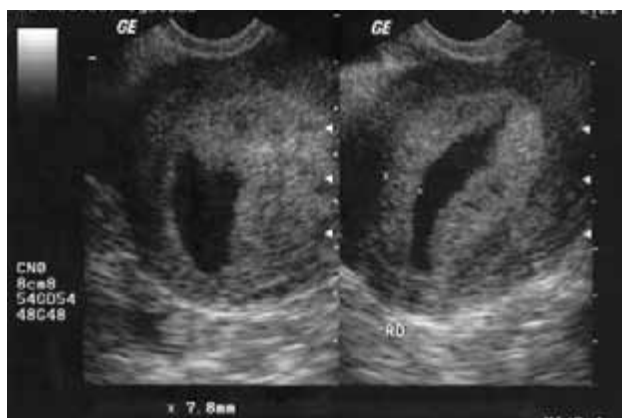
\* Residente de cuarto año de ginecología y obstetricia.

\*\* Médico ginecoobstetra.  
Hospital Angeles México.

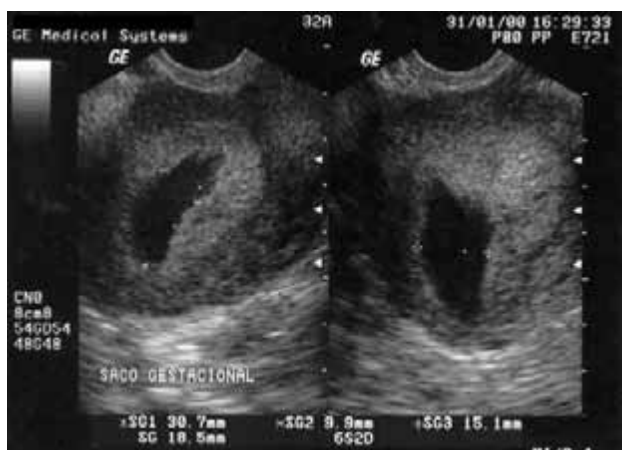
Correspondencia: Dr. Oswaldo Gutiérrez Cruz. Hospital Angeles México. Camino a Santa Teresa 1055, colonia Héroes de Padierna, CP 14000, México, DF.

Recibido: marzo, 2006. Aceptado: abril, 2006.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)



**Figura 1.** Ultrasonido del 31 de enero del 2006 en donde no se encuentra saco vitelino ni eco embrionario.



**Figura 2.** Ultrasonido del día 31 de enero del 2006 que muestra saco gestacional de 18 mm, que corresponde a un embarazo de seis semanas.

Con base en los resultados, se decidió realizarle legrado uterino instrumentado; se encontraron abundantes restos de óvulos placentarios. El reporte de patología fue: fragmentos con vellosidades coriales de forma y tamaño homogéneo, vascularizadas y sin edema. Están revestidas por células trofoblásticas sin alteraciones. También, se observaron láminas de decidua junto con eritrocitos aglutinados, polimorfonucleares y fibrina. No se apreciaron elementos embrionarios y se concluyó que había restos corio-placentarios anembrionarios. Egresó al día siguiente, con analgésicos.

Acudió a valoración al servicio de urgencias el día 16 de febrero del 2006, con dolor abdominal de inicio súbito generalizado, de intensidad moderada,



**Figura 3.** Ultrasonido del día 13 de febrero del 2006 sin saco intrauterino.

sin irradiaciones ni mecanismos que lo aumentaran o disminuyeran. Al estar de pie refirió mareo y náusea, sin llegar al vómito, diaforesis e hiporexia. No reportó pérdidas trasvaginales ni fiebre.

### Exploración física

Pesó 60 kg y midió 1.60 m. La tensión arterial fue de 80/40 con frecuencia cardíaca de 88 y respiratoria de 23. Se le vio consciente, orientada, con palidez de tegumentos +++/+++, regularmente hidratada. El aparato cardiorrespiratorio no tenía afectación aparente, el abdomen estaba blando y depresible, con rebote +, con dolor, de predominio en el hipogastrio y con peristaltismo, al TV dolor intenso a la movilización cervical, sin poder delimitar el tamaño uterino, por resistencia y dolor, no se palpaban anexos, el guante explorador se extrajo sin datos de sangrado o secreciones, las extremidades las tenía frías, y el llenado capilar fue de cuatro segundos.

Durante la estancia en urgencias se realizaron los siguientes estudios:

Biometría hemática: Hb 10, Hto 30.2, plaquetas 206, leucocitos 9.3, bandas 0, TP 11.9, TPT 23.6.

Ultrasonido trasvaginal: útero en AVF, de 8 x 4.8 x 5.3 cm con eco-estructura mixta homogénea. El eco del endometrio fue heterogéneo, con líquido y algunos ecos brillantes en su interior, y con espesor aproximado de 9 mm. Las regiones anexiales mostraron aspecto heterogéneo, con líquido libre, de predominio en la región anexial izquierda (figura 4); los ovarios mostraron características ecográficas normales. En



**Figura 4.** Muestra líquido en el fondo del saco.

el anexo izquierdo se identificó una imagen quística redondeada, con ecos internos, que sugirieron saco gestacional con esbozo embrionario, cuya longitud craneocaudal fue de 10 mm que corresponde a siete semanas de gestación; no se identificó reacción decidual ni latido cardíaco (figura 5). Se concluyó que había posibilidad de embarazo ectópico izquierdo y hemoperitoneo secundario, por lo que se decidió hacerle laparotomía exploradora.



**Figura 5.** Imagen quística redondeada, con ecos en su interior en el anexo izquierdo.

En la laparotomía exploradora se encontró hemoperitoneo de 600 cc, se identificó embarazo ectópico izquierdo roto, de aproximadamente 4 cm en el tercio proximal de la salpinx (figura 6). Se realizó salpin-

gectomía izquierda y transfusión de dos paquetes globulares en el quirófano.



**Figura 6.** Salpinx izquierda con el embarazo ectópico, una vez que se controló el sangrado.

El reporte de patología fue: trompa en cuya luz se observan numerosas vellosidades coriales del primer trimestre, mezcladas con fibrina, hemorragia reciente y áreas con necrosis de coagulación. Las vellosidades se insinúan y separan las capas musculares de la trompa uterina, donde existe edema y congestión. Se diagnosticó embarazo ectópico izquierdo roto y se corroboró el embarazo heterotópico.

Se mantuvo 72 horas en hospitalización, con tratamiento con antibióticos y analgésicos y egresó sin complicaciones.

## DISCUSIÓN

La incidencia del embarazo heterotópico espontáneo es de 1:30,000. Existen referencias recientes de cifras que oscilan entre 1:1,300 y 1:15,600 embarazos. Este aumento de la frecuencia puede relacionarse con fenómenos ligados a las nuevas técnicas de reproducción asistida en la práctica médica. La incidencia de embarazos heterotópicos puede ser del 1% cuando se usa esta tecnología.<sup>6,7</sup>

Se estima que el riesgo global del embarazo heterotópico debido a fertilización *in vitro*, con transferencia de cuatro embriones, es de 1:119 embarazos. La transferencia de más de cuatro embriones modifica cada cifra a 1:45 embarazos.<sup>6</sup>

En México hay sólo dos publicaciones en las cuales se menciona este tipo de embarazo. Téllez y col. hicieron referencia en 1999 de un caso de embarazo heterotópico después de inducir la ovulación con citrato de clomifeno y prednisona.<sup>5</sup> En ese mismo año, Kably reportó tres casos, dos de manifestación espontánea y uno que ocurrió después de la fertilización *in vitro* con transferencia de embriones (FIVTE).<sup>1</sup>

La mayor casuística la reportó Savitha en la India, en un estudio hecho de noviembre de 1994 a mayo del 2001. Se encontraron seis casos, de los cuales uno fue espontáneo.<sup>8</sup>

Los factores de riesgo para el embarazo heterotópico son prácticamente los mismos que se encuentran en el ectópico.<sup>2,4</sup>

El cuadro clínico de la paciente con embarazo heterotópico es: dolor abdominal, masa anexial e irritación peritoneal,<sup>9,10</sup> y puede relacionarse o no con sangrado trasvaginal.<sup>7</sup>

El diagnóstico es ecográfico y las imágenes que se visualizan con mayor frecuencia son: masa anexial y líquido libre con embarazo intrauterino. El ultrasonido trasvaginal ha desplazado casi por completo a la ecografía convencional trasvesical.<sup>6</sup>

El diagnóstico de embarazo heterotópico a menudo es tardío. Por lo tanto, se aconseja tenerlo en mente cuando existen factores de riesgo. A pesar de confirmar el embarazo intrauterino mediante ultrasonografía, si hay dolor pélvico, se palpa alguna masa anexial y existe sangrado trasvaginal debe descartarse el embarazo heterotópico.<sup>5</sup>

El tratamiento debe ser quirúrgico; se recomienda la laparoscopia, siempre y cuando la paciente esté estable hemodinámicamente.<sup>8</sup> El tratamiento médico se sugiere en los casos en los cuales no exista embarazo intrauterino, es decir, después del legrado; también tiene sus indicaciones precisas.

## CONCLUSIONES

El embarazo heterotópico es poco frecuente. Debe considerarse por el aumento de embarazos relacionados con técnicas de reproducción asistida y por los medicamentos que estimulan la ovulación. El embarazo intrauterino no es condicionante para descartar el embarazo heterotópico, sobre todo si la paciente tiene dolor abdominal o sangrado trasvaginal. Por lo tanto, hay que tenerlo en mente, aunque los embarazos sean espontáneos. El tratamiento es quirúrgico.

## REFERENCIAS

1. Barrón-Vallejo J, Góngora-Rodríguez A, Kuttothara A, Kably-Ambe A. Embarazo heterotópico espontáneo y asociado con reproducción asistida. Características clínicas. Ginecol Obstet Mex 1999;67:291-4.
2. Kaplan DF, Espinoza CO, Scheppeler SM, Cabrera CD. Embarazo heterotópico: Una patología emergente. Rev Chil Obstet Ginecol 2002;67(5):402-4.
3. Perucca PE, Villagrán VG, Martín PR y col. Embarazo heterotópico. Rev Chil Obstet Ginecol 2003;68(3):235-7.
4. Somers MP, Spears M, Maynard A, Syverud S. Ruptured heterotopic pregnancy presenting with relative bradycardia in a woman not receiving reproductive assistance. Ann Emerg Med 2004;43:382-5.
5. Tellez-Velasco S, Vital-Reyes VS, Rosales-de la Rosa D, Hinojosa-Cruz JC, Reyes-Fuentes A. Embarazo heterotópico, después de inducción de ovulación con citrato de clomifeno y prednisona. Informe de un caso. Ginecol Obstet Mex 1999;67:1-3.
6. García-Mirás R, Gallego-Ramos J, Prado-González J, Trilles-Aguabella E. Embarazo heterotópico. Presentación de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001;27(1):34-38.
7. Hill J. Assisted reproduction and the multiple pregnancy: Increasing the risks for heterotopic pregnancy. JDMS 2003;19:258-60.
8. Savitha DY, Katyayani SY. Heterotopic pregnancy. J Obstet Gynecol Ind 2003;53:385-8.
9. Cheng P, Chueh H, Qiu J. Heterotopic pregnancy in a natural conception cycle presenting as hematometra. Obstet Gynecol 2004;104:1195-8.
10. Teo LS, Lam SL. Clinics in diagnostic imaging (98). Singapore Med J 2004;45:295-8.