



Embarazo heterotópico

Armando Elías Delgado Delgado,¹ Armando Delgado Kalisch²

Resumen

Introducción: El embarazo ectópico es cada vez más frecuente en el medio, secundario al estilo de vida y los antecedentes ginecológicos de las mujeres (infecciones, cirugías). El embarazo heterotópico ha ido en aumento secundario a las técnicas de reproducción asistida. **Caso clínico:** Femenino de 38 años de edad, gesta 1, amenorrea de 7.4 semanas (fecha confiable); con diagnóstico de esclerosis múltiple con 15 años de evolución, en tratamiento con interferón, suspendido al diagnóstico del embarazo. Inició con dolor súbito de gran intensidad en el hipocondrio derecho, rebote positivo en la exploración abdominal, sin sangrado transvaginal. Se realizó un ultrasonido endovaginal, que reportó un embarazo intrauterino y uno segundo extrauterino, con abundante líquido libre en la cavidad. **Conclusión:** El embarazo heterotópico es una patología que pone en riesgo la vida de la mujer, de no ser diagnosticada y tratada a tiempo. Los embarazos heterotópicos tienen una gran probabilidad de pérdida de ambos productos.

Palabras clave: Embarazo heterotópico, embarazo ectópico, esclerosis múltiple.

Summary

Introduction: Ectopic pregnancy continues to be frequent among women due to lifestyle modifications and previous medical history (infections, surgery). Heterotopic pregnancy has been rising in diagnosis as a consequence of assisted reproduction techniques. **Case report:** 38-year-old female in her first pregnancy of 7.4 weeks according to her last menstrual period; she had been diagnosed with multiple sclerosis 15 years prior and had been on treatment with interferon, which she suspended as pregnancy was diagnosed. Symptoms initiated with sudden pain located in the right upper quadrant and irritative symptoms, no vaginal losses. A transvaginal ultrasound reported an intrauterine pregnancy and a second extrauterine pregnancy, with abundant free liquid in the cavity. **Conclusion:** Heterotopic pregnancy is a pathology that puts women's life at risk if not diagnosed and treated on time. Heterotopic pregnancies carry a risk of losing both extrauterine and intrauterine pregnancies.

Key words: Heterotopic pregnancy, ectopic pregnancy, multiple sclerosis.

INTRODUCCIÓN

Se define como embarazo heterotópico a la presencia de embarazos simultáneos en al menos dos sitios de implantación diferentes. Su localización puede variar; la más frecuente es la salpinge, en hasta 90% de los casos. La implantación

del embarazo heterotópico podría darse en sitios como el ovario (1-3%), cérvix (1%), intersticial (1%), abdominal (1%) e, incluso, cicatrices uterinas previas (1-3%).¹ La incidencia del embarazo heterotópico es de 1:30,000 casos si el embarazo se logra de forma natural; si se lograra con técnicas de reproducción asistida, sería de 1:400.²

CASO CLÍNICO

Femenino de 38 años con antecedente personal de esclerosis múltiple con 15 años de evolución, en tratamiento con interferón, que fue suspendido al momento del diagnóstico del embarazo, ocurrido dos semanas antes. Se determinaron seis semanas de gestación mediante un ultrasonido. Inició su cuadro cuatro horas antes del ingreso hospitalario con dolor de tipo opresivo en el hipocondrio derecho, de moderada intensidad; negó pérdidas transvaginales. En la exploración se encontró paciente con facies de dolor y palidez generalizada. Abdomen con dolor ante la presión

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Chihuahua.

² Ginecólogo. Hospital Ángeles Chihuahua.

Correspondencia:

Armando Elías Delgado Delgado

Correo electrónico: aeddelgado@gmail.com

Aceptado: 25-06-2018.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

profunda en todos sus cuadrantes, rebote positivo. Exploración ginecológica con dolor en la movilización cervical, sin presencia de sangrado en el guante explorador. Signos vitales: presión arterial 138/60 mmHg, frecuencia cardíaca 128 lat/min, frecuencia respiratoria 16 resp/min, temperatura 36.5 °C, saturación de oxígeno 98%. Se solicitaron laboratorios de ingreso: Hb 9.4 g/dL, amilasa 27.0 U/L, TGO 9.0 U/L, TGP 17.0 U/L, B-hCG 64,000 mUI/mL. Se realizó un ultrasonido endovaginal, que reportó un saco gestacional intrauterino de 17 mm, con una frecuencia cardíaca de 176 lat/min, correspondiente a ocho semanas. Se identificó otro saco gestacional en la topografía del ovario derecho, con márgenes irregulares de 16 mm, con una frecuencia cardíaca de 182 lat/min. Hallazgos compatibles con hemoperitoneo. Hígado, vesícula biliar, páncreas y riñones, sin alteraciones. Se solicitó su valoración

por ginecología y se programó para una laparotomía exploradora. Pasó a quirófano con diagnóstico de embarazo heterotópico y hemoperitoneo. En la cirugía, se localizó el embarazo ectópico ampular derecho, adherido al ovario derecho, sangrante. Se disecó el tejido y se realizó una salpingectomía derecha, respetando el ovario ipsilateral; se procedió a la revisión de la cavidad, donde se encontró hemoperitoneo de 1,000 mL. Se realizó un lavado con solución isotónica hasta dejar la cavidad virtualmente limpia; se inició el cierre sin complicaciones. La paciente se mantuvo hospitalizada durante su postquirúrgico, con transfusión de un concentrado eritrocitario, analgésico, antibiótico y progesterona (200 mg por vía oral cada 8 horas). Se egresó a las 72 horas con mejoría clínica. Se continuó su control prenatal sin complicaciones. Llevó su embarazo hasta las 36 semanas, cuando se decidió la terminación vía abdominal por pérdida del bienestar fetal. Se obtuvo un producto único, vivo, masculino, con un peso de 2,400 g, APGAR 7-8, Capurro de 35 semanas; lloró y respiró. El servicio de Pediatría decidió pasarlo al área de crecimiento y desarrollo para su vigilancia. Se egresó junto con la madre a las 48 horas, ambos sin complicaciones.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico continúa siendo una causa directa de muerte materna; en Estados Unidos, en los años 2011-2013, se calculó que 2.7% de este tipo de muertes fue atribuible a esta causa.³ En nuestro país se estima que el porcentaje de muerte materna secundaria a embarazo ectópico es de 2.31% (datos tomados en el año 2009 en el Instituto Mexicano del Seguro Social).⁴

Los principales factores de riesgo asociados al embarazo ectópico son todos aquéllos en los que se ve dañada la integridad de la trompa uterina —tales como embarazo tubario previo, enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía tubaria previa para infertilidad— y otros, como el uso del dispositivo intrauterino o las técnicas de reproducción asistida.⁵ Es de llamar la atención que hasta 50% de todos los casos de embarazo ectópico suceden sin algún factor de riesgo conocido.

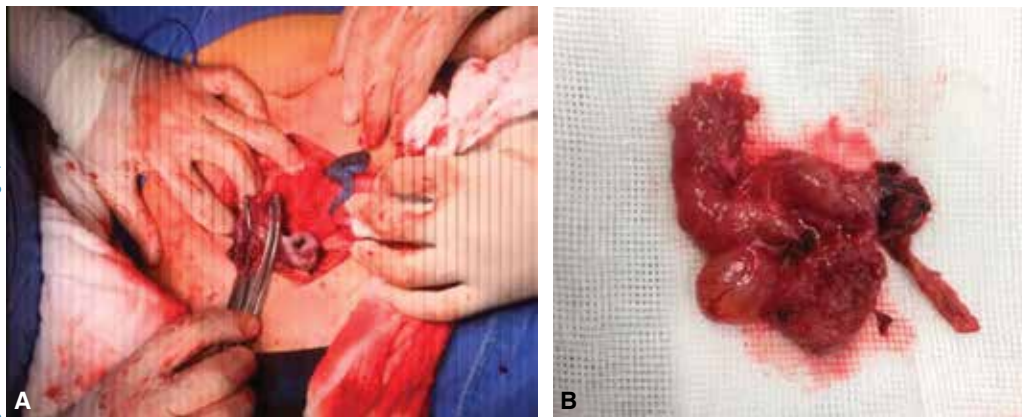
Las herramientas diagnósticas de dicha patología continúan siendo el ultrasonido endovaginal (por su elevada sensibilidad y especificidad)⁶ y las mediciones séricas de la gonadotropina coriónica humana. Los valores de corte para la visualización sonográfica vía transvaginal de un embarazo intrauterino son de 1,500-2,000 mUI/mL;⁷ valores mayores de estos niveles y la ausencia de visualización de un embarazo intrauterino hacen sospechar de un embarazo extrauterino. Cabe mencionar que los niveles de B-hCG carecen de importancia en el embarazo heterotópico, ya que sólo se ve reflejado el estado del embarazo intrauteri-



Figura 1: Feto A intrauterino.



Figura 2: Feto B extrauterino, sugestivo de ovario derecho versus ampular.

**Figura 3:**

(A) embarazo ectópico ampular derecho adherido al ovario derecho. **(B)** salpingectomía derecha con el producto del embarazo ectópico.

no. La utilidad del ultrasonido sería la visualización de dos latidos fetales en distinto sitio o la presencia de múltiples polos fetales. La visualización quirúrgica continúa siendo la clave en el diagnóstico del embarazo heterotópico.

El tratamiento va a depender del estado hemodinámico de la paciente; ante un embarazo heterotópico está contraindicada la utilización de metotrexato, por la presencia de un embarazo intrauterino vivo coexistente. En una paciente estable, la laparoscopia tiene la ventaja de ser mínimamente invasiva y limitar el impacto o daño al feto intrauterino coexistente. Todo debe ir de lo menos invasivo a lo más invasivo para preservar el embarazo intrauterino. Se realiza una laparotomía en casos de paciente inestable; la salpingectomía es el abordaje estándar. Otros métodos a utilizar podrían ser la inyección de cloruro de potasio o de glucosa hiperosmolar, aunque puede haber fallas y requerirse una reintervención.

El pronóstico de los embarazos intrauterinos es que uno de cada tres abortarán espontáneamente.⁸

CONCLUSIÓN

Los casos de embarazo heterotópico van en aumento en nuestra población. Ante la sospecha clínica hay que confirmarlo con técnicas de imagen y tratarlo oportuna e inmediatamente para disminuir la morbilidad que acarrea. Lo importante en los embarazos heterotópicos es seguir las medidas encaminadas a preservar el embarazo intrauterino y minimizar el riesgo de pérdida. Faltará

comparar o hacer revisión de los casos en los que se llevó el embarazo intrauterino a término, en comparación con las pérdidas espontáneas, para ofrecer a las pacientes el máximo beneficio y, como en nuestra paciente, el logro de un anhelado embarazo.

REFERENCIAS

1. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod.* 2002; 17 (12): 3224-3230.
2. Maymon R, Shulman A. Controversies and problems in the current management of tubal pregnancy. *Hum Reprod Update.* 1996; 2 (6): 541-551.
3. Creanga AA, Syverson C, Seed K, Callaghan WM. Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. *Obstet Gynecol.* 2017; 130 (2): 366-373.
4. Fajardo-Dolci G, Meljem-Moctezuma J, Vicente-González E, Venegas-Páez FV, Villalba-Espinoza I, Pérez-Cardoso AL et al. Análisis de las muertes maternas en México ocurridas durante 2009. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013; 51 (5): 486-495.
5. Coste J, Job-Spira N, Fernandez H, Papiernik E, Spira A. Risk factors for ectopic pregnancy: a case control study in France, with special focus on infectious factors. *Am J Epidemiol* 1991; 133 (9): 839-849.
6. Kirk E, Papageorgiou AT, Condous G, Tan L, Bora S, Bourne T. The diagnostic effectiveness of an initial transvaginal scan in detecting ectopic pregnancy. *Hum Reprod.* 2007; 22 (11): 2824-2828.
7. Nyberg DA, Filly RA, Laing FC et al. Ectopic pregnancy. Diagnosis by sonography correlated with quantitative HCG levels. *J Ultrasound Med.* 1987; 6 (3): 145-150.
8. Barrenetxea G, Barinaga-Rementeria L, Lopez de Larruzea A, Agirregoikoa JA, Mandiola M, Carbonero K. Heterotopic pregnancy: two cases and a comparative review. *Fertil Steril.* 2007; 87 (2): 417. e9-15.