

Reporte de Case – Case Report

Embarazo Heterotópico vs Embarazo Ectópico Roto con Reacción Decidual. Reporte de Un Caso

L. Rada Torres ¹, A. Rivero Fraute ¹, J. Briones ¹, S. Fernández ².

¹Médico Cirujano egresado de la Escuela de Medicina José María Vargas, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

²Cátedra de Obstetricia, Escuela de Medicina José María Vargas, Maternidad Concepción Palacios, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Resumen

El embarazo heterotópico definido como la gestación intrauterina y extrauterina que coexisten de forma simultánea tiene frecuencia estimada de 1:30.000 embarazos si no se han empleado técnicas de reproducción asistida. En Venezuela su incidencia es 1:86.000, postulándose que dicha cifra se debe al subdiagnóstico de la patología por desconocimiento de la misma y falta de control prenatal, entre otros factores. Se reporta un caso de mujer de 27 años, con antecedente de aborto y embarazo ectópico previo, que consulta a la Maternidad Concepción Palacios con atraso menstrual de 41 días y posterior sangrado genital. Al momento de la admisión y durante su estadía hospitalaria se realizó ecografía transvaginal, ambos con diagnóstico de embarazo heterotópico, describiéndose saco gestacional con embrión sin actividad cardíaca en cavidad endometrial; el componente extrauterino se observó como un tumor parauterino izquierdo contiguo a ovario, con saco gestacional y embrión con actividad cardíaca. En el transcurso de su evolución la paciente presentó síntomas de embarazo ectópico roto motivo por el cual posterior a legrado uterino se realizó laparotomía exploradora con salpingectomía izquierda. La paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresada asintomática. El informe de anatomía patológica reporta los restos ovulares como reacción decidual con extensas áreas hemorrágicas, y confirma el diagnóstico de embarazo ectópico roto. Se destaca que el embarazo heterotópico debe considerarse puesto que su diagnóstico precoz permite buenos resultados materno-perinatales, se hace énfasis en el ultrasonido transvaginal como método imagenológico de elección, aunque no es un procedimiento infalible como se demuestra en esta revisión.

Palabras claves: Embarazo Heterotópico, Embarazo Ectópico, Ultrasonografía Transvaginal, Reacción Decidual. *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de Leon* 2007; 38(2):62-74.

Abstract

Heterotopic pregnancy is defined as the coexistence of intrauterine and extrauterine gestations, the worldwide frequency when assisted reproduction techniques have not been used has been estimated to be 1 in 30.000. The incidence in Venezuela is as low as 1 in 86.000, however it is thought that lack of knowledge of this entity as well as poor pregnancy care, lead to be misdiagnosed. We present the case of a 27 year old woman with a medical history of abortion and ectopic pregnancy, that consulted the emergency room of the Concepción Palacios Maternity Center with a 41 day-delayed menstruation with a posterior vaginal bleeding. At the time of admission and during her stay transvaginal ultrasonography were performed, both diagnosed a heterotopic pregnancy describing an intrauterine gestational sac and embryo without heartbeat, and the ectopic one was seen as a left tumor next to ovary, with gestational sac and embryo with heartbeat. The patient presented symptoms of ruptured ectopic pregnancy leading to evacuation of the uterus and posterior diagnostic laparotomy and left salpingectomy were carried out. The patient had a good recovery and was well when discharged. Histopathology report described as a decidual reaction the intrauterine material, whereas the diagnosis of ruptured ectopic pregnancy was confirmed. The heterotopic pregnancy should be always considered since an early diagnosis allows a good mother and child outcome. Transvaginal ultrasonography is suggested as the imagenologic method of choice, although it is not infallible as it is shown in this case.

Key Words: Heterotopic Pregnancy, Ectopic Pregnancy, Transvaginal Ultrasonography, Decidual reaction. *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de Leon* 2007; 38(2):62-74.

Introducción

Se denomina embarazo heterotópico a la gestación intrauterina y extrauterina que coexisten de forma simultánea¹⁻⁶. Esta es una patología poco reportada en la literatura internacional y nacional cuando se presenta en forma espontánea, es decir, no asociado a técnicas de reproducción asistida. El primer caso comunicado fue descrito por Duverney en una autopsia en el año 1708 en Francia⁷. La incidencia ha cambiado en el último tiempo convirtiéndose en una patología emergente. En el año 1948 el riesgo de un embarazo heterotópico era de 1:30.000 embarazos espontáneos a nivel mundial, según (De Voe y Pratt)⁸ desde entonces la frecuencia de esta patología ha aumentado sustancialmente. Entre 1978 y 1994, se reportaron 120 casos en la literatura inglesa, con una frecuencia de 1:2.600 - 1:1.800⁹. En Latinoamérica, entre 1982-2000, se han publicado 21 casos¹⁰.

Este aumento en la frecuencia puede verse asociado con fenómenos ligados al ingreso de las técnicas de reproducción asistida a la práctica médica, alcanzando una frecuencia de 1:119 si se transfieren 4 embriones y 1:45 si se transfieren 5 o más¹¹ esto sumado a la asociación de patología tubárica y ovulación múltiple en el tratamiento de la mujer infértil.

En el año 2000 en Chile se publicaron 3 casos de embarazos heterotópicos múltiples en pacientes con estimulación ovárica¹². 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 extrauterino¹³.

En nuestro país, en la Maternidad Concepción Palacios, Carrera y Merchán¹⁴ señalan que para el periodo de el año 1939 - 1963, solo se reportaron cuatro casos de embarazo heterotópico, representando una incidencia de 1 x 86.000 nacimientos vivos muy por debajo de la incidencia estipulada a nivel mundial para esa época y afirman que esta incidencia es falsa ya que ellos han diagnosticado menos de los casos que en realidad se presentan, por una serie de factores tales como: falta de control prenatal,

la atención médica en diferentes instituciones, el desconocimiento de la patología, o error en el diagnóstico al confundir restos ovulares con decidua después de un embarazo ectópico operado. Para el año 2004 Bello y cols¹⁵, a propósito de un caso realizan una reseña completa de los casos publicados en Venezuela hasta 1983 estimando una frecuencia aproximada de 1:10.000 mil a 1:30.000 mil nacimientos vivos, de los cuales menos del 23% estaban asociados a factores predisponentes (consumo de anticonceptivos, dispositivos intrauterinos, y/o técnicas reproducción asistida). Sin embargo en las últimas décadas se ha presentado un incremento en la incidencia de casi el doble, con 0,6 - 2,5: 10.000 nacimientos vivos¹.

Por tal razón se presenta a continuación el reporte de un caso sugestivo de embarazo heterotópico espontáneo en la Maternidad "Concepción Palacios" conformado por un embarazo ectópico tubárico y una probable gestación intrauterina la cual en pacientes sin factores de riesgo continúa siendo un suceso obstétrico exótico.

Caso

1. Enfermedad Actual: Paciente de 27 años IV Gestas I Aborto I Embarazo Ectópico I Parto referida a la Maternidad Concepción Palacios el día 2 de febrero de 2006 por médico en consulta privada quien a través de ecusonograma obstétrico realiza el diagnóstico de embarazo heterotópico. La paciente presentó atraso menstrual de 41 días de evolución (FUR 16/12/2006) y posteriormente sangrado genital moderado que inició 7 días previos a su ingreso (26/01/2006) sin ningún otro concomitante.

2. Antecedentes Familiares: Madre 52 años con DM tipo 2, pérdida gestacional recurrente, uso de cerclaje en la última gestación. Padre 50 años aparentemente sano.

Hermanos: Femenino 21 años Asmática. Masculino 28 años aparentemente sano.

3. Antecedentes Gineco-Obstétricos: IV Gestas I Aborto I Embarazo Ectópico I Parto.

Menarquia: 10 años, Ciclos menstruales irregulares, eumenorreica.

Inicio de Relaciones Sexuales: 16 años. Nº de Parejas Sexuales: 1

Métodos Anticonceptivos Usados: de Barrera y naturales. Niega uso de ACO, DIU o Anticoncepción de Emergencia.

4. Antecedentes Médicos: Niega

5. Antecedentes Quirúrgicos: Hernioplastia umbilical hace 26 años, sin complicaciones.

Cistectomía de mama izquierda hace 12 años, sin complicaciones.

Embarazo ectópico derecho hace 4 años, con salpingectomía y ooforectomía derecha sin complicaciones.

6. Hábitos psicobiológicos: Tabáquicos: 2 cigarrillos al día .

Niega hábitos alcohólicos o uso de drogas ilícitas.

Ocupación: Operadora de C.A.N.T.V.

A. Revisión por Aparatos y Sistemas.

Niega Síntomas

B. Examen Físico.

General: Paciente en Buenas Condiciones Generales, afebril al tacto, eupneica e hidratada.

Signos Vitales: PA: 139/73 mmHg FC: 60 lpm FR: 16 rpm T: 37°C

Mamas simétricas, eutróficas, complejo areola pezón sin lesiones ni secreciones.

Tórax simétrico normoexpansible. Ruidos respiratorios presentes en ambos hemitórax sin agregados.

Abdomen blando deprimible no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Genitales externos sin alteraciones. Tacto ginecológico: vagina normotérmica y normotónica, cuello uterino largo posterior permeable en orificio cervical externo. Dolor a la movilización del cuello.

Miembros inferiores sin várices ni edemas.

Neurológico: paciente vigil y alerta, orientada en tiempo, espacio y persona. Fuerza Muscular V/V. Reflejos osteotendinosos II/IV. Sensibilidad conservada. Resto sin alteraciones.

C. Exámenes de laboratorio.

Hematología Completa (02/02/2006)

Glóbulos Blancos: 11.650/ μ l

Neutrófilos: 84.3%

Linfocitos: 10.9%

Monocitos: 4.2%

Eosinófilos: 0.3%

Hemoglobina: 11.4 gr/dl

Plaquetas: 257000/ μ l

Tiempos de Coagulación

(02/02/2006)

PT: 10.9 s

PTT: 24.8 s

Fibrinógeno: 439.3 mg/dl

(03/02/2006)

PT: 11.3 s PTT: 25.2 s

Fribinógeno: 438.2 mg/dl

Química Sanguínea (02/02/2006)

Glucosa 189 mg/dl

Urea: 15 mg/dl

Creatinina: 0.7 mg/dl

D. Estudios Imagenológicos.

Ecosonogramas Obstétricos

Eco Transvaginal y transabdominal.

Servicio de Admisión(02/02/2006)

Útero en AVF.

Diámetros: a. Longitudinal: 11.2 cm b. Transversal: 6.7 cm c. Anteroposterior: 5.4 cm

Ovario Derecho: No visualizable.

Ovario Izquierdo: Tumor parauterino

Informe: Útero aumentado de tamaño paredes lisas miometrio homogéneo. Se aprecia saco gestacional en cavidad endometrial que mide 4.1 cm x 1.2 cm, alargado con embrión C.R.L 11 mm sin actividad cardíaca. Además se observa tumor parauterino izquierdo que mide 6.7 cm x 6.1 cm x 3.7 cm contiguo a ovario ipsilateral que se puede delimitar 3.9 cm x 2.2 cm. El tumor presenta área hiperrefringente con estructura anecoica (saco gestacional 1.9 x 1.7 cm) redondeado con embrión con actividad cardíaca, presenta C.R.L. 10 mm. Se observa líquido libre en cavidad abdominal en escasa cantidad.

Idx: 1. Embarazo Heterotópico con ectópico izquierdo tubario fisurado.

Eco transvaginal. Servicio de ultrasonido en área de hospitalización (03/03/2006)

Útero en AVF.

Diámetros: a. Longitudinal: 10.2 cm b. Transversal: 7.6 cm c. Anteroposterior: 5.9 cm

Ovario Derecho: No visible Ovario Izquierdo: 4.1 cm x 2.3 cm

Informe: Útero aumentado de tamaño, contornos regulares con evidencia de saco gestacional intrauterino de 4.0 cm irregular con embrión sin actividad cardíaca. Vesícula vitelina de 4 mm.

A nivel parauterino izquierdo se observa saco gestacional de 3.8 cm x 3.6 cm con embrión de 1.4 cm con actividad cardíaca presente. Líquido libre en fondo de saco.

Idx:

1. Embarazo Heterotópico:

1.1. Embarazo ectópico tubario izquierdo fisurado

1.2. Embrión muerto retenido

E. Evolución y Conducta.

02/02/2006 5:40 pm

Es trasladada a sala de trabajo de la MCP.

La paciente refiere dolor leve en hipogastrio.

Plan: Debido a deseos de fertilidad de la paciente, estabilidad hemodinámica de la misma y medidas de saco gestacional ectópico se decide iniciar tratamiento médico. Methotrexate 75 mg IM STAT. Se indica eco transvaginal control para el día siguiente.

02/02/2006 7:57 pm

Abdomen doloroso en flanco izquierdo.

Plan: Se omite metotrexate y se indica traslado a servicio de hospitalización. Se esperará resultados de eco transvaginal control para decidir conducta.

03/02/2006 1:55 am

Se omite el traslado al servicio de hospitalización debido a presencia de dolor leve persistente en fosa ilíaca izquierda e hipogastrio.

03/02/2006 8:00 am

La paciente refiere que persiste sangrado en moderada cantidad a través de genitales externos. Al examen físico se aprecia abdomen globoso, blando, deprimible doloroso a palpación profunda en hemiabdomen inferior. Maniobras de Bloomberg y Rousiva positivas.

Al examen ginecológico se constata la presencia de sangrado a través de genitales externos, al tacto se halla cuello uterino posterior, largo, permeable en orificio cervical externo. Dolor a la movilización de cervix y fondo de saco lateral izquierdo.

Plan: Mantener en sala de trabajo.

03/02/2006 12:00 pm

Se realiza legrado uterino por aspiración. Culdocéntesis positiva por lo que se solicita cupo quirúrgico para laparotomía exploratoria. Restos ovulares son enviados a anatomía patológica para su evaluación.

03/02/2006 1:30 pm

Se realiza laparotomía exploratoria con los siguientes hallazgos: - 500 cc de sangre en cavidad abdominal. - Embarazo ectópico izquierdo de aproximadamente 6 cm en trompa izquierda. - Quiste de ovario izquierdo de aproximadamente 3 cm de diámetro. - Ausencia de trompa y ovario derecho. - Útero normal.

Procedimiento: incisión medio infraumbilical diéresis por planos abordaje de cavidad abdominal constatación de hallazgos. Pinzamiento, sección y ligadura de mesosalpinx izquierdo y salpingectomía izquierda. Sección de quiste de ovario izquierdo. Lavado de cavidad abdominal. Diéresis por planos.

06/02/2006

La paciente evoluciona satisfactoriamente durante el fin de semana (4 y 5 de febrero) y es egresada el lunes 06/02 asintomática.

F. Informe de Anatomía Patológica

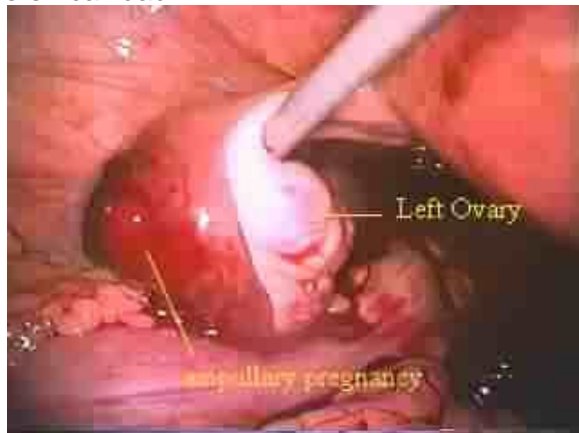
1. Embarazo tubárico.
2. Hematosalpinx.
3. Folículo quístico.
4. Cuerpo amarillo hemorrágico.
5. Restos Ovulares, decidua con extensas áreas de hemorragias.

G. Diagnóstico Definitivo: Embarazo Ectópico roto en trompa de Falopio Izquierda.

Figura 1. Embarazo ectópico roto en ampolla de trompa uterina izquierda. Obsérvese la sangre libre en cavidad.



Figura 2. Embarazo ectópico roto en ampolla de trompa uterina izquierda. Obsérvese la sangre libre en cavidad.



Discusión

Un embarazo heterotópico es una gestación múltiple en donde uno o más embarazos intrauterinos coexisten con un embarazo ectópico, en donde el ectópico es por lo general tubario, pero pudiera ser ovárico, cervical, cornual o abdominal.

Reece et al en 1998 en su revisión de embarazos heterotópicos determinaron que en relación al componente extrauterino, 93,9% son tubarios, 6% ováricos y 1,1% abdominal. De los tubarios 31.8% ocurren en la trompa derecha y 36.3% en la izquierda, cuya localización en orden de frecuencia es en

la ampolla 80% en el istmo 13% en las fimbrias 2% intersticial 3% y en el infundíbulo 2%¹⁻⁶.

Epidemiología

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 y luego la reabsorción, y por otra parte, después de la extirpación de una gestación ectópica, la decidua puede ser confundida por restos ovulares intrauterinos.

Se estima que la incidencia de embarazos heterotópicos en África puede ser mayor que en Europa, Asia y América, tal como ocurre con embarazos gemelares y embarazos ectópicos¹⁷. Finlandia notificó en 1973 una incidencia de 1: 34.000 embarazos diagnosticados y en 1982 aumentó 1:26.000. Entre el año 1978 y 1994, se reportaron 120 casos en la literatura inglesa, con una frecuencia de 1:2.600 - 1:1.800. Estados Unidos en 2004 reportó para los centros para el control de enfermedades una prevalencia estimada en 0,6 a 2,5 : 10.000. No especificando si los mismos fueron espontáneos o asociados a técnicas de reproducción asistida. Recientemente en Venezuela un estudio retrospectivo realizado desde Enero de 2000 hasta Diciembre de 2004, en la cual se revisaron 44.815 historias clínicas encontrándose un total de 6 casos de embarazo heterotópico, resultando en una incidencia en 1:7.381¹⁸.

Etiopatogenia

La etiología de este tipo fenómeno aun es incierta pero se ha demostrado la participación de mecanismos biológicos los cuales pudieran generar gestaciones múltiples, como son fecundación simultánea y la superimpregnación (superfecundación o superfetación)

Fecundación simultánea o impregnación simple: Se trata de la fecundación de dos o más óvulos liberados por un mismo folículo en un mismo coito.

Superimpregnación. Se trata de la fecundación de diferentes óvulos por diferentes espermatozoides de un mismo

individuo o individuos diferentes en coitos distintos. Puede ocurrir que dos óvulos de un mismo ciclo menstrual sean fecundados por dos espermatozoides diferentes de coitos diferentes (superfecundación) o que dos óvulos de dos ciclos menstruales diferentes sean fecundados de manera sucesiva por dos espermatozoides de coitos diferentes, con lo que los fetos tendrían distinta edad (superfetación).

Opinan algunos autores que la apariencia microscópica a diferentes dimensiones de las dos gestaciones se debería a las condiciones ambientales distintas o sea que el útero ampliamente irrigado y la trompa cuya vascularización y expansibilidad son distintas, influirían sobre el desarrollo de las placentas. Habría que exceptuar los casos en que se encuentra un ectópico antiguo junto a un reciente embarazo intrauterino o una retención placentaria de un embarazo anterior intrauterino con un ectópico reciente. En estos casos los estudios anatomopatológicos los distinguirán.

La posibilidad de la producción de los embarazos en ciclos diferentes (superfetación), se explicaría a través de la reacción decidua de la primera nidación (intrauterina) la cual impediría la migración del segundo cigoto, produciéndose entonces un embarazo ectópico sin necesitar patología o disfunción de las trompas. Vernes ¹⁴, menciona la posibilidad que la nidación tubárica del primer huevo inhiba poco la maduración y ovulación de otro folículo, pudiendo producirse la nidación intrauterina y por consiguiente la superfetación ^{14,15}.

Desde el punto de vista teórico si se produce un embarazo intrauterino y hay una nueva ovulación, podría efectuarse un embarazo extrauterino antes de las 12 – 13 semanas de desarrollo, es decir antes de que se fusionen la decidua ovular y la uterina, que impediría el paso de espermatozoides, sin embargo Clark y et al ¹⁴ describen un embarazo intrauterino a término y otro extrauterino de 8 semanas de desarrollo, por otra parte Moury ¹⁴, encontró un embarazo intrauterino de 34sem + 4 días, y otro extrauterino de 5 semanas.

A pesar de los casos documentados y de los conocimientos de su existencia en otras subespecies de mamíferos, la superfetación no es aceptada en la especie humana por la mayoría de los autores ingleses y alemanes. Hasta la fecha, además, no ha podido producirse en los trabajos experimentales de embriología.

Desechando la superfetación, se pudiera explicar por una ovulación simultánea de dos ovarios, existiendo una trompa con trastornos congénitos o patológicos. O bien se produzca la doble ovulación en un solo ovario, pero uno de los óvulos se encamina por la trompa homolateral hacia el ostium uterinum, mientras que el otro por vía abdominal llegaría a la trompa contralateral, siendo esta incapaz de trasladarlo a la cavidad uterina, aunado a patologías propias del óvulo como aumento de la capacidad de división adquiriendo así precozmente dimensiones que impedirían su migración.

Factores predisponentes

Aún cuando su etiología no ha sido plenamente esclarecida, muchos de los factores son compartidos con aquellos referidos para el embarazo ectópico entre los cuales se pueden citar.

- Técnicas de reproducción asistida. La inserción del catéter de manera inapropiada produce la dispersión de los embriones en el llamado efecto spray and drift.

- a. Inducción de la ovulación. (IO)
- b. Inseminación intrauterina. (IIU)
- c. Fertilización in vitro. (IVF)
- d. Inyección intracitoplasmática de esperma. (ICSI)
- e. Transferencia intratubaria de gametos. (GIFT)

- Antecedente de Enfermedad inflamatoria pélvica

- Gestante añosa
- Embarazo múltiples dicigotos.
- Cirugías pélvicas y abdominales previas.

- Historia de abortos recientes
- Uso de anticonceptivos hormonales.
- Raza negra.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Promiscuidad.

Manifestaciones Clínicas

La forma clínica del embarazo heterotópico puede ser muy variable. El descubrimiento ultrasonográfico de éste tipo de embarazo múltiple en una paciente asintomática ha sido observado en 38 a 45% de los casos en estudios recientes.

En 1997, Louis-Sylvestre et al publicaron una revisión de 13 casos de embarazo heterotópico que ocurrieron entre 1987 y 1996. De éstos uno de ellos fue espontáneo, seis se presentaron posterior a inducción de la ovulación y seis luego de fertilización in-vitro. La presentación clínica fue distinta entre sí; tres pacientes presentaron dolor, sangrado vaginal y signo de shock secundario a hemorragia intrabdominal. Otras dos se quejaron de dolor pélvico y sangrado, en un caso se presentó dolor únicamente. En siete casos el diagnóstico fue hecho incidentalmente durante un examen ecusonográfico de rutina posterior alguna técnica de reproducción asistida.

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.
- Persistencia de síntomas de embarazos luego de extracción de un embarazo ectópico
- Cuadro clínico de abdomen quirúrgico con masa anexial y embarazo intrauterino.

Diagnóstico

Clínico

- Anamnesis

Realizar un interrogatorio exhaustivo, identificando factores de riesgo y antecedentes pertinentes para dicha patología así como búsqueda de síntomas al interrogatorio funcional de forma cuidadosa.

- Examen Físico

Es necesario practicar una evaluación general e integral, de todos los aparatos y sistemas, tomando en cuenta que de existir hallazgos clínicos los principales son dolor abdominal a la palpación de leve a moderada

intensidad el cual puede progresar a fuerte intensidad, masa anexial, irritación peritoneal, útero aumentado de tamaño.

- Culdocentesis

Representa una prueba complementaria para el diagnóstico de embarazo ectópico roto o fisurado, especialmente cuando no se dispone de ultrasonido o laparoscopia. Consiste en la punción, con una aguja larga, del fondo de saco vaginal posterior, para detectar la presencia de sangre, pus o líquido libre. La obtención de sangre no coagulada o con microcoágulos es signo presuntivo de embarazo ectópico en un 70 a 97%. La aspiración de sangre que coagula indica traumatismo de vasos o del útero. La ausencia de sangre se considera como resultado negativo, sin embargo no descarta el embarazo ectópico no roto. Igualmente un resultado positivo no es específico de embarazo extrauterino, porque puede deberse a la ruptura de un quiste ovárico hemorrágico u otra causa de sangrado abdominal.

Imagenológico

El ecosonograma representa una herramienta valiosa en el diagnóstico de embarazo heterotópico. La evaluación ultrasonográfica cuidadosa de toda la pelvis es crítica, tanto transabdominal como transvaginal.

La presencia de una moderada o gran cantidad de líquido intraperitoneal debe hacer sospechar un embarazo ectópico.

El eco transabdominal es útil para demostrar alguna masa (saco gestacional extrauterino) que esté fuera de la pelvis y por lo tanto se salga del rango del método transvaginal. Con éste último puede describirse una masa anexial, siendo de fácil diagnóstico el embarazo ectópico cuando está presente el saco gestacional con polo fetal y/o saco vitelino; sin embargo el clásico anillo tubario ectópico se ve únicamente en 49% de los casos. En otras ocasiones, especialmente en presencia de un embarazo intrauterino, puede ser difícil distinguir un embarazo ectópico de un quiste de cuerpo lúteo, un quiste endometriótico o un absceso.

Anatomopatológico

El diagnóstico histológico va a depender de la visualización de las vellosidades coriales, de la placa decidual o raras veces el embrión ²³.

Figura 3. Embarazo ectópico izquierdo trompa dilatada con sangre decidual y vellosidades coriales junto a mucosa tubárica.

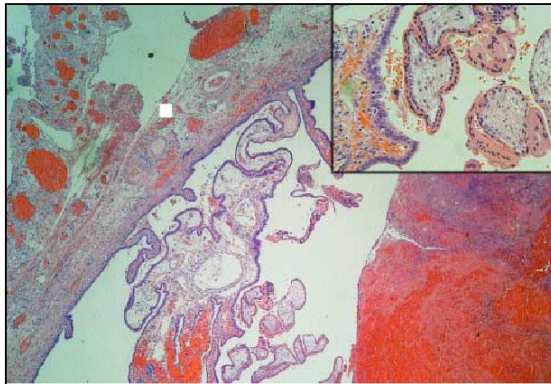


Figura 4. Embarazo ectópico izquierdo roto de aprox. 6 cm en trompa izquierda (Servicio de Anatomía Patológica Maternidad Concepción Palacios. Cortesía Dra. Camacaro).



Figura 5. Restos ovulares de aproximadamente 3 cms (Servicio de Anatomía Patológica Maternidad Concepción Palacios. Cortesía Dra. Camacaro).



Con menor frecuencia la escasa fijación de la placenta a la pared de implantación da como resultado la muerte del embrión con proteólisis espontánea y absorción de los productos de la concepción.

Diagnóstico Diferencial

Sus manifestaciones clínicas no son las habituales para el embarazo ectópico puesto que no presentan "spotting" o manchado debido a la presencia de la gestación intrauterina. Su principal síntoma es el dolor abdominal. Sus diagnósticos diferenciales más frecuentes lo constituyen ¹⁹.

- Síndrome de hiperestimulación ovárica.
- Cuerpo lúteo torcido, hemorrágico o roto.
- Apendicitis aguda en pacientes embarazadas.

- Cólico ureteral.

Evolución

La evolución natural puede seguir estos diversos caminos ²⁸:

1. Caso 1: Se rompe el extrauterino y el intrauterino llega a término después de la extirpación del ectópico.
2. Caso 2: Roto el extrauterino y resuelto quirúrgicamente, se produce aborto del intrauterino como consecuencia del shock.
3. Caso 3: Aborto del intrauterino y el extrauterino sigue su evolución.
4. Caso 4: Aborto del intrauterino seguido de rotura del extrauterino.
5. Caso 5: Ambos continúan a término.

Tratamiento del embarazo heterotópico

Manejo Quirúrgico

Laparotomía

El éxito de la laparotomía ha sido bien descrita en la literatura (Fujii et al, 1996; Barnett et al., 1998; Andersen, 1999), aunque otros autores han reportado hasta un 40% de pérdida de la gestación intrauterina luego de la intervención quirúrgica (Oehninger et al. 1988), por lo que recomiendan reservar su uso para casos de hemoperitoneo que comprometan la vida de la madre.

Laparoscopia

Diversos autores han mencionado el valor de la laparoscopia en el diagnóstico y tratamiento de la patología en estudio, estando bien documentada su seguridad.

(Dietz et al 1993, Wang et al., 1998; Ludwig et al. 1999). Por otro lado la dificultad de un diagnóstico preciso tanto clínico como ultrasonográfico de embarazo heterotópico en pacientes sintomáticas puede justificar la laparoscopia, además que ésta técnica representa la mínima invasión posible que permita preservar el embarazo intrauterino ²⁵.

Manejo no quirúrgico del embarazo heterotópico

Tratamiento Médico

El armamento médico es limitado en el embarazo heterotópico debido al cuidado que requiere el mantenimiento del embarazo intrauterino. El metotrexate y el RU486 con sus potenciales efectos adversos sobre la gestación intrauterina, y las prostaglandinas con su efecto en la contractilidad uterina no son optativos en el tratamiento del embarazo heterotópico. Sin embargo existen otras opciones de tratamiento mínimamente invasivo como la inyección de cloruro de potasio guiada por ultrasonografía transvaginal en el saco gestacional, si el embarazo ectópico no está roto y se visualiza claramente, permitiendo su reabsorción. Más recientemente se ha empleado con éxito la aspiración del saco gestacional ectópico con aguja guiada por USTV con posterior instilación de glucosa hiperosmolar ²⁷.

Cuando el embarazo intrauterino no es viable como en el caso reportado anteriormente, se presentan opciones terapéuticas adicionales para el embarazo ectópico cuando éste es menor de 9 semanas, no está roto y/o hayan deseos de fertilidad, entre éstas el más utilizado y considerado de primera elección es el metotrexate, un antimetabolito antagonista del ácido fólico, que inhibe la dihidro folato reductasa, impidiendo la reducción del dihidrofolato en tetrahidrofolato. Además inhibe directamente las enzimas que producen la síntesis de purinas y timidilatos folato-dependientes y por consiguiente del DNA y RNA, ocasionando la muerte celular.

El metotrexate se administra en dosis única, dosis múltiples variables o por inyección directa en el sitio de implantación. El esquema de dosis única consiste en

administrar metotrexate en dosis de 50 mg/m² de superficie corporal por vía intramuscular; con éste esquema se obtiene 87% de éxito. Ocho por ciento de las pacientes requieren mas de un tratamiento con metotrexate; la dosis se repite si en el día séptimo la β HCG es mayor, igual o su declinación es menor de 15% del valor del día cuarto.

El esquema de dosis variable consiste en administrar 1 mg/kg de metotrexate vía intramuscular en días alternos, intercalados con 0,1 mg/kg de leucovorin de rescate por vía intramuscular, hasta que se observe una respuesta consistente en la disminución de la β HCG mayor a 15% en 48 horas o hasta que se administren cuatro dosis (metotrexate en los días 1,3,5 y 7 y leucovorin en los días 2,4,6 y 8). Se ha informado éxito en el 93% de las pacientes así tratadas; las tasas de permeabilidad tubárica y fertilidad son similares a las del tratamiento quirúrgico conservativo y la tasa de ectópico subsecuente es baja. La inyección directa de altas dosis de metotrexate en el sitio de implantación del ectópico bajo guía de ultrasonido o por laparoscopia disminuye los efectos tóxicos pero las tasas de éxito (76%) son inferiores a las que se logran con la administración sistémica del medicamento.

Indicaciones del tratamiento del embarazo ectópico con metotrexate

- * Masa anexial <3 cm (<3,5cm)
 - * Deseo de fertilidad futura
 - * β HCG estable o en aumento después del curetaje, con pico máximo < 15.000 mUI/mL
 - * Mucosa tubárica intacta, sin hemorragia activa (estabilidad hemodinámica)
 - * Visualización laparoscópica completa del ectópico
 - * Casos seleccionados de embarazos cervical y cornual
- Contraindicaciones
- * Disfunción hepática, TGO del doble de lo normal
 - * Enfermedad renal, creatinina >1,5 mg/dL
 - * Úlcera péptica activa
 - * Discrasia sanguínea, leucocitos <3.000, plaquetas <100.000
 - * (Pobre cumplimiento de la paciente)

* Actividad cardíaca fetal

Avances terapéuticos se ha descrito actualmente, la posibilidad de preservar la viabilidad de las gestaciones extrauterinas mediante la extracción de los embriones de localización ectópica, sometiéndolos a un periodo de criopreservación, para luego ser transferidos en 0.020 ml de fluido tubarico humano con penicilina y estreptomocina (Irving Scientific, Santa Ana, CA, USA.) a la cavidad intrauterina para su implantación usando un catéter Tefcat®.

Aunque este procedimiento todavía esta en una fase experimental, se describe en la literatura un caso en la cual la gestación se desarrollo, hasta la semana 28 iniciándose trabajo de parto prétermino que fue resuelto por cesárea obteniendo un recién nacido masculino de 1100gr, sin embargo no se describe seguimiento sucesivo del mismo ²⁰.

Pronóstico

En un embarazo heterotópico, la probabilidad de que ambos embriones sobrevivan y llegue a término el embarazo es muy baja; sin embargo Reece et al en 1983 identificaron 13 casos de esta condición reportados en la literatura mundial ⁷. En 1999 Ludwig et al describieron un embarazo heterotópico en Tanzania, Africa del Este, diagnosticado en el tercer trimestre en donde ambos fetos, el ectópico y el ortotópico estaban a término. El feto intrauterino nació a través de un parto vaginal sin complicaciones, mientras que el feto ectópico, que fue detectado en el puerperio inmediato, se encontraba intrabdominal en el fondo de saco de douglas detrás del útero. Se realizó laparotomía para la extracción del feto, el cual se encontraba en buenas condiciones. La placenta fue removida quirúrgicamente en su totalidad. La paciente y ambos recién nacidos fueron dados de alta en buenas condiciones al sexto día del postoperatorio ¹⁷.

Idealmente el ultrasonido transvaginal (TV) y la determinación seriada de la β -HCG sérica permiten el monitoreo de embarazos ectópicos y heterotópicos, siempre y cuando el componente ectópico no esté roto. Luego de la remoción quirúrgica del embarazo ectópico, el seguimiento del intrauterino es

similar, siendo los niveles séricos de la β -HCG de valor pronóstico ²⁶.

Reece et al en una revisión de embarazos heterotópicos en 1998 encontraron que en relación al embarazo intrauterino, de las pacientes a las que se les practicó laparotomía para resolución del componente ectópico, 75.6% presentaron un embarazo a término, 16.2% tuvieron parto pretérmino y en 3% de estas pacientes ocurrió aborto espontáneo ²⁶.

Otros autores promueven la práctica de la laparoscopia, resaltando que ésta técnica provee un buen resultado, sin el inconveniente post-quirúrgico de la laparotomía y con la ventaja de un resultado inmediato en relación al tratamiento médico. Con respecto a éste último, existe revisiones en la literatura reciente que revela un alto porcentaje (hasta 55% de los casos) de embarazos heterotópicos con componentes tubáricos tratados con inyección de cloruro de potasio que requirieron salpingectomía por complicación posterior con hemoperitoneo y abdomen quirúrgico, por lo que surgen dudas con respecto a la elección de este tipo de tratamiento ²¹.

En cuanto a la evaluación del componente intrauterino, en muchas pacientes, el embrión no es visualizable en el eco inicial y el diagnóstico de pérdida de la gestación intrauterina no puede hacerse basándose en la actividad cardíaca sino en las características del saco gestacional, de éstas la más importante como criterio diagnóstico de mal pronóstico es el tamaño del saco. La media del diámetro del saco se obtiene a través de la suma de las tres dimensiones ortogonales de la interface pared-líquido del saco dividido entre tres. Estas medidas son mucho más precisas si se obtienen a través de eco TV, con los planos sagital y coronal en ángulo recto el uno al otro. El valor de corte propuesto por Lindsay et al. como anormal e indicativo de falla de la gestación es de 16 mm ²⁶.

Otras características del saco gestacional de mal pronóstico es la presencia de un saco deformado, una reacción trofoblástica delgada, un trofoblasto débilmente ecogénica

o una posición anormalmente baja del saco gestacional en la cavidad endometrial. Por otro lado la identificación de actividad cardíaca sigue siendo el indicador más importante de confirmación de vida fetal. Actualmente gracias a la cada vez mejor resolución del ultrasonido vaginal, embriones normales con medida de CRL (crown-rump length) menor a 5 mm no demuestran actividad cardíaca. Otro indicador de falla del embarazo es el tamaño y forma del saco vitelino. Lindsey et al observó que la no visualización del saco vitelino en presencia de un embrión está asociado con pérdida de la gestación en el 100% de los casos; cuando el embrión no puede ser observado se establece que el saco vitelino no visualizable con un diámetro promedio de saco gestacional mayor o igual a 8mm es anormal²⁶.

Conclusiones

El embarazo heterotópico por constituir una patología poco frecuente es habitualmente subdiagnosticado, así mismo el hecho que su sintomatología es inespecífica dificulta aún más su detección precoz. En los últimos 50 años se ha observado una tendencia al aumento del número de casos, por esta razón es importante considerar su probable diagnóstico en todas las pacientes, especialmente aquellas con factores de riesgo para embarazo ectópico; los cuales son: el antecedente de procesos inflamatorios pélvicos, mayor edad al momento de la concepción, la infertilidad, técnicas de fertilización asistida, la cirugía tubaria y el antecedente de exposición in utero al dietilestilbestrol (DES)³. Sin embargo pueden presentarse el caso de embarazos heterotópicos espontáneos sin factores predisponentes aparentes¹⁷.

Por lo general la sintomatología del embarazo extrauterino prevalece en un 90% sobre la del embarazo intrauterino. Cuando no sucede de esta manera la situación es más peligrosa ya que el componente ectópico puede ser enmascarado haciendo el diagnóstico de forma tardía y favoreciendo las complicaciones²². En el caso estudiado a

pesar de que las manifestaciones clínicas correspondían a una hemorragia del primer trimestre, la presunción diagnóstica de embarazo heterotópico fue hecha precozmente a través de las múltiples y sucesivas evaluaciones ultrasonográficas pélvicas y transvaginal. Es importante destacar que ésta patología, tal como ocurre en muchas otras situaciones de la medicina, no puede llegar a ser identificada si no hay una sospecha de la misma. No obstante el diagnóstico definitivo es a través del estudio anatomopatológico.

Se debe ser cauto con el diagnóstico ecográfico de un embarazo heterotópico puesto que la presencia de una imagen econegativa intrauterina (pseudosaco o gestación inicial), observado entre un 10 a un 20% de los embarazos ectópicos puede hacer un diagnóstico erróneo tal como ocurrió en el caso antes presentado, aunque es válido resaltar la sospecha del diagnóstico tomando en cuenta los antecedentes gineco-obstétricos que son descritos como parte de la patogenia del embarazo heterotópico, tal como el aborto espontáneo y el embarazo ectópico previo². Hay que destacar que la ecográfica no es infalible, en la literatura se reportan tasas de falsos negativos para embarazo ectópico que fluctúan entre un 5 y un 50%⁹. Sólo la anatomía patológica o la evolución de la paciente nos dará el diagnóstico de certeza, tal como fue constatado en el desenlace de este caso, donde lo inicialmente referido como restos ovulares después del estudio histológico reveló una simple reacción decidual, que no es más que las modificaciones del endometrio (engrosamiento del estroma endometrial y proliferación de células ricas en glucógeno y lípidos) cuya causa directa es un aumento de estímulo por progesterona²³.

Por otro lado, la presencia de una subunidad beta HCG mayor a la esperada para la amenorrea, también nos debe hacer sospechar un embarazo múltiple y se deben agotar las instancias para determinar la existencia de un embarazo heterotópico si no es evidente un embarazo múltiple intrauterino⁶. Ya como se expuso anteriormente la

determinación seriada de la beta-HCG sérica cuantitativa permiten el monitoreo de embarazos ectópicos y heterotópicos, empleándose como marcador de curación en el manejo médico, expectante y/o cirugía conservadora para el componente extrauterino y de seguimiento de la gestación intrauterina una vez resuelto el embarazo ectópico²⁴. Desafortunadamente en el caso presentado, por razones no especificadas en la historia clínica, no se realizó la determinación cuantitativa de dicha hormona, a pesar que inicialmente se adoptó una conducta médica expectante en relación al llamado componente extrauterino.

El tratamiento del embarazo heterotópico es esencialmente quirúrgico, de preferencia laparoscópico si se cuenta con el recurso, puesto que el tratamiento médico con metotrexate está contraindicado dado la coexistencia del embarazo intrauterino^{25,26}. En la actualidad se sabe, de acuerdo a la escasa bibliografía existente, que el pronóstico de la gestación intrauterina en un embarazo heterotópico para llegar a término es de un 75% a pretérmino es de un 16% y para terminar en un aborto es de un 9%¹. A pesar de ello, el embarazo intrauterino en esta oportunidad se pensó como un embrión muerto retenido, de ahí la conducta de realizar el legrado uterino e intentar un tratamiento conservador en lo que respecta al componente ectópico principalmente por el antecedente de salpingectomía mas ooforectomía derecha por embarazo ectópico anterior sumado al deseo de fertilidad expresado por la paciente. Sin embargo debido a la evolución tórpida, el caso se resolvió quirúrgicamente a través de laparotomía y salpingectomía izquierda, motivo por el cual pudiera ser necesario el empleo de técnicas de reproducción asistida para gestaciones futuras.

Hay que destacar que el embarazo heterotópico, si bien es poco frecuente en mujeres sin factores de riesgo, siempre debe ser considerada puesto que su diagnóstico precoz permite un buen resultado materno perinatal¹⁷.

Agradecimientos

Gracias al Dr. Sergio Fernández por brindarnos su apoyo y colaboración incondicional al guiarnos en el desarrollo del presente estudio.

También se agradece a la Dra. Camacaro y a la Dra. Viña por su paciencia y ayuda prestada en la evaluación de las piezas histológicas tomando en cuenta los numerosos percances e inconvenientes administrativos que se presentaron durante el desarrollo del caso.

Referencias

1. Zigelboim I, Guariglia D. Clínica Obstétrica. Caracas: Editorial Disinlimed, 2001.
2. Pisarska M, Carson S. Incidencia y factores de riesgo del embarazo ectópico. En: Clín. Obstet Gin. Temas actuales, Volumen I. Mexico: McGraw-Hill Interamericana, 1999: 3-29.
3. Revisión Bibliográfica 1992-2003, de Sergio Silva Solovera Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Sótero del Río-Santiago de Chile.
4. Faneite P, García L, Repilloza M, Landa M. Embarazo ectópico. Frecuencia. Hospital Dr Adolfo Prince Lara. 1969 – 1996. Rev. Obstet Ginecol Venez. 1997; 57: 243 – 247.
5. Agüero O. El embarazo ectópico en la Maternidad Concepción Palacios. Rev Obstet Ginecol Venez. 1990; 50: 159 – 160.
6. Agüero O. Frecuencia actual del embarazo ectópico. (Editorial) Gac Méd Caracas. 1983; 91: 121 – 123.
7. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF. Combined intrauterine and extrauterine gestations. A review. Am J Obstet Gynecol 1983; 146: 323-30.
8. De Voe R., Pratt J. Simultaneous intra and extrauterine pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1948; 56:1119-25.
9. Mistry B, Alasubramaniam S, Silverman R, Sakabú S, Troop B: Heterotopic pregnancy presenting as an acute abdomen: A diagnostic masquerader. From The Department of surgery, Saint Louis, Missouri.
10. Sherer D, Scibetta I, Sanko S: Heterotopic quadruplet gestation with laparoscopic resection of ruptured interstitial pregnancy and subsequent successful outcome of triplets. Am J Obstet Gynecol 1995; 171(1): 216-17.
11. Massoc P, Quiroz V, Díaz E: Embarazo triple heterotópico. Rev Chil Obstet Ginecol 2000; 65(3): 212-14.
12. Berliner I, Mesbah M, Zalud I, Maulic D: Heterotopic triplet pregnancy, report of a case with successful twin intrauterine gestation. J Reprod Med 1998; 43: 237-39.
13. Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielsson D. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease. Sex Transm Inf. 2000; 76: 28 – 32.
14. Carrera F., Merchan D. Embarazos simultaneos intra y extra uterinos: su incidencia en la maternidad Concepción Palacios. Rev. Obstet Ginecol Venez. 1963; 23:859-870.

15. Bello Freddy y cols. Embarazo Heterotópico. Reporte de un caso en la maternidad Concepción Palacios. Rev Informe Médico. 2005. Vol 7 N° 12.
16. Colmenares G, Szczedrin W, machado Manrique G. Embarazo simultáneo: intrauterino y extrauterino. Rev Obstet Ginecol Venez 1989; 49:31-32.
17. Ludwig M., Kaisi m., Bauer o., Diedrich K. The forgotten child: a case of heterotopic, intra-abominal and intrauterine pregnancy carried to term. Human Reproduction 1999 Vol. 14 N° 5:1372-1372.
18. 18.- Ortiz, Ingrid K. Incidencia de embarazo heterotópico en pacientes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital central " Dr. Placido D. Rodriguez R. " San Felipe, Edo. Yaracuy.2004- 2005. Libro de resúmenes XXI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología.
19. DeCherney A, Eichhorn J Severe abdominal pain during early pregnancy in a woman with previous infertility. N Engl J Med 1996; 334(4): 255-60.
20. Scheiber Michael D, et al. European Society of Human Reproduction and Embryology Vol 16 N° 5 pp 1475- 1477, 2001.
21. Goldstein J, Ratts VS., Philpott T., Dahan MH. Risk of surgery after use of potassium chloride for treatment of tubal heterotopic pregnancy. Obstet Gynecology. 2006 Feb; 107(2):506-508.
22. Ousehal A., Mamouchi H., Ghazli M., Kadiri R. Grossesse Hétérotopique: Intérêt de l'échographie sus pubienne (à propos d'un cas). J Radiol Franç. 2001;82:851-853.
23. Kumar V., Cotran R., Robbins S. Patología Humana. 6ta Ed. México. McGraw-Hill interamericana editores. 1997(19):672-674
24. Jbodu O.A., Darne F.J Case report: Spontaneous heterotopic pregnancy presenting with tubal rupture. Human Reproduction. UK 1997; Vol 12. N° 5: 1098-1099.
25. 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: 1100-1102.
26. Teo L.L., Lam S.L. Clinics in diagnostic imaging: Heterotopic pregnancy with an intrauterine blighted ovum and a live tubal ectopic pregnancy. Singapore Medical Journal. 2004 Jun;45(6):295-8.
27. Goldberg JM., Bedaiwy MA. Transvaginal local injection of hyperosmolar glucosa for the treatment of heterotopic pregnancies. Obstet Gynecol. 2006 Feb; 107(2):509-10
28. Fernández T., Torres LE., Ascay A. Embarazo simultáneo: uterino y extrauterino. Rev.Obstet Ginecol Venez 1980; 40:147-150.

Autor Corresponsal: Liliana Rada, email: lira@unete.com.ve.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.