

Presentación de caso

Embarazo heterotópico espontáneo. Reporte de caso

Heterotopic spontaneous pregnancy. Report of case

Dra. Liria de la Caridad González Triana¹, Dra. Amelia González Martín¹, Dr. Osblady Limas Cruz¹, Est. Liriam Beatriz Álvarez González², Est. José Daniel Lorenzo González², Est. Roxana Barrios González².

1. Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba.
2. Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus. Cuba.

RESUMEN

Fundamento. La combinación de un embarazo intrauterino con uno extrauterino se conoce como embarazo heterotópico, esta es una patología poco reportada cuando se presenta en forma espontánea (1 caso cada 20 000 o 30 000 embarazos). **Objetivo:** Reportar un caso la infrecuencia de la forma en que se presenta la combinación de los dos embarazos y la emergencia de cuando uno está roto. **Presentation of the case:** Paciente de 26 años de edad, con el antecedente de tres gestaciones previas (tres partos a término); presentó una historia de amenorrea de tres meses asociada a dolor hipogástrico de 24 horas de evolución. Al examen físico tenía la TA de 90/50 mmHg, el pulso de 120 pulsaciones por minutos, frialdad y sudoración, la temperatura axilar de 36,4 °C. Su abdomen estaba levemente distendido, blando, depresible, con ruidos hidroaéreos, sensible a la palpación profunda en hipogastrio y en fosa ilíaca derecha con Blumberg negativo. Se le realizó una laparotomía exploradora con el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico derecho, y se observó en ésta un hemoperitoneo de 500 ml, útero, ovario y trompa izquierdas normales. Se le realizó una ecografía que informó un embarazo intrauterino de primer trimestre, que al momento de la cirugía tenía una edad gestacional estimada de 15 semanas. **Conclusiones:** El diagnóstico del embarazo heterotópico no es fácil definirlo debido a las diversas manifestaciones clínicas y a la existencia del embarazo intrauterino que continúa; se debe tener en cuenta que la ecografía es un pilar importante en el diagnóstico e identificación temprana de esta patología.

DeCS: EMBARAZO HETEROTÓPICO/ultrasonografía; EMBARAZO ECTÓPICO/ultrasonografía.

Palabras clave: Embarazo heterotópico, embarazo ectópico, imaginología.

ABSTRACT

Background: The combination of an intra-uterine pregnancy with an extra uterine one is known as heterotopic pregnancy, this is a pathology little reported when it is presented in an spontaneous form (1 case each 20 000 or 30 000 pregnancies). **Objective:** To report a case the seldomness in the way in that it is presented the combination of the two pregnancies and the emergency of when one is broken. **Report of case:** Patient of 26 years old, with the antecedent of three previous pregnancies (three childbirths to term);she presented a history of a three months amenorrhea associated to hypogastric pain of 24 hours of evolution. To the physical exam she had the TA of 90/50 mmHg, the pulse of 120 pulsations for minutes, indifference and sweating, the axillary temperature of 36, 4 °C. Her abdomen was slightly loosened, soft, depressive, with noises hydro air, sensitive to the deep palpation in hypogastrium and in grave right iliac with negative Blumberg. It was carried out an exploratory laparotomy with the presumptive diagnosis of right ectopic pregnancy, and it was observed in this a hemoperitoneum of 500 ml, uterus, lefts ovary and trumpet normal. It was carried out an ultrasound that informed an intra-uterine pregnancy of first trimester that had an estimated gestational age of 15 weeks at the moment of the surgery. **Conclusions:** The diagnosis of the heterotopic pregnancy is not easy to define due the diverse clinical manifestations and the existence of the intra-uterine pregnancy that continues; it should be kept in mind that the ultrasound is an important pillar in the diagnosis and early identification of this pathology.

MeSH: PREGNANCY HETEROTOPIC/ultrasonography; PREGNANCY ECTOPIC/ultrasonography.
Keywords: Pregnancy heterotopic/ultrasonography; pregnancy ectopic/ultrasonography; imaginology.

INTRODUCCIÓN

La combinación de un embarazo intrauterino con uno extrauterino se conoce con el nombre de embarazo heterotópico, esta es una patología poco reportada en la literatura, cuando se presenta en forma espontánea. La primera descripción del mismo se observó durante una autopsia ¹. Si bien el embarazo ectópico (EE) se conoce desde el siglo XVII, su frecuencia se incrementó en la última década, probablemente debido al aumento de los tratamientos de fertilización y al daño tubárico por el aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

El embarazo heterotópico constituye una entidad rara lo que trae consigo dificultad en su diagnóstico preoperatorio por lo que es potencialmente peligroso para la madre. La frecuencia reportada en 1948 fue de 1:30 000 embarazos, pero en la actualidad estas cifras han aumentado debido al ingreso a la práctica médica de las técnicas de reproducción asistida y el incremento en la frecuencia de la enfermedad inflamatoria pélvica ². Se plantea que la incidencia de embarazo heterotópico como complicación de la fertilización *in vitro* con transferencia de embriones llega a ser de 1-2 % ^{3,4}.

Se considera que esta afección adquiere gran importancia ya que hasta el 2009, al embarazo ectópico, se considera una de las responsables de las muertes maternas (10 %), lo que constituye un problema no resuelto, sobre todo en mujeres de bajos ingresos en del tercer mundo, y así lo destacan las organizaciones mundiales de salud ⁵. Es además frecuente encontrar la realización de sexo sin protección, elemento que facilita las ITS. Es de esperar que ante una mujer en edad fértil, que acuda al banco de urgencia en shock, hay que pensar desde el primer momento en esta entidad clínica como diagnóstico inicial.

El caso que presentamos se atendió durante una Colaboración Médica en Hospital Regional de San Felipe, Isla de Fogo. El objetivo de este reporte es por la infrecuencia de la combinación de los dos embarazos y la emergencia de cuando uno está roto.

PRESENTACIÓN DE CASO

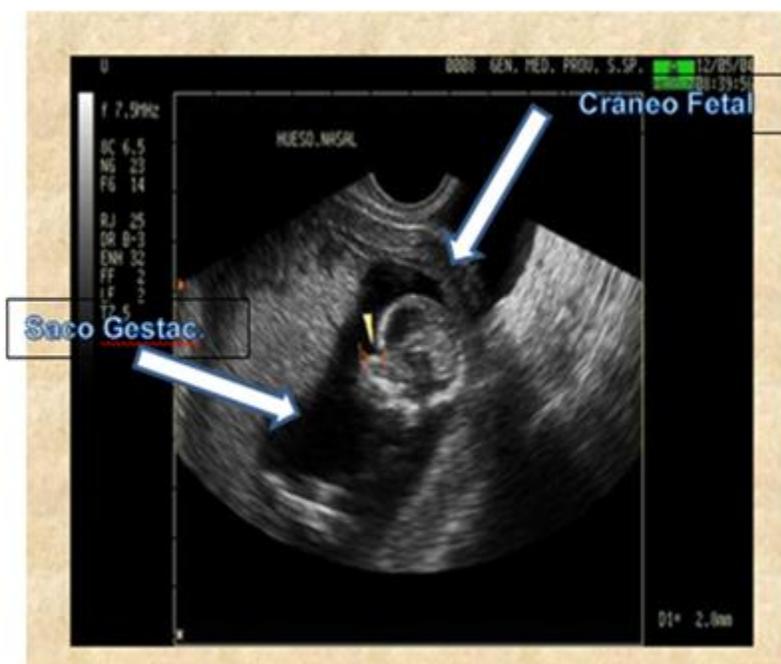
Paciente de 26 años de edad, consultó por primera vez en el servicio de Banco de Urgencia, con el antecedente de tres gestaciones previas (tres partos a término); presentó una historia de amenorrea de 3 meses asociada a dolor hipogástrico de 24 horas de evolución.

Al examen físico tenía la TA de 90/50 mHg, el pulso de 120 pulsaciones por minutos, frialdad y sudoración, la temperatura axilar de 36,4 °C. Su abdomen estaba levemente distendido, blando, depresible, con ruidos hidroaéreos, sensible a la palpación profunda en hipogastrio y en fosa ilíaca derecha con Blumberg negativo.

En el examen ginecológico se palpó un cuello uterino sin modificaciones, levemente sensible a la movilización, sin metrorragia, se describen masas anexiales.

Los exámenes de laboratorio demostraron una hemoglobina de 7 g/L, un recuento de plaquetas de 290×10^9 /L, un tiempo de protrombina de 96 %. La ecografía transvaginal que se le realizó al ingreso informó un útero en anteversión con imagen sugestiva de un saco gestacional entre las 14 semanas aproximadamente con buena vitalidad y latido cardiaco presente, asociado a una estructura anexial derecha compleja de 40 mm con moderada cantidad de líquido libre en el Douglas y en región hepatorenal (Figura 1).

Figura 1: US se observan partes de estructura fetal dentro del saco gestacional



Se le realizó una laparotomía exploradora con el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico derecho, y se observó en ésta un hemoperitoneo de 500 ml, útero, ovario y trompa izquierdas normales. La trompa derecha presentaba un aumento de volumen ampular violáceo y la presencia de un embrión (Figura 2). Se realizó una salpingectomía derecha total. En el control posoperatorio se pesquisó un útero aumentado de tamaño con carácter gravídico sin modificaciones cervicales. Se realizó una ecografía que informó un embarazo intrauterino de primer trimestre, que al momento de la cirugía tenía una edad gestacional estimada de 15 semanas, lo que concordó con la amenorrea.

Figura 2: Feto de 15 semanas.



La paciente continuó en controles prenatales habituales, pero cuando llevaba un mes de operada acudió de nuevo al servicio de ginecología con sangramiento vaginal y se le constató un aborto tardío en curso.

DISCUSIÓN

El embarazo heterotópico por ser una patología poco frecuente es habitualmente subdiagnosticado, asimismo el hecho que su sintomatología es inespecífica dificulta aún más su detección precoz. Debido a que este cuadro se presenta cada vez con mayor frecuencia es importante considerar su diagnóstico en todas las pacientes, especialmente en aquellas con factores de riesgo para embarazo ectópico, los cuales son: antecedentes de procesos inflamatorios pélvicos, mayor edad al momento de la concepción, la infertilidad, técnicas de fertilización asistida, la cirugía tubaria y el antecedente de exposición *in utero* al dietilelbestrol (DES) ⁶. Sus manifestaciones clínicas no son las habituales para el embarazo ectópico puesto que no presentan spotting debido a la presencia de la gestación intrauterina. Su principal síntoma es el dolor abdominal. Sus diagnósticos diferenciales más frecuentes lo constituyen el síndrome de hiperestimulación ovárica, el cuerpo lúteo torcido, hemorrágico o roto, el cólico ureteral y la apendicitis aguda en pacientes embarazadas ⁷. Para afinar el diagnóstico es de vital importancia un estudio ecográfico adecuado. Algunos autores consideran que la visualización de un embarazo intrauterino excluye con algún grado de certeza la posibilidad de un embarazo ectópico basados en la premisa de que un embarazo heterotópico es raro. Sin embargo, otros autores prefieren ser cautelosos considerando que esta patología no es diagnosticada si no se sospecha ². En algunos

pacientes, si el embarazo ectópico es diagnosticado primero, el embarazo intrauterino coexistente no es aparente hasta que éste llega a ser sintomático o continúa creciendo⁸, Se debe ser cauteloso con el diagnóstico ecográfico de un embarazo heterotópico pues la presencia de una imagen ecolúcida intrauterina (pseudosaco o gestación inicial), observado entre un 10 a un 20 % de los embarazos ectópicos nos puede hacer errar². Solo la anatomía patológica o la evolución de la paciente nos dará el diagnóstico de certeza. Hay que destacar que la ecográfica no es infalible, en la literatura se reportan tasas de falsos negativos para embarazo ectópico que fluctúan entre un 5 y un 50 %⁹.

La presencia de una subunidad beta HCG mayor a la esperada para la amenorrea, asociada a dolor abdominal, también nos debe hacer sospechar un embarazo múltiple y se deben agotar las instancias para determinar la existencia de un embarazo heterotópico si no es evidente un embarazo múltiple intrauterino⁶.

El tratamiento del embarazo heterotópico es esencialmente quirúrgico, de preferencia laparoscópico si se cuenta con el recurso, puesto que el tratamiento médico con misoprostol está contraindicado dado la coexistencia del embarazo extrauterino.

En la actualidad de acuerdo con bibliografía encontrada, el pronóstico de la gestación intrauterina en un embarazo heterotópico para llegar a término es de un 75 %, a pretérmino es de un 16 % y para terminar en un aborto es de un 9 %¹².

CONCLUSIONES

Esta entidad, aunque poco frecuente en mujeres sin factores de riesgo, siempre debe ser considerada ya que su diagnóstico precoz permite un buen resultado materno perinatal.

El diagnóstico del embarazo heterotópico no es fácil definirlo debido a las diversas manifestaciones clínicas y a la existencia del embarazo intrauterino que continúa; se debe tener en cuenta que la ecografía es un pilar importante en el diagnóstico e identificación temprana de esta patología. La laparoscopia está descrita como el abordaje más seguro, con menos complicaciones y mejores resultados maternos y perinatales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmen Fernández Arenas. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Ene-mar [citado: 2016 jul 07];37(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010
2. Pakniyat A, Yazdanbakhsh A, Moshar-mowahed G, Talebi F. Hypovolemic shock following induced abortion and spontaneous heterotopic pregnancy. Indian J Crit Care Med [Internet]. 2015 [cited: 2016 jul 07];19(12):728-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4711207/>
3. Cotran RS. Patología estructural y funcional de Robbins. Madrid: Mc Graw Hill Interam; 2000.
4. Liu M, Zhang X, Geng L, Xia M, Zhai J, Zhang W, et al. Risk Factors and Early Predictors for Heterotopic Pregnancy after In Vitro Fertilization. PLoS One [Internet]. 2015 Oct [cited: 2016 jul 07];10(10):e0139146. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624796/>
5. Stulberg DB, Cain L, Dahlquist IH, Lauderdale DS. Ectopic pregnancy morbidity and mortality in low-income women, 2004–2008. Hum Reprod [Internet]. 2016 Mar [cited: 2016 jul 07];31(3):666-7. Available from: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/31/3/666.long>
6. Basile F, Di Cesare C, Quagliozzi L, Donati L, Bracaglia M, Caruso A, Paradisi G. Spontaneous Heterotopic Pregnancy, Simultaneous Ovarian, and Intrauterine: A Case Report. Case Rep Obstet Gynecol [Internet]. 2012 [cited: 2016 jul 07];2012:509-694. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444845/>
7. Hoffman HR, Lynch KA, Smith HL, Mintzer MC, Sahr SM. Ruptured heterotopic pregnancy presenting as hemorrhagic shock. Proceedings in Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2014 [cited: 2016 jul 07];4(1):2. Available from: <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1222&context=pog>
8. Rodríguez Abstengo A, La O González FR, Castillo González JA, Ibargollín Ulloa R, Medina Betancourt AL. Embarazo ectópico bilateral: a propósito de un caso. Gac Méd Espirit [Internet]. 2008 [cited: 2016 jul 07]; 10(2). [Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(2\)_11/vol.10.2.11.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(2)_11/vol.10.2.11.pdf)
9. López Artze O, Almaguer Almaguer JA, Granado Martínez O. Cirugía de mínimo acceso en el tratamiento del factor tubo-peritoneal. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2005 [cited: 2016 jul 07];31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000300001
10. De los Ríos JF, Castañeda JD, Restrepo EA. Salpingostomía lineal por laparoscopia para el tratamiento de un embarazo ectópico bilateral espontáneo: reporte de caso. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2006 [cited: 2016 jul 07];57(1):54-7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342006000100008&lng=es&nrm=iso.&tlng=es
11. De los Ríos JF, Sánchez E, Martha GJ, Jaramillo M, Arango A. Fertilidad después del tratamiento laparoscópico del embarazo ectópico en la clínica del Prado. Medellín, Colombia. Estudio Cohorte. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2007 [cited: 2016 jul 07];58(4): 284-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000400004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
12. Alnaggar E, Edmonds H. Spontaneously conceived ovarian heterotopic pregnancy: Case Report. Health Northern NSW. Local Health Network [Internet]. 2015. [Citado: 16/2/2016]. Disponible en: http://eposters.rcog2015.com/e-poster/1081_alnaggar_eman_738_.pdf

Recibido: 2016-03-09

Aprobado: 2016-10-27