

CASOS CLINICOS

Embarazo heterotópico y supervivencia del producto intrauterino. Reporte de un caso y revisión de la literatura

[Heterotopic Pregnancy and Survival of the Intrauterine Fetus. A case Report and Literature Review]

Germán Arrocha, Jorge Espinosa

Maternidad del Hospital Santo Tomás

Resumen

El embarazo heterotópico es la coexistencia de una gestación intrauterina y otra extrauterina. La incidencia es baja en embarazos espontáneos, sin embargo, aumenta secundario a técnicas de reproducción asistida. El producto extrauterino siempre se pierde y el intrauterino puede llegar a tener diversas complicaciones. Puesto que es una posibilidad excepcional asociada con gran morbilidad y mortalidad materna, su diagnóstico y atención oportuna son decisivas. La fracción b de la hormona gonadotropina coriónica humana y el ultrasonido vaginal son las opciones de mayor utilidad para el diagnóstico. El acceso quirúrgico laparoscópico es el de elección porque ofrece ventajas con relación a la técnica abierta.

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is defined as the simultaneous presence of an intrauterine and extrauterine pregnancy. The incidence is low among spontaneous pregnancies, but it has increased due to assisted reproductive techniques. The extrauterine embryo is non-viable and the intrauterine pregnancy may have different complications. Since it is a rare clinical condition, associated with a high maternal morbidity and mortality, an adequate diagnosis and management are essential. The b fraction of the human chorionic gonadotropine hormone and vaginal ultrasound are the best options for a diagno-

sis. Laparoscopic surgical approach has been proposed as the best choice since it offers advantages over an open technique approach.

Autor corresponsal:

Germán Arrocha

Correo electrónico:

gca_18_@hotmail.com

Palabras claves:

embarazo heterotópico.

Key words:

heterotopic pregnancy.

Aspectos bioéticos: Los autores declaran no presentar conflicto de interés, ni financiamiento externo.

Fecha de Recibido:

26 de jun de 2021.

Fecha de Publicado:

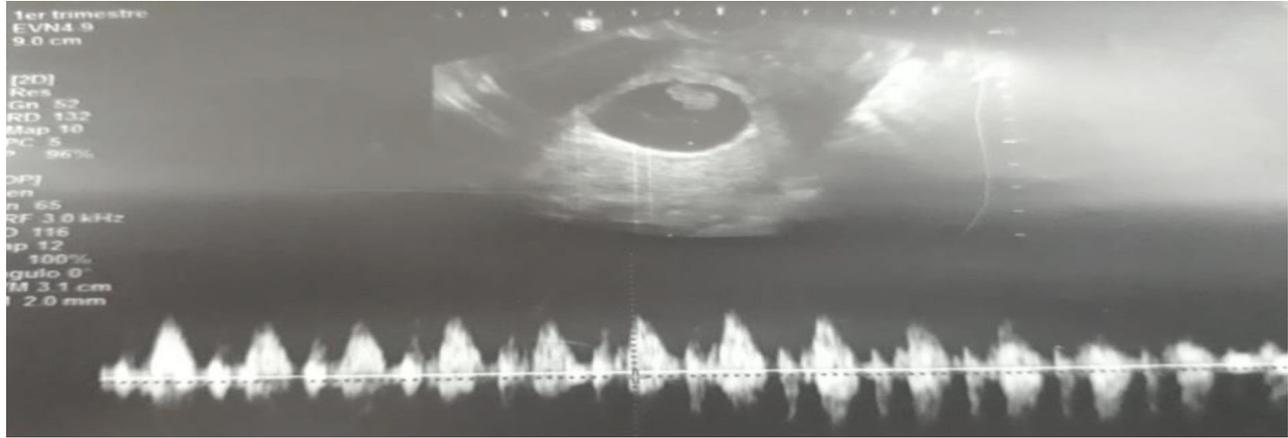
30 de junio de 2021.

INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico, proviene de la raíz griega <<hetero>>, que significa <<otro>>, y <<topos>>, que significa <<lugar>>. Es la rara ocurrencia de un embarazo múltiple, en donde un embrión se implanta en el útero y el otro presenta una localización extrauterina. El primer caso de gestación heterotópica fue descrito por Duberney en 1,708 en los hallazgos de una autopsia. Se estima que la incidencia actual más aceptada de embarazos heterotópicos espontáneos es de menos de 1 de cada 300,000.

La incidencia aumenta considerablemente cuando tomamos en cuenta a las mujeres que son sometidas a técnicas de reproducción asistida, que varía de 1 de cada 100 a 1 de cada 500.¹

Fig 1: Embrión intraútero con FCF en 157x.



El embarazo heterotópico puede resultar de la fertilización de dos o más óvulos. Esto generalmente ocurre cuando la paciente es sometida a inductores de la ovulación como clomifeno durante las técnicas de reproducción asistida, el cual altera el potencial eléctrico de las trompas. Lo anterior genera una situación de alto riesgo para la creación de más de un cigoto y la anidación ectópica de uno de ellos.

Otro importante factor de riesgo propio de las técnicas de fertilización asistida es la transferencia de más de 4 embriones, que aumentan el riesgo de gestación combinada a una relación de 1:45 embarazos.²

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%), cervix (1%), intersticial (1%), abdominal (1%) e, incluso, cicatrices uterinas previas (1-3%).³

El diagnóstico de esta patología representa un reto para el médico clínico y el ecografista ya que los criterios utilizados para el diagnóstico de gestaciones extrauterinas no son exactos en razón a que los niveles de la fracción de la gonadotropina coriónica humana se encuentran elevados debido a la gestación intrauterina, por lo que su diagnóstico requiere de un alto grado de sospecha por parte del ecografista.⁴

Con la masificación de las técnicas de fertilización asistida, es importante para el profesional del área de la ginecología tener en mente la posibilidad de esta complicación o para realizar el diagnóstico temprano de esta patología y, de esta manera, poder realizar el manejo más oportuno.⁵

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente de 33 años G4P3 sin antecedentes patológicos conocidos hasta ese momento, con prueba de embarazo positiva con 9 semanas de amenorrea, sin ultrasonido obstétrico ni control prenatal. Acude con historia de dolor en hipogastrio de 24 horas de evolución irradiado a espalda, asociado a náuseas y vómitos con contenido alimentario y sangrado transvaginal escaso. Niega otros síntomas.

Al examen físico paciente alerta, conciente y orientada. Signos vitales PA: 100/60 FC: 80x Fr: 16x FCF:150x. Cardiopulmonar: sin alteraciones. Abdomen: Contracturado, doloroso a la palpación superficial y profunda, generalizada, reacción peritoneal a nivel hipogastrio. Al examen con espéculo: vagina eutrófica, sin lesiones, se observa sangre residual escasa; cérvix posterior grueso cerrado, sin lesiones. Se realiza USG transvaginal: Se observa embrión intraútero de 8.1 semanas con frecuencia cardíaca presente (Figura 1), acompañado de un proceso anexial izquierdo de 4.33x4.78x3.03 cm con volúmen de 32.85 ml, con líquido libre, que asociamos a un embarazo ectópico izquierdo roto organizado. (Figura 2 y 3).

Laboratorios: Hb: 11.1 g/dl Htto: 32.6 % Leucocitos: 10.2×10^3 Neutrófilos: 78.3 % Plaquetas: 190×10^3 Na+: 140 meq/L K+: 4 meq/L Glucosa: 100 mg/dl Creatinina: 0.53 mg/dl. Urinálisis: no patológico. HCG-Cuantitativa: 102 550 mIU/mL.

Debido a lo anterior expuesto se llega al diagnóstico de: Embarazo heterotópico izquierdo roto organizado con embarazo intraútero de 8.1 semanas viable y abdomen agudo. Se admite la paciente para cirugía de urgencia.

Figura 2. Se observa embrión intraútero y el complejo anexial izquierdo organizado.



Se realizó bloqueo neuroaxial, mini laparotomía transversa (Pfannestiel), se disecó por plano hasta cavidad abdominal en donde se encontró hemoperitoneo de +/- 800 cc y se evidencia embarazo ectópico roto ístmico-ampular izquierdo. Se realiza salpingectomía total izquierda, hemostasia y lavado de cavidad. Se cierra por plano hasta piel. Paciente permaneció estable durante el acto quirúrgico (Figura 4).

La paciente cursa con buena evolución clínica y de laboratorios, por lo cual se da egreso a las 72 hrs postquirúrgicas. Antes de su egreso se realiza USG obstétrico y se observa feto intraútero de 8.3 semanas con Frecuencia cardíaca presente (Figura 5). Se recomienda: Progesterona micronizada 200 mg vaginal cada día y referencia de seguimiento en la consulta de Embarazo de Alto Riesgo Obstétrico.

Al noveno día del diagnóstico y procedimiento se recibe el resultado anatomopatológico que reporta: Tuba uterina izquierda + Embarazo ectópico tubárico + Hematosalpinx masivo. Confirmando así el diagnóstico inicial.

La paciente inicia controles prenatales en la consulta de Embarazo de Alto Riesgo de nuestra unidad médica, con ultrasonidos seriados que presentaron evolución favorable del embarazo. A las 15 semanas de embarazo con PA: 150/90 en varias tomas consecutivas, con valores de laboratorios normal. Relación proteína/creatinina en mues-

Figura 3: Complejo anexial izquierdo. Corresponde a embarazo ectópico izquierdo roto organizado.



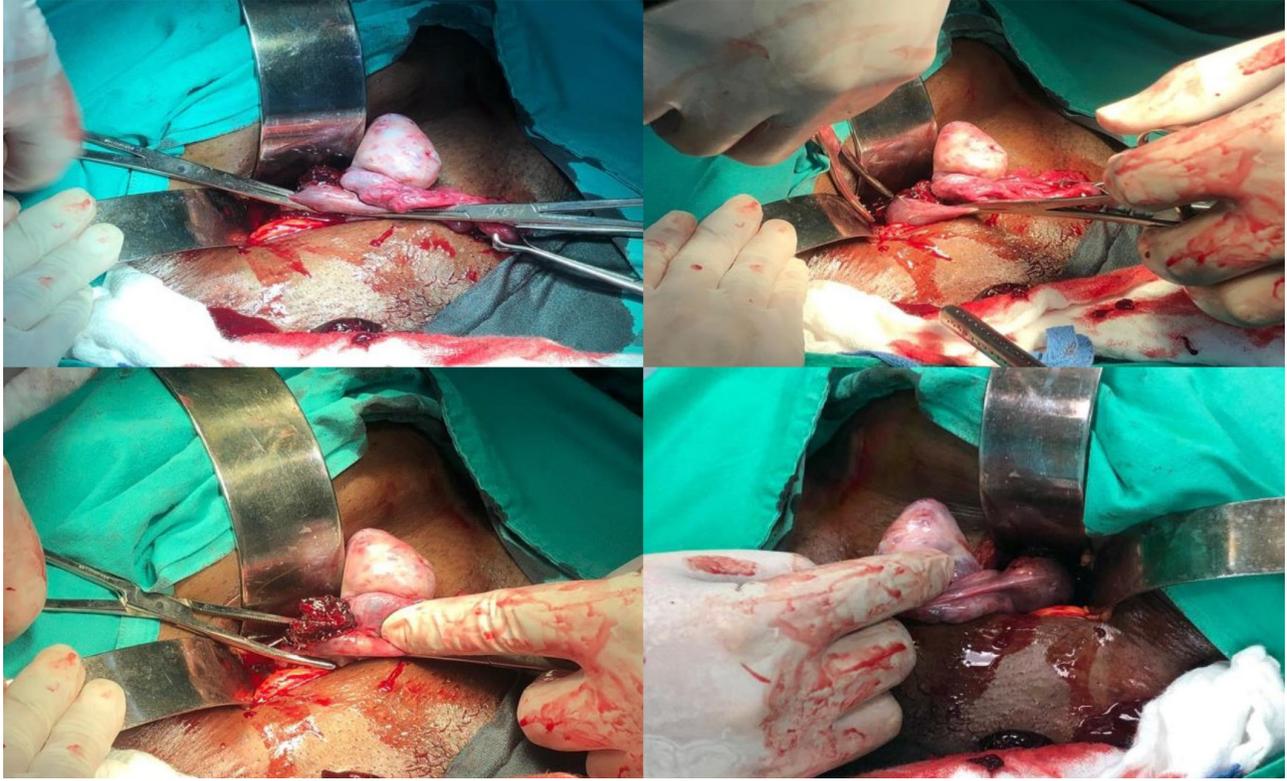
tra de orina al azar: 0.03 y proteínas en orina 24 horas 289mg/dl. Se indica Aldomet 250 mg vía oral cada 12 horas, con posterior control tensional adecuado. Paciente por condición económica no asiste a los últimos controles en nuestra clínica y acude a cita de hospitalización a las 40^{1/7} semanas. La misma refiere sentirse bien, movimientos fetales presentes, sin salida de líquido ni sangrado transvaginal. Signos vitales: PA:120/70, FC:78x FCF:150x, Fr:16x.

Se realiza USG Obstétrico: producto único intraútero, longitudinal, cefálico con PEF: 3452 g. Placenta anterior grado II y Bolsa única (líquido amniótico): 4.30 cm.

Monitoreo fetal: Reactivo.

Al tacto vaginal: Dilatación: 3 cms. Borramiento: 80% Plano: -3. Membranas ovulares íntegras con BISHOP favora-

Figura 4. Laparotomía exploratoria. Se evidencia embarazo ectópico roto a nivel del istmo ampollar izquierdo.



ble. Se envía a la paciente a sala de partos a inducto-conducción con oxitocina. La paciente tuvo adecuada dinámica de dilatación y descenso; lográndose parto a las 4 horas del inicio de la conducción.

A las 03:48 am nace vía vaginal producto eutócico sin complicaciones, producto masculino, Apgar 9/9, de 4040 g (8 libras y 15 onzas), de 39 semanas de gestación estimada, sin malformaciones visibles, con #1 circular apretada al cuello, con alumbramiento activo de placenta tipo Schultz completa a los 3 minutos. Se extraen escasos coágulos de cavidad uterina y se deja útero contraído. No se observan lesiones del canal de parto. La paciente tuvo adecuada evolución médica y se le dio egreso a las 24 horas postparto.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico continua siendo una causa directa de muerte materna; en EEUU en los años 2011-2013, se calculó que 2.7% de este tipo de muertes fue atribuible a esta causa.⁶

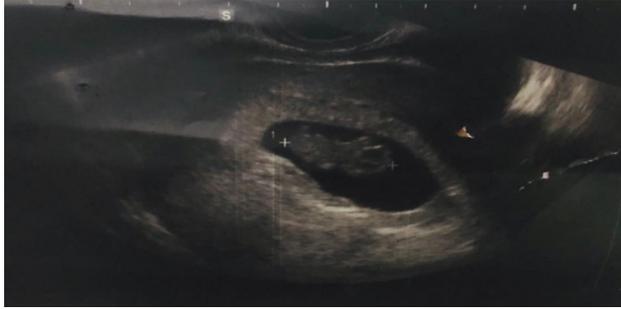
Los principales factores de riesgo asociados al embarazo heterotópico son todos aquellos en los que se ve dañada

la integridad de la trompa uterina, tales como: embarazo tubario previo, enfermedad inflamatoria pélvica, cirugías tubarias previas, exposición intraútero al dietilestilbestrol, infertilidad, tabaquismo activo, uso de dispositivos intrauterino y técnicas de reproducción asistida⁷. Es de llamar la atención que hasta 50% de todos los casos de embarazo heterotópico suceden sin algún factor de riesgo conocido⁸.

Las manifestaciones clínicas del embarazo heterotópico pueden variar ampliamente. Las más frecuentes son dolor abdominal (80%), sangrado transvaginal (50%) y shock hipovolémico (13%). Sin embargo, hay ocasiones en las que la paciente puede estar asintomática; por este motivo es importante un alto grado de sospecha clínica.^{9,10}

Se debe sospechar en pacientes con persistencia de signos y síntomas de embarazo, así como de niveles de gonadotropina coriónica elevada después de un legrado obstétrico, embarazo con antecedentes de técnicas de reproducción asistida, persistencia de signos y síntomas de embarazo después del tratamiento de un embarazo ectópico y ante el cuadro clínico de abdomen agudo, masa

Figura 5. Feto intraútero de 8.3 semanas con FCF.



anexial y embarazo intraútero.¹¹ La ruptura de un embarazo heterotópico debe ser tomada en cuenta como una posibilidad después de la transferencia de embriones por fertilización in vitro y dolor abdominal.¹² Alrededor de 70% de los embarazos heterotópicos se diagnostican entre las 5-8 semanas de edad gestacional, 20% entre las semanas 9 y 10, y el 10% restante más allá de la semana 11.¹³

Las herramientas diagnósticas de dicha patología continúan siendo el USG endovaginal (por su elevada sensibilidad y especificidad) 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 1500-2000 mUI/mL; valores mayores de estos niveles y la ausencia de visualización de un embarazo intrauterino hacen sospechar de un embarazo extrauterino;

Los datos de importancia para la diferenciación ultrasonográfica dependen de la semana de gestación. Menos de 5 semanas: posible saco gestacional, entre 5 y 6 semanas: saco vitelino y mayor de 6 semanas: se debe observar embrión entre 5 y 10 mm con actividad cardíaca.¹⁴ Cabe mencionar que los niveles de β -hCG carecen de importancia en el embarazo heterotópico, ya que sólo se ve reflejado el estado del embarazo intrauterino. La visualización quirúrgica continúa siendo la clave en el diagnóstico del embarazo heterotópico.¹⁵

El objetivo principal en el manejo de esta patología es terminar el embarazo extrauterino sin afectar la gestación intrauterina viable. El manejo del embarazo heterotópico incluye varias opciones, conducta expectante, inyección guiada por ultrasonido de cloruro de potasio o glucosa hiperosmolar. La utilización de metotrexato está contraindicada por la presencia de un embarazo intraútero vivo coexistente.¹⁶

La cirugía abdominal durante el embarazo incrementa el riesgo de abortos y parto prematuro. La laparoscopia ha sido descrita como el método definitivo y juega un papel fundamental en el manejo mínimamente invasivo del embarazo extrauterino, puesto que, además de realizar una intervención con menor morbilidad y proporciona una recuperación anestésica más rápida, se disminuye el riesgo de pérdidas tempranas. La laparotomía se ha reservado para pacientes con hemoperitoneo establecido e inestabilidad hemodinámica.^{2,13,14}

El pronóstico de los embarazos intrauterinos, es que uno de cada tres abortará espontáneamente.³

CONCLUSIONES

El embarazo heterotópico sigue siendo sin duda un reto diagnóstico para los ginecoobstetras, debido a que se trata de una entidad poco vista, si bien en los últimos años ha aumentado debido a las técnicas de reproducción asistida y al incremento de enfermedades de transmisión sexual que causan enfermedad inflamatoria pélvica. Sin embargo, puede presentarse en mujeres sin factores de riesgos conocidos. Es importante ante la sospecha clínica confirmarlo con técnica de imagen, para poner en marcha una terapéutica adecuada y así salvaguardar la viabilidad del producto intraútero y la vida de la paciente.

La laparoscopia es una técnica adecuada ya que nos brinda la opción diagnóstica y terapéutica rápida; a la vez es poco invasiva y menos dañina para el producto intraútero. Por desgracia, no todos los centros de atención cuentan con el equipo y personal capacitado.

Ponemos de evidencia que para el adecuado diagnóstico de esta patología se requiere un detenimiento minucioso en la exploración ecográfica de los anexos, un alto índice de sospecha y no dejarse llevar por el falso sentido de seguridad que produce la identificación de un embarazo intraútero.

REFERENCIAS

1. Alejandro Zatarain-Gulmar y Verónica E. Torres. Embarazo heterotópico espontáneo en una mujer sin factores de riesgo: Reporte de un caso. *Anales de Radiología México*. 2019;18:59-64.
2. César Mendivil, M.D., Rafael Padrón, M.D. Embarazo heterotópico: Diagnóstico ecográfico temprano,

- manejo con laparoscopia. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 62 No. 1. Enero-Marzo 2011.
3. Armando Elías Delgado, Delgado Kalishch. Embarazo Heterotópico. *Acta Médica Grupo Ángeles*. Volumen 17, No.1. Enero-Marzo 2019.
 4. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, Finster M, Todd WD. Combined Intrauterine and Extrauterine gestations: a review. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146:323-30.
 5. Childs AJ, Royek AB, Leigh TB, Gallup PG. Triplet Heterotopic Pregnancy after gonadotropin Stimulation and intrauterine insemination diagnosed at laparoscopy: a case report. *South Med J* 2005;98;833-5.
 6. Creanga AA, Syverson C, Seed K, Callaghan WM. Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. *Obstet Gynecol*. 2017; 130 (2): 366-373.
 7. Lozeau AM, Potter B. Diagnosis and Management of ectopic pregnancy. *Am Fam Physician*. 2005; 72:1707-14.
 8. Coste J, Job-Spira N. Risk Factors for Ectopic Pregnancy: A case control study in France. *Am J Epidemiol* 1991; 133 (9):839-849.
 9. López Luque PR, Bernal Mateo GJ. El Embarazo Ectópico: Su interés en Atención Primaria de Salud. *Semergen*. 2014; 40:211-517.
 10. Gutiérrez García S, Posadilla González. Embarazo Heterotópico tras Super Ovulación e Inseminación Intrauterina. *Prog Obstet Ginecol*. 2002; 45:208-11.
 11. García Mirás R, Gallego Ramos J, Prado González J. Embarazo Heterotópico. Presentación de un caso. *Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología*. 2001; 27:34-8.
 12. Khan MN, Rafique S. Laparoscopic Management of Heterotopic Pregnancy a rare cause of acute abdomen in women. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2009; 19:29.
 13. Hernández-Cruz RG, Tobon-Delgado. Embarazo Heterotópico Espontáneo. Reporte de un caso y Revisión de la Bibliografía. *Ginecol Obstet. Mex*. 2017 Junio; 85 (6): 403-408.
 14. Gilberto Luna Lugo, Irais Rangel Ruiz, Nadia Saray Gutiérrez Laiza. Embarazo Heterotópico Y Supervivencia del Producto Intrauterino. *Ginecol Obstet. Mex* 2011; 79(8):508-515.
 15. Ami Gupta, Aanchal Gupta, Bharti Gupta. Heterotopic Pregnancy: A Case Report. *International Journal of Reproductions, Contraceptions, Obstetrics and Gynecology*. 2017 May; 6(5): 2121-2123.
 16. Eli Pedro Monzón Castillo, Gabriel Tejada Martínez. Embarazo Heterotópico Espontáneo. Presentación de Dos Casos. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2019; 65(3).