

PRESENTACIÓN DE CASO**Embarazo heterotópico en una paciente infértil con síndrome de ovarios poliquísticos****Heterotopic Pregnancy in an Infertile Patient with Polycystic Ovary Syndrome**

Eloy E. Verdecia Silva ¹, Nayarys Lima López ², Mercy del Carmen García Díaz³, Susana Matos García⁴

1. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructora. Banco de Sangre Provincial. Holguín. Cuba.

3. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Asistente. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

4. Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral. Instructora. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Paciente que inició su seguimiento en la Consulta de Infertilidad del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin de Holguín, a la edad de 23 años con antecedentes de salud aparente. Según los estudios sonográficos y humorales realizados se diagnosticó síndrome de ovarios poliquísticos y se prescribió tratamiento con cipresta por seis meses y metformina 1 000 mg diarios. Al terminar este tratamiento se inició tratamiento con los inductores de la ovulación, clomifeno (50 mg) una tableta diaria entre el quinto y noveno día del ciclo menstrual y gonadotropina coriónica humana 10 000 U al alcanzar el folículo un tamaño mayor de 18 mm. Con este esquema terapéutico la paciente ovuló al tercer mes y acudió con ocho semanas de amenorrea, pero con sangramiento genital y siete días más tarde se hace el diagnóstico de embarazo heterotópico, por

lo que se realizó salpingectomía izquierda. La gestante continuó el embarazo hasta las 40,1 semanas en que se produjo parto espontáneo de un recién nacido femenino de buen peso y puntaje de Apgar.

Palabras clave: embarazo heterotópico, síndrome de ovarios poliquísticos, Infertilidad femenina.

ABSTRACT

This is a 23-year-old patient who began her follow up infertility consultation at V. I. Lenin General Teaching Hospital. She had a History of being a healthy woman. Taking into account the sonography and humoral studies the polycystic ovarian syndrome was diagnosed and the patient was prescribed with ciprofloxacin for 6 months and Metformin (1000 mg) daily. At the end of the treatment with ciprofloxacin the management with ovulation inducer, clomifene (50 mg) treatment was given, once a day between the fifth and the ninth day of the menstrual period and human chorionic gonadotropin (10 000 U) when the follicle was bigger than 18 mm, getting to ovulation, and after three months of treatment she came to the consultation with eight weeks of amenorrhea, but with vaginal bleeding. A week later the diagnosis of heterotopic pregnancy was confirmed. A left salpingotomy was done, continuing the pregnancy up to 40, 1 weeks of gestation when the spontaneous delivery of a normal apgar and weight female neonate.

Keywords: heterotopic pregnancy, polycystic ovary syndrome, female infertility.

INTRODUCCIÓN

Se denomina embarazo heterotópico a la gestación intrauterina y extrauterina que coexisten de manera simultánea, descrito por primera vez por Duverney en 1708 en una autopsia¹. El riesgo de un embarazo heterotópico es de 1:1.800 - 1:2.600. La presencia de embarazo combinado es 380 veces más alta en casos de uso de técnicas de reproducción asistida que en gestaciones espontáneas²⁻⁴.

En pacientes sin factores de riesgo, la presencia de un embarazo heterotópico es un evento obstétrico exótico, se presenta aproximadamente en uno de cada 4 000 embarazos espontáneos⁵⁻⁸. Con la utilización de clomifeno y otros agentes inductores de la ovulación la incidencia va en aumento y existe un embarazo combinado por cada 100 pacientes

estimuladas^{3, 9-11}. En Cuba también aumenta la incidencia estadística de embarazos ectópicos según el anuario estadístico del MINSAP de 2002. En el 2000 hay cinco muertes maternas por embarazo ectópico para una tasa de $3,5 \times 10\ 000$ que se incrementa en el 2002^{4, 12}.

En el mundo y en Cuba hay una alta incidencia de esta afección, así como, de los factores de riesgo que determinan su desarrollo. Por tanto, el embarazo ectópico es un objetivo priorizado del programa de atención a la pareja infértil.

Factores predisponentes

En primer lugar, el incremento de las infecciones pélvicas en general (enfermedad inflamatoria pélvica) y de las salpingitis, en particular, derivadas de la temprana actividad sexual de las adolescentes y sobre todo de la promiscuidad de dichas relaciones (varios compañeros), y que frecuentemente son mal diagnosticadas y tratadas de forma incompleta. Igualmente, está el aumento de los abortos provocados, tan populares ahora que ya están legalizados, así como el uso indiscriminado de los dispositivos intrauterinos. En el mismo sentido están las cada vez más frecuentes cirugías tubáricas, especialmente las oclusivas e incluso las reconstructivas, el antecedente de embarazo ectópico es un importante factor predisponente para una nueva aparición⁴⁻⁶.

También intervienen dos hechos relacionados con la fertilidad: en primer lugar, las mujeres retrasan su deseo de reproducción, por lo que cada vez más presentan embarazos en edades más avanzadas, en las cuales la incidencia de esterilidad (imposibilidad para embarazarse) es cada vez mayor, y el tipo de pacientes en quienes también, se demuestra que tienen más posibilidad de embarazo ectópico.

En el clásico trabajo de Grant, encuentra que la incidencia de embarazo ectópico en mujeres estériles es siete veces mayor que en la población general, se comprueba esta relación, particularmente en las pacientes con factor tubárico y en las que reciben medicamentos para la fertilidad (clomifeno, gonadotropina menopáusica humana, etc.), factores que alteran, modifican y retrasan la migración del embrión hacia la cavidad uterina^{5, 7-9}.

En igual forma, son factores predisponentes la presencia de ciertos padecimientos, como la endometriosis y la salpingitis ístmica nodosa (SIN). Por último, está la popularización de los programas de reproducción asistida (ART), que provocan un mayor riesgo de presentar un embarazo ectópico. El primer embarazo logrado con la fertilización in vitro (FIV-ET) por Steptoe y Edwards es un ectópico⁶.

En relación con la influencia que tiene la FIV-ET para incrementar la posibilidad de un embarazo ectópico, hay dos aspectos interesantes: puede estar relacionado con la profundidad del catéter de transferencia dentro de la matriz y, mucho más importante, que estos programas no sólo predisponen al embarazo ectópico en general, sino que influyen de forma determinante en la presencia de los embarazos ováricos^{7, 10-12}.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente que inició su seguimiento en la Consulta de Infertilidad del Hospital Provincial Vladimir Ilich Lenin a la edad de 23 años (octubre 2013), de raza blanca y con antecedentes de salud aparente, su historia obstétrica referida consta de un embarazo que terminó en interrupción por legrado de cavidad uterina, hace cinco años aproximadamente (con otra pareja). Luego de un año y medio de casada y de haberse retirado un DIU no logró concebir.

Historia ginecológica

Fórmula menstrual: no era eumenorreica, cursó con periodos de amenorrea de cuatro a cinco meses, no menalgia, sin antecedentes de embarazo ectópico, ni antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP); no antecedentes de infecciones de transmisión sexual, no endometriosis, no obesidad; si hirsutismo, con dispositivos intrauterinos (T de Cobre por tres años); no operaciones abdominales, no galactorrea; con tratamientos anteriores con hormonas (cipresta) y sin tratamientos anteriores con inductores de la ovulación.

Antecedentes del esposo: paciente con edad de 40 años, no poseía hábitos tóxicos, sin antecedentes patológicos personales, ni antecedentes de operaciones y con antecedentes de paternidad de un hijo de dos años. Espermatoograma: teratozoospermia del 100 % y astenozoospermia del 99 %

Estudios realizados al factor femenino

Sonografía transvaginal: útero de tamaño normal 62 x 43 x 50 mm, de configuración normal, endometrio lineal; con ovario derecho con folículos dispuestos en cuentas de collar de aproximadamente 6 mm, diámetros ováricos de 40 x 36 mm; ovario izquierdo con folículos en cuentas de collar de aproximadamente 6 mm y diámetros ováricos de 37 x 33 mm; fondo de saco libre, no líquido, no se observaron tumoraciones tubáricas ([fig. 1](#)).



Fig. 1. Ultrasonografía de un ovario poliquístico

Histerosalpingografía: cavidad uterina de configuración normal, ambas trompas permeables.

Seguimiento folicular (tres meses): ciclos anovulatorios

Estudios hormonales en sangre: (día 3 del ciclo)

FSH: 8,7 mmol/ml

LH: 18,7 mmol/ml (aumentado).

Estradiol: 69 pg/ml

Testosterona: 1,88 mmol/ml (aumentado).

TSH: 3,1 mmol/ml

T3: 0,8 mmol/ml

T4: 116 mmol/ml

Prolactina: 266 mmol/ml

DISCUSIÓN

Por los resultados del espermograma se valoró al esposo con el andrólogo y se diagnosticó varicocele bilateral grado II, por lo que se indicó varicocelectomía bilateral. Con los antecedentes recogidos al interrogatorio, el examen físico y los complementarios, se diagnosticó síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) a la paciente y se prescribió tratamiento con cipresta (tableta revestida contiene 0,05 mg de etinilestradiol y 2 mg de acetato de ciproterona) por seis meses y metformina 1 000 mg diarios, entre tanto, se realizaba varicocelectomía al esposo y se esperó seis meses para lograr la mejoría espermática.

Se reconsultó a la pareja seis meses después, esposo con espermograma normal, conteo total de 55 000 000 espermatozoides por campo, con 30 % de morfología normal y movilidad (A) del

45 %. Se decidió, iniciar tratamiento con los inductores de la ovulación, clomifeno (50 mg) una tableta diaria entre el quinto y noveno día del ciclo menstrual y gonadotropina coriónica humana 10 000 U al alcanzar el folículo un tamaño mayor de 18 mm, logrando ovular y luego de su tercer mes de tratamiento acudió con ocho semanas de amenorrea, pero con sangramiento genital escaso en los últimos tres días, no dolor en bajo vientre.

Se realizó sonografía transvaginal y se diagnosticó saco gestacional de 33 mm que correspondía con ocho semanas de gestación, latidos cardíacos presentes, no signos de desprendimiento coriónico por lo que se suspendió la metformina y se inició con progesterona 25 mg dos ámpulas diarias.

Siete días más tarde regresó la gestante a consulta con sangramiento genital de moderada intensidad y dolor abdominal bajo, se repitió sonografía transvaginal y se observó saco gestacional intraútero que correspondía con nueve semanas de embarazo con buena vitalidad y en fondo de saco de Douglas y fosa ovárica izquierda una imagen mixta de 30 mm de diámetro, aproximadamente, que concordaba con un embarazo ectópico ([fig. 2](#)).

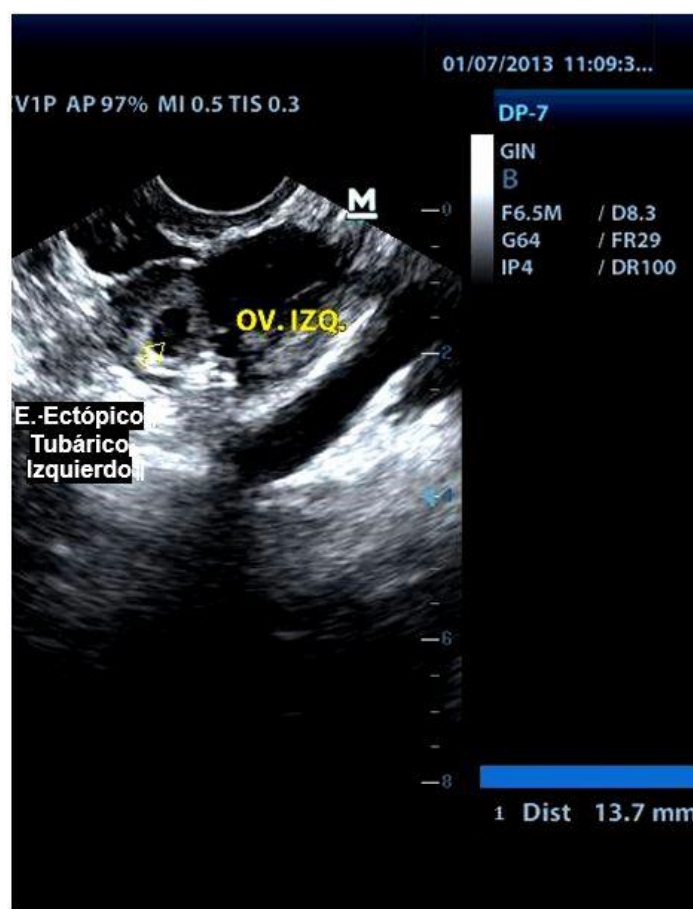


Fig. 2. Imagen con embarazo heterotópico de trompa izquierda

Con la sospecha de embarazo heterotópico se realizó laparoscopia urgente y se confirmó el diagnóstico. Se realizó laparotomía de urgencia con salpingectomía total izquierda. Egresó tres días después de la intervención quirúrgica y continuó con un embarazo normal hasta que se produjo el parto espontáneo a las 40,1 semanas, con un recién nacido femenino de buen peso y puntaje de Apgar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barreras González JE, Menéndez Chil O, Hernández Gutiérrez JM, Cáceres Lavernia HH. Embarazo heterotópico. Presentación de un caso. Rev Habanera Cienc Méd. 2008 [citado 4 jul 2013]; 7 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100017
2. Mendivil C, Padrón R, Miranda J, Silva G. Embarazo heterotópico: diagnóstico ecográfico temprano, manejo con laparoscopia. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Colombiana Obstet Ginecol. 2011[citado 4 jul 2013]; 62 (1). Disponible en: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol62No1_Enero_Marzo_2011/v62n1a13.htm
3. Barreras J. Embarazo heterotópico. Presentación de un caso. Rev Habanera Cienc Méd. 2008 [citado 5 jul 2013]; 7(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100017
4. Molina JC, Torrico Aponte W A, Vásquez Día PJ. Embarazo heterotópico. Un suceso insólito. Gac Med Bol. 2008 [citado 4 jul 2013]; 31(1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662008000100010&script=sci_arttext
5. Cutié Bressler ML, Figueroa Mendoza M, Lestayo Dorta C, Cubero Menéndez O. Embarazo Ectópico. Su comportamiento en los años 1989-1999. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001 [citado 4 jul 2013]; 27 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Perucca E, Villagrán G, Martín R, Álvarez D, Aceituno R, Arancibia P et al. Embarazo heterotópico. Rev Chilena Obstet Ginecol. 2003[citado 4 jul 2013]; 68(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000300007&script=sci_arttext

7. Gutiérrez Cruz O, Romero Sánchez G, Velasco Pérez L. Embarazo heterotópico. Ginecol Obstet México. 2006[citado 4 jul 2013]; 74:389-93. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom067i.pdf>
8. Álvarez Zapata D, Minaberriet Conceiro E, Puertas Álvarez D, Govín Puerto O. Caracterización de las pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Materno "10 de Octubre". Año 2011. Rev Cubana Tecnología Salud. 2013[citado 3 mar 2014]; 4(1). Disponible en:
<http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/93>
9. Altunaga Palacio M, Rodríguez Morales Y, Lugones Botel M. Manejo del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011[citado 3 mar 2014]; 37 (4).Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2011000400008&script=sci_arttext&lng=pt
10. González C, Salas PI, Hernández A, Santiago J. Embarazo ectópico ovárico: experiencia en 10 años del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012[citado 3 mar 2014]; 77(1): 50 – 54.Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n1/art10.pdf>
11. López Vela SM, Pila Díaz R, Páez Jomarrón H, Pérez Expósito I. Embarazo ectópico, su comportamiento en los años 2000-2010. MEDICIEGO. 2012[citado 3 mar 2014]; 18 (2):
Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail>
12. Pérez De Miguel LA. Factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo Enero-Diciembre 2010. (Tesis). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011[citado 3 mar 2014]. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/459>

Recibido: 8 de abril de 2014

Aprobado: 11 de abril de 2014

Dr. *Eloy E. Verdecia Silva*. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba
Correo electrónico: eloy@hvil.hlg.sld.cu