



## Embarazo heterotópico espontáneo. Reporte de un caso

Miguel Ángel Mancera Reséndiz,\* Raúl Rodrigo Arredondo Merino,\*\* Francisco Javier Gómezpedroso Rea\*\*\*  
Patricia Rivera Rodríguez,\*\* Paola Iturralde Rosas Priego\*

Nivel de evidencia: II-3

### RESUMEN

**Antecedentes:** el embarazo heterotópico ha aumentado su frecuencia debido al cada vez mayor número de procedimientos de reproducción asistida. El diagnóstico es difícil aún con estudios de gabinete (ultrasonografía).

**Objetivo:** reportar el caso de una paciente sin antecedentes de fertilización *in vitro* o tratamiento para la fertilidad con embarazo heterotópico.

**Conclusiones:** el embarazo heterotópico es una rareza que requiere una alta sospecha diagnóstica, estudios de gabinete especializados y atención quirúrgica temprana para asegurar un pronóstico favorable al embrión viable.

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

### ABSTRACT

**Background:** Heterotopic pregnancy has increased in frequency due to the increasing number of assisted reproductive procedures. The diagnosis is difficult even with ultrasonography.

**Objective:** To report the case of a patient with heterotopic pregnancy without a history of *in vitro* fertilization or fertility treatment.

**Conclusions:** Heterotopic pregnancy is a rarity that requires a high diagnostic suspicion, specialized desk studies and early surgical care to ensure a favorable outcome to the embryo.

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

El embarazo heterotópico es un suceso excepcional en el que coexiste una gestación intrauterina y otra de tipo ectópico, que se asocian con alta morbilidad y mortalidad materna.<sup>1,2</sup> La incidencia en población general era de un caso por cada 20,000 a 30,000 embarazos;<sup>3</sup> sin embargo, ha aumentado a cifras cercanas a un caso por cada 3,889 embarazos relacionados con patología tubaria

o pélvica inflamatoria<sup>4,5</sup> y, aún más, un caso por cada 119 embarazos, cuando se asocia con técnicas de reproducción asistida.<sup>6</sup>

Para el diagnóstico de embarazo heterotópico se utilizan la cuantificación de la fracción  $\beta$  de HGCh y el ultrasonido transvaginal; este último ha demostrado ser una herramienta invaluable. A pesar de lo anterior sigue habiendo confusión durante su realización, porque el embarazo ectópico puede llegar a confundirse con un quiste hemorrágico roto.<sup>7</sup>

Los datos de importancia que el médico debe considerar para la diferenciación ultrasonográfica dependen de las semanas de gestación; cuando son menos de cinco debe buscarse un posible saco gestacional, entre la quinta y séptima semanas se encontrará un saco gestacional y un saco vitelino y después de la séptima semana se podrá distinguir un embrión de entre 5 y 10 mm, con actividad cardíaca.<sup>8</sup>

Un embarazo heterotópico puede pasar inadvertido si es intrauterino; por tanto, si las concentraciones de la fracción  $\beta$  de HGCh están elevadas para la edad gesta-

\* Ginecoobstetra.

\*\* Médico residente de Ginecología y Obstetricia.

\*\*\* Ginecoobstetra oncólogo.

Hospital Ángeles del Pedregal, México, DF

Correspondencia: Dr. Francisco Javier Gómezpedroso R. Correo electrónico: [gomezpedroso@hotmail.com](mailto:gomezpedroso@hotmail.com)

Recibido: 11 de enero de 2011 Aceptado: 13 de enero de 2011

Este artículo debe citarse como: Mancera-Resendiz MA, Arredondo-Merino RR, Gómezpedroso-Rea FJ, Rivera-Rodríguez P, Iturralde-Rosas-Priego P. Embarazo heterotópico espontáneo. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2011;79(6):377-381.

cional será obligatoria otra revisión ultrasonográfica a las salpinges y sus anexos, para descartar un embarazo tubario.<sup>9</sup> En el embarazo heterotópico la gestación de localización ectópica suele encontrarse en 94-97% de los casos en las trompas, y la región ampular es la más común (80%), seguida del istmo (10%), fimbrias (5%) y la región intersticial (2-4%); el ovario es la segunda localización en frecuencia (6%).<sup>7</sup>

Las manifestaciones clínicas del embarazo heterotópico son múltiples y no siempre se presentan de la misma manera; por lo tanto, es importante sospecharlo ante:<sup>10</sup>

- Embarazo con antecedentes de técnica de reproducción asistida.
- Persistencia de signos y síntomas después de un legrado obstétrico.
- Cifras de fracción  $\beta$  de HGCh que no disminuyen después de un legrado intrauterino.
- Persistencia de signos y síntomas de embarazo después del tratamiento de un embarazo ectópico.
- Cuadro clínico de abdomen agudo, masa anexial y embarazo intrauterino.

Los criterios que influyen en el tratamiento del embarazo heterotópico incluyen: la certeza del diagnóstico, el sitio de implantación y las manifestaciones clínicas de la paciente.<sup>11</sup> El tratamiento conservador es con metotrexato en quienes no cursan con embarazo intrauterino; por ejemplo, después de un legrado.<sup>12,13</sup> Para su aplicación debe cumplirse con los siguientes criterios: estabilidad hemodinámica, ausencia de signos de hemoperitoneo o sangrado activo, facilidad y disposición para acudir a consultas frecuentes, tamaño de la gestación no mayor de 3.5 cm, ausencia de actividad cardiaca y concentraciones de fracción  $\beta$  de HGCh que no excedan 5000 mIU/mL.<sup>14</sup>

El tratamiento quirúrgico laparoscópico es la técnica más utilizada porque ha demostrado ser exitosa y existen reportes que el abordaje de mínima invasión mejora el pronóstico de los fetos intrauterinos.<sup>15</sup> Es importante tener presente que 27% de las intervenciones llegan a convertirse en laparotomía debido a sangrado incoercible.<sup>16</sup>

El diagnóstico temprano disminuye la morbilidad y la mortalidad materna y preserva la función reproductiva.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años de edad, con hipotiroidismo tratado con levotiroxina, alérgica a los  $\beta$ -lactámicos, con antece-

dentes obstétricos de embarazo de siete semanas por fecha de la última menstruación. Sin antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, abortos, uso de dispositivo intrauterino, cirugías o tratamientos para inducir la ovulación o fertilización *in vitro*. Acudió a consulta debido a un dolor de tipo punzante, de intensidad 8/10, continuo, en el hipogastrio y ambas fosas iliacas, sin irradiaciones, que aumenta con los movimientos, sin ningún otro síntoma acompañante y que había ido en aumento en el transcurso de horas. A su ingreso al servicio de urgencias sus signos vitales eran: tensión arterial de 100-60 mmHg, frecuencia cardíaca de 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto y temperatura de 36.4°C. Alerta, orientada, normohidratada, fascies algica, con palidez de tegumentos, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen blando con hiperalgésia e hiperbaralgésia, doloroso a la palpación superficial y profunda con predominio en la fosa iliaca derecha, peristaltismo ligeramente disminuido; tacto vaginal, con útero en anteverosflexión, aumentado de tamaño, doloroso a la movilización, cérvix cerrado, se palpó un plastrón hacia el fondo del saco posterior y anexo derecho, sin sangrado ni pérdidas transvaginales. Los exámenes de laboratorio reportaron: TPT 29.8, TP 19.20, INR 1.0, eritrocitos 4.85, Hb 14.7, Hto 44.0, VCM 90, HbCM 30, RDW 26, plaquetas 231,000, leucocitos 7.7, neutrófilos: 50%, bandas 0%, eosinófilos 1%, basófilos 0%, monocitos 9% y linfocitos 31%.

El ultrasonido transvaginal reveló que el útero media 8 x 7 x 5 cm, con una imagen dentro de la cavidad uterina que sugería un saco gestacional correspondiente a siete semanas de gestación, con embrión con vitalidad en su interior, una imagen quística en la salpinge derecha en la que se visualiza otro embrión con actividad cardiaca, moderada cantidad de líquido libre en el fondo del saco de Douglas. Se concluyó que se trataba de un embarazo heterotópico: uno intrauterino viable de siete semanas de gestación y otro ectópico tubario derecho. (Figuras 1, 2 y 3)

Con esos hallazgos se decidió tratar a la paciente quirúrgicamente con abordaje por vía laparoscópica.

Durante el procedimiento quirúrgico se encontró que el útero estaba aumentado de tamaño. La salpinge derecha tenía un color violáceo, con aumento de volumen y abortando tejido a través de la fimbria, con un hemoperitoneo de 100 cc. (Figuras 4 y 5) Los ovarios y la salpinge izquierda no tenían alteraciones. Se realizó salpingectomía derecha, drenaje y lavado de la cavidad. (Figura 6)



**Figura 1.** Embarazo intrauterino viable correspondiente a siete semanas.



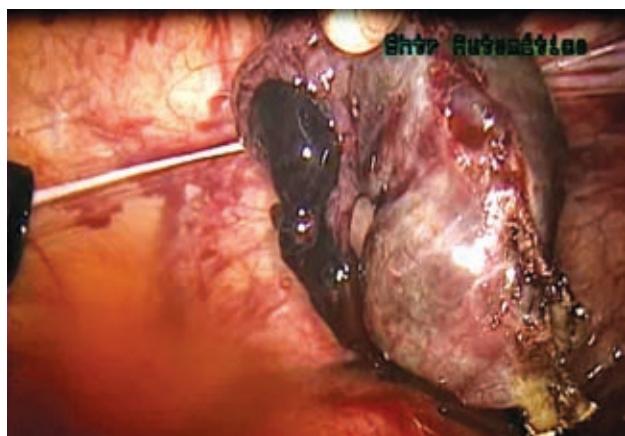
**Figura 2.** Saco gestacional en anexo derecho con un embrión viable en su interior.



**Figura 3.** Imagen de embarazo intrauterino (derecha) y embarazo ectótico en anexo derecho (izquierda).



**Figura 4.** Útero aumentado de tamaño. Salpinge derecha violácea con aumento de volumen.



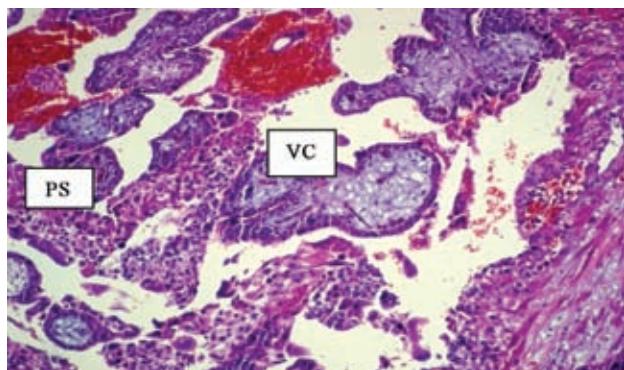
**Figura 5.** Salpinge derecha abortando tejido a través de la fimbria.



**Figura 6.** Salpinge derecha en "endocatch".

La cirugía transcurrió sin incidentes ni complicaciones. El servicio de Patología reportó que la pieza analizada era: una trompa de Falopio de siete centímetros de longitud y diámetro promedio de dos centímetros, serosa violácea y con salida de coágulos sanguíneos a través de la fimbria. La luz se encontró dilatada y ocupada por material de aspecto hemorrágico. Al corte se identificaron restos placentarios con aspecto esponjoso, no se identificó claramente el saco amniótico ni el embrión. En la periferia de la trompa se identificaron dos quistes paratubarios que midieron entre 0.8 y 1 cm. A nivel histológico se identificó la pared de la salpinge y las vellosidades coriales del primer trimestre de la gestación. (Figura 7)

La evolución postoperatoria fue satisfactoria y la paciente salió del hospital al siguiente día. El embarazo transcurrió sin complicaciones hasta el término, a las 38 semanas nació mediante parto eutóxico una niña, con Apgar 9/9, peso de 2,648 g, talla de 50 cm. La paciente y la recién nacida evolucionaron satisfactoriamente y fueron dadas de alta al segundo día de estancia intrahospitalaria.



**Figura 7.** Pared de salpinge (PS) y en el centro vellosidades coriales (VC) del primer trimestre de la gestación.

## DISCUSIÓN

El caso que aquí se reporta es el de un embarazo heterotópico espontáneo, excepcional en comparación con los que se originan en pacientes que han recibido técnicas de reproducción asistida. La finalidad de este reporte es la discusión diagnóstica y terapéutica del embarazo heterotópico, con un embarazo intrauterino viable. La sospecha diagnóstica temprana es decisiva si se quiere asegurar el desarrollo exitoso del embarazo intrauterino.<sup>14</sup>

La paciente carecía de factores de riesgo para embarazo heterotópico, de ahí que éste sea un caso excepcional tratándose de concepción natural. Sin embargo, debido al aumento en su frecuencia en los últimos años, es importante reconocer los factores de riesgo que pueden condicionar la aparición de este tipo de embarazos, como: procesos inflamatorios pélvicos, edad materna avanzada al momento de la concepción, técnicas de fertilización asistida, cirugía tubaria, antecedente de exposición in útero a dietilestibrol, etc.

El 54% de las pacientes con embarazo heterotópico lo cursan asintomático.<sup>4</sup> El diagnóstico temprano es difícil debido a la falta de síntomas y datos clínicos característicos. En términos generales, sus síntomas no difieren de los característicos del embarazo ectópico complicado; por esto, el médico tiene que estar atento a los signos mencionados.

En el caso clínico expuesto fue imprescindible la sospecha diagnóstica por parte del médico que indujo la búsqueda ultrasonográfica orientada. Cuando un padecimiento no se sospecha no puede ser diagnosticado, sólo hasta que los resultados de los estudios histopatológicos lo consignan.

El ginecoobstetra tiene que echar mano de dos estudios fundamentales: ultrasonografía transvaginal o suprapúbica y la determinación de la fracción β de HGCh. Es necesario tener en cuenta que lo reflejado por el ultrasonido no se traduce en un diagnóstico seguro porque se reportan tasas de entre 5 y 50% de falsos negativos para embarazos ectópicos.<sup>8</sup>

En este caso, el ultrasonido transvaginal mostró un saco gestacional con embrión vivo en el anexo derecho y corroboró la vitalidad del embarazo intrauterino, con lo que se confirmó el diagnóstico. Sin embargo, esa imagen es rara; las imágenes más vistas son de masas anexiales complejas y líquido libre en el fondo de saco en un embarazo intrauterino.

Cuando la toma de una fracción β de HGCh en sangre resulta con cifras elevadas para la edad gestacional debe descartarse un embarazo gemelar, ectópico, heterotópico o enfermedad trofoblástica gestacional. La fracción β de HGCh en sangre no sólo debe tomarse con fines diagnósticos sino también como un marcador para comprobar el término del embarazo ectópico y para el seguimiento del embarazo intrauterino.<sup>12</sup>

Los factores que influyen en el tratamiento del embarazo heterotópico incluyen: la certeza del diagnóstico, el

sitio de implantación y las manifestaciones clínicas de la paciente. En este caso, el diagnóstico se confirmó y se decidió realizar cirugía laparoscópica, que ha demostrado ser exitosa. Existen reportes de que el abordaje de mínima invasión mejora el pronóstico de los fetos intrauterinos. Fue así como se logró resolver el cuadro agudo, preservar la fertilidad de la paciente y permitir que continuara la evolución del embarazo intrauterino.<sup>15,16</sup>

## CONCLUSIONES

Hoy en día, este tipo de embarazos sigue siendo un reto para los ginecoobstetras. En primer lugar, se trata de un hecho insólito que, si bien ha ido en aumento en los últimos años debido a las técnicas de reproducción asistida y a problemas como la enfermedad pélvica inflamatoria, puede manifestarse sin factores de riesgo asociados; por eso debe tenerse siempre en mente, para que las decisiones diagnósticas y terapéuticas que implica se asuman con el suficiente conocimiento. Es de suma importancia insistir en el diagnóstico y tratamiento oportunos, porque aumentan la probabilidad de llevar a término el embarazo intrauterino.

## REFERENCIAS

1. Torres LR, Rivero F, Briones J, Fernández S. Embarazo heterotópico vs embarazo ectópico roto con reacción desidual. Reporte de un caso. Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Pérez de León 2007;38:62-74.
2. Schorge OJ, Schaffer IJ, Halvorson ML. Ginecología de Williams. Capítulo 10. Embarazo Ectópico. 22<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill, 2006;253-272.
3. Gutiérrez CO, Romero SG, Velasco PL. Embarazo heterotópico. Ginecol Obstet Méx 2006;74:389-393.
4. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. CMAJ 2005;173:905-910.
5. Habana A, Dokras A, Giraldo J, Jones E. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. Am J Obstet Gynecol Rev 2000;182:1264-1270.
6. Barrón J, Góngora A. Embarazo heterotópico espontáneo y asociado con reproducción asistida. Características clínicas. Ginecol Obstet Mex 1999;67:291-294.
7. Dündar O, Tütüncü L, Müngen E, Muhcu M, Yergok YZ. Heterotopic pregnancy: Tubal ectopic pregnancy and monochorionic monoamniotic twin pregnancy: A case report. Perinatal Journal 2006;14:96-100.
8. Callen PW. Ultrasonography in obstetrics and gynecology. In: Levine D. Ectopic pregnancy. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 1020-1047.
9. Advanced Life Support in Obstetrics. American Academy of Family Physicians 2009;1:3-4.
10. Rabbani I, Polson D. Heterotopic pregnancy is not rare. A case report and literature review. J Obstet Gynaecol 2005;25:204-205.
11. Vaker VL, Givens CR, Martin Cadieux MC. Transvaginal reduction of an interstitial heterotopic pregnancy with preservation of the uterine gestation. Am J Obstet Gynecol 1997;176:1384-1385.
12. Lavanya R, Deepika, Patil M. Successful pregnancy following medical management of heterotopic pregnancy. Fertility and Endoscopy Clinic 2009;2:35-40.
13. Lavanya R, Deepika K, Patil M. The Practice Committee of the American Society for reproductive Medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy. Fertil Steril 2006;86:S96-102.
14. Espinosa PM, Alcantar Mendoza MA. Heterotopic pregnancy: Report of a case and review of literature. Ginecol Obstet Mex 1997;65:482-486.
15. Mohammed AS, Tulandi T. Surgical treatment of ectopic pregnancy. Semin Reprod Med 2007;25:117-122.
16. Louis-Sylvestre C, Morice P, Chapron C, Dubuisson JB. Case report. The role of laparoscopy in the diagnosis and management of heterotopic pregnancies. Hum Reprod 1997;12:1100-1102.