

EMBARAZO HETEROTÓPICO DE 7.4 SEMANAS NO ROTO E INTRAUTERINO VIABLE, EN HOSPITAL INFANTIL TLÁHUAC. REPORTE DE CASO.

Autores: Dra. Guzmán Benavides Itzel R1GyO

Coautores: Dr. Parada Ramírez Oscar Javier Medico ginecólogo de base, Dr. García Vázquez José Fernando R1GyO, Dra. Rivera Beltrán Yomayra Deyanira R1GyO

OBJETIVO

Descripción del abordaje actual del embarazo heterotópico en el segundo nivel de atención mediante un reporte de caso.

INTRODUCCION

El embarazo heterotópico es una rara combinación de gestación múltiple, donde un embarazo intrauterino coexiste con un ectópico. La incidencia es baja en embarazos espontáneos 1 de cada 10,000 a 50,000 embarazos espontáneos, que han aumentado con técnicas de reproducción asistida.

CASO CLINICO

Paciente de 26 años secundigesta, sin antecedentes de importancia para el padecimiento, con embarazo de edad gestacional incierta por ultrasonido del primer trimestre, que acude a valoración por presentar dolor abdominal tipo cólico, intenso 10/10 ENA, en fosa iliaca derecha irradiado a hipogastrio, acompañado de nauseas y vomito en repetidas ocasiones, así como sangrado transvaginal escaso rojo rutilante y disuria.

Exploración física: TA: 130/78 mmHg, FC 104x', FR: 21x', Temperatura 36.8°C, SatO2 99%. Consciente, orientada, con adecuada coloración e hidratación de piel y tegumentos. Cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de abundante tejido adiposo, peristaltismo disminuido en fosa iliaca derecha, datos de hiperestesia e hiperbaralgesia, "bloomber" positivo dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, al tacto vaginal con presencia de sangrado vaginal no activo, con discreto dolor a la movilización de cérvix, con dolor a la palpación en anexo derecho al tacto bimanual, restos sin alteraciones.

Tratamiento: Se ingresa de manera urgente a LAPE realizando salpingectomía derecha + excéresis de embarazo ectópico tubario derecho.

RESULTADO

Laboratorios (19.05.22): Hb 14, Hto 40, leucos 7.99, neutros 65.5, plaquetas 240.5, INR 1.03, Tp 12, Ttp 25.6, Grupo y Rh O positivo, Cr 0.63, glucosa 114.8, Na 128, Cl 98.9, K 3.39, prueba inmunológica de embarazo POSITIVA.

Ultrasonido (19.05.22): saco gestacional de 42mm, longitud máxima de 16mm, FCF 166 lpm, anexo derecho con saco gestacional de 21mm longitud máxima de 7mm (7.4sdg) FCF 177, al Doppler color presencia de anillo de fuego, Gemelo 1 intrauterino de 8 semanas implantación corporal, gemelo 2 anexo derecho embarazo de 7.4 semanas no roto

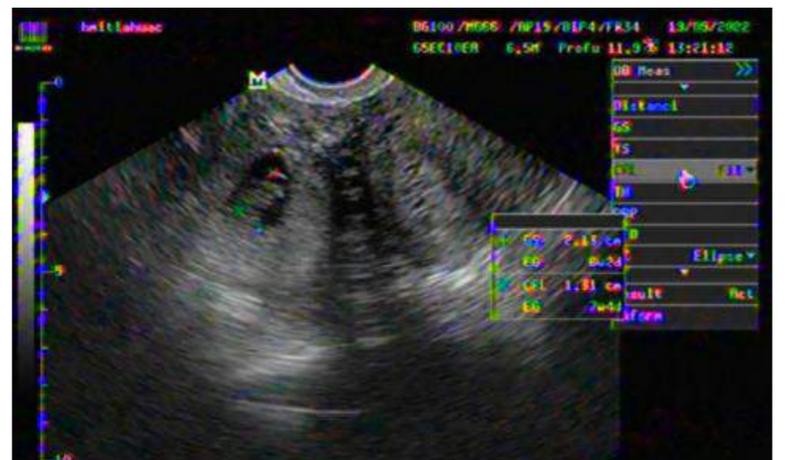


FIG 2. USG endovaginal de HMP Tláhuac con presencia de embrión extrauterino.



FIG 1. Pieza quirúrgica: tuba uterina derecha con disección longitudinal, con presencia de embrión.

CONCLUSIONES

La presentación clínica de un embarazo heterotópico es variable, su manejo depende del momento en que se realiza el diagnóstico (antes o después de que presente complicación, de la gestación comprometida y la viabilidad del producto intrauterino. El diagnóstico temprano implica cierta dificultad por que se piensa poco en este tipo de embarazo.

DISCUSION

El tratamiento del embarazo heterotópico es esencialmente quirúrgico de preferencia laparoscópico si se cuenta con el recurso,

puesto que el tratamiento medico con metrotexate esta contraindicado dado la coexistencia del embarazo intrauterino, se sabe que el pronostico de la gestación intrauterina en un embarazo heterotópico es del 75% para llegar a termino, 16% para pretermino y 9% para terminar como aborto. Sin embargo hay que destacar que esta patología es poco frecuente en mujeres sin factores de riesgo, pero debe ser bien considerado su diagnóstico precoz que nos permita un buen resultado materno fetal.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.