

Hospital Provincial Universitario Comandante Faustino Pérez  
Matanzas. Cuba

## **EMBARAZO HETEROTOPICO PRESENTACION DE UN CASO**

- \*Dr. Javier Ernesto Barreras González.  
\*\*Dr. Orestes Menéndez Chil.  
\*\*Dr. José Manuel Hernández Gutiérrez.  
\*\*\*Dra. Haslen Hassiul Cáceres Lavernia.

\* Especialista de primer grado en Cirugía General. Asistente. Investigador Agregado. [javier.barrera@infomed.sld.cu](mailto:javier.barrera@infomed.sld.cu) Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Hospital "Luis de La Puente Uceda". Dirección: Calle Párraga e/ San Mariano y Vista Alegre. La Víbora. 10 de Octubre. Ciudad Habana. Cuba. Teléfonos: 649-5328, 649-5331, 649-5332. Fax: (537) 649-0150 E-mail: [javier@cce.sld.cu](mailto:javier@cce.sld.cu)

- \*\* Especialista Primer Grado en Cirugía General.  
\*\*\* Residente de la especialidad de Oncología.

### **RESUMEN**

El embarazo ectópico se considera por algunos autores, según su comportamiento en este decenio, como enfermedad epidémica muchas veces mortal para las mujeres que lo padecen. Nos propusimos revisar y analizar la evidencia científica disponible en la literatura mundial para determinar las manifestaciones clínicas más frecuentes del embarazo heterotópico, así como los medios diagnósticos más empleados en la actualidad. Se presentó un caso de embarazo heterotópico espontáneo en una paciente de 26 años de edad y 10 semanas de amenorrea. Se realizó laparotomía de urgencia y salpingectomía derecha. El embarazo intrauterino presentó una evolución favorable hasta el término. Se realizó una revisión bibliográfica actualizada

acerca del embarazo heterotópico. Su tendencia actual a incrementar la incidencia en Cuba y en el mundo se atribuye a la mayor frecuencia de los factores etiopatogénicos relacionados con esta enfermedad. Se describen las formas clínicas de presentación y los métodos de diagnósticos tradicionales. Se revisaron algunos aspectos de la etiología, diagnóstico y tratamiento de esta entidad.

**Palabras clave:** Embarazo. Embarazo ectópico. Embarazo heterotópico. Técnicas de reproducción asistida/efectos adversos.

## INTRODUCCION

El embarazo heterotópico es la combinación del embarazo intra y extrauterino. La primera descripción del mismo se debe a Duverney, en 1708, que lo observó durante una autopsia.<sup>1</sup> Esta constituye una entidad rara lo que trae consigo dificultad en su diagnóstico preoperatorio siendo potencialmente peligrosa para la madre y para el embarazo intrauterino.<sup>2</sup>

La frecuencia reportada, en 1948, fue de 1:30 000 embarazos, pero en la actualidad estas cifras han aumentado, debido al ingreso de las técnicas de reproducción asistida a la práctica médica.<sup>3-10</sup> 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%.<sup>7</sup>

En Cuba, también ha aumentado la incidencia estadística de embarazos ectópicos, según el anuario estadístico del MINSAP de 2002. En el 2000, hubo 5 muertes maternas por embarazo ectópico para una tasa de  $3,5 \times 10\ 000$  que se incrementó en el 2001 a 6 para una tasa de  $4,3 \times 10\ 000$ .<sup>8</sup>

En el mundo y en Cuba, hay una alta incidencia de esta afección así como de los factores de riesgo que determinan su desarrollo. El embarazo ectópico es un objetivo priorizado del programa de atención materno infantil así como el riesgo de muerte materna que ella conlleva puede ser 10 veces mayor que la de un parto vaginal y 50 veces mayor que la de un aborto inducido.<sup>8</sup> Por todo lo anteriormente planteado, nos dimos a la tarea de realizar una presentación de caso de un embarazo heterotópico intervenido quirúrgicamente en nuestro servicio y, a su vez, una exhaustiva revisión bibliográfica del tema, con el objetivo de determinar la presentación clínica y la evolución de esta modalidad de embarazo, y así alertar a los médicos que realizan las intervenciones a

embarazos ectópicos, acerca de la probable presencia de un embarazo múltiple.

### **MATERIAL Y METODO**

Se realizó una presentación de caso de una paciente de 26 años de edad con un embarazo heterotópico, intervenida quirúrgicamente de urgencia en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Universitario Comandante Faustino Pérez de Matanzas en el mes de diciembre de 2003. El embarazo tubario fue tratado mediante salpingectomía derecha por medio de una laparotomía y la evolución del embarazo intrauterino fue evolucionado hasta el término sin complicaciones, el desarrollo psicomotor del niño fue seguido por el equipo quirúrgico hasta cumplir los dos años de edad. A la paciente, se le presentó el consentimiento informado y dio su aprobación para formar parte de la investigación y de la presentación de caso. Se realizó una revisión bibliográfica del tema de embarazo heterotópico, teniendo en cuenta las variables relacionadas con la etiología, las formas clínicas de presentación y los métodos de diagnósticos tradicionales, y el tratamiento. Se realizó la búsqueda en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, BVS-BIREME y la biblioteca Cochrane con el objetivo de determinar la presentación clínica y la evolución de esta modalidad de embarazo, y así alertar a los médicos que realizan las intervenciones a embarazos ectópicos, acerca de la probable presencia de un embarazo múltiple.

Paciente: YOM

Historia Clínica: 31905

MI: Dolor Abdominal

HEA: Paciente de 26 años de edad, de raza mestiza, con antecedentes de trastornos menstruales, con una historia obstétrica de embarazo (1) partos (0) Abortos (0) y una edad gestacional de 10 semanas, que acude al cuerpo de guardia con dolor difuso en hipogastrio y ambas fosas ilíacas que se irradia hacia ambos hipocondrios, y se acompaña de náuseas y lipotimia, por lo que se decide su ingreso para estudio y tratamiento.

#### Examen Físico (Datos positivos)

Mucosas: Húmedas e hipocoloreadas.

Card: Ruidos cardíacos taquicárdicos y de buen tono. No soplos, FC: 100x', TA 110/70.

Abdomen: Suave, depresible, doloroso a la palpación en la zona de hipogastrio y fosa ilíaca derecha. Reacción peritoneal a ese nivel, no visceromegalia. RHA presentes y normales.

TV: Cuello de nulípara, reblandecido y doloroso a la movilización. Fondo de saco abombado. Anejo derecho engrosado y muy doloroso.

#### Exámenes Complementarios (positivos)

Hb: 9,5 g/l

U/S abdominal: útero ligeramente aumentado de tamaño con imagen de pseudosaco intraútero. Imagen compleja de 58 x 31 mm posterior y a la derecha del útero, líquido en fondo de saco de Douglas y libre en cavidad.

Se anuncia para ser intervenida quirúrgicamente de urgencia con el diagnóstico de embarazo ectópico roto.

Se le realiza laparatomía a la paciente y se encuentra hemoperitoneo de  $\pm$  500 ml; embarazo tubario derecho roto, y útero aumentado de tamaño y de consistencia blanda. Se realiza salpingectomía derecha y aspiración de la cavidad.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria egresando la paciente a los 3 días. Se corrobora la presencia del embarazo intrauterino mediante U/S abdominal, manteniéndose el mismo con buena vitalidad y evolución favorable hasta el término. Fue un parto eutósico a las 38 semanas con apgar 9/9 y peso al nacer de 3500g sin presentarse ninguna complicación. El desarrollo psicomotor del niño fue normal y se tuvo un seguimiento del mismo por el equipo quirúrgico hasta los dos años de edad.

### **RESULTADOS Y DISCUSION**

La incidencia de embarazo heterotópico ha aumentado sorprendentemente en los últimos 50 años. En la actualidad, existen referencias que indican que de 1 a 4 de cada 100 pacientes sometidos a técnicas de fertilización *in vitro* con transferencia de embriones puede presentar una gestación heterotópica. La incidencia de embarazo combinado es 400 veces más alta en presencia de técnicas de reproducción asistida que en gestaciones espontáneas.<sup>11</sup> A pesar de que se plantea que esta incidencia oscila entre 1-2% autores han reportado frecuencias de hasta 2,9%.<sup>4</sup> En el caso del embarazo heterotópico espontáneo, la frecuencia es menor aunque existen un gran número de casos

reportados en la literatura, y en muchos de ellos existiendo un triple embarazo.<sup>12-14</sup> La literatura mundial hasta 1990 había reportado un total de 737 embarazos heterotópicos. Para este tipo de embarazo, también llamado combinado, se ha planteado una frecuencia de 1: 30 000 gestaciones cuando ocurre en forma espontánea. 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.<sup>15</sup> También puede presentarse pero con menos frecuencia el ectópico gemelar en diferentes localizaciones y combinaciones.<sup>8</sup>

Aún cuando su etiología no ha sido precisamente esclarecida, muchos de los factores son compartidos con aquellos referidos para el embarazo ectópico, como la enfermedad inflamatoria pélvica, factor etiológico potencial en aproximadamente 45% de los casos de embarazo ectópico.<sup>11</sup> Se ha asociado también como factor etiológico el embarazo múltiple dicigoto, en el cual ambos óvulos provenientes de 1 a 2 folículos son fertilizados en el mismo coito. Otros factores posibles son la superfecundación, la superfetación y la hiperestimulación ovárica.<sup>11</sup> En la actualidad se considera que el embarazo heterotópico no es una entidad rara cuando existen factores de riesgo.<sup>16</sup>

A pesar de que el diagnóstico continúa siendo difícil se puede sospechar clínicamente 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.

Habitualmente, el diagnóstico es ecográfico, las imágenes más frecuentes visualizadas son: masa anexial y líquido libre en el fondo de saco en presencia de embarazo intrauterino.<sup>11</sup> El ultrasonido transvaginal realizado por ultrasonografistas de experiencia se ha convertido en la primera línea de diagnóstico para esta patología desplazando a la ecografía convencional.<sup>4,17</sup> También se ha utilizado en el diagnóstico la resonancia magnética pero de manera incidental.<sup>18</sup> En el transoperatorio debería normalmente sospecharse

al apreciar un aumento moderado de tamaño del útero mientras se practica la extracción de un embarazo ectópico. No obstante, debido al hecho de que el tamaño de la matriz puede oscilar grandemente, dependiendo de la dirección de la gestación uterina, este signo clínico se pasa frecuentemente por alto. Por lo común es tan solo cuando la paciente no presenta sus menstruaciones en meses sucesivos, después de la remoción de un embarazo ectópico, que nace la sospecha clínica de una gestación adicional.

En lo que respecta al tratamiento, el proceder llevado a cabo en todos los casos es el quirúrgico y las posibilidades dependen de la edad gestacional y del sitio de implantación. El tratamiento más utilizado ha sido la realización de una laparotomía con extracción del embarazo ectópico.<sup>2-4,12,13,19</sup> Existen reportes donde se ha utilizado la vía laparoscópica con buenos resultados.<sup>5,20</sup>

La probabilidad de que ambos tipos de embarazo lleguen a su término es sumamente escasa. Existen reportes de embarazos heterotópicos espontáneos que han llegado al término como es el de Mistry y colaboradores, que relatan la simultaneidad de embarazo intra y extrauterino en una paciente de 29 años de edad, la cual con 14 semanas de gestación presentó un cuadro hemorrágico intraabdominal por un embarazo ectópico roto confirmado por la laparotomía, realizándosele salpingectomía derecha. La paciente se recuperó satisfactoriamente sin afectación del embarazo intrauterino; concluyendo que este caso ilustra las variables de presentación de los embarazos heterotópicos y la necesidad de ser conocida esta complicación aún en la presencia de un embarazo intrauterino viable.<sup>21</sup>

Mientras la tasa de mortalidad fetal para el embarazo extrauterino es superior a 95%, la del intrauterino oscila entre 45 y 65%. La mortalidad materna es inferior a 1% en caso de embarazo ectópico tubario. Cuando el embarazo heterotópico es de localización intraabdominal, esta mortalidad puede ser hasta 8%, según estudios realizados.<sup>11</sup>

## **CONCLUSIONES**

El embarazo heterotópico “espontáneo” sin factores de riesgo continúa siendo raro.

- La incidencia de embarazo combinado es más alta en presencia de
- técnicas de reproducción asistida.

- Se puede sospechar clínicamente un embarazo heterotópico ante la
- presencia de Cuadro clínico de abdomen quirúrgico con masa anexial y
- embarazo intrauterino.
- En el caso del embarazo heterotópico donde el ectópico es tubario,
- puede llegar al término el eutópico sin complicaciones.

**ABSTRACT: Ectopic pregnancy. Presentation of a case.**

Ectopic pregnancy is considered by some authors, according to its behaviour in this decennium, as an epidemic disease sometimes mortal for women who suffer it. We proposed to review and analyze the scientific evidence available in the world literature for determining clinical manifestations most frequent in heterotopic pregnancy as well as diagnostic means widely used in current times. A case of spontaneous heterotopic pregnancy was presented in a 26 year old patient with amenorrhea: 10 weeks. Emergency laparotomy and right salpingectomy were performed. The intrauterine pregnancy continued successfully to term. An updated bibliographic review of heterotopic pregnancy was made. It is an important topic and its current trend towards the increase of its incidence in Cuba and in the world is attributed to the higher frequency of the etiopathogenic factors related to this disease. The clinical forms of presentation and the traditional diagnostic methods are described. Some aspects of the etiology, diagnosis and treatment of this entity were reviewed.

**Key Words:** Pregnancy. Ectopic Pregnancy. Heterotopic Pregnancy. Assisted reproduction techniques/adverse effects.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1 Voe RW de, Pratt JH. Simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 56:1119-26; 1948.

2 Bognoni V, Quartuccio A, Quartuccio A Jr. Combined Pregnancy. Minerva Ginecol. 50(7-8): 325-8; 1998, Jul-aug.

- 3 Kasum M, Grizelj V, Simunic V. Combined interstitial and intrauterine pregnancies after in-vitro fertilization and embryo transfer. *Hum Reprod.* 13(6):1547-9; 1998, Jun.
- 4 Johnson N, McComb P, Gudex G. Heterotopic pregnancy complicating in vitro fertilization. *Aust NZT Obstet Gynaecol.* 38(2): 151-5; 1998, May.
- 5 Pisarska MD, Casson PR, Moise KJ, DiMaio DJ, Buster JE, Carson SA. Heterotopic abdominal pregnancy treated at laparoscopy. *Fertil Steril.* 70(1): 159-60; 1998, Jul.
- 6 Quiel V. Combined intra and extrauterine pregnancy as a complication of ovarian stimulation and homologous insemination. *Zentralbl Gynakol.* 120(9): 465-7; 1998.
- 7 Barron Vallejo J, Ortega Díaz R, Kably Ambe A. Heterotopic pregnancy with intrauterine dizygotic twins following embryo transfer in the blastocyst phase. *Ginecol Obstet Mex.* 67: 169-72; 1999, Apr.
- 8 Enríquez Domínguez B, Fuentes González L, Gutiérrez González N, León Barzaga M. Clínica y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 29(3): 2003.
- 9 Chin HY, Chen FP, Wang CJ, Shui LT, Liu YH, Soong YK. Heterotopic pregnancy after in vitro fertilization-embryo transfer. *Int J Gynaecol Obstet.* 86(3): 411-6; 2004, Sep.
- 10 Moussaoui DR, Chouhou L, Azennag M. Heterotopic pregnancy: report of three cases. *Med Trop (Mars).* 63(2): 175-8; 2003.
- 11 García Mirás R, Gallego Ramos J, Prado González J, Trilles Aguabella E. Embarazo heterotópico. Presentación de un caso. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 27(1): 34-8; 2001.

12 Giacomello F, Larcipetre G, Valensise H, Romanini C. Spontaneous heterotopic pregnancy with live embryos: an insidious echographic problem in the first trimestre. Therapeutic problems. A clinical case and review of the literature. *Minerva Ginecol.* 50(4): 151-5; 1998, Apr.

13 Lesniewicz R, Tomaszewski J, Szamatowicz M. The case of intrauterine pregnancy coexisting with extrauterine pregnancy which was surgically removed. *Ginekol Pol.* 69(4): 210-2; 1998, Apr.

14 Alsunaidi MI. An unexpected spontaneous triplet heterotopic pregnancy. *Saudi Med J.* 26(1): 136-8; 2005, Jan.

15 Valera Valero CA, Sánchez Casas Y, González Lucas N, Fernández Rodríguez F. Diagnóstico del embarazo ectópico. *Archivo Médico de Camagüey.* 7(3): 2005, Jan.

16 Rabbani I, Polson DW. Heterotopic pregnancy is not rare. A case report and literature review. *J Obstet Gynaecol.* 25(2):204-5; 2005, Feb.

17 Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu C, Van Huffel S, Timmerman D, Bourne T. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. *Hum Reprod.* 20(5): 1404-1409; 2005, May.

18 Tan PL, Ridley LJ. Incidental heterotopic pregnancy demonstrated on magnetic resonance imaging. *Australas Radiol.* 49(1): 75-8; 2005, Feb.

19 Zahoor S, Hussain M, Yasmin H, Noorani KJ. Heterotopic pregnancy-outcome and management. *J Coll Physicians Surg Pak.* 14(8): 494-5; 2004, Aug.

20 Strelec M, Dmitrovic R, Simunic V. Heterotopic triplet pregnancy with laparoscopic resection of the ruptured tube at 10 weeks of gestation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 117(1): 117-8; 2004, Nov 10.

21 Soler Vaillant R. Abdomen agudo no traumático. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.