

EMBARAZO HETEROTÓPICO.
UN SUCESO INSÓLITO
Heterotopic pregnancy.
An insolit event

* Juan Carlos Molina M.

** William Alexander Torrico Aponte

*** Pedro Julián Vásquez Díaz

Recibido: 3 - 4 - 08; Aceptado: 30 - 4 - 08

RESUMEN

Se describe un caso de una mujer de 33 años, con embarazo ectópico tubárico, en la trompa derecha, asociado a un embarazo intrauterino; tratado quirúrgicamente con salpingectomía y prevención de aborto del embarazo intrauterino con resultados satisfactorios. Se revisaron algunos aspectos de su baja frecuencia, factores de riesgo, etiología variada, dificultad diagnóstica y las diferentes actitudes terapéuticas.

Palabras claves: Embarazo heterotópico espontáneo

ABSTRACT

We described a case of a 33 years old woman, with a tubal ectopic pregnancy, in the right fallopian tube, associated with an intrauterine pregnancy; treated surgically with salpingectomy, prevention of abortion about the intrauterine pregnancy, with successful results. We reviewed some aspects about the low frequency, risk factors, varied etiology, diagnostic difficulties and different therapeutic attitudes.

Key words: Spontaneous heterotopic pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Se conoce con el nombre de embarazo heterotópico a la coexistencia de uno o más embarazos intrauterinos y uno extrauterino^{1,6}, en donde el ectópico es por lo general tubárico, pero pudiera ser ovárico, cervical, cornal o abdominal^{5,6}. Esta es una patología poco frecuente, representando 1 de cada 40.000 embarazos espontáneos en la población general (0,002%) en el año 1986², aumentando la frecuencia a 1 de cada 2.600 o 1.800 embarazos espontáneos en la población general en 1999³ y continuará en aumento sustancialmente con el desarrollo de técnicas de reproducción asistida estimando a 1 de cada 100 o 500 del total de embarazos (1%)⁴.

El primer caso comunicado fue descrito por Duverney en Francia en una autopsia en el año 1708⁵. En Latinoamérica, entre 1982 y 2000, se han publicado 21 casos sobre el tema⁶. Un reciente estudio de 2007 de la Universidad Central de Venezuela afirma que los reportes epidemiológicos

de esta patología son diferentes en varios países y poblaciones ya que muchos de estos casos pasan desapercibidos por producirse aborto tubario, sin accidente hemorrágico con posterior reabsorción, o después de la extirpación de una gestación ectópica, la decidua puede ser confundida por restos ovulares intrauterinos⁶.

Hasta la fecha la etiología de este fenómeno no ha sido plenamente esclarecida^{3,5,6} por esto es importante analizar algunos factores de riesgo como las técnicas de reproducción asistida, inducción de la ovulación⁴, fertilización in vitro, inseminación intrauterina¹, podemos considerar también el uso de anticonceptivos hormonales⁴, antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, cirugías pélvicas y abdominales previas⁷, embarazo múltiples dicigotos, historia de abortos recientes⁴ y entre los factores poblacionales tenemos a gestantes añosas, de raza negra, de bajo nivel socioeconómico y también la promiscuidad⁸.

Referente a la etiopatogenia actualmente se ha demostrado la participación de mecanismos biológicos interesan-

* Jefe de quirófanos, Ginecólogo Obstetra del Hospital Materno Infantil Germán Urquidí

** Médico Residente 3º Año de Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil Germán Urquidí

*** Médico Interno de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón

Caso Clínico

tes que pudieran generar gestaciones múltiples, como son: la fecundación simultánea, dos o más óvulos liberados por un mismo folículo en un mismo coito; la superimpregnación que trata de la fecundación de diferentes óvulos por diferentes espermatozoides de un mismo individuo o individuos diferentes en coitos distintos; superfecundación, cuando dos óvulos de un mismo ciclo menstrual son fecundados por dos espermatozoides diferentes de coitos diferentes⁹; superfetación cuando dos óvulos de dos ciclos menstruales diferentes son fecundados de manera sucesiva por dos espermatozoides de coitos diferentes, con lo que los fetos tendrían distinta edad¹⁰ aunque esta teoría no es aceptada en la especie humana por autores ingleses y alemanes¹¹. Tenemos que tener en cuenta condiciones anatómicas que podrían influir en esta patología como la irrigación del útero, la vascularización y expansibilidad de trompa, entre otras⁵.

CASO CLÍNICO

A continuación presentamos el caso de un embarazo heterotópico espontáneo conformado por un embarazo ectópico roto en la trompa derecha y una gestación intrauterina. El caso fue resuelto quirúrgicamente en forma exitosa en el Hospital Materno Infantil "German Urquidí" (HMIGU).

Paciente de 33 años de edad, natural del departamento de Tarija, residente de la provincia Punata; ingresa al servicio de Gineco-Obstetricia del HMIGU con antecedente de 4 gestaciones previas: tres partos de término y una cesárea anterior. Cursando con retraso menstrual de 5 semanas, confirmando el embarazo por análisis de laboratorio en sangre que reporta fracción Beta de Hormona Gonadotropina Coriónica Humana (B HCG) Positiva (+), presentando un cuadro clínico de 4 días de evolución, caracterizado por sangrado transvaginal rojo oscuro en escasa cantidad, acompañado de dolor abdominal espasmódico en fosa iliaca derecha y malestar general. Sin antecedentes patológicos personales ni familiares de relevancia clínica.

Al examen físico destacaba una presión arterial de 100/70 mmHg, pulso de 70 lpm, frecuencia respiratoria de 18 rpm. y una temperatura axilar de 37,0 °C. Se evidencian mucosas húmedas y ligeramente pálidas, cardiopulmonar clínicamente normal. El abdomen se encontraba doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y en ambas fosas iliacas, signo de Blumberg positivo, ruidos hidroaéreos positivos (RHA +) hipoactivos, con la presencia de una cicatriz

mediana infraumbilical de 10 cm. Al examen ginecológico se pesquisó un cuello uterino sin modificaciones, cerrado, levemente doloroso a la movilización, con metrorragia escasa de color oscuro procedente de cavidad uterina; al tacto bimanual se identificó útero en anteversoflexión (AVF) de 8 por 6 cm., fondo de saco posterior abombado, anexos de difícil valoración por sensibilidad incrementada que presentó la paciente. Se realiza culdocentesis que resulta positiva.

La ecografía transvaginal realizada al ingreso informa un útero gestacional, en anteversión, aumentado de volumen; que alberga una imagen sugerente de saco gestacional, implantado a nivel fúndico, de bordes netos, diámetro de 6.9 mm.; rodeando al saco se observa trofoblasto con pequeña zona de desprendimiento amniocorial en la parte lateral izquierda de 4 mm de amplitud, aún no se visualiza botón embrionario (Figura 1). Resalta la presencia de masa mixta en anexo derecho, de tamaño de 36 por 27 mm (Figura 2); se aprecia la presencia de líquido libre en fondo de saco de Douglas en moderada cantidad relacionado con signo de Murphy ecográfico positivo (Figura 3).

Figura N°1



Imagen de ecografía transvaginal sugerente de saco gestacional, implantado a nivel fúndico, de bordes netos, diámetro de 6.9 mm.; no se visualiza botón embrionario

Los exámenes de laboratorio demostraron un hematocrito de 38%, un recuento de plaquetas de 240.000/mm³, un tiempo de protrombina de 12,1 seg. de 97,5%, un INR de 1,01. El examen parcial de orina reportó dentro de parámetros normales

Se realizó una laparotomía exploratoria y salpinguectomía derecha total, objetivándose en ésta un hemoperitoneo de 80 cc, 100 gr. de coágulos; útero, ovario y trompa izquierdas normales. La trompa derecha presentaba un aumento de volumen ampular violáceo de 2 por 2 cm. con tejido sugerente de trofoblasto en su lumen, con solución de con

Figura N°2



Imagen de ecografía transvaginal sugerente de masa mixta en anexo derecho, de tamaño de 36 por 27 mm.

Figura N°3



Imagen de ecografía transvaginal que evidencia líquido libre en fondo de saco de Douglas en moderada cantidad. (28 x 26 x 22 mm.)

tinuidad sangrante. El informe anatomopatológico posterior reportó cortes correspondientes a trompa uterina, con focos de tejido decidual, cambios de inflamación aguda y crónica que invaden la pared conectiva, células del trofoblasto aisladas y focos de hemorragias (Figuras 4 y 5), confirmando un embarazo tubario complicado con hematosálpinx. La macroscopía reporta formación tubular de 3 por 0,8 cm que contiene coágulo sanguíneo.

Figura N°4

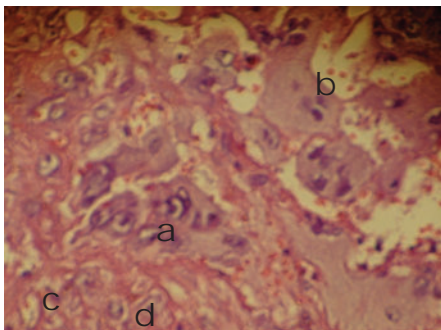


Imagen de corte histológico donde se evidencia células aisladas de trofoblasto: a. Células del trofoblasto, b. Hematíes, c. Paredes, d. Células deciduales

La evolución posquirúrgica fue satisfactoria, se mantuvo el embarazo intrauterino con evolución favorable, en el control postoperatorio se evidenció un útero aumentado de tamaño con carácter gravídico sin modificaciones cervicales, recibiendo antibioticoterapia e indometacina para prevenir aborto del embarazo normotópico, dándose de alta al 5° día de internación, para continuar con controles por el servicio de consulta externa, donde se le realizó una ecografía de control que confirma y reporta: Un embarazo intrauterino de 8 - 9 semanas, con saco gestacional y líquido amniótico normal (Figura 5); con embrión único vivo, transverso, con movimientos y latidos presentes, lo que concuerda con el retraso menstrual, al momento de la cirugía tenía una edad gestacional estimada de 5 semanas y 3 días.

Figura N°5



Imagen de ecografía que evidencia y reporta un embarazo intrauterino de 8 - 9 semanas.

COMENTARIO

Para el diagnóstico de esta patología nos basamos en la clínica, pruebas y exámenes complementarios como la culdocentesis, la ultrasonografía y anatomopatología^{12,13,14,15,16}.

Aunque las manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas^{12,13,14}, mencionamos las más frecuentemente encontradas: dolor pélvico, sangrado vaginal, masa anexial con un útero aumentado de tamaño, irritación peritoneal y signos de shock secundarios a hemorragia intrabdominal por ruptura del embarazo ectópico^{12,16}. Debemos sospechar embarazo heterotópico después de un legrado obstétrico la persistencia de síntomas y signos de embarazo o títulos altos de gonadotropina coriónica, también la persistencia de síntomas de embarazos luego de extracción de un embarazo ectópico¹³.

Esta claro que una buena anamnesis identificando factores de riesgo y antecedentes⁸, un examen físico general e integral de todos los aparatos y sistemas nos permitirán llegar a un diagnóstico presuntivo el cual confirmaremos con pruebas complementarios como la culdocentesis para el diagnóstico de embarazo ectópico roto o figurado¹⁴, con la obtención de sangre no coagulada o con microcoágulos es signo presuntivo de embarazo ectópico roto en un 70 a 97% pero la ausencia de sangre no descarta el embarazo ectópico no roto⁶. Otro estudio es la ultrasonografía tanto transvaginal como transabdominal demostrando alguna masa anexial, o un saco gestacional extrauterino, con la presencia de un embarazo intrauterino con polo fetal y/ o saco vitelino^{6,15}, la presencia de una moderada o gran cantidad de líquido intraperitoneal debe hacer sospechar un embarazo ectópico roto¹⁶. El estudio anatomopatológico es el que confirmará el diagnóstico y dependerá de visualizar las vellosidades coriales, de la placa decidual¹⁸ o raras veces el embrión^{6,13}.

Entre los principales diagnósticos diferenciales que debemos tomar en cuenta, encontramos la presencia de cuerpo lúteo torcido, hemorrágico o roto, quiste de cuerpo lúteo, un quiste endometriósico o un absceso apendicitis aguda en embarazadas, cólico ureteral¹⁷, síndrome de hiperestimulación ovárica⁴. Es imperativo hacer un diagnóstico preciso y un tratamiento precoz, ya que esta patología se puede complicar al romperse el embarazo extrauterino, produciendo shock hipovolémico con el consecuente aborto del intrauterino⁵.

El tratamiento del embarazo heterotópico es esencialmente quirúrgico^{6,16}, de preferencia laparoscópico¹², cuando se implanta en el fondo de saco es factible la extracción del ectópico y evolución espontánea del eutópico⁸ como en el caso que presentamos. El tratamiento médico con metotrexate y el RU486 está contraindicado dado la coexistencia del embarazo intrauterino y sus potenciales efectos adversos⁶.

En este caso clínico en particular, el diagnóstico se realizó asociando un cuadro de abdomen agudo de una gestante con embarazo intrauterino de \pm 5 semanas, apoyando el diagnóstico con la imagen ultrasonográfica de masa en anexo derecho, líquido libre en fondo de saco y la presencia de saco intrauterino, diagnóstico que fue corroborado con los hallazgos quirúrgicos correspondientes a un embarazo tubárico complicado con hemoperitoneo y con el estudio anatomopatológico.

CONCLUSIONES

Concluimos que en pacientes sin factores de riesgo el embarazo heterotópico espontáneo continúa siendo un suceso obstétrico insólito, el ultrasonido es el método diagnóstico más importante en esta entidad y el tratamiento es quirúrgico con buena expectativa de vida para el binomio madre-niño normotópico.

Agradecimientos:

Un agradecimiento especial al servicio de ecografía del Hospital Materno Infantil Germán Urquidí con el apoyo de la Dra. María Eugenia Nahim Asbún, y al departamento de patología del Hospital Gastroenterológico Boliviano Japonés con el apoyo de la Dra. Jenny Rocabado y al Dr. Abel Acosta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lure M, Matorras R, Mendoza R, Rodríguez-Escudero FJ: El embarazo heterotópico en la fecundación in Vitro; Rev. Iberoamericana de Fertilidad; 2001; Vol. 18, n° 2; pág. 123-126.
2. Bello GV, Schonholz D, Moshirpur J, y Cols: Combined pregnancy: the Mount Sinai experience; Obstet Gynecol Surv; 1986; pág 603-613.
3. Southern Medical Association: Heterotopic pregnancy, South Med, 1999, pág 330-332.
4. Goldman G, Fisch B, Ovadia J, y Cols: Heterotopic pregnancy after assisted reproductive technologies; Obstet Gynecol Surv; 1992; Vol. 47; pág. 217-221.
5. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF: Combined intrauterine and extrauterine gestations. A review; Am J Obstet Gynecol; 1998; pág 323-330.
6. Rada Torres L, Rivero Fraute A, Briones J, Fernández S, Embarazo Heterotópico vs Embarazo Ectópico Roto con Reacción Decidual. Reporte de Un Caso; Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de Leon; 2007; pág 62-74.
7. Pisarska M, Carson S. Incidencia y factores de riesgo del embarazo ectópico en México; Clín. Obstet Gin. Temas actuales; McGraw-Hill Interamericana; 1999; Vol. 1; pág. 29.
8. García R, Gallego J, Prado J, Trelles E: Embarazo heterotópico. Presentación de un caso, Ciudad de la Habana; Rev Cubana Obstet Ginecol; 2001; Vol. 27 N° 1; pág 34-38.
9. Silva Solovera S, Revisión Bibliográfica 1992-2003, Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr.Sótero del Río Santiago de Chile; 2004.
10. Carrera F, Merchan D: Embarazos simultáneos intra y extra uterinos: su incidencia en la maternidad Concepción Palacios; Rev.Obstet Ginecol Venez; 1963; pág. 860-862.
11. Scheiber Michael D, y cols.: European Society of Human Reproduction and Embryology 2001; Vol 16, N° 5; pág. 1475-1477.
12. Louis-Sylvestre C, Morice P, Chapron C, Dubuisson J: The role of laparoscopy in the diagnosis and management of heterotopic pregnancies; Human reproduction; 1997; Vol 12, N° 5; pág 1100-1102.
13. Perucca E, Villagrán G, Martín R, Alvarez D, y cols: Embarazo heterotópico; Rev. chil. obstet. ginecol; Santiago 2003; Vol 68, N° 3; pág. 235-237
14. Teo L., Lam S: Clinics in diagnostic imaging: Heterotopic pregnancy with an intrauterine blighted ovum and a live tubal ectopic pregnancy; Singapore Medical Journal; 2004; Vol. 45, N° 6, pág 295-298.
15. Dart G: Role of a pelvic ultrasonography in evaluation of symptomatic first-trimester pregnancy; Ann Emerg Med; 1999; Vol. 33; pág 310-315.
16. Jibodu O, Darne J: Case report : Spontaneous heterotopic pregnancy presenting with tubal rupture; Human Reproduction, UK; 1997; Vol 12, N° 5; pág 1098-1099.
17. DeCherney A, Eichhorn J: Severe abdominal pain during early pregnancy in a woman with previous infertility; N Engl J Med 1996; Vol. 334, N°4; pág 255-60.
18. Kumar V, Cotran R, Robbins S: Patología Humana, 6ta Ed; México McGraw-Hill interamericana editores; 1997; Cap. 19; pág 672-674.