

## Embarazo combinado o heterotópico

Luis Fernando Castaño Molano\*

**RESUMEN:** El embarazo heterotópico es una entidad rara caracterizada por embarazo ectópico asociado a embarazo intrauterino. Su mayor incidencia se origina en la práctica creciente de la fertilización asistida. Aunque sobre este procedimiento se ejerce un adecuado seguimiento, ello no garantiza un diagnóstico fácil y oportuno.

Se informa de un caso en el que prosigue un embarazo intrauterino después de haberse practicado salpingectomía.

**SUMMARY:** The heterotopic pregnancy is a rare entity characterized by ectopic pregnancy associated with an intrauterine one. The greater incidence proceeds from the arisal of the assisted fertilization; although there is a good follow up of the cases, it's not granted an easy and opportune diagnosis.

Here's reported a case in which it was practiced a salpingectomy, continuing the intrauterine pregnancy its course.

### Introducción

En las décadas anteriores era muy raro encontrar el embarazo tubárico acompañado de gestación intrauterina normal.

Con el actual incremento en el uso de los diferentes métodos para mejorar la fertilidad, ha crecido la incidencia del fenómeno, el cual recibe el nombre de embarazo combinado o heterotópico.

Su frecuencia es de un caso por cada 30.000 nacimientos, cifra que no se ha actualizado. Tampoco se tienen datos más recientes sobre la frecuencia de embarazos ectópicos, actualmente reportados como uno de cada 300 gestaciones.

### Presentación de un caso

Oct 27/93 - HC. # 301465

12:30 p.m. Habitación 323 B - Clínica Palermo, Bogotá, Colombia.

Paciente de 25 años que ingresa por dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio de 24 horas de evolución.

Menarquia 12 años; Ciclos irregulares; g1p0a0; UR. Sept 1/93.

Manchado genital oct 20 y 21, interpretado como amenaza de aborto.

En estudio de infertilidad desde enero de 1993. Recibió 150 mg de citrato de clomifeno cinco días al mes por tres meses, y gonadotrofina coriónica humana 10.000 uds.

Quirúrgicos: Herniorrafia inguinal bilateral.

TA 120/70; Peso 60 kg; FC 72/mim; FR 16; T 36.5.

Cardiopulmonar normal. Abdomen blando depresible, con dolor a la palpación en hipogastrio, blumberg (+).

G. externos normales; T.V. cuello blando; útero en AVF aumentado de tamaño, lleno, dolor a la movilización del cérvix. No se palpan masas anexiales, FdS libres, no hay abombamientos.

ID. Embarazo de 8 semanas

### Dolor abdominal en estudio (Abdomen agudo)

Ecografía pélvica. Se tomó al ingreso. Se observa útero grávido, con saco gestacional de 8 semanas, implantación correcta, tensión normal del líquido amniótico, embrión de buen tamaño, actividad cardíaca y movilidad. No hay patología del embarazo. Se observa líquido libre en cavidad aproximadamente unos 300 cc, que sugieren quiste ovárico sangrante o embarazo doble con ectópico roto.

Oct 27/93 - Cuadro Hemático:

12:30 p.m. HB 14.1; Hcto 42.3; L 12.000; N 80; L 20;

5:50 p.m. HB 11.9; Hcto 35.5; L 12.000; N 91; L 9.

Coprológico: Quistes de Histolítica +

Parcial de orina con leucocitos 2-5/campo.

El cuadro clínico persiste igual con descenso del hematocrito en cinco horas, por lo cual la paciente es llevada a laparotomía. Se encuentra embarazo tubárico ampular izquierdo con sangrado por la fimbria y con infiltración de la totalidad de la pared de la trompa. Se realiza salpingectomía. Hemoperitoneo 1000 cc.

Oct 29/93 - Patología P-3810-93: Embarazo tubárico izquierdo, Salpingitis crónica inespecífica. Quiste seroso simple (2) Paratubáricos.

Oct 29/93 - Ecografía pélvica. Se encuentra saco gestacional normal, con embriocardia normal.

Oct 30/93 - Evolución satisfactoria, sale a las 48 horas.

\* Instructor de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de la Samaritana.

Nov 18/93 - En buenas condiciones, asintomática, 20 días después.

Ecografía pélvica muestra embarazo de 10 semanas normal.

### Comentarios

Es de anotar que el embarazo heterotópico no es frecuente en nuestra práctica diaria, pero debemos considerarlo cuando se presenten fenómenos o cuadros clínicos de abdomen agudo de difícil diagnóstico durante el embarazo, en especial durante las primeras ocho semanas.

Como auxiliares de diagnóstico disponemos de la ecografía y la laparoscopia. Sin embargo, la ecografía con transductor vaginal es el método ideal para realizar un diagnóstico de mayor precisión.

La laparoscopia es un método diagnóstico y terapéutico útil cuando ya se ha encontrado el embarazo intrauterino mediante ecografía.

Si observamos los casos informados en la literatura en los últimos años, vemos que el diagnóstico de embarazo heterotópico se hizo principalmente en centros de estudio de infertilidad. Aunque en estos centros se efectúan seguimientos muy rigurosos del procedimiento, no siempre se llega con facilidad a un diagnóstico precoz, ya que las manifestaciones del cuadro de embarazo combinado son diferentes en cada caso, y no se tiene en mente su posible ocurrencia.

Entre los factores que pueden contribuir para que se presente embarazo heterotópico podemos mencionar los siguientes:

- Alteraciones en la morfología tubárica.
- Salpingitis.
- Uso de inductores de la ovulación.
- Tratamientos de esterilidad con técnicas de reproducción asistida.

En el caso que nos ocupa, los factores determinantes fueron la inducción de la ovulación y la salpingitis crónica.

Normalmente en un embarazo ectópico se pueden efectuar tres tipos de tratamiento:

- Salpinguectomía
- Salpingostomía
- Tratamiento médico (Metrotexate)

En el heterotópico solo se dispone, sin embargo, de las dos primeras opciones terapéuticas, ya que es necesario conservar hasta donde sea posible el intrauterino. Como es sabido, hay factores coadyuvantes que conducen al aborto, como el trauma quirúrgico y la anestesia.

Lo ideal es practicar salpingostomía y extracción del ectópico siempre y cuando las condiciones de la trompa lo permitan, es decir, que no estén presentes alteraciones en su morfología, que no haya infiltración en el grosor de su pared, ni infecciones crónicas (salpingitis) que puedan facilitar en el futuro la ocurrencia de un nuevo ectópico.

Excepto en los casos de diagnóstico precoz del embarazo combinado, el tratamiento es la salpinguectomía, debido a los daños irreversibles que se encuentran frecuentemente en la trompa.

### BIBLIOGRAFIA

1. Bassil S., Pouly JI., Canis M., Janny L., Vye P., Chapron C., Bruhat MA. Hum-Reprod. Advanced Heterotopic pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer, with survival of both the babies and the mother. 1991; 6(7): 1008-1010.
2. Dimitri et al. Heterotopic Pregnancy associated with assisted reproductive technology. Amer. J. Obstet. Gynecol. 1990; 163: 244-245.
3. Godman GA., Fisch B., Ovadia J., Tadir Y. Heterotopic pregnancy after assisted reproductive technologies. Obstet. Gynecol. Surv. 1992; 47(4): 217-221.
4. Hirsch B., Cohen L., Hech BR. Heterotopic pregnancy with discordant ultrasonic appearance of fetal cardiac activity. Obstet. Gynecol. 1992; 79(5 (pt 2)): 824-825.
5. Jerrard D., Tso E., Salik R., Barish RA. Unsuspected heterotopic pregnancy in a woman without risk factors. Am. J. Emerg-Med. 1992; 10(1): 58-60.
6. Kably Ambe A., Escarcega-Pérez HI., Kuttothara AJ. Embarazo Heterotópico informe de un caso. Ginecol. Obstet-Mex. 1991; 59: 341-342.
7. Kably Ambe A., Garza Rios P., Serviere Zaragoza C., Delgado-Urdapilleta J. Heterotopic Pregnancy in intrauterine Insemination. Ginecol. Obstet. Mex. 1992; 60: 110-111.
8. Kathelie AC., Jurado L., Karachorlu K. Hemoperitoneum from a tubal pregnancy mimicking abruptio placentae: an obstetrical enigma. Int. J. Fertil. 1992; 37(1): 29-32.
9. Levin A., Simon A., Rabinowitz R., Schenker JG. Second-trimester heterotopic pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer a case report. Int. J. Fertil. 1991; 36(4): 227-230.
10. Li HP., Balmacea JP., Zouves C., Cittadini B., Casas-PF., Johnston I., Asch RH. Heterotopic pregnancy associated with gamete intra-falopian transfer. Hum. Reprod. 1992; 7(1): 131-135.
11. Schellpfeffer MA. A spontaneous combined heterotopic pregnancy is presented. Wis. Med. J. 1992; 91(8): 482-484.
12. Tomazebic T., Rivic-Pucelj M. Ectopic pregnancy following the treatment of the tubal infertility. J. Reprod. Med. 1992; 37(7): 611-614.
13. Velazquez-Macias RF., Alvarez-Chaires M. Heterotopic pregnancy. Rev. Invest. Clin. 1992; 44(4): 531-534.
14. Vasiccka A. and Grable E. Simultaneous, extrauterine, and intrauterine pregnancies progressing to viability. Obstet. Gynecol. Survey. 1956; 11: 603.
15. Winer AE., Bergman WD and Fields C. Combined intra and extrauterine pregnancy. Amer. J. Obstet. Gynecol. 1957; 74: 170.
16. Wong WS., Mao K. Combined intrauterine and tubal ectopic pregnancy. Aust-N-Z-J Obstet. Gynecol. 1989; 29(1): 76-77.