

Embarazo heterotópico

Heterotopic Pregnancy

Aracelis Villarreal Acosta^{1*}

¹ Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa. La Habana. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: aracelysv@infomed.sld.cu

RESUMEN

El embarazo heterotópico es aquella entidad en la que coexisten gestación intra- extrauterina. La incidencia es baja en embarazos espontáneos, que ha aumentado con técnicas de reproducción asistida. Su diagnóstico precisa un elevado índice de sospecha y tener en consideración los factores de riesgo. Se describen las características de un caso ocurrido en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa en La Habana. Cuba. Se presenta una paciente de 26 años de edad con amenorrea de 9 semanas, que acude por dolor intenso a Cuerpo de Guardia con diagnóstico ultrasonográfico de hemoperitoneo. Se sometió a laparotomía exploratoria donde se constató un útero que impresionó grávido y estallamiento del cuerno derecho del útero. No fue posible realizar hemostasia, por lo que se realizó histerectomía total abdominal sin anexectomía. El diagnóstico anatómopatológico fue embarazo heterotópico.

Palabras claves: embarazo heterotópico; embarazo ectópico.

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is that entity in which intra- and extra-uterine gestation coexist. The incidence is low in spontaneous pregnancies; however, it has increased with assisted

reproduction techniques. Its diagnosis requires high index of suspicion and the consideration of risk factors. We describe the characteristics of a case of a 26-year-old patient with 9 weeks amenorrhea who came to the Obstetric Teaching Hospital in Guanabacoa, Havana, Cuba. This patient presented with intense pain and ultrasonography diagnosis of hemoperitoneum. She underwent exploratory laparotomy where the gravid uterus and bursting of the right horn of the uterus were confirmed. It was not possible to perform hemostasis, so total abdominal hysterectomy was performed without adnexectomy. The anatomopathological diagnosis was heterotopic pregnancy.

Keywords: heterotopic pregnancy; ectopic pregnancy.

Recibido: 22/05/2018

Aprobado: 10/07/2018

INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico es una rara combinación de gestación múltiple, donde un embarazo intrauterino coexiste con uno ectópico.^(1,2,3,4) La incidencia del embarazo heterotópico es de 1 cada 10 000 a 50 000 embarazos espontáneos.

Se considera embarazo ectópico cuando el óvulo fecundado se implanta fuera de la cavidad endometrial. El termino ectópico no es sinónimo de extrauterino, sino que tiene más amplitud, ya que hay gestaciones intrauterinas, como el embarazo intersticial y el cervical, que también son ectópicos. Es la causa más frecuente de muerte materna en el primer trimestre de la gestación, lo que compromete a su diagnóstico y tratamiento oportuno.⁽¹⁾

El aumento de los tratamientos por técnicas de reproducción asistida incrementó la incidencia de embarazo heterotópico, llegó hasta 1 % de los embarazos logrados por estas técnicas.⁽³⁾

No existen muchos casos recogidos en la literatura y el primer caso de gestación heterotópica fue descrito por *Duberney* en 1708 en los hallazgos de una autopsia. Su

incidencia es de alrededor de 1:30,000, aumentando hasta 1:100, 1:500 con el uso de técnicas de reproducción asistida.

Dada su baja incidencia, el diagnóstico a veces es complicado y requiere un alto índice de sospecha. Por ello, ante la visualización de una gestación intrauterina, nunca se debe descartar la posibilidad de un embarazo ectópico.

Por todo lo anteriormente planteado nos dimos a la tarea de realizar la presentación de caso de un embarazo heterotópico intervenido quirúrgicamente en la en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 26 años de edad, blanca, de ocupación ama de casa, con escolaridad de secundaria básica, estado civil unión estable. Antecedentes patológicos personales: asma bronquial. Antecedentes patológicos familiares: madre con diabetes mellitus tipo II.

Historia obstétrica de tres gestaciones, dos partos, ningún aborto, con embarazo de 9 semanas (no planificado) captación a las 8,2 semanas.

Factores de riesgo: fumadora (aproximadamente 2 cajetillas diarias).

Acude al cuerpo de guardia por presentar vómitos, malestar general y dolor abdominal de gran intensidad.

Al examen físico

Inspección: Facie característica de proceso doloroso. Ligera toma del estado general. Mucosas húmedas e hipo coloreadas

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular conservado no se auscultan estertores, frecuencia respiratoria 16 por minuto.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono, pulso filiforme, tensión arterial 100/60.

Abdomen abombado doloroso a la palpación superficial y profunda, no visceromegalia, dolor a la descompresión brusca (signo de Blumberg positivo).

Aparato ginecológico: Tacto vaginal muy doloroso, no se precisa por resultar muy doloroso el examen. No pérdidas vaginales.

Sistema nervioso central: Paciente obnubilada

Los estudios complementarios se comportaron de la siguiente manera:

- Hemoglobina: 8,4 g/L
- Hematocrito: 0,28 vol. %
- Leucograma: Leucocitos - $11,5 \times 10^9$
 - Polimorfonucleares – 0,76
 - Linfocitos -0,24
- Grupo sanguíneo y factor Rh: O positivo

Ultrasonido ginecológico: Se observa abundante líquido libre en cavidad que no permite visualizar genitales internos. Saco gestacional con embarazo en su interior imposible precisar su localización por liquido libre en cavidad (Fig. 1).

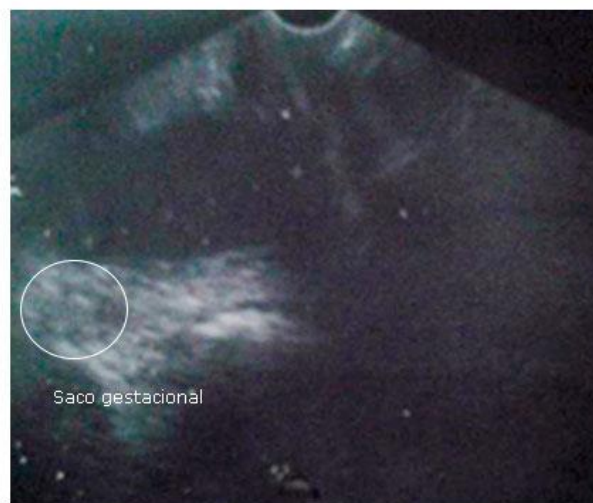


Fig. 1 – Imagen del ultrasonido ginecológico.

Conducta

Ingreso urgente, código rojo nivel III La paciente se traslada para ser intervenida quirúrgicamente con el diagnóstico de hemoperitoneo.

Laparotomía exploratoria: Se realiza incisión media infraumbilical de aproximadamente 10 cm profundizando por planos hasta la cavidad abdominal donde se comprueba un hemoperitoneo de aproximadamente 2 000 mL, se localiza útero aumentado de tamaño \pm 9 semanas, estallamiento de cuerno derecho, se dan puntos hemostáticos sin que se logre hemostasia por lo que se procede a realizar la histerectomía total abdominal sin anexectomía con la técnica de cúpula abierta. Se revisa y limpia cavidad abdominal y previo cambio de guantes se procede a suturar por planos hasta pared abdominal. Se transfunden dos unidades de glóbulos durante el transoperatorio. Se enviaron piezas anatómicas a Anatomía patológica.

Antibioticoterapia posoperatoria: Ceftriaxona 1g EV c/12 horas por 3 días.

Posoperatorio inmediato: Evolución satisfactoria. La paciente fue egresada a las 72 horas de operada.

Resultado del reporte de Anatomía patológica

- Útero grávido de 10 semanas de gestación aproximadamente (Fig. 2 y Fig. 3), cervicitis crónica inespecífica, fibrosis de la serosa
- Embarazo ectópico tubario roto (Fig. 4)



Fig. 2 – Cara posterior de útero grávido.



Fig. 3 – Apertura del cuerpo uterino con saco gestacional.



Fig. 4 – Embarazo tubárico roto.

DISCUSIÓN

Factores de riesgo

A pesar del avance de los conocimientos actuales, aún existen aspectos en la etiología del embarazo ectópico que no están claramente definidos. De todas formas, se conocen varios factores que incrementan la probabilidad de que una mujer pueda padecer esta afección:

- Infección genital previa: según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (1998), las enfermedades inflamatorias pélvicas previas, especialmente la causada por *Chlamydia trachomatis*, es el factor de riesgo más común.
- Cirugía tubaria previa.
- Ligadura previa de las trompas, este factor es muy importante, porque con frecuencia se supone por el médico que por esa razón no existe la posibilidad de un embarazo ectópico, lo que realmente no es así.
- Historia de embarazo ectópico anterior.
- Uso de dispositivos intrauterinos (DIU). Este aspecto es controversial, pues en algunos estudios realizados no se ha encontrado un riesgo incrementado de EE después de su utilización.⁽⁴⁾
- Abortos provocados, sobre todo realizados con métodos inseguros.
- La píldora del día siguiente.
- La reproducción asistida, aunque es posible en un número de casos pudiera estar ligado al factor primario que determina la infertilidad.
- Salpingitis ístmica nudosa.
- Consumo de cigarrillos (20 o más por día).

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.⁽⁵⁾

Al igual que ocurre en la gestación ectópica aislada, la localización más frecuente en la gestación heterotópica es la porción ampular de la trompa, aquí se sitúa alrededor del 90 % de los casos. Otros lugares descritos como posibles localizaciones son la cicatriz de cesárea previa, el cuerno del útero, el ovario, el cérvix y la localización abdominal en el fondo de saco de Douglas.^(6,7)

Debemos destacar que de los posibles factores de riesgo que aparecen en la bibliografía favoreciendo el embarazo ectópico, la paciente intervenida practicaba el tabaquismo alrededor de cuarenta cigarrillos diarios.

Conclusión

En la ecografía a gestantes en el primer trimestre siempre se debe visualizar el útero y ambos anexos, porque aunque se trate de una patología infrecuente, se debe descartar la gestación heterotópica tras visualizar el saco intraútero. Esto se debe a que éste es el único modo de obtener un diagnóstico precoz y una disminución de la mortalidad.

El diagnóstico del embarazo ectópico es difícil, el primer requisito es pensar en que constituye una causa importante de mortalidad materna, es necesario asumir una conducta activa para lograr que la muerte por esta causa sea evitable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabezas E. El embarazo ectópico sigue siendo un problema no resuelto. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2015[citado 16 Nov 2016];41(2):[aprox 8 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000200001&lng=es&nrm=iso
2. Elena Hernán E, Elena Alfredo F, Miola Anselmo, Glujovsky D, Sueldo CE. Tratamiento exitoso de un embarazo heterotópico cervical luego de un procedimiento de fecundación in vitro. MEDICINA (Buenos Aires) [Internet]. 2016[citado 2016 Nov 18];76:30-2. Disponible en: <http://medicinabuenosaires.com/revistas/vol76-16/n1/30-32-Med75-6-6422-Elena.pdf>

3. Ramirez Juan, Pimentel J, Cabrera S, Campos G, Zapata B. Embarazo heterotópico cervical: reporte de un caso. Rev Perú Ginecol Obstet. [online]. 2015[citado 18 de noviembre de 2016];61(3):301-06. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304
4. Coronel Villarán M, Domínguez González M, Holgado Fernández A, Martín Gutiérrez A. Gestación heterotópica espontánea de 9 semanas con ambos embriones con actividad cardíaca positiva. Progresos de Obstetricia y Ginecología. [Internet]. 2013[citado 18 de noviembre de 2016];56(4):204-6. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501312000799>
5. Matos Domínguez JC, Sánchez Pérez L, Córdova Velázquez Y. Presentación de una paciente con embarazo heterotópico. CCM [Internet]. 2015[citado 2016 Nov 17];19(2):344-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000200020&lng=es
6. Álvarez Bernabeu R, Reina Paniagua M, Encinas Pardilla MB, Serrano González L, Salcedo Mariña Á, Tejerina Gonzalez E. Gestación heterotópica: dos casos con gestación intrauterina viable a término. Rev Chil Obstet Ginecol. [Internet]. 2016 Abril [citado 2016 Nov 18];81(2):117-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000200006&lng=es
7. Pino PPFV, Ledón MM, Moya TC, Moya AA, Reyes MCM, Moya Arechavaleta N. Embarazo heterotópico tubo-abdominal. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2017[citado 16 oct 2017];43(1):[aprox 14 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100011&lng=es
8. Cruz RGH, Delgado SRT, Rodríguez ARG, Ponce LFG, Ortega AAO. Embarazo heterotópico. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex. [Internet]. 2017[citado 16 oct 2017];85(6):[aprox 5 p.].Disponible en:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=1b3ca9ea-989e-434a-b46e-321b743f7299%40sessionmgr4008>
9. González TLC, González MA, Limas CO, Álvarez GLB, Lorenzo GJD, Barrios GR. Embarazo heterotópico espontáneo. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2016[citado 20 oct 2017];18(3):[aprox 16 p.].Disponible en:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=28b57ce8-4abd-4621-9ccd-64e5ae340570%40sessionmgr4006>

10. Luna LG, Rangel RI, Gutiérrez LNS, Martínez GME, Méndez OJR, Suárez LNM. Embarazo heterotópico y supervivencia del producto intrauterino. Ginecol Obstet Mex. [Internet]. 2011[citado 20 oct 2017];79(8):[aprox 7 p.]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=20a02765-5d58-4522-93eb-51e499d1c897%40sessionmgr4009>
11. Albalat FR, García AJC, García AC, Caraballo J. Gestación heterotópica espontánea. Clin Invest Gin Obst [Internet]. 2013[citado 20 oct 2017];40(1):[aprox 7 p.]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0S0210573X11001456.pdf?locale=es_ES

Conflictos de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.