

Embarazo heterotópico. Reporte de dos casos y revisión de la literatura.

López-Rangel Damián¹, Parra Corona Vanessa², Almeida Navarro José Samuel³

Residente de Ginecología y Obstetricia¹, Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetrica², Patología³, Hospital Civil "Dr. Antonio González Guevara, Universidad Autónoma de Nayarit, Tepic Nayarit, México.

Introducción: El embarazo heterotópico es cuando existe conjuntamente un embarazo intrauterino y otro extrauterino 'ectópico'. Es una condición poco común, con una incidencia de 1 en por cada 30,000 a 50,000 embarazos si se logra de forma natural, pero se han reportado casos de 1:3,900 y hasta 1:400 cuando se asocia a técnicas de reproducción asistida; está asociado a una morbilidad materna elevada ya que su diagnóstico oportuno puede estar retardado por la presencia del embarazo intrauterino que enmascara el cuadro clínico. El ultrasonido sigue siendo la herramienta de mayor utilidad aunado a la presentación clínica; su tratamiento de elección es la extirpación del sitio de implantación por laparoscopia con paciente hemodinámicamente estable o laparotomía exploradora a las que no lo están, que en ocasiones es el método para el diagnóstico y tratamiento, también hay tratamientos médicos a los cuales recurrir.



Figura 1.- Corte sagital, aborto de un óvulo, saco gestacional intrauterino y heterotópico.

Caso clínico: Se presentan dos casos clínicos de embarazos heterotópicos logrados espontáneamente primero femenina de 33 años con embarazo de 9.2 semanas Fig.1, se ingresa por dolor abdominal difuso que al USG presenta líquido libre en cavidad abdominal, se realiza laparotomía exploradora y se encuentra hemoperitoneo de 200cc con embarazo ectópico roto y se egresa con vitalidad del embarazo intrauterino Fig.2 y 3. Segundo caso paciente de 31 años con prueba de embarazo en sangre positivo y datos de irritación peritoneal que al USG presenta liquido libre en cavidad abdominal, por lo que se realiza laparotomía exploradora encontrando embarazo ectópico roto con hemoperitoneo de 150cc, posterior inicia con sangrado transvaginal abundante se realiza legrado uterino encontrando restos decidualcoriales moderados, se egresa sin complicaciones, se obtienen resultados de histopatología con presencia de hematosalpinx, decidua y restos de vellosidades coriales, como se muestra en la imagen Fig.4.



Figura 2.- Embarazo ectópico roto en salpinx izquierda.

Discusión: El embarazo heterotópico aunque aún es una entidad poco común está en aumento por la presencia de las técnicas de reproducción asistida; se sabe que el embarazo ectópico tiene una considerable morbilidad y mortalidad, pudiendo ser una causa directa de muerte materna como resultado de la ruptura del embarazo causado un choque hipovolémico. El diagnóstico sigue siendo un reto para el clínico ya que puede resultar difícil porque puede pasar desapercibido por signos y síntomas atípicos estos aunados a la presencia de un embarazo intrauterino; de los síntomas más comunes son el dolor en hipogastrio, dolor a la movilización cervical, dolor subdiafragmático irradiado hasta hombro por la presencia de sangrado intraabdominal causando irritación peritoneal. Se tiene que realizar una exploración física minuciosa con estudios de laboratorio y de gabinete en el área de urgencias pudiéndose realizar un POCUS a toda paciente con sospecha, ya que tiene una sensibilidad y especificidad cercas del 99%⁵, con el cual se puede evidenciar presencia de líquido libre, tal fue el caso de ambas pacientes en donde se realizó un USG en Triage obstétrico, observándose en ambas líquido libre y en una presencia de polo fetal. En los dos casos que se presentan se les realizó laparotomía exploradora como tratamiento, donde se encuentran embarazo roto en ambas con hemoperitoneo, como lo refiere la literatura se puede hacer una laparotomía abierta o por vía laparoscópica en pacientes estables; hay tratamientos médicos con resultados favorables en pacientes seleccionadas.



Figura 3.- Embarazo intrauterino vivo.



Figura 4.- A: Vellosidades coriales. B: Decidua. C: Hematosalpinx.

Conclusión: Llegar al diagnóstico puede resultar difícil por las diferentes manifestaciones clínicas que puede presentar, tanto de enfermedades gastrointestinales, musculoesqueléticas como enfermedades ginecológicas, hoy en día se tiene a la ecografía y a médicos entrenados para poder llegar diagnosticarlo a tiempo. Aun en la literatura se menciona que la laparoscopia puede ser el método de elección en aquellas paciente en donde no hay datos de falla hemodinámica, siendo el abordaje más seguro y sobre todo con complicaciones mínimas, en nuestro hospital se realiza laparotomía exploratoria, en donde la mayoría de las ocasiones se ha tenido éxito, los tratamientos farmacológicos que existen pudieran ser beneficiosos para pacientes seleccionadas.

1. Stanic, Z., Roje, D., Persec, Z., Matic, D., Dapic, K., Maja Rogic, Fures, D. Spontaneous Heterotopic Pregnancy as an Uncommon Clinical Problem. *Geburtsh Neonatol* 2020;204:223-226.
2. Oancea, M., Ciorte, R., Diclescu, D., Poienar, A.-A., Grigore, M., Lupean, R. A., ... Mihai, D. Spontaneous Heterotopic Pregnancy with Unaffected Intrauterine Pregnancy: Systematic Review of Clinical Outcomes. *Medicina* 2020;56:1-10.
3. Luna Lugo, G., Rangel Ruiz, I., Gutiérrez Laiza, N., Martínez Guerrero, M., Méndez Ocegueda, J. R., & Suárez López, N. M. Embarazo heterotópico y supervivencia del producto intrauterino. *Ginecología y Obstetricia de México* 2011;79(9):508-515.
4. Holley, I. J., & Stickles, P. Heterotopic Pregnancy Diagnosed with Point-of-care Ultrasound in the Emergency Department: A Case Report. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine* 2020;4(2):178-180.
5. Thakur, U., Atmuri, K., & Borozdina, A. Acute pelvic pain following miscarriage heterotopic pregnancy must be excluded: case report. *BMC Emergency Medicine* 2019.
6. Kemal Harzif, A., Hyaswicaksono, P., Hari Kurniawan, R., & Wiweko, B. Heterotopic Pregnancy: Diagnosis and Pitfall in Ultrasonography. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy* 2021;10:53-56.