

Emergencia obstétrica con abdomen agudo por ectópico roto en Embarazo Heterotópico

Emergency obstetric with acute abdomen by ruptured ectopic in Heterotopic Pregnancy

Pérez Contreras Patricia¹

Julieta del Carmen Jiménez Orozco²

Miryam Rodríguez Zendejas³

Oscar Andrés Baca⁴

Cindy Guadalupe Flandez Sánchez⁵

Luis Fernando Tenorio Villalvazo⁶

RESUMEN

Introducción. La evidencia actual sostiene diversas hipótesis sobre los embarazos ectópicos que, por una combinación de varios factores, desencadenan alteraciones en la fisiología materna con la asociación de un embarazo intrauterino que podemos definir como heterotópico, poco frecuente en gestaciones espontáneas. Debe tenerse un alto índice de sospecha y efectuar una búsqueda intencionada en la exploración ultrasonográfica, ya que la sintomatología es inespecífica, con alto riesgo de mortalidad materna cuando se complica con la rotura del ectópico. La pérdida gestacional del ectópico es elevada; sin embargo, mediante un diagnóstico oportuno y un tratamiento acertado, podremos preservar la gestación intrauterina. **Objetivos:** Describir el caso de una paciente con datos de choque hemorrágico secundario a una gestación heterotópica; definir factores de riesgo; determinar el hallazgo radiológico y patológico, e implementar estrategias hospitalarias. **Material y método:** Se presenta el caso de una mujer gestante de 34 años que acude por dolor abdominal, con amenorrea de nueve semanas. Se confirma la gestación a través de serología, y mediante la exploración se observa la expulsión del saco gestacional. Se observan signos de compromiso de la oxigenación sistémica, y se procede a una intervención quirúrgica inmediata; aparecen hemorragias considerables y se practica una reanimación hídrica y hemoderivados, recuperando la estabilidad hemodinámica. **Resultados:** Se logró una adecuada redistribución del volumen sanguíneo, sin alteraciones cardiovasculares, ni daño cerebral, con reducción de la morbi-mortalidad

1. Pérez Contreras Patricia. Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia. Calle Iturbide 1192 Colonia Centro Dpto.1, Veracruz, Ver., CP 91700, Teléfono 2292136878 correo electrónico: ganpatti_7@hotmail.com

2. Julieta del Carmen Jiménez Orozco. Residente de tercer año de Anestesiología en Centro de especialidades Médicas del estado de Veracruz.

3. Miryam Rodríguez Zendejas. Residente de tercer año de Pediatría en Centro de especialidades Médicas del estado de Veracruz.

4. Oscar Andrés Baca. Médico especialista y Jefe en Ginecología y Obstetricia adscrito a Hospital General Martínez de la Torre.

5. Cindy Guadalupe Flandez Sánchez. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia adscrito a Hospital General Martínez de la Torre.

6. Luis Fernando Tenorio Villalvazo. Médico especialista y Jefe del Servicio de Patología, adscrito al Hospital de Alta Especialidad de Veracruz.

materna. **Conclusiones:** Por tratarse de una patología poco frecuente, el embarazo heterotópico frecuentemente pasa desapercibido en la exploración ultrasonográfica y, ante la rotura del ectópico, se convierte en una emergencia obstétrica calificada, por lo que resulta imprescindible el manejo multidisciplinario.

Palabras clave: embarazo ectópico, heterotópico, hemorragia obstétrica.

SUMMARY

Introduction. Current evidence supports the hypothesis several ectopic pregnancies, by a combination of factors, trigger changes in maternal physiology. Association with an intrauterine pregnancy can be defined as heterotopic, rare in spontaneous pregnancies. It should be a high index of suspicion and make a deliberate search in the ultrasound examination. The symptoms are non-specific, with high risk of maternal mortality when complicated with ruptured ectopic. Ectopic pregnancy loss is high; however, early diagnosis and successful treatment, can preserve intrauterine gestation. **Objective:** Describe the case of a patient with hemorrhagic shock data; heterotopic pregnancy secondary to define risk factors; determine the radiological and pathological findings, and implement hospital strategies. **Material and method:** If a 34 pregnant woman goes because of abdominal pain; amenorrhea, nine weeks gestation confirmed by serology; expulsion of gestational sac is seen through exploration, and presents signs of systemic oxygenation commitment, and immediate surgery takes place. Considerable bleeding fluid resuscitation and blood products are practiced, recovering hemodynamic

stability. **Results:** Adequate redistribution of blood volume was achieved without cardiovascular disorders or brain damage, with reduction of maternal morbidity and mortality.

Conclusions: Heterotopic is a rare condition, often unnoticed through ultrasound examination, before ectopic rupture becomes an obstetric emergency qualified, so the multidisciplinary management is essential.

Keywords: ectopic pregnancy, heterotopic, obstetric hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

Se define como embarazo heterotópico a la combinación de un embarazo intrauterino y uno extrauterino, con una incidencia de 1:30 000 en gestaciones espontáneas, observándose un incremento con las técnicas de reproducción asistida.¹

El embarazo heterotópico presenta una tasa de mortalidad materna de 1%, que puede incrementarse hasta 8%, dependiendo de la localización del ectópico, con una tasa de mortalidad fetal de hasta 95% del extrauterino, y 45-65% del intrauterino.² Los principales factores de riesgo para esta patología son los siguientes: enfermedades pélvicas inflamatorias; alteraciones en tubas uterinas; uso de anticonceptivos hormonales; bajo nivel socioeconómico; promiscuidad, y antecedentes de aborto reciente.³ Cabe destacar que la enfermedad pélvica inflamatoria, frecuentemente de causa polimicrobiana, tiene como principales representantes a *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, mismas que provocan lesiones a nivel tubárico, que van desde la gestación extrauterina hasta la esterilidad.⁴

El diagnóstico se realiza mediante los datos clínicos de amenorrea, y el apoyo de estudios ultrasonográficos, siendo el endovaginal el mejor método, que puede practicarse desde las primeras semanas de gestación. Las gestaciones ectópicas pueden pasar desapercibidas ante la presencia ultrasonográfica de un pseudosaco intrauterino como resultado de la decidualización del endometrio, respuesta fisiológica de los mismos.^{5, 6} La localización más frecuente es en la tuba con un porcentaje superior a 90%, principalmente de localización derecha, seguido de implantación abdominal, cervical y ovaria.^{7, 8, 5}

Es importante realizar un diagnóstico diferencial con entidades como quiste ovárico hemorrágico roto, hipersensibilidad ovárica, cuerpo lúteo torcido y apendicitis.⁹

El cuadro clínico es inespecífico, debido a que la paciente acude a consulta por dolor abdominal, con datos de irritación peritoneal acompañado o no de sangrado transvaginal. El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en el embarazo. Los cambios fisiológicos que ocurren en la paciente obstétrica pueden dificultar el diagnóstico de un abdomen agudo, lo que genera atraso diagnóstico que puede complicarse con rotura del ectópico con hemoperitoneo y con datos de choque hipovolémico, incrementando de esta manera la morbimortalidad.^{10, 5}

Debido a que la hemorragia obstétrica y la hemodinamia representan problemas subestimados, que persisten debido a su aparición impredecible, las pérdidas san-

guíneas se clasifican, según su magnitud en: menor (pérdidas de 500-1000 ml, no controladas, sin deterioro hemodinámico con un ritmo de pérdida bajo), y mayor (pérdidas >1.000 ml o menores con signos clínicos de choque), que puede ser, a su vez, moderada (<2.000 ml), o severa (>2.000 ml).¹¹

Se ha documentado que el flujo sanguíneo uterino aumenta de 50 a 60 ml/min durante el primer trimestre del embarazo; el diámetro de la arteria uterina y el gasto cardíaco también se incrementan con el avance de la gestación, por lo que el útero implica al principio del embarazo de 3 a 6% del gasto cardíaco.¹²

El hecho de que el flujo sanguíneo dependa de la presión de perfusión y de la resistencia vascular, ocasiona que a pesar de que éste disminuya por debajo de valores críticos, se pueda mantener la tensión arterial como consecuencia del incremento de la resistencia vascular; pero si esta situación persiste, el resultado será una disfunción orgánica múltiple y muerte.¹³

La complejidad del cuadro dependerá de la cantidad de sangre perdida y de la rapidez con que ésta se produzca. Como consecuencia de la hipovolemia habrá un gasto cardíaco bajo y una precarga baja con aumento de las resistencias vasculares sistémicas. Es importante conocer la fisiopatología e identificar rápidamente a los pacientes en estado de choque hemorrágico para proceder a un control rápido de la fuente de la hemorragia, reanimación tan pronto sea posible, así como a la toma de las decisiones anestésicas adecuadas y su manejo clínico.¹⁴

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años de edad con los siguientes antecedentes de importancia: Originaria y residente de Misantla, Veracruz; religión Cristiana, toxicomanías negativas, y carga genética para diabetes. Antecedentes Gineco-obstétricos: menarca a los 14 años; ciclos regulares, con ritmo de 30 X 5 días; inicio de vida sexual a los 19 años; compañeros sexuales, 2; gesta, 3; cesárea, 1 hace 6 años por placenta previa. Aborto, 1 del primer trimestre hace 18 meses; fecha de la última menstruación: 23-03-15; gestación espontánea; métodos de planificación negados; detección oportuna de cáncer cervicouterino hace 2 años, negativo a malignidad.

Acude a consulta por dolor abdominal punzante continuo con intensidad 8/10, en ambas fosas iliacas de 48 horas de evolución, acompañado de sangrado transvaginal durante las últimas 24 horas. Acude a facultativo el día previo, quien indica manejo para colonopatía, con incremento de la intensidad de dolor en las últimas 10 horas. Presenta cuantificación de coriónica humana de 3475 mUI/ml (com-

patible con 5-6 semanas de gestación). Acude con médico gineco obstetra para valoración, quien practica ultrasonido obstétrico con hallazgos de útero en antroversoflexión con dimensiones de 75 x 45 x 51 mms. con ecos mixtos en su interior; se observa plastrón en anexo izquierdo con imagen anecoica compatible con 7 semanas de gestación; líquido libre en fondo de saco posterior. (Figuras 1,2).

Durante su exploración se percibe expulsión de saco gestacional completo, por lo que es referida a unidad hospitalaria. A su ingreso al área de urgencias presentó los siguientes datos de signos vitales: tensión arterial de 80/40 mm Hg; frecuencia cardiaca de 116 latidos por minuto; frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto, y temperatura de 36 grados. Alerta, orientada, facies álgica, palidez generalizada de tegumentos, región cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen globoso y blando, con hiperalgesia e hiperbaralgia, doloroso a la palpación superficial y profunda con predominio en fosa iliaca



Figura 1. Ultrasonido. Útero con imágenes hipoeicoicas.



Figura 2. Ultrasonido. Muestra saco gestacional emplantado de 19 mm, que corresponde a gestación de 7 semanas.

izquierda. Peristaltismo nulo, tacto vaginal con útero en antroversoflexión, doloroso a la movilización, fondos de saco abombados, cérvix permeable con restos ovulares en canal vaginal.

Los exámenes de laboratorio reportaron: hemoglobina 6.3, hematocrito 19.8, eritrocitos 2.22, plaquetas 226,000, leucocitos 17.92, neutrófilos 71%, Grupo A Rh (+), TP 16.6 TPT 21.7, INR 1.29, 68.8% actividad, glucosa 179, urea 40, y creatinina 0.93.

Con estos hallazgos se decide iniciar protocolo quirúrgico de urgencia. Ingresa a quirófano somnolienta, monitoreo tipo 1 con signos vitales de inicio: tensión arterial 60/40, frecuencia cardíaca 120 por minuto, saturación de O₂ 97%. Se decide aplicar técnica anestésica general balanceada, con reajuste de dosis por inicio de choque hipovolémico, y mante-

nimiento de ventilación mecánica con intubación orotraqueal.

Durante el periodo transanestésico se mantiene tensión arterial media 66 mm Hg sin ameritar administración de aminas vasoactivas. Se practica una laparotomía exploradora, y se observa hemoperitoneo, cuantificando 3000 cc; se localiza salpínx izquierda rota en su tercio medio, que involucra anexo por adherencia. Se revisa hemostasia de muñón, se realiza lavado de cavidad con solución fisiológica precalentada, y se coloca drenaje. Mediante instrumental y textiles completos, se procede a cierre de cavidad abdominal en forma habitual hasta piel. Posteriormente, se le coloca en posición ginecológica y se efectúa curetaje en forma horaria, hasta dejar la cavidad virtualmente limpia, obteniendo escaso tejido endometrial; se revisa hemostasia y se da por terminado el procedimiento (figura 3).



Figura 3. Izquierda: parte del hemoperitoneo, parte inferior salpínx y saco gestacional; derecha: tejido obtenido del curetaje intrauterino.

Se procede a la reposición hídrica con cristaloideos 3500 ml, coloides 500 ml, y hemotransfusión de 2 concentrados eritrocitarios; se logra una adecuada emersión anestésica, cumpliendo con criterios por gasometría arterial para la extubación en Unidad de Cuidados Post-anestésicos, y se mantiene integridad neurológica y cardiovascular, con cuantificación de diuresis horaria de 0.8 ml/kg/min.

Los resultados de laboratorio posteriores al evento quirúrgico fueron: hemoglobina 3.5 gr/dl, hematocrito 11.5, plaquetas 104 000, leucocitos 13.6. Se decide su traslado a

la Unidad de Cuidados intensivos del Adulto para vigilancia y manejo integral. Durante su estancia se le transfunde 5 concentrados eritrocitarios y 3 plasmas frescos congelados. La evolución postquirúrgica es satisfactoria, y es egresada a los 10 días con reporte de hemoglobina 8.7 gr/dl, en adecuadas condiciones generales.

Confirmación del diagnóstico por reporte patológico, presencia de glándulas endometriales, vellosidades coriales con decidua, y aéreas de hemorragia (figura 4).

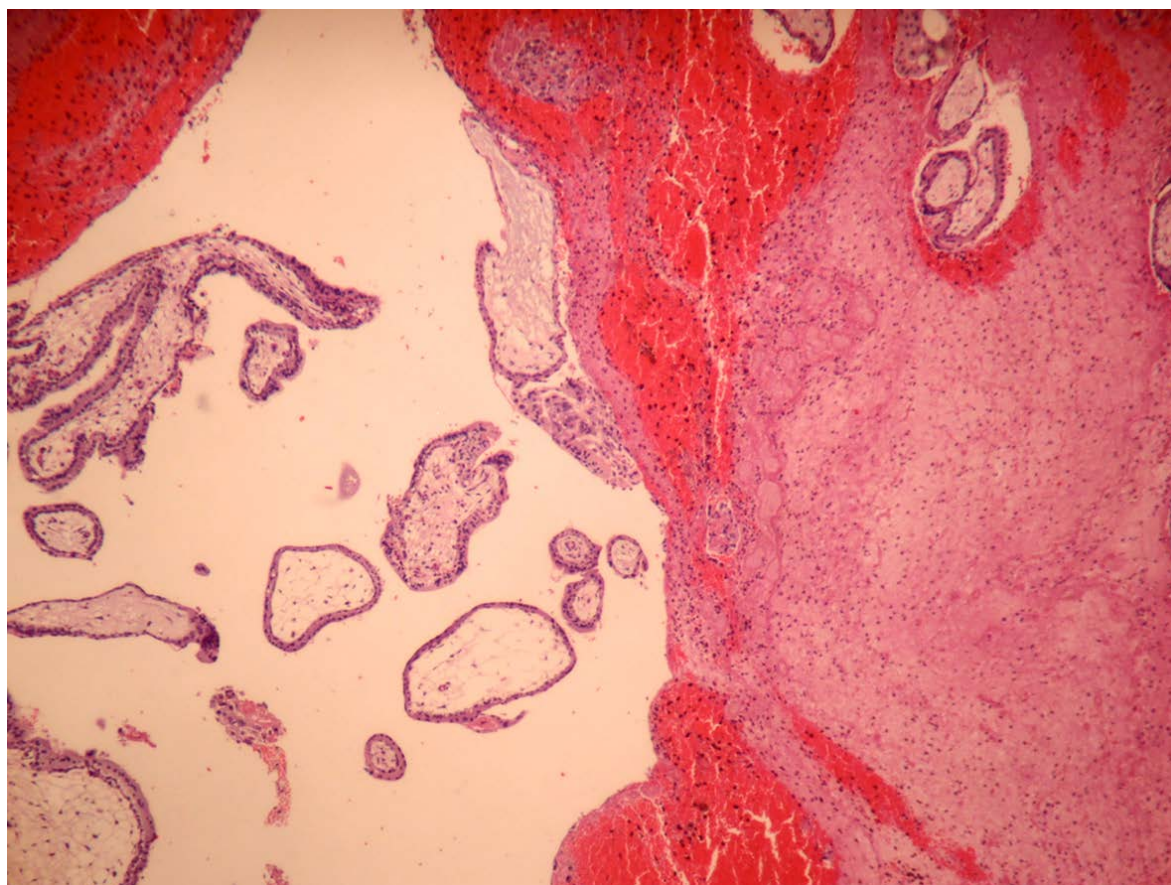


Figura 4. Vellosidades coriales con decidua y zonas de hemorragia.

DISCUSIÓN

La salpingectomía laparoscópica constituye el mejor manejo médico; para efectuar esta técnica es necesario un diagnóstico oportuno, así como la confirmación de la vitalidad de la gestación intrauterina. En caso de rotura del ectópico se prefiere la laparotomía exploradora, misma que disminuye la probabilidad de la sobrevida del intrauterino.¹⁵

El tratamiento médico de esta entidad puede ser conservador sólo en ciertas situaciones, tales como ausencia de embarazo intrauterino viable, ectópico no roto, estabilidad hemodinámica de la paciente, ausencia de la frecuencia cardíaca fetal, y ante la confirmación del ectópico no roto, siempre que cumpla con criterios como masa anexial menor de 3 cm, deseo de fertilidad futura, cuantificación de gonadotrofina coriónica humana menor de 15 000 mUI/mL, visualización laparoscópica completa del ectópico, embarazos cervicales o cornuales; lo anterior sin contraindicaciones como disfunción hepática, enfermedad renal, úlcera péptica y un pobre cumplimiento de la paciente. El tratamiento consiste en la administración de cloruro de potasio guiado por ultrasonido, o metrotexate con dosis única o dosis múltiples directamente en el sitio de implantación con una tasa de éxito de 87%; se requieren las revisiones periódicas de la paciente, así como la cuantificación de gonadotrofina coriónica humana seriada.^{16,8}

En nuestro país la hemorragia obstétrica se ubicó en el segundo lugar en 2010; se trata de un evento que puede ser prevenible con la organización oportuna de un equipo multidisciplinario. Existen referencias limitadas en la literatura obstétrica sobre la proporción de unidades de concentrados hemáticos (CH),

así como de plasmas fresco congelado (PFC) a transfundir. Las guías de RCOG recomiendan 4 unidades de PFC por cada 6 de CH; datos de otras publicaciones de transfusiones masivas apoyan la estrategia de la administración de plaquetas de forma precoz e independientemente del recuento.^{12,11}

Las muertes maternas transcurridas en el embarazo parto o puerperio representan patologías prevenibles en la medicina actual. Gran parte de las pacientes clasificadas como graves al ser ingresadas al área hospitalización en un principio, fueron consideradas como sanas.¹⁷

Aunque el embarazo ectópico es la causa más común de mortalidad materna durante el primer trimestre del embarazo, las tasas de mortalidad materna han disminuido significativamente debido al diagnóstico oportuno y a la mejora en las diferentes modalidades terapéuticas.¹⁸

CONCLUSIÓN

La gestación heterotópica posee una frecuencia muy baja en embarazos espontáneos, y observa un incremento importante en técnicas de reproducción asistida.

Es impredecible la búsqueda intencionada en la exploración ultrasonográfica de primer trimestre para un manejo oportuno, a sabiendas de la pérdida gestacional ectópica en alto porcentaje.

El tratamiento médico ideal es laparoscópico, siempre y cuando las condiciones hemodinámicas de la paciente lo permitan.

Cuando se complica con la rotura del ectópico puede evolucionar hacia una hemorragia obstétrica, incrementado la morbi-mortalidad materna, por lo que resulta transcendental que todos los hospitales cuenten con el equipo multidisciplinario capacitado para el manejo oportuno. Por ello, las guías clínicas de práctica clínica sugieren difusión mundial, y recomiendan por consenso protocolizar el manejo adaptándolo al ámbito local.

Referencias Bibliográficas

1. Gutiérrez Cruz O, Romero Sánchez G, Velasco Pérez L, Embarazo heterotópico. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74(7):389-393.
2. Molina MJ, Torrico Aponte WA, Vásquez Días PJ. Embarazo heterotópico un suceso insólito. *Gaceta Méd Boliviana* 2008; p 55-58.
3. Domínguez Meléndez KE, Sastré Gómez H, Higuera Hidalgo F, Vargas Domínguez A y cols. Embarazo heterotópico en un ciclo de concepción natural presentado como embarazo ectópico roto. *Informe de un caso, CirCiruj* 2008; 76(6):519-522.
4. Baquedano Mainar L, Lamarca Ballesteros M, Puig Ferrere F, Ruiz Conde M A. Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2014; 79(2):115-120.
5. Rodríguez Blas A, Hernández Rivera LE, Sánchez Conde RM, Balcázar-Vázquez R, Casian Castellanos G. Embarazo heterotópico. Presentación de un caso, *Rev. Hosp. Jua Mex* 2011; 78(2): 124-128.
6. Aranda Fortea M, Abril Utrillas N, Raga Baixauli F, Fuster Molina D, Forgiarini A, Bonilla Musoles F. Gestación heterotópica en un embarazo espontáneo. *Prog Obstet Ginecol* 2011; 54(10):524-527.
7. Luna Lugo G, Rangel Ruiz I, Gutiérrez Laiza NS, Martínez Guerrero ME, Méndez Ocegueda JR, Suárez López NML. Embarazo heterotópico y supervivencia del producto intrauterino. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79(8):508-515.
8. Mancera Reséndiz MA, Arredondo Merino RR, Gómez Pedroso-Rea FJ, Rivera Rodríguez P, Iturralde Rosas P. Embarazo heterotópico espontáneo. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79 (6):377-381.
9. Molina MJC, Torrico Aponte WA, Vásquez Días PJ, Embarazo heterotópico un suceso insólito. *Gaceta Mé Boliviana* 2008; p 55-58.
10. Franco Hernández JA., Remartínez Fernández JM, Alcázar Salillas, García Hernández A. Tratamiento anestésico del abdomen agudo en el primer trimestre de gestación de un embarazo gemelar, *Rev. Esp Anestesiología Reanim* 2013; 60(4):230-232.
11. Morillas Ramírez F, Ortiz Gómez JR, Palacio Abizanda FJ, Fornet Ruiz I, Pérez Lucas R, Bermejo Albares L. Actualización del protocolo de tratamiento de la hemorragia obstétrica, *Rev. Esp Anestesiología Reanim* 2014; 61(14):196-204.

12. Briones Garduño JC, García Ochoa ED, Díaz de León Ponce M, Guerrero Hernández A, y cols. Hemodinamia en hemorragia obstétrica aguda. *Rev. Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2014;28(2):100-105.
13. Enseñat Álvarez A, Rojas Santana OB, Díaz Mesa A, Fleites Gómez A. Guía de práctica clínica para el shock hipovolémico, *Revista electrónica de las ciencias Médicas en Cienfuegos* ISSN: 1727-897X Medisur 2009; 7(1):231-237.
14. Mejía Gómez LJ. Fisiopatología choque hemorrágico, *Rev. Mex Anestesiología* 2014; 37(1):S70-S76.
15. Bou Serra J, Morán López V, Victoria Gomis C. Gestación heterotópica espontánea. Diagnóstico ecográfico precoz y asintomático, *Prog Obstet Ginecol* 2011; 54(5):242-245.
16. Rada Torres L, Rivero Fraute A, Briones J, Fernández S. Embarazo heterotópico vs embarazo ectópico roto con reacción decidual. Reporte de un caso. *RevSocMedQuirHospEmergPerez de León* 2007; 38(2):62-74.
17. Angulo Vázquez J, Cortés Sanabria L, Torres Gómez LG, Aguayo Alcaraz G, Hernández Higareda S, Ávalos Nuño J. Análisis de la mortalidad materna, en tres periodos, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75(7):384-393.
18. Guerrero Marínez E, Rivas López R, Martínez Escudero IS. Algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico. *Ginecol Obstet Mex* 2014; 82:83-92.