

Multimed 2019; 23(3)

Mayo-Junio

Caso Clínico

## **Embarazo heterotópico espontáneo. Presentación de un caso**

Spontaneous heterotopic pregnancy. Presentation of a case

Gravidez heterotópica espontânea. Apresentação de um caso

Esp. I Ginecol. y Obstet. Glennis Tamayo Milanés.<sup>1\*</sup>

Esp. II Ginecol. y Obstet. Adolfo Luis Malcolm Suárez.<sup>1</sup>

Esp. I Ginecol. y Obstet. Gricel Liliana Díaz Juan.<sup>1</sup>

Esp. I Ginecol. y Obstet. Johayra Marilia Ttito Hurtado.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

\* Autor para la correspondencia. Email: [lua74@nauta.cu](mailto:lua74@nauta.cu)

### **RESUMEN**

**Introducción:** el embarazo heterotópico es aquel en el que coexisten de forma simultánea un embarazo intrauterino y uno extrauterino. Puede presentarse de forma inducida relacionado con las técnicas de Reproducción Asistida o espontánea. Sus factores causales son: enfermedad pélvica inflamatoria, uso de dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales, cirugía pélvica previa y embarazo ectópico anterior.

**Presentación de caso:** se diagnosticó un caso de embarazo heterotópico espontáneo a una paciente de 25 años de edad y 9 semanas de gestación. Se realizó laparotomía de urgencia con salpingectomía derecha y la gestación intrauterina evolucionó favorablemente hasta el término sin complicaciones.

---

**Discusión:** el caso que aquí se reporta es el de un embarazo heterotópico espontáneo, excepcional en comparación con los que se originan en pacientes que han recibido técnicas de reproducción asistida. La presentación clínica es variable, su manejo depende del momento en que se realiza el diagnóstico (antes o después de que presente complicaciones), de la gestación comprometida (intrauterina o extrauterina) y de la viabilidad del producto intrauterino.

**Conclusiones:** el embarazo heterotópico es un hecho insólito que ha ido en incremento en los últimos tiempos y continua siendo en la actualidad un reto para los Ginecobstetras, debido a las diversas manifestaciones clínicas y a la existencia del embarazo intrauterino que continua la producción de fracción Beta de la gonadotropina corionica humana.

**Palabras clave:** Embarazo Heterotópico.

#### ABSTRACT

**Introduction:** heterotopic pregnancy is one in which an intrauterine and an extrauterine pregnancy coexist simultaneously. It can be presented in an induced way related to assisted or spontaneous reproduction techniques. Its causative factors are: pelvic inflammatory disease, use of intrauterine devices and hormonal contraceptives, previous pelvic surgery and previous ectopic pregnancy.

**Case presentation:** a case of spontaneous heterotopic pregnancy was diagnosed in a patient of 25 years of age and 9 weeks of gestation. An emergency laparotomy was performed with right salpingectomy and the intrauterine gestation evolved favorably until the end without complications.

**Discussion:** the case reported here is that of a spontaneous heterotopic pregnancy, exceptional compared to those that originate in patients who have received assisted reproduction techniques. The clinical presentation is variable, its management depends on the moment in which the diagnosis is made (before or after it presents complications), of the committed gestation (intrauterine or extrauterine) and of the viability of the intrauterine product.

**Conclusions:** the heterotopic pregnancy is an unusual fact that has been increasing in recent times and continues to be a challenge for gynecologists today, due to the various clinical manifestations and the existence of intrauterine pregnancy that continues the production of Beta fraction of the human chorionic gonadotropin.

**Keywords:** Heterotopic Pregnancy.

## RESUMO

**Introdução:** a gestação heterotópica é aquela em que a gravidez intrauterina e a extrauterina coexistem simultaneamente. Pode ser apresentado de forma induzida relacionada a técnicas de reprodução assistida ou espontânea. Seus fatores causais são: doença inflamatória pélvica, uso de dispositivos intra-uterinos e contraceptivos hormonais, cirurgia pélvica prévia e gravidez ectópica prévia.

**Apresentação do caso:** um caso de gravidez heterotópica espontânea foi diagnosticado em um paciente de 25 anos de idade e 9 semanas de gestação. Uma laparotomia de emergência foi realizada com salpingectomia direita e a gestação intra-uterina evoluiu favoravelmente até o final sem complicações.

**Discussão:** o caso relatado é o da gravidez heterotópica espontânea, excepcional em comparação com aqueles originados em pacientes que receberam técnicas de reprodução assistida. A apresentação clínica é variável, a sua gestão depende de quando o diagnóstico é feito (antes ou depois deste complicações) de gravidez comprometidos (intra-uterina ou extra-uterina) e produto de viabilidade intra-uterina.

**Conclusões:** a gravidez heterotópica é um evento incomum que tem vindo a aumentar nos últimos anos e continua a ser hoje um desafio para ginecologistas devido às várias manifestações clínicas e a existência de intra-uterino gravidez continuou fração produção Beta gonadotrofina coriônica humana.

**Palavras-chave:** Gravidez heterotópica.

Recibido: 22 de diciembre de 2019.

Aprobado: 2 de febrero de 2019.

## Introducción

El embarazo heterotópico es un suceso excepcional en el que coexiste una gestación intrauterina y otra de tipo ectópico, que se asocian con alta morbilidad y mortalidad materna. Duverney fue el primero en describir un embarazo heterotópico en una autopsia al descubrir una gestación intrauterina en una mujer que había fallecido por un embarazo ectópico roto. La frecuencia reportada en 1948 fue de 1:30 000 embarazos; sin embargo, en la actualidad estas cifras han aumentado a un caso por cada 3.889 embarazos relacionados con patologías tubarias o enfermedad pélvica inflamatoria y aun mas, un caso por cada 119 embarazos cuando se asocia con técnicas de reproducción asistida. <sup>(1-7)</sup>

Los factores de riesgo son: uso de anticonceptivos hormonales, dispositivo intrauterino; enfermedad pélvica inflamatoria previa, cirugía pélvica previa o un embarazo ectópico anterior, endometriosis y administración de inductores de la ovulación en casos de esterilidad. <sup>(8)</sup>

El embarazo heterotópico puede ser espontáneo posiblemente relacionado con una superfecundación o alteraciones anatómicas y de posición de las tubas e inducido cuando se relacionan a hiperestimulación ovárica asociadas a alteraciones estructurales y funcionales de las salpinges, al número de embriones transferidos, una mala técnica de transferencia o por migración retrógrada de los embriones hacia las salpinges. <sup>(9)</sup>

El diagnóstico de esta patología en la actualidad sigue siendo un reto para el ginecobstetra, los datos de importancia a considerar para la diferenciación ultrasonográfica dependen de las semanas de gestación; cuando son menos de cinco debe buscarse un posible saco gestacional, entre la quinta y séptima semanas se encontrara un saco gestacional y un saco vitelino y después de la séptima semana se podrá distinguir la presencia de un embrión de entre 5 y 10 mm con actividad cardíaca. <sup>(10)</sup>

La gestación de localización ectópica suele encontrarse en 94-97% de los casos en las trompas y la región ampular es la más común (80%), seguida del istmo (10%), fimbrias (5%) y la región intersticial (2-4%).<sup>(11)</sup>

Las manifestaciones clínicas del embarazo heterotópico son múltiples y no siempre se presentan de la misma manera; por lo tanto, es importante sospecharlo ante: Embarazo con antecedentes de técnicas de reproducción asistida. Persistencia de signos y síntomas de embarazo después de una interrupción de embarazo. Cifras de fracción B de HGCh que no disminuyen después de una interrupción de embarazo. Persistencia de signos y síntomas de embarazo después del tratamiento de un embarazo ectópico. Cuadro clínico de abdomen agudo, masa anexial y embarazo intrauterino.<sup>(12)</sup>

El diagnóstico precoz disminuye la morbilidad y mortalidad materna y preserva la función reproductiva y el tratamiento depende de la certeza del diagnóstico, el sitio de implantación y las manifestaciones clínicas de la paciente.

### **Presentación del caso**

Paciente de 25 años de edad con antecedentes patológicos personales de Asma Bronquial tratada con broncodilatadores, antecedentes obstétricos G1P0A1 (espontáneo), sin antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, uso de dispositivo intrauterino, cirugías pélvicas, endometriosis o técnicas de reproducción asistida. Acudió al servicio de urgencias de la maternidad refiriendo una amenorrea de 9 semanas por fecha de última menstruación, síntomas subjetivos de embarazo y un dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha de moderada intensidad, sin irradiación ni otros síntomas acompañantes.

### **Al examen físico general**

Mucosas coloreadas y húmedas

Signos vitales FR: 18 por minuto FC: 89 por minuto TA: 110/70 mmhg

Abdomen blando, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha sin reacción peritoneal.

Tacto vaginal se encuentra un útero en anteverso-flexión, aumentado de tamaño, doloroso a la movilización, cérvix cerrado sin sangrado y se tacto una masa anexial hacia el anexo derecho.

### **Exámenes de laboratorio de urgencia y una ecografía**

Los exámenes de laboratorio reportaron una Hb, 12.0g/l, Hto 40; leucocitos 8.8, neutrófilos 65%, linfocitos 45% y plaquetas 275 000.

El ultrasonido transvaginal reveló que el útero medía 12x9x6 cm, con una imagen dentro de la cavidad uterina que sugería un saco gestacional de 9 semanas, con embrión vivo y una imagen quística íntegra en la salpinge derecha en la que se visualiza otro embrión con actividad cardíaca por lo que se concluye que se trataba de un embarazo heterotópico.

### **Tratamiento quirúrgico**

Se realiza una laparotomía exploratoria hallándose durante el proceder escasa cantidad de sangre 200 cc y se encontró un útero aumentado de tamaño y en la trompa derecha tenía un color violáceo, con aumento de volumen por lo que se realizó salpingectomía total derecha sin incidentes ni complicaciones.

El servicio de Patología reportó que la pieza analizada era una trompa de Falopio de 9cm de longitud por 3cm diámetro, serosa violácea y al corte se identificaron claramente el saco amniótico y el embrión y a nivel histológico se identificó la pared tubaria y las vellosidades coriales. Concluyendo como embarazo ectópico tubario.

La evolución posoperatoria fue satisfactoria y la paciente fue egresada del hospital al siguiente día.

A los 16 días de operada se le realiza captación del embarazo el cual transcurrió sin complicaciones hasta el término, a las 40 semanas se le realiza interrupción del embarazo por macrosomía fetal, realizándose parto distócico por cesárea por macrosomía fetal extrayendo recién nacido vivo, a término, con peso 4260g buen apgar 9/9, LA claro, placenta normal y cordón normal, cavidad uterina normal. Sin presentar complicaciones en la operación. La paciente y la recién nacido evolucionaron satisfactoriamente y fueron dadas de alta al segundo día de la estancia postparto

## Discusión

El caso que aquí se reporta es el de un embarazo heterotópico espontáneo, excepcional en comparación con los que se originan en pacientes que han recibido técnicas de reproducción asistida. La presentación clínica es variable, su manejo depende del momento en que se realiza el diagnóstico (antes o después de que presente complicaciones), de la gestación comprometida (intrauterina o extrauterina) y de la viabilidad del producto intrauterino.

La paciente carecía de factores de riesgo para embarazo heterotópico, de ahí que este sea un caso excepcional tratándose de concepción natural y fue imprescindible la sospecha diagnóstica por parte del médico que indujo la búsqueda ultrasonográfica orientada. En este caso, el ultrasonido transvaginal mostró un saco gestacional con embrión vivo en el anexo derecho y corroboró la vitalidad del embarazo intrauterino con lo que se confirmó el diagnóstico. Sin embargo, esa imagen es rara; las imágenes más vistas son de masas anexiales complejas y líquido libre en el fondo de saco.

El objetivo principal en el manejo de esta patología es terminar el embarazo extrauterino sin afectar la gestación intrauterina viable.<sup>(6-8)</sup> El manejo del embarazo heterotópico cuenta con varias opciones, incluyendo conducta expectante, inyección guiada por ultrasonido de cloruro de potasio o metrotexate, salpingostomía o salpingectomía abierta o por laparoscopia. Es importante señalar que en el caso de inyección de sustancias hipertónicas o metrotexate en el embrión extrauterino, la seguridad para el embarazo intrauterino no está clara porque teóricamente existe el riesgo de que estas sustancias alcancen la circulación y lo afecten.<sup>(9)</sup>

La cirugía abdominal durante el embarazo incrementa el riesgo de aborto y parto prematuro en la gestación intrauterina, además de que expone al feto a medicación potencialmente tóxica por lo que la laparoscopia ha sido descrita como el método mínimamente invasivo y definitivo por proporcionar una recuperación anestésica más rápida y una menor morbilidad materno-fetal.

En este caso se utilizó la progesterona de depósito hasta las 36 semanas de gestación.

## Conclusiones

El embarazo heterotópico es un hecho insólito que ha ido en incremento en los últimos tiempos y continua siendo en la actualidad un reto para los Ginecobstetras, debido a las diversas manifestaciones clínicas y a la existencia del embarazo intrauterino que continua la producción de fracción Beta de la gonadotropina corionica humana.

Consideramos que en la primera ecografía del embarazo, la presencia de una gestación intrautero debe completarse con la visualización de ambos anejos y no limitarnos solamente a las mensuraciones del saco amniótico y el embrión a fin de realizar un diagnóstico oportuno y evitar complicaciones maternas e incrementar la probabilidad de llevar a término el embarazo intrauterino.

## Referencias bibliográficas

1. Albalat-Fernández R, Cea-García J, Carrasco-Gallego J, Jiménez-Caraballo A. Gestación heterotópica espontánea. Clin Invest Gin Obst 2013; 40(1): 1-48.
2. Coronel Villarán MJ, Domínguez González M, Holgado Fernández A, Martín Gutiérrez A. Gestación heterotópica espontanea de 9 semanas con ambos embriones con actividad cardiaca positiva. Prog Obstet Ginecol. 2013; 56(4): 181-236.
3. Escribano Montesdeoca G, García Grandal T, Mora Hervas I, Brescó P. Gestación heterotopica accidentada. Prog Obstet Ginecol. 2015; 58(9): 389-434.
4. Ramírez J, Pimentel J, Cabrera S, Campos G, Zapata B. Embarazo heterotópico cervical: Reporte de un caso. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2015; 61(3): 301-06.
5. Álvarez Bernabeu R, Reina Paniagua M, Encinas Pardilla MB, Serrano González L, Salcedo Mariña A, Tejerina González, et al. Gestación heterotópica: dos casos con gestación intrauterina viable a término. Rev Chil Obstet Ginecol 2016; 81(2): 117–21.



- 
6. Matos Domínguez JC, Sánchez Pérez L, Córdova Velázquez Y. Presentación de una paciente con embarazo heterotópico. CCM 2015; 19(2): 344-350.
  7. Verdecia Silva EE, Lima López N, García Díaz MC, Matos García S. Embarazo heterotópico en una paciente infértil con síndrome de ovarios poliquísticos. CCM 2015; 19(1):180-7.
  8. González Triana LC, González Martín A, González Martín O, Álvarez González LB, Lorenzo González JD, Barrios González R. Embarazo heterotópico espontáneo: Reporte de caso. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2016 [citado 11/8/2018]; 18(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v18n3/GME09316.pdf>
  9. Herman E, Miola A, Glujovsky D, Sueldo CE. Tratamiento exitoso de un embarazo heterotópico cervical luego de un procedimiento de fecundación in vitro. MEDICINA 2016; 76(1): 30-2.
  10. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2011; 37(1): 84-99.
  11. Pakniyat A, Yazdanbakhsh A, Moshar-mowahed G, Talebi F. Hypovolemic shock following induced abortion and spontaneous heterotopic pregnancy. Indian J Crit Care Med 2015; 19(12): 728-30.
  12. 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 2015 Oct; 10(10): e0139146.

#### **Conflicto de intereses**

Los autores no declaran conflictos de intereses.