

Hospital Docente Ginecoobstétrico
"Eusebio Hernández"

EMBARAZO HETEROTÓPICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dr. Ramón García Mirás,¹ Dr. Jany Gallego Ramos,² Dr. José Prado González³ y Dra. Edilia Trelles Aguabella⁴

RESUMEN : Se presentó un caso de gestación heterotópica. Se revisaron algunos aspectos de su etiología, diagnóstico y tratamiento. Su frecuencia ha aumentado en los últimos años con las técnicas de reproducción asistida. En este caso, la paciente presentó 7 semanas después de haberse extraído un feto del fondo de saco de Douglas, un óbito de feto intraútero, complicación frecuente de este tipo de caso.

DeCS: EMBARAZO; EMBARAZO ECTOPICO/etiología; EMBARAZO ECTOPICO/diagnóstico; EMBARAZO ECTOPICO/terapia; COMPLICACIONES DEL EMBARAZO; TECNICAS DE REPRODUCCION /efectos adversos.

El embarazo heterotópico es la combinación del embarazo intra y extrauterino y resulta raro, aunque cada vez más frecuente. El primer caso fue reportado por *Duverney* en 1708, durante una autopsia.¹

La frecuencia reportada en 1948 fue de 1:30 000 embarazos. Existen referencias recientes de cifras que oscilan entre 1:1 300 a 1:15 600 embarazos.^{2,3} Este aumento en la frecuencia puede verse asociado con fenómenos ligados al ingreso de las técnicas de

reproducción asistida a la práctica médica. Ciertamente, la incidencia de embarazos combinados puede ser hasta del 1 % cuando se usa esta tecnología.³

Otro factor que puede ser importante es el aumento de los casos con enfermedad inflamatoria pélvica, factor que claramente se ha asociado con la aparición de embarazo extrauterino.⁴

En pacientes sin factores de riesgo continúa siendo un suceso obstétrico exótico.

¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. Facultad Finlay-Albarrán ISCM-H.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de 2do año en Ginecología y Obstetricia.

³ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Policlínico "Isidro de Armas."

⁴ Especialista de I Grado en Radiología.

Caso clínico

Paciente de 31 años de edad, de la raza negra, con antecedentes de asma bronquial e hipertensión arterial crónica, con una historia obstétrica de embarazo (2), partos (0), abortos (1, provocado) y una edad gestacional de 18 sem, que acude al cuerpo de guardia por dolor en hipogastrio y fosa ilíaca

izquierda sin otros síntomas acompañantes, por lo que se decide su ingreso para estudio y tratamiento. Se realizan exámenes complementarios generales que resultan negativos, excepto el estudio ultrasonográfico el cual informa embarazo gemelar heterotópico, con un feto en la cavidad uterina y otro en el fondo de saco de Douglas (figuras 1 y 2).

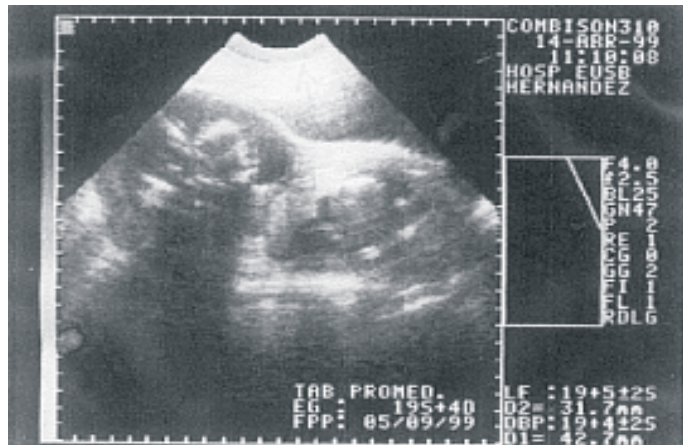


FIG.1.

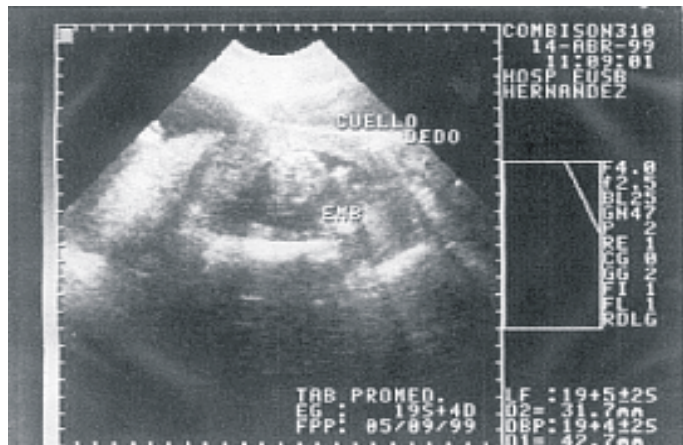


FIG.2.

Se le realiza laparotomía a la paciente y se confirma el diagnóstico. Se le extrae del fondo de saco de *Douglas*, embarazo de aproximadamente 18 sem y placenta (figuras 3 y 4). Se realiza salpingectomía parcial izquierda por encontrarse el embarazo adherido a la fimbria de dicha trompa.

La evolución posquirúrgica fue satisfactoria y se mantuvo el embarazo intrauterino con buena vitalidad y evolución favo-

nable. Se egresa a la paciente a los 7 d. En la semana 26 de la gestación se comprueba ecográficamente óbito del feto intraútero y se realiza a la paciente el método de Rivanol, con lo cual expulsa un feto de 680 g de peso. El resultado de la necropsia informó como conclusiones, un crecimiento intrauterino retardado, muerte fetal de aproximadamente 10 d y signos de deciduitis y corioamnionitis.

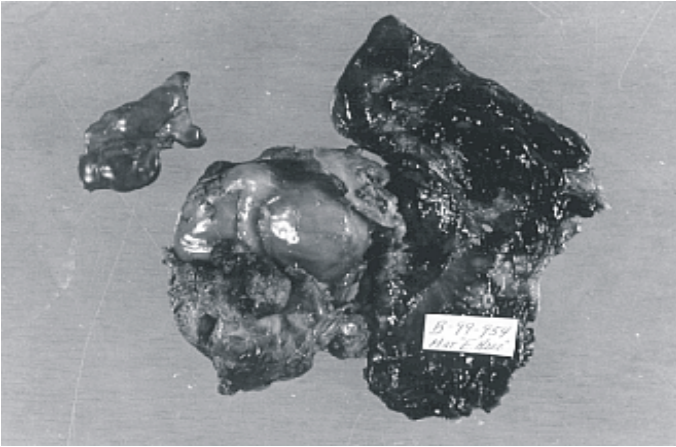


FIG.3.

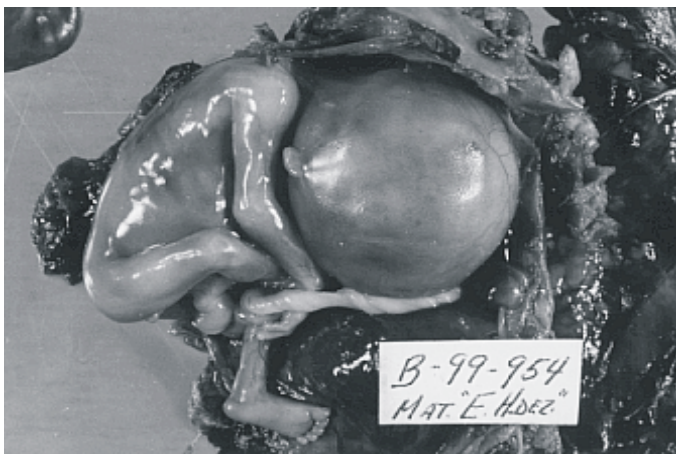


FIG.4.

Discusión

La incidencia de embarazo heterotópico ha aumentado sorprendentemente en los últimos 50 años. En la actualidad existen referencias que indican como 1-4 de cada 100 pacientes sometidas a técnicas de fertilización *in vitro* con transferencia de embriones, puede presentar una gestación heterotópica. La incidencia de embarazo combinado es 400 veces más alta en presencia de técnicas de reproducción asistida que en gestaciones espontáneas.^{5,6}

Así mismo se ha visto cómo la transferencia de 4 embriones aumenta el riesgo de gestación combinada.⁷ Si el riesgo global de gestación heterotópica secundaria a fertilización *in vitro* con transferencia de 4 embriones ha sido estimada en 1:119 embarazos, la transferencia de más de 4 embriones modifica cada cifra a 1:45 embarazos.⁸

Aún cuando su etiología no ha sido plenamente esclarecida, muchos de los factores son compartidos con aquellos referidos para el embarazo ectópico, como la enfermedad pélvica inflamatoria, factor etiológico potencial en aproximadamente, el 45 % de los casos de embarazo ectópico.

Se ha asociado también con factor etiológico el embarazo múltiple dicigoto, en el cual ambos óvulos provenientes de 1 a 2 folículos son fertilizados en el mismo coito. Otros factores posibles son la superfecundación, la superfetación y la hiperestimulación ovárica.⁹

Habitualmente, el diagnóstico es ecográfico, las imágenes más frecuentes visualizadas son: masa anexial y líquido libre en el fondo de saco en presencia de embarazo intrauterino.¹⁰

El ultrasonido transvaginal ha desplazado casi por completo la ecografía convencional transvesical.¹¹

Clínicamente se debe sospechar embarazo heterotópico ante la presencia de:

- Embarazo con antecedentes de técnicas de reproducción asistida.
- Persistencia de síntomas y signos de embarazo después de un legrado obstétrico.
- Persistencia de títulos altos de gonadotropina coriónica después de un legrado obstétrico.
- Cuadro clínico de abdomen quirúrgico con masa anexial y embarazo intrauterino.

En estos casos el proceder es quirúrgico y las posibilidades dependen de la edad gestacional y del sitio de implantación. Si la placenta se inserta en un órgano no vital (epiplón, trompa), no se debe intentar desprenderla, sino extirpar el órgano con la placenta. Cuando se inserta en un órgano vital se debe seccionar el cordón umbilical lo más próximo a la placenta y dejarla en su sitio.

Mientras la tasa de mortalidad fetal para el embarazo extrauterino es superior al 95 %, la del intrauterino oscila entre 45 y 65 %. La mortalidad materna es inferior al 1 % en caso de embarazo ectópico tubario. Cuando el embarazo heterotópico es de localización intraabdominal, esta mortalidad puede ser de hasta el 6 % según estudios realizados.¹²⁻¹⁴

Concluimos que el embarazo heterotópico “espontáneo” sin factores de riesgo continúa siendo raro. El ultrasonido es el método diagnóstico más importante en esta entidad. El tratamiento es quirúrgico. Cuando se implanta en el fondo de saco es factible la extracción del ectópico y evolución espontánea del eutópico, el cual está expuesto a complicaciones, entre las que se encuentra el óbito fetal, como en el caso que reportamos.

SUMMARY : A case of heterotopic pregnancy is presented. Some aspects of the etiology, diagnosis and treatment of this entity are reviewed. The frequency of this pregnancy has increased in the last years with the implementation of assisted-reproduction techniques. In this case, the patient presented with a dead intrauterine fetus, a frequent complication in this type of cases, 7 weeks after she underwent the removal of a fetus from the bottom of her Douglas's bag.

Subject headings: **PREGNANCY, PREGNANCY ECTOPIC/etiology; PREGNANCY ECTOPIC/diagnosis; PREGNANCY ECTOPIC/therapy; PREGNANCY COMPLICATIONS; REPRODUCTION TECHNIQUES/adverse effects.**

Referencias bibliográficas

1. Voe RW de, Pratt JH. Simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1948;56:1119-26.
2. Fernández H, Lelaidier C, Doumerc S. Nonsurgical treatment of heterotopic pregnancy: a report of six cases. *Fertil Steril* 1993;60:428-32.
3. Richards SR, Stempel LE, Carlton BD. Heterotopic pregnancy reappraisal of incidence. *Am J Obstet Gynecol* 1982;142:928-30.
4. Loret JR, et al. Cornual heterotopic pregnancy and cornual resection after in vitro fertilization/embryo transfer. A report of two cases. *J Reprod Med* 1995;40:606-10.
5. Walker DJ, Clarker TC, Kennedy CR. Heterotopic ectopic and intrauterine pregnancy after embryo replacement. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:1048-9.
6. Golmand JA, Dicker D, Dekel A. Successful management and outcome of heterotopic triple gestation: twin tubal and surviving intrauterine pregnancy. *J In Vitro Fertil* 1991;8:300.
7. Tummon IS, Withmore NA, Daniel SA. Transferring more embryos increases risk of heterotopic pregnancy. *Fertil Steril* 1994;61:1065-7.
8. Sherer DM, Scibetta JJ. Heterotopic quadruple gestation with laparoscopic resection of ruptured interstitial pregnancy and subsequent successful outcome of triplets. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:216-7.
9. Levin JH, Lacarra M. Mifepristone (RU-486) failure in an ovarian heterotopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:543-4.
10. Ron-El R, Langer R. Term delivery following mid trimester ruptured cornual pregnancy with combined intrauterine pregnancy. *Case Report Br J Obstet Gynecol* 1994;95:619-20.
11. Rein MS. Heterotopic pregnancy associated with in vitro fertilization and embryo transfer: A possible role for routine vaginal ultrasound. *Fertil Steril* 1989;51:1057-8.
12. Hirsch E, Cohen L. Heterotopic pregnancy with discordant ultrasonic appearance of fetal cardiac activity. *Obstet Gynecol* 1992;79:824-5.
13. Pisarka MD, Casson PR. Heterotopic abdominal pregnancy treated at laparoscopy. *Fertil Steril* 1998;70(1):159-60.
14. Bobeck S. One more African case of abdominal pregnancy. *Lakartidningen* 1998;95(20):2357-8.

Recibido: 13 de junio del 2000. Aprobado: 12 de marzo del 2001.

Dr. *Ramón García Mirás*. Calle 84 No. 4113 entre 41 y 43, Marianao 14, Ciudad de La Habana, Cuba.