

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Embarazo heterotópico tubo-abdominal

Tube-Abdominal Heterotopic Pregnancy

Felipe Vladimir Pino Pérez, Maritza Ledón Mora, Carlos Moya Toneut,
Alejandro Moya Arechavaleta, Claudia María Reyes Moré, Néstor Moya
Arechavaleta

Brigada Médica Cubana en Hospital Regional New Ámsterdam. República de Guyana.

RESUMEN

El embarazo heterotópico es una rara gestación múltiple en donde un embarazo intrauterino coexiste con uno ectópico. La incidencia de embarazo heterotópico es de 1 cada 10 000 a 50 000 embarazos espontáneos. El aumento de los tratamientos por técnicas de reproducción asistida, ha incrementado la incidencia de embarazo heterotópico, ha llegado hasta 1 % de los embarazos logrados por estas técnicas. El objetivo del trabajo es presentar el caso de una paciente con un embarazo heterotópico que resulta poco frecuente. Se presenta una paciente de 32 años, primípara, con antecedentes de salud que acudió por amenorrea de 10,2 semanas, dolor en bajo vientre con intensificación y sangramiento genital a manchas oscuras persistente. En el examen físico se constata un útero aumentado de tamaño que coincide con la amenorrea y el fondo de saco de Douglas abombado y doloroso. El examen ultrasonográfico fue concluyente en el diagnóstico de embarazo heterotópico. Se realizó una laparotomía y una salpingectomía total izquierda y exéresis de la placenta. El posoperatorio inmediato fue satisfactorio; el ultrasonido realizado tres semanas después, mostró la existencia de un embrión intrauterino de aproximadamente 12 semanas, vivo. La paciente fue seguida en consulta de Obstetricia y tuvo un parto eutóxico a las 36,2 semanas con recién nacido vivo, en buen estado y bajo peso.

Palabras clave: embarazo; heterotópico; amenorrea; ultrasonográfico.

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is a rare multiple pregnancy where an intrauterine pregnancy coexists with an ectopic pregnancy. The incidence of heterotopic pregnancy is 1 in 10,000 to 50,000 spontaneous pregnancies. The increase of assisted reproductive techniques has increased the incidence of heterotopic pregnancy, up to 1 % of the pregnancies achieved by these techniques. The objective of this study is to present the case of a patient with a heterotopic pregnancy that is rare. We present a 32-year-old female patient, primiparous, with a history of health. She came to consultation due to 10.2-week amenorrhea, low pain with intensification and genital persistent dark bleeding. The physical examination shows an enlarged uterus that coincides with amenorrhea and the plump and painful the bottom of Douglas sac. Ultrasonography was conclusive in the diagnosis of heterotopic pregnancy. A laparotomy and total left salpingectomy and excision of the placenta were performed. The immediate postoperative was satisfactory. The ultrasound performed three weeks later showed the existence of an intrauterine alive embryo of approximately 12 weeks. The patient was followed in consultation with obstetrics and she had a eutocic delivery at 36.2 weeks with alive newborn, in good condition and underweight.

Keywords: pregnancy; heterotopic; amenorrhoea; ultrasonographic.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE), del griego *ectos* (fuera) y *topos* (lugar), fue descrito por primera vez por Albulcasís (1863).¹ Mauriceau (siglo XVII) lo incluyó en su texto como complicación obstétrica y, en 1883, Lauson Tait practicó la primera salpingectomía por embarazo ectópico con supervivencia de la madre.²

El embarazo heterotópico es una rara gestación múltiple, donde un embarazo intrauterino coexiste con uno ectópico.³⁻⁵ La incidencia del embarazo heterotópico es de 1 cada 10 000 a 50 000 embarazos espontáneos. 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

El primer caso comunicado fue descrito por Duverney durante una autopsia en el año 1708 en Francia. La incidencia ha aumentado en los últimos años, convirtiéndose en patología emergente. En el año 1948, el riesgo de un embarazo heterotópico era 1 de cada 30 000 embarazos espontáneos a nivel mundial.^{4,6} Entre los años 1978 y 1994 se comunicaron 120 casos en la literatura inglesa, con una frecuencia de 1:1 800 a 1:2 600; en América Latina, entre los años 1982 y 2000, se han publicado 21 casos.⁴

El diagnóstico y tratamiento del embarazo heterotópico es todo un reto para el médico ginecobstetra.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 32 años de edad, mestiza, con antecedentes de salud, segunda gestación, para 1(eutóxico), aborto 0, amenorrea de 10,2 semanas.

El motivo de la consulta fue dolor en bajo vientre de aproximadamente un mes de evolución, el cual no se alivia con analgésicos y se intensificó en los últimos días, acompañándose de sangramiento genital escaso, a manchas oscuras y persistente.

DATOS AL EXAMEN FÍSICO

Estado general conservado

Piel y mucosas: hipocoloradas y húmedas.

Murmullo vesicular conservado, no se auscultan estertores.

Ruidos cardiacos rítmicos, no se ausultan soplos.

Signos vitales: TA: 110/70 mmHg FC: 92 lat/min FR:16/min Temp: 36,6 ° C

Abdomen: Suave, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, con signos de irritación peritoneal.

Tacto vaginal: Cuello blando, cerrado, doloroso a la movilización, útero aumentado de tamaño ± 10 semanas, con consistencia disminuida. Fondo de saco de Douglas abombado y doloroso, no se precisan características de genitales internos, debido a la poca cooperación de la paciente por el dolor intenso.

DATOS DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Hb: 800 g/L

Hto: 024 vol %

Grupo sanguíneo y Rh: O negativo

Plaquetas: 230 x10⁹/L

T. de coagulación: 9 min

T. de sangramiento: 1 min

ULTRASONIDO GINECOLÓGICO

Se observa saco gestacional intrauterino de aproximadamente 10 semanas, en región anexial izquierda. Se observa otro saco gestacional con actividad cardiaca, líquido libre en fondo de saco (Fig. 1).



Fig. 1. Imagen ultrasonográfica donde se observan ambos sacos gestacionales.

Laparotomía exploratoria

Cavidad abdominal: Hemoperitoneo de gran cuantía con gran cantidad de coágulos. Se observa útero aumentado de tamaño y un tumor de aproximadamente 10 cm que ocupa región ampular y fimbria de la trompa de Falopio izquierda, con un feto en su interior de \pm 12 semanas (Fig. 2 y 3) y placenta adherida a la pared del sigma (Fig. 4 y 5). Fue transfundida con 500 cc de glóbulos en el transoperatorio.



Fig. 2. Útero aumentado de tamaño, con T en la porción fímbrica de la trompa izquierda de aproximadamente 10 cm.



Fig. 3. Saco gestacional íntegro en la porción fímbrica de la trompa.



Fig 4. Placenta adherida a la pared del sigma.



Fig. 5. Placenta adherida a la pared del sigma.

Operación

Salpingectomía total izquierda ([Fig. 6](#)) y exéresis de la placenta ([Fig. 7](#)).

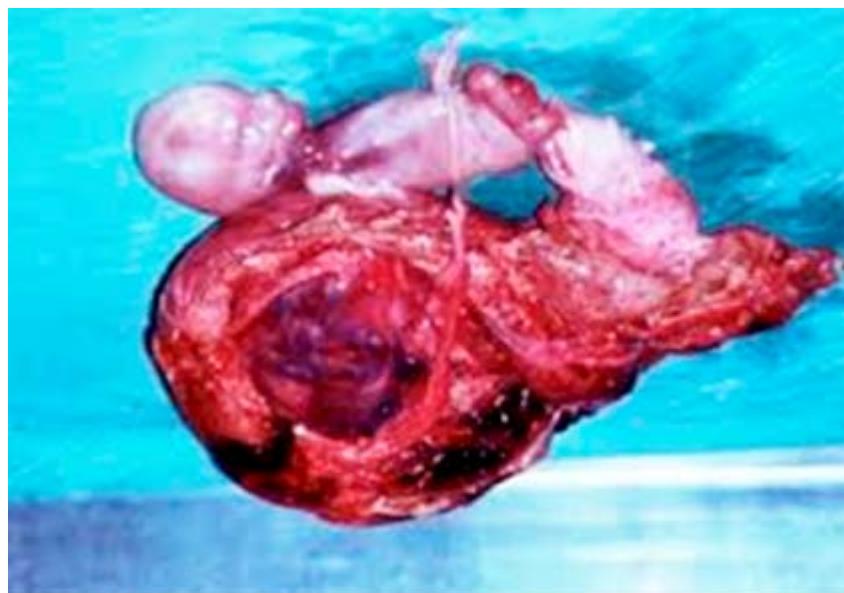


Fig. 6. Embrión y trompa izquierda.



Fig. 7. Placenta removida del fondo del saco de Douglas.

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.

A las 3 semanas se le realizó ultrasonido ginecológico evolutivo y se observa un saco gestacional intrauterino con embrión en su interior de aproximadamente 12 a 13 semanas con latido cardíaco presente y movimientos fetales activos (Fig. 8).



Fig. 8. Imagen del ultrasonido a las 3 semanas donde se observa embrión intraútero de 12 semanas.

Tuvimos la oportunidad de seguir a la paciente por consulta de Obstetricia, quien presentó anemia, amenaza de aborto tardío y amenaza de parto pretérmino. Se le administró progesterona (150 mg) intramuscular semanal entre las 16 y 35 semanas; a las 26 semanas, se le realizó inducción de la madurez pulmonar fetal con esteroides. La paciente tuvo un parto eutóxico espontáneo a las 36,2 semanas con un recién nacido vivo, masculino, de 2 250 gramos de peso y Apgar 8/9; ambos tuvieron una evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

En pacientes sin factores de riesgo, la presencia de un embarazo heterotópico es un evento obstétrico raro. Se presenta aproximadamente en uno de cada 4 000 embarazos espontáneos.^{7,8} 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.^{9,10}

Factores predisponentes

En primer lugar, el incremento de las infecciones pélvicas, en general (enfermedad inflamatoria pélvica) y de las salpingitis, en particular, se derivan de la temprana actividad sexual de las adolescentes -y sobre todo- de la promiscuidad de dichas relaciones (varios compañeros), y que con frecuencia, son mal diagnosticadas y tratadas de forma incompleta. Igualmente, está el aumento de los abortos provocados, tan populares que ya están legalizados; así como el uso indiscriminado de los dispositivos intrauterinos. En el mismo sentido, están las cada vez más frecuentes cirugías tubáricas, especialmente las oclusivas e incluso las reconstructivas. El antecedente de embarazo ectópico es un importante factor predisponente para una nueva aparición.

De igual forma, la presencia de ciertos padecimientos como la endometriosis y la salpingitis ístmica nudosa (SIN) son factores predisponentes. Por último, está la popularización de los programas de reproducción asistida (ART), que provocan un mayor riesgo de presentar un embarazo ectópico. El primer embarazo logrado con la fertilización in vitro (FIV-ET) por Steptoe y Edwards fue ectópico.⁷

Con los adelantos de la Imagenología, se logra el diagnóstico temprano del embarazo heterotópico y sus complicaciones.^{11,12}

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.¹¹

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.¹³

En el caso en cuestión, no se encontraron factores predisponentes de interés para la aparición del embarazo heterotópico. La evolución fue satisfactoria y logró el embarazo intrauterino con buenos resultados.

CONCLUSIONES

El embarazo heterotópico es una entidad rara pero posible, que se ha incrementado con las técnicas de reproducción asistida; por lo que ante toda mujer con embarazo *eutópico* y dolor abdominal bajo, debe tenerse presente la posibilidad de embarazo heterotópico, aún sin la existencia de factores de riesgo para embarazo ectópico o heterotópico.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham GF, Leveno KJ, Bloom SL, et al (eds): Williams Tratado de Obstetricia. 21ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
2. Moya Toneut C, Pino Pérez FV, Borges Fernández R, Aguiar Delgado R, Olano Trujillo Y, Espinosa Fuentes ML. Comportamiento del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2013[citado 2016 Nov 18];39(3):236-48. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000300003&lng=es
3. Elena Hernán E, Elena Alfredo F, Miola Anselmo, Glujsky 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>
4. 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
5. 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>
6. Voe RW de, Pratt JH. Simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1948;56:1119-26.
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 [Internet]. 2015 Mar [citado 2016 Nov 17];19(1):180-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100021&lng=es
8. Álvarez Zapata D, Minaberri Conceiro E, Puertas Álvarez D, Govín Puerto O. Caracterización de las pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Materno "10 de Octubre". Año 2011. Rev Cubana Tecnología Salud. 2013 [citado 3 mar 2014];4(1). Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/93>
9. Altunaga Palacio M, Rodríguez Morales Y, Lugones Botel M. Manejo del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011 [citado 3 mar 2014];37(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2011000400008&script=sci_arttext&tlang=pt

10. López Vela SM, Pila Díaz R, Páez Jomarrón H, Pérez Expósito I. Embarazo ectópico, su comportamiento en los años 2000-2010. MEDICIEGO. 2012[citado 3 mar 2014];18(2). Disponible en:
<http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail>
11. 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
12. Aragón M, Fernández A, López MF, Fiol G, Fernández MÁ, Alonso F. Embarazo heterotópico diagnosticado en una cesárea a término. Prog Obstet Ginecol. 2011 [citado 9 abr 2014];54(6):317-9. Disponible en: <http://phdtree.org/pdf/46570033-embarazo-heterotopico-diagnosticado-en-una-cesarea-a-termino/>
13. 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 Abr [citado 2016 Nov 18];81(2):117-21. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000200006&lng=es

Recibido: 15 de septiembre de 2016.

Aprobado: 22 de octubre de 2016.

Felipe Vladimir Pino Pérez. Brigada Médica Cubana en Hospital Regional New Ámsterdam. República de Guyana.

Correo electrónico: vladi19654@gmail.com