

Embarazo Heterotópico

Presentación de dos casos

Heterotopic pregnancy

Report of two cases

*Dr. José Arnulfo Carcomo Mejía, *Dr. Luis Navarro*

RESUMEN: La coexistencia de un embarazo intrauterino y extrauterino se estima a nivel mundial de una en 30,000 embarazos. Nosotros presentamos 2 casos.

1.- Paciente con dolor abdominal en estudio, se concluye por ultrasonido que tiene embarazo intrauterino de 6 semanas y múltiples cálculos la vesícula biliar. Dos días después se exacerba el cuadro doloroso, hay choque, anemia y abdomen quirúrgico. La laparotomía reveló embarazo ectópico anembrionado izquierdo abortado a cavidad abdominal. No se practicó legrado y su evolución postoperatoria fue satisfactoria. Treinta días después se practicó colecistectomía sin complicaciones.- Se consideró falla diagnóstica ecográfica y no se repitieron ecografías post-oper átonamente. Fue hasta las 22 semanas de gestación que se diagnosticó embarazo intrauterino y en adecuada relación con la ecografía de las 6 semanas. La condición prenatal, natal y post natal fue normal.

2.- Paciente con dolor abdominal, manchado sanguíneo transvaginal, a la cual se le práctica ultrasonido encontrándose saco gestacional intra y extrauterino (tubárico derecho); ambos con embriones para 7 semanas sin actividad cardíaca. Se practica salpinguectomía derecha y legrado uterino.

CONCLUSIÓN. Dada la evidencia presentada, el no practicar legrado uterino rutinario a los embarazos extrauterinos, es una práctica común aceptada hoy día. El primer caso es una muestra de sus beneficios ya que el embarazo intrauterino finaliza con feto vivo. Adicionalmente la práctica rutinaria de la sonografía en embarazo ectópico debe hacerse para observar la cavidad uterina y descartar embarazo intrauterino.

PALABRAS CLAVE: *Embarazo heterotópico, embarazo ectópico, embarazo intrauterino y extrauterino combinado.*

SUMMARY. Worldwide frequency of combined intrauterine and extrauterine pregnancy is estimated to be 1:30,000 pregnancies. We report two cases:

1.- Patient was studied by abdominal pain, ultrasound confirmed a 6 weeks intrauterine pregnancy with multiple gallbladder stones. Two days later pain became worst; anemia, shock and surgical abdomen developed. Laparotomy showed left un-embrionated ectopical pregnancy aborted within abdominal cavity. Curettage was not performed and post-surgical follow-up was satisfactory. Thirty days later colecistectomy was performed without complications. Ultrasonographic diagnostic failure was considered; post-surgical ultrasonography was not repeated. It was up to 22 weeks of gestational age that intrauterine pregnancy was diagnosed,

Ginecobstetricia de Guardias I.H.S.S., Tegucigalpa
Ultrasonografista Centro de Diagnóstico Ultrasonográfico,
Tegucigalpa.

Ginecobstetra de Base I.H.S.S., Tegucigalpa.

correlation with 6 weeks ultrasonography was appropriate. Pre-natal, natal and postnatal condition was normal.

2.- Patient with abdominal pain and genital bleeding; ultrasonography disclosed intrauterine and right extrauterine gestational sac; both with 7 weeks embryos without cardiac function. Right salpingectomy and uterine curettage were performed.

Conclusión: according to current evidence, non-practicing routine uterine curettage is an example of this affirmation since intrauterine pregnancy ends up with a live fetus. Additionally, routine ultrasonography in ectopic pregnancy should be done to rule out intrauterine pregnancy.

KEY WORDS: Heterotopic pregnancy, ectopic pregnancy, combined intrauterine and extrauterine pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El Embarazo heterotópico (gestación intra y extrauterina combinada) es rara, con una incidencia mundial de 1 en 30,000 embarazos⁽¹⁾. El primer caso reportado en la literatura médica fue en 1708, por DUVERNEY, como un hallazgo de autopsia⁽⁴⁾. Aproximadamente 80% de los embarazos heterotópicos finalizan en el primer trimestre, por lo que gestaciones avanzadas son extremadamente raras⁽⁵⁾.- En la literatura está reportada hasta 1991, la supervivencia de un embarazo heterotópico llevado hasta el término⁽⁶⁾. Nosotros presentamos 2 casos que finalizaron en el primer trimestre, pero sólo en una el embarazo intrauterino fue posible llevarlo al término.

MÉTODOS

El sistema computarizado Medline e Internet, se usaron como fuente de consulta bibliográfica y se escogieron los artículos que mejor ilustraron y ayudar a documentar nuestros casos. En el primer paciente la recolección de datos se hizo retrospectivamente (I.H.S.S. 1994) y en el segundo, prospectivamente (Clínica Privada 1996).

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso No. 1: Paciente de 38 años, G3, P3, HV3, sin uso de métodos anticonceptivos, con vida sexual activa

y sin falla menstrual (F.U.M. 10 días antes de su ingreso). Se presenta a la emergencia por dolor abdominal de cinco días de evolución, náuseas, vómitos, afebril, abdomen doloroso en epigastrio, sin rebote, ni masas palpables, útero gravido muy doloroso a la palpación, no se palpan masas anexiales. Se sospecha: colecistitis aguda, apendicitis, confirmar embarazo intruterino. Los servicios de cirugía y ginecología evaluaron la paciente. La hemoglobina fue de 10g%, leucocitos 10.000mm³, prueba de embarazo en orina positiva. La ecografía abdominal reveló litiasis múltiple vesicular biliar y embarazo intrauterino de 6 semanas.- Se manejó conservador amenté, pero 2 días después, la paciente sufre una severa exacerbación de dolor, descenso en la hemoglobina y signos de hemorragia intraperitoneal (culdocentesis positiva). En la laparotomía se encontró embarazo extrauterino izquierdo fimbriado, abortado a cavidad pélvica. Se practicó salpingectomía izquierda y oclusión tubárica contralateral. El útero fue reportado como normal. La evolución post-operatoria fue adecuada y el alta se dio al tercer día. Se dedujo error diagnóstico ecográfico de embarazada, a la paciente se le practicó colecistectomía, un mes después de la salpingectomía. También su evolución post-operatoria fue satisfactoria. Fue hasta 90 días después que la paciente regresó por crecimiento abdominal y percepción de movimientos fetales. Se confirmó por ecografía embarazo intrauterino, feto único, para 22 semanas de gestación. Esto estuvo en relación adecuada con la ecografía practicada a las 6 semanas. La evolución prenatal, natal y posnatal fue adecuada. Feto a término, 4000 gr., masculino, ambos, madre y neonato fueron dados de alta al siguiente día.

Caso No. 2: Paciente de 18 años, primigesta, con amenaza de aborto, con amenorrea de 10 semanas, sin control prenatal, es evaluada por dolor abdominal bajo, cólico, tipo obstétrico y sangrado transvaginal prenatal, escaso, sin alteración en signos vitales y manejada como amenaza de aborto. El examen ginecológico fue inadecuado por la severidad del dolor pélvico y resistencia muscular voluntaria. Se practicó ecografía transabdominal y transvaginal encontrando dos sacos gestacionales uno intra y otro extrauterino. Ambos con embrión para 7 semanas sin latido cardíaco. El saco extrauterino se encontraba en la trompa cerca del cuerno (ver Fig. 1) y era de menor diámetro que el intrauterino. No se observó líquido libre en fondo

saco de Douglas. Se realizó laparotomía practicándose salpinguectomía derecha y legrado uterino biopsia. Las pruebas para detectar gonadotropina coriónica, fueron negativas. La evolución post-operatoria fue adecuada.

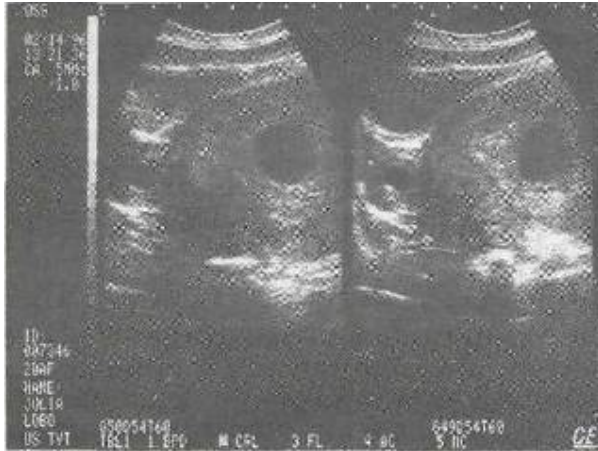


Figura No. 1

DISCUSIÓN

Las complicaciones asociadas al embarazo heterotópico incluyen: hemorragia, infección y mortalidad materna y fetal¹⁷⁾. En casos de embarazo heterotópico diagnosticado tempranamente en el primer trimestre los manejos son más sencillos y van desde el manejo conservador: aplicación de prostaglandinas (sin abrir la trompa) hasta salpingostomía y legrado de la misma (sin salpinguectomía)¹⁸⁾. En casos de embarazo abdominal, el manejo de la placenta sigue siendo conservador, pinzamiento del cordón umbilical en el borde placentario y seguimiento ecográfico, laboratorial y clínico. Los citotóxicos también están incluidos en el manejo, tipo metrotexate⁹⁾, pero este manejo conservador a cambiado así: La placenta se extrae si la totalidad de los vasos sanguíneos que la suplen pueden ser totalmente identificados y ligados. Este retiro, reduce los riesgos post-operatorios de ileo paralítico e infección. Si este requisito no se cumple (ligar todos los vasos sanguíneos que la suplen) la placenta debe dejarse in situ⁹⁾. Los embarazos ectópicos se han incrementado a nivel mundial por el incremento en enfermedades de transmisión sexual y el actual manejo de la infertilidad (inductores de ovulación), esto se observa en Zaire: uno en 3259 partos y en Nueva Guinea a uno de cada 180 partos

⁹⁾. La mayoría de los fetos extrauterinos nacen obitados y de aquellos nacidos vivos sólo 5% sobreviven luego de la primeras semanas¹⁰⁾. Los inductores de la ovulación presentan 15% de embarazos combinados¹⁰⁾.

En nuestros casos, pueden concluirse: 1) La ecografía revelando un embarazo intrauterino, no excluye la posibilidad de un extrauterino, sobre todo por el cuadro clínico sugestivo. 2) Es obligatorio, si se ha diagnosticado embarazo intrauterino y extrauterino, un seguimiento posterior a la cirugía, del embarazo intrauterino. 3) En caso de embarazo heterotópico, el manejo quirúrgico del embarazo extrauterino (tubárico), es para evitar hemorragias y complicaciones al feto intrauterino. 4) En caso de embarazo abdominal el manejo conservador es adecuado. 5) El diagnóstico ultrasonográfico juega un papel vital en el diagnóstico y manejo postoperatorio. 6) No debe practicarse legrado uterino rutinario, en casos de embarazo extrauterino, ya que existe la posibilidad de embarazo normal intrauterino. El legrado se practicará sólo si se está 100% seguro de ausencia de saco gestacional o anomalías del mismo (aborto).

REFERENCIAS

1. Winer AE, Bergman WD, Fields C. Combined intra and extrauterine pregnancy. AM J Obstet Gynecol. 1957; 74:170-8.
2. Felbo M., and Fenger, H.J.: Combined intra and extrauterine pregnancy carried to term. Acta obstet Gynecol. Scand 1996; 45: 140.
3. Kurzel, R.B.: Ultrasonic detection of combined pregnancy. A.M. obstet Gynecol, 1979; 134:100 1979.
4. Novak E.: combined intrauterine and extrauterine pregnancy. Surg Gynecol obstet. 1926, 43:26.
5. Wolf W.C., Kritzer L.- Heterotopic pregnancy. Obstet. Gynecol 1979; 54: 756-8.
6. Bassil S.J. Pouly L., Canis M. Advanced heterotopic pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer, with survival of both babies and the mother.- Human Reprod 1991; 6: 1008-10.
7. Costa SD. Presley J. Advanced abdominal pregnancy - Obstet Gynecol Survey 1991, 46: 515 - 25.
8. Richard Sr, et al, Heterotopic pregnancy incidence and management. AM J. obstet Gynecol 1992; 36: 1428 - 29.
9. Karen Crabtree, Bernard Collet and Sarah Kil Patrick Puerperal presentation of a living abdominal pregnancy. Obster - Gynecol 1994; 84: 646-8.
10. Albert Reece, Roy Perie.- Combined intrauterine and extrauterine gestations: A review. AM J. obstet. Gynecol 1983; 146: 323.