

**PRESENTACIÓN DE CASO****Presentación de una paciente con embarazo heterotópico****Presentation of a Patient with Heterotopic Pregnancy****Julio Cesar Matos Domínguez<sup>1</sup>, Lissette Sánchez Pérez<sup>2</sup>, Yamina Córdova Velázquez<sup>3</sup>**

1. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Obstetricia y Ginecología. Instructor. Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas. Santiago de Cuba. Cuba.

2. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínica Mario Gutiérrez. Holguín. Cuba.

3. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Asistente. Policlínica San Andrés. Holguín. Cuba.

---

**RESUMEN**

En los últimos años el embarazo heterotópico ha aumentado, y guarda relación con el desarrollo que alcanzan los tratamientos con técnicas de fertilización in vitro. Aún cuando su etiología no es plenamente esclarecida, muchos de los factores son compartidos con los autores que refieren el embarazo ectópico, como la enfermedad pélvica inflamatoria, factor etiológico potencial en aproximadamente el 45 % de los casos de embarazo ectópico. En el siglo XXI estos tipos de casos son exóticos, sin factores de riesgo aparentes. Se presentó un caso de embarazo heterotópico espontáneo en una mujer de la raza negra de 35 años de edad con antecedentes de transfusión sanguínea por anemia aguda y paridad satisfactoria, que acudió al Cuerpo de Guardia del Margret Marquart Catholic, Hospital en Kpando, región Volta, Ghana; por presentar dolor abdominal, más intenso en hipogastrio. Se realizó laparotomía y se egresó luego de evolución satisfactoria.

**Palabras clave:** embarazo, embarazo heterotópico, laparotomía.

---

## ABSTRACT

In recent years the heterotopic pregnancy has increased, and is related to the development reaching treatments in vitro fertilization techniques. Although its etiology is not fully elucidated, many of the factors are shared with the authors refer ectopic pregnancy, and pelvic inflammatory disease potential in approximately 45% of cases of ectopic pregnancy etiologic factor. In the XXI century, these types of cases are exotic, without apparent risk factors. A case of spontaneous heterotopic pregnancy was presented in a 35-year-old black woman with a history of blood transfusion for severe anemia and satisfactory parity, attended at Emergency Service of Margret Marquart Catholic Hospital in Kpando, Volta region, Ghana was presented in this paper. The patient had severe abdominal pain in lower abdomen. Laparotomy was performed and the patient was discharged after satisfactory outcome.

**Keywords:** pregnancy, heterotopic pregnancy, laparotomy.

---

## INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico es la combinación de un embarazo uterino y extrauterino, el cual es infrecuente y si no es diagnosticado tempranamente puede traer complicaciones, en ocasiones fatales para las embarazadas. Fue descrito por primera vez por Duberney en el año 1708 durante una autopsia<sup>1,2</sup>.

Con los adelantos de la imagenología se logra el diagnóstico temprano del embarazo heterotópico y sus complicaciones, el cual ha aumentado en las últimas décadas de alrededor de 1:30.000 gestaciones a 1:100-1:500 con la utilización de la técnicas de reproducción asistida<sup>3,4</sup>. Otros factores causales son: enfermedad pélvica inflamatoria, uso de dispositivo intrauterino o de hormonas, cirugía pélvica previa o embarazo ectópico anterior<sup>5</sup>.

Clínicamente se debe sospechar un 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

## PRESENTACIÓN DE CASO

La paciente de 35 años de edad, raza negra, acudió al Cuerpo de Guardia del Margret Marquart Catholic Hospital en Kpando, región Volta, Ghana, por presentar un dolor abdominal, más intenso en hipogastrio. Refirió que el mes anterior a la presentación al Cuerpo de Guardia (septiembre de 2012) se le realizó transfusión de sangre por presentar una anemia aguda. Además, relató que presentaba una amenorrea de 22 semanas por la fecha de la última menstruación y una historia obstétrica de cinco embarazos, tres partos, un aborto espontáneo y el actual de 22 semanas.

Antecedentes patológicos familiares: no refiere.

Antecedentes patológicos personales: refiere reciente transfusión de sangre.

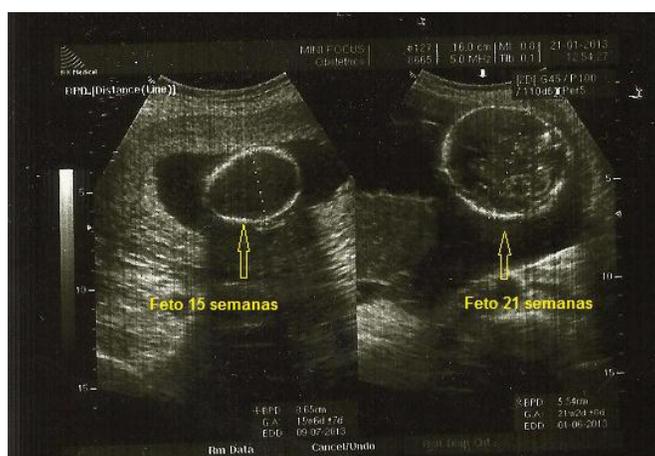
Examen físico

Mucosas: pálidas y húmedas.

Abdomen: muy doloroso a la palpación superficial, altura uterina superior a la normal según tiempo de amenorrea, con una tumoración parauterina muy evidente y dolorosa.

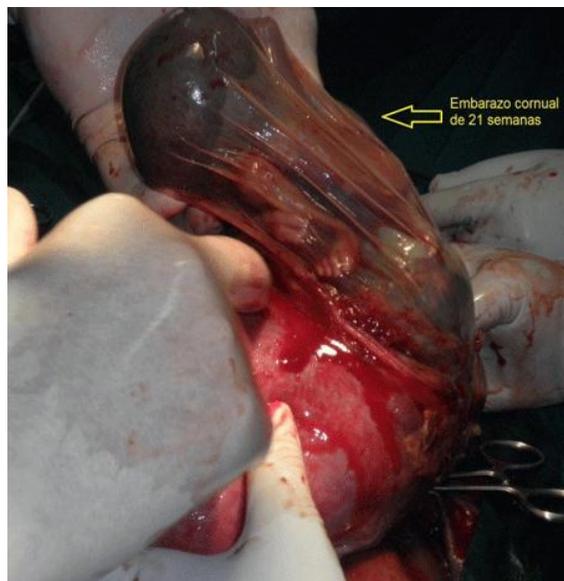
Hemoglobina: 70 g/L

Ecografía pélvica: se observó un feto intraútero de 15 semanas, sin latidos cardíacos presentes y otro de 21 semanas con buena vitalidad y sospechas evidentes de ser ectópico ([fig. 1](#)).



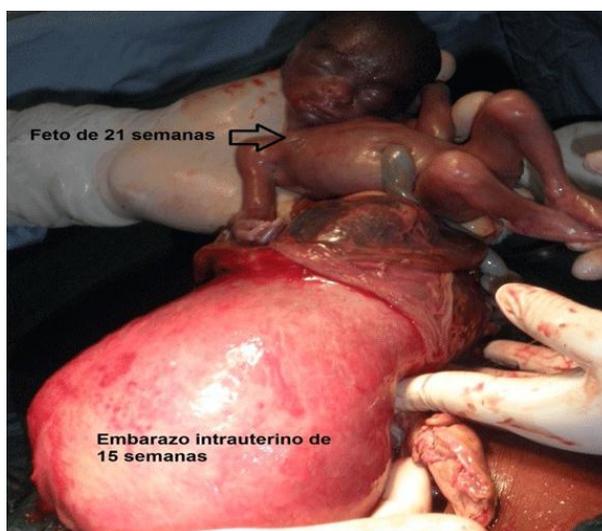
**Fig. 1.** Ecografía pélvica con embarazo múltiple

Se realizó laparotomía exploratoria y se encontró un embarazo cornual derecho complicado, con feto vivo dentro de su saco gestacional intacto que se rompió al extraerlo y se correspondía con el feto de 21 semanas, se observó la placenta y cordón umbilical ([fig. 2](#)).



**Fig. 2.** Laparotomía exploratoria con embarazo cornual derecho

A la izquierda se encontraba el útero aumentado de volumen que se correspondía con el óbito fetal intraútero de aproximadamente 15 semanas ([fig. 3](#)). Se extrajo del útero el feto muerto ([fig. 4](#)). El feto que estaba vivo falleció durante el acto quirúrgico.



**Fig. 3.** Se observa el feto de 21 semanas y el útero aumentado de tamaño

A esta paciente con paridad satisfactoria (tres hijos) se realizó histerectomía total abdominal, con evolución normal y fue dada de alta a los siete días.



**Fig. 4.** Extracción del feto muerto de 15 semanas

## DISCUSIÓN

Según se reporta en la literatura revisada, la incidencia del embarazo heterotópico aumenta. Hoy se demuestra que las posibilidades de embarazo heterotópico aumenta con el uso de la fertilización in vitro, algunos autores indican que 1-4 de cada 100 pacientes que utilizan este procedimiento puede desarrollar una gestación heterotópica <sup>4, 6,7</sup>.

Si bien es cierto, que la etiología no está suficientemente esclarecida, los factores de riesgo son casi iguales que para el embarazo ectópico: procesos infecciosos pélvicos, factor fundamental en casi el 50 % de los embarazos ectópicos diagnosticados<sup>8</sup>. Otros factores posibles son hiperestimulación ovárica, súper fecundación y la súper gestación <sup>9</sup>.

Normalmente el diagnóstico es ecográfico, en el caso que la clínica no lo permita, es posible diagnosticarlo de forma precoz, gracias al desarrollo alcanzado por la ecografía. En este caso la gestación era tan grande que fue muy fácil el diagnóstico. Desde el punto de vista clínico se debe pensar en el embarazo heterotópico cuando teniendo un embarazo uterino se detecta una masa anexial con persistencia de signos y síntomas de embarazo después de un legrado obstétrico, con presencia de gonadotropina coriónica y antecedentes de reproducción asistida <sup>10,11</sup>. El embarazo heterotópico es raro con ausencia de factores de riesgo y su tratamiento es quirúrgico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Palacio R, Bermejo A, Sierra Y, Orúe MP, Rodríguez A. Embarazo heterotópico e hiperestimulación ovárica. *Prog Obstet Ginecol*. 2004 [citado 2 abr 2014]; 47 (12): 584-7. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/embarazo-heterotopico-e-hiperestimulacion-ovarica-13069060-casos-clinicos-2004>
2. Diallo D, Aubard Y, Piver P, Baudet JH. Grossesse hétérotopique: à propôs de 5 case et revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2000 [citado 1 abr 2014]; 29 (2): 131-41. Disponible en: <http://www.em-consulte.com/en/article/113939>
3. Aragón M, Fernández A, López MF, Fiol G, Fernández MÁ, Alonso F. Embarazo heterotópico diagnosticado en una cesárea a término. *Prog Obstet Ginecol*. 2011 [citado 9 abr 2014]; 54 (6): 317-9. Disponible en: <http://phdtree.org/pdf/46570033-embarazo-heterotopico-diagnosticado-en-una-cesarea-a-termino/>
4. Bassil S, Pouly JL, Canis M, Janny L, Vye P, Chapron C, *et al*. Advanced heterotopic pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer, with survival of both the babies and the mother. *Hum Reprod*. 1991 [citado 7 abr 2014]; 6 (7): 1008-10. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/6/7/1008.short>
5. Aranda FM, González MI, Ruiz MF, Lizán TC, Abril UN, Bonilla MF. Gestación heterotópica en dos casos de embarazos espontáneos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012 [citado 8 abr 2014]; 77(6): 444-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600006>
6. 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 Colomb Obstet Ginecol*. 2011 [citado 8 abr 2014]; 62 (1): 98-103. Disponible en: [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol62No1\\_Enero\\_Marzo\\_2011/v62n1a13.htm](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol62No1_Enero_Marzo_2011/v62n1a13.htm)
7. Luna G, Rangel I, Gutiérrez NS, Martínez ME, Méndez JR, Suárez NM. Embarazo heterotópico y supervivencia del producto intrauterino. *Ginecol Obstet Mex*. 2011 [citado 8 abr 2014]; 79 (8): 508-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom118i.pdf>
8. Kaplan F, Espinoza O, Scheppeler M, Cabrera D. Embarazo heterotópico: una patología emergente. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2002 [citado 9 abr 2014]; 67 (5): 402-4. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000500013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000500013)

9. Molina JC, Torrico WA, Vásquez PJ. Embarazo heterotópico. Un suceso insólito. Gac Med Bol. 2008 [citado 12 abr 2014]; 31(1): 55-8. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662008000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662008000100010&script=sci_arttext)
10. Umranikar S, Umranikar A, Rafi J, Bawden P, Umranikar S, O`Sullivan B, *et al.* Acute presentation of a heterotopic pregnancy following spontaneous conception: a case report. Cases J. 2009 [citado 10 abr 2014]; 2: 9369. Disponible en:  
<http://www.casesjournal.com/content/2/1/9369>
11. Carazo B, Pérez-Ezquerria B, Sanz A, Garcés M. Rotura uterina de un embarazo cornual: una urgencia obstetrica. Ginecol Obstet Mex. 2012 [citado 10 abr 2014]; 80(7):491-4. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom127i.pdf>

Recibido: 24 de abril de 2014

Aprobado: 25 de abril de 2014

Dra. *Lisette Sánchez Pérez*. Policlínica Mario Gutiérrez. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: [lisbeth@crystal.hlg.sld.cu](mailto:lisbeth@crystal.hlg.sld.cu)