

Embarazo heterotópico. Presentación de un caso

Agustín Rodríguez Blas,*** L. Edith Hernández Rivera,* Raúl M. Sánchez Conde,**
Ricardo Balcázar Vázquez,*** Gustavo Casian Castellanos****

RESUMEN

El embarazo heterotópico es la gestación gemelar biovascular en la que una implantación es intrauterina y otra extrauterina. Los factores de riesgo son técnicas de reproducción asistida, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico previo, inducción de la ovulación, fertilización *in vitro*, uso de anticonceptivos orales, inseminación intrauterina, abortos recientes, gestantes añosas y promiscuidad. La localización más frecuente de implantación es extrauterina: tubárica, abdominal, cervical, ovárica e intramural. Se describe el caso de paciente femenino de 38 años con embarazo heterotópico tubárico roto en la trompa derecha asociado a un huevo muerto y retenido intraútero. Se analizaron aspectos como factores de riesgo, frecuencia, diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Embarazo heterotópico.

ABSTRACT

The heterotopic pregnancy is the gestation twin biovascular in which a deployment is intrauterine and other extrauterine. The risk factors are assisted reproduction techniques, pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy, inducing ovulation, fertilization *in vitro*, oral contraceptive use, intrauterine insemination, abortions resent holding, pregnant and old promiscuity. The most frequent location of implantation is extrauterine: tubaric, abdominal, cervical, ovarian and intramural. It describes a case of women in 38 years, with pregnancy heterotopic tubaric broken, on the tube right, associated with an egg died and retained intrauterine. Discussed aspects such as risk factors, frequency, diagnosis and treatment.

Key words: Pregnancy heterotopic.

INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico (gestación gemelar biovascular en la que una implantación es intrauterina y la otra, extrauterina en la misma paciente)¹ es raro, tiene una incidencia de 1/30,000 embarazos.² La primera descripción se debe a Duverney en 1708 (Francia).³ La etiología no ha sido plenamente esclarecida; existen factores de riesgo reconocidos como las técnicas de reproducción asistida,⁴ la enfermedad pélvica inflamatoria, antecedentes de embarazo ectópico previo, cirugía tubárica previa,⁵ inducción de la ovulación, fertilización *in vitro*, inseminación intrauterina, uso de anticonceptivos orales, cirugías pélvicas y abdominales previas, embarazo múltiple dicigoto, historia de abortos recientes, gestantes añosas, de raza negra y promiscuidad.⁶

La implantación extrauterina puede ocurrir en diferentes localizaciones: tubárica, 97%; abdominal, 1%; cervical, 0.1%; ovárica, 0.5%; intramural, 0.6%.¹

Los síntomas más comunes son dolor abdominal ubicado en cuadrantes inferiores en 81.8% de las pacientes, acompañado de datos de irritación peritoneal en 33.9%, manchado vaginal sanguinolento en 31.8%,⁷ choque hipovolémico (12.9%) y anemia (10.1%).⁵

Desde el punto de vista clínico debe sospecharse que el embarazo es heterotópico cuando hay antecedentes de técnicas de reproducción asistida, persistencia de signos y síntomas de embarazo después de un legrado, abdomen agudo con una masa anexial y sangrado transvaginal.⁸

Actualmente, al disponer de la ultrasonografía realizada precozmente durante la gestación es posible el diagnóstico de esta situación en la fase no complicada.⁹

* Médico del Diplomado de Ultrasonografía Diagnóstica, Hospital Juárez de México.
** Médico Radiólogo adscrito al Servicio de Radiología e Imagen, Hospital Juárez de México.
*** Médico Radiólogo titular del Diplomado de Ultrasonografía, Hospital Juárez de México.
**** Médico Radiólogo jefe del Servicio de Radiología e Imagen, Hospital Juárez de México.

CASO CLÍNICO

Femenina de 38 años de edad con amenorrea de seis semanas, presentó cuadro clínico de siete días de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio acudiendo a médico particular, quien prescribió antinflamatorios sin mejoría. Posteriormente, el dolor se acentuó e irradió a fosa iliaca derecha acompañado de náuseas sin otros síntomas.

Se realizó ultrasonografía pélvica vía transabdominal observando útero aumentado de tamaño a expensas de un saco gestacional en su interior (Figura 1), irregular con una longitud de 12 mm (correspondiente a siete semanas), en su interior se visualizó un embrión sin actividad cardíaca; la reacción decidual fue pobre, irregular

y con un hematoma subcorial. El ovario derecho mostró una masa anexial compleja no definida (Figura 2); se complementa con ultrasonido endovaginal identificando en el útero los mismos hallazgos (Figura 3). En el anexo derecho se identificó una imagen compleja con pared engrosada, ecogénica e irregular con dimensiones de 27 x 22 x 41 mm (Figura 4) su interior era heterogéneo, de predominio anecoico y una imagen que correspondió a un embrión sin frecuencia cardíaca fetal. Hubo presencia de líquido libre en espacio hepatorrenal y hueco pélvico (Figuras 5 y 6).

Ingresó con diagnóstico de embarazo heterotópico conformado por un embarazo ectópico roto en la trompa derecha y un embarazo intrauterino con huevo muerto y retenido. El caso fue resuelto quirúrgicamente (salpingectomía

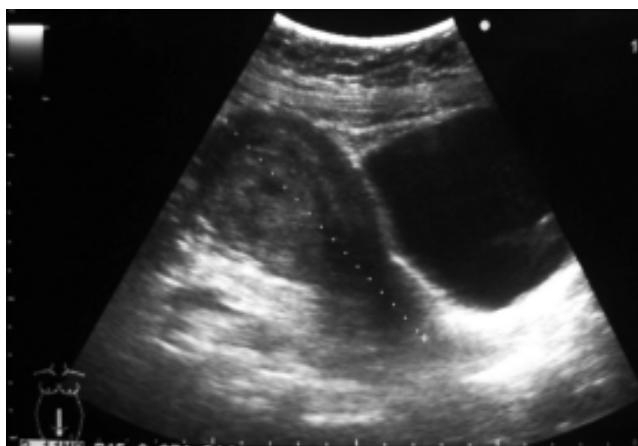


Figura 1. USG transabdominal. Útero con saco gestacional intrauterino.



Figura 3. USG endovaginal con embarazo. Saco gestacional de 7.5 semanas de gestación intrauterina.

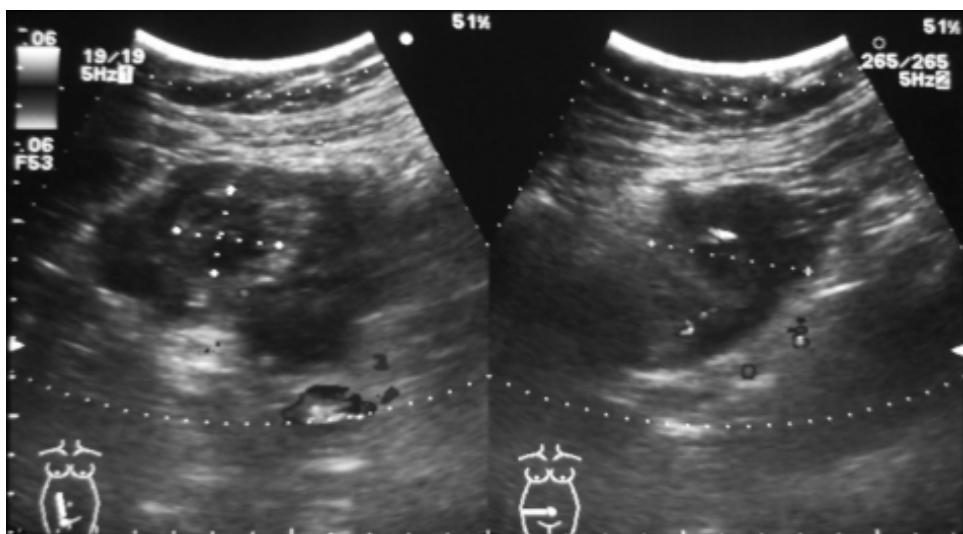


Figura 2. USG transabdominal. Masa en anexo derecho, heterogénea, mal definida.

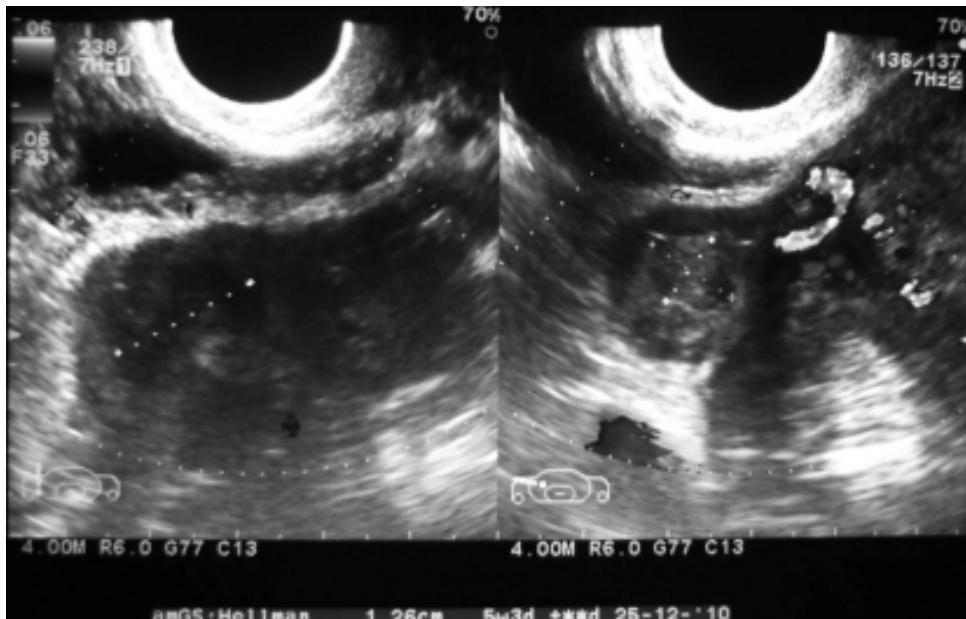


Figura 4. USG transvaginal. Saco gestacional corroborando eco embrionario.

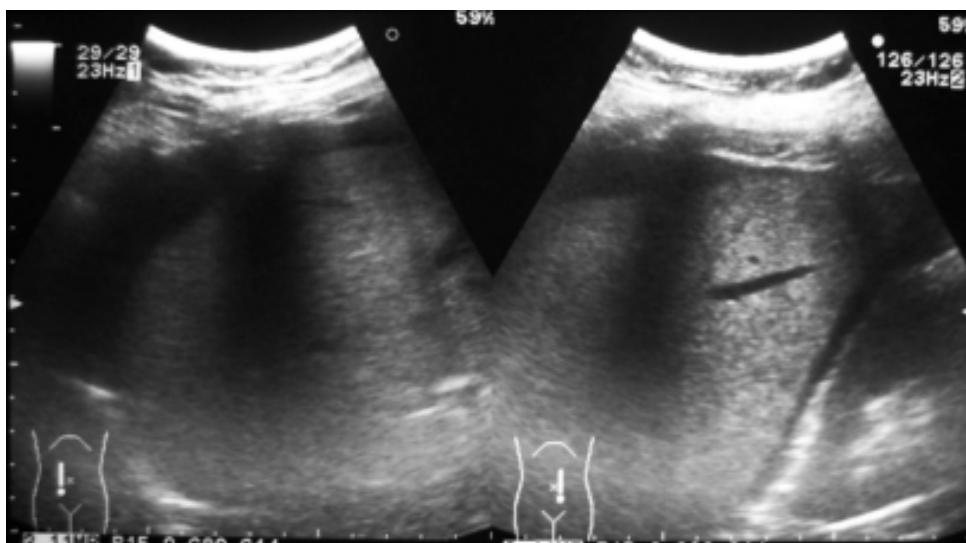


Figura 5. USG abdominal. Líquido libre en espacio hepatorrenal.

derecha por medio de una laparatomía) y legrado uterino instrumental con hallazgos de restos ovulares.

DISCUSIÓN

El embarazo heterotópico es una entidad rara en pacientes sin procedimientos de reproducción asistida. El diagnóstico de embarazo heterotópico es difícil aun con los estudios de gabinete.⁷ Los diagnósticos diferenciales más frecuentes son el síndrome de hiperestimulación ovárica, cuerpo lúteo torcido, hemorrágico o roto; cólico ureteral y apendicitis aguda en pacientes embarazadas.¹⁰

En presencia de una subunidad beta HCG mayor a la esperada para la amenorrea, asociada a dolor abdominal, se debe sospechar de un embarazo múltiple o heterotópico si no es evidente un embarazo múltiple intrauterino.¹⁰

La edad gestacional para el diagnóstico varía en un rango de 6-26 semanas, 70% se diagnostica entre las cinco y ocho semanas de gestación.

El diagnóstico definitivo es ecográfico y las imágenes que se visualizan con mayor frecuencia son el corazón fetal (44%) y el saco gestacional (2%). En otras pacientes la presencia de masa anexial sugestiva o líquido libre en fondo de saco representa 14%.⁶ La culdocentesis es otra im-

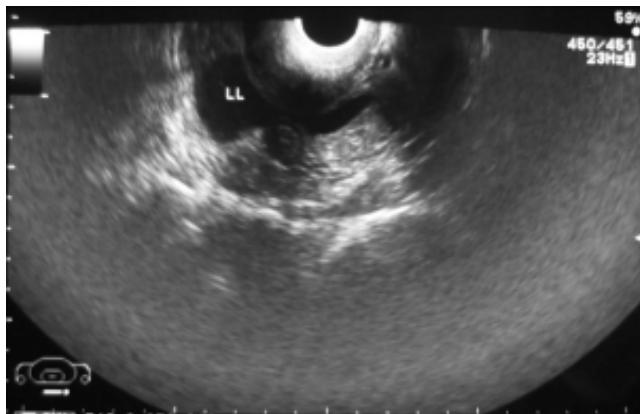


Figura 6. USG transvaginal. Presencia de líquido libre en hueco pélvico.

portante arma diagnóstica cuando se presenta dolor abdominal asociado a líquido libre en cavidad.⁵

Los factores de riesgo para el embarazo heterotópico son prácticamente los mismos que para el embarazo ectópico.⁸

El diagnóstico de embarazo heterotópico a menudo es tardío, por lo tanto, se recomienda tenerlo en mente cuando existan factores de riesgo. A pesar de confirmar el embarazo intrauterino mediante ultrasonografía, si hay dolor pélvico, se palpa alguna masa anexial y existe sangrado transvaginal debe descartarse el embarazo heterotópico.⁸

Ante valores de fracción beta de la gonadotropina coriônica humana $> 1.000 \text{ mUI/mL}$ sin visualización de saco intrauterino mediante ecografía transvaginal, la sospecha de embarazo ectópico debe ser firme. Valores demasiado elevados de beta HCG para una gestación intrauterina única o niveles mantenidos tras la evaluación permiten sospechar también la existencia de un segundo huevo.¹

Las masas anexiales deben estudiarse con Doppler color buscando altas velocidades y bajas resistencias que se asocian con el desarrollo trofoblástico.¹

El error más común al hacer el diagnóstico de gestación por ecografía es la visualización de un seudosaco intrauterino como resultado de la decidualización del endometrio en respuesta de la estimulación del ectópico. El saco gestacional es el signo más precoz de embarazo intrauterino y aparece como una estructura sonoluciente implantada en la decidua endometrial. Un saco verdadero muestra un anillo hiperrefringente alrededor de él, representando la decidua capsular y parietal.¹

El tratamiento principal es la cirugía por laparoscopia o laparotomía.^{3,5,6,9,10} Otra opción de tratamiento es el manejo médico de la inyección en el saco gestacional de metrotexate, prostaglandinas o cloruro de potasio 2 mEq; éste es recomendable en pacientes sintomáticas, sin sig-

nos de ruptura del embarazo y con niveles de HCG $< 1,000 \text{ mU/mL}.$ ⁶

CONCLUSIONES

El embarazo heterotópico es poco frecuente, pero no se debe olvidar la posible coexistencia ante toda gestante que cursa con dolor abdominal en el primer trimestre de embarazo, en especial en las que presentan factores de riesgo o antecedente de aborto reciente, por lo que es importante realizar una ecografía minuciosa valorando anejos en toda gestante de primer trimestre.

La ecografía es útil porque permite el diagnóstico de 88% de los casos. El diagnóstico precoz puede efectuarse entre las semanas 5 y 8 en la mayoría de los casos, con una sensibilidad para la ecografía transvaginal de 93 y 50% para la ecografía abdominal.

La visualización de la frecuencia cardíaca fetal en los dos fetos es la única base para el diagnóstico preoperatorio seguro, pero eso casi nunca sucede.

El anexo debe ser minuciosamente examinado, pudiendo verse masas hasta en 60% de los casos, especialmente sugestivas de embarazo ectópico si se ven separadas del ovario.

La valoración ecográfica de anexos y espacio de Douglas es obligada a pesar de verse un saco intrauterino, pudiendo ser de ayuda la utilización del Doppler.

El diagnóstico de embarazo heterotópico necesita ser recordado, ya que ha ido en aumento debido al mayor uso de las técnicas de reproducción asistida y esquemas farmacológicos de inducción de ovulación.

REFERENCIAS

1. Gispert M, Vicedo EM, Monje ML, Marqueta JM. Gestación heterotópica. Clin Invest Ginecol Obstet 2010; 29(08): 300-3.
2. Callen. Embarazo heterotópico. Ecografía en obstetricia y ginecología. 4a. Ed. Panamericana; 2002, p. 876.
3. Barreras J, Menéndez O, Hernández J. Embarazo heterotópico. Rev Hab Ciencias Med 2008; 7(1).
4. Vikram S, Dogra Shweta Bhatt. Embarazo heterotópico. Clínicas Radiológicas de Norteamérica. Elsevier Masson 2007; 45(3): 555.
5. Cerdas O, Calderón A. Embarazo heterotópico. Rev Costarricense Ciencias Med 2005; 26(3-4).
6. Molina JC, Torrico W, Vásquez P. Embarazo heterotópico: un suceso insólito. Gaceta Médica Boliviana 2008; 31(1).
7. Domínguez K, Sastré H, Higuera H. Embarazo heterotópico en un ciclo de concepción natural. Redalyc Acad Mex Cir 2008; 76(006): 519-22.



8. Gutiérrez O, Romero G, Velasco L. Embarazo heterotópico, Medigraphic Artemisa 2006; 74(7): 389-93.
9. Perrucca E, Villagrán G, Álvarez D. Embarazo heterotópico. Rev Chil Ginecol Obstet 2003; 68(3): 235-7.
10. Kaplan F, Espinoza O, Scheppeler M. Embarazo heterotópico: una patología emergente. Rev Chil Ginecol Obstet 2002; 67(5): 402-4.

Solicitud de sobretiros:

Dra. L. Edith Hernández Rivera
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160
Col. Magdalena de las Salinas
C.P. 07760, México, D.F.
Correo electrónico: dra.edithhernandez@hotmail.com