



INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico es una entidad rara y potencialmente peligrosa, donde un embarazo intrauterino y ectópico ocurre.

El propósito de este trabajo es reportar dos casos con este padecimiento tras concepción espontánea, además, de su manejo, reto diagnóstico y su manejo.

MÉTODO

- Se realizó revisión de expediente clínico y seguimiento de las pacientes en el transcurso del evento postquirúrgico.

- Se complementó con revisión bibliográfica y una búsqueda en PubMed de publicaciones entre el 2011 al 2022 que incluyeran la palabra clave "embarazo heterotópico espontáneo".

CONCLUSIONES

- El embarazo heterotópico rara vez ocurre de manera espontánea durante la concepción, se asocia en mayor proporción a técnicas de reproducción asistida.
- La importancia de estos dos casos radica en que evidencian la presentación clínica tan diferente que puede tener esta entidad, y resaltan el impacto positivo de un diagnóstico y manejo oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chadee, A., Rezai, S., Kirby, C., Chadwick, E., Gottimukkala, S., Hamaoui, A., ... Henderson, C. E. (2016). *Spontaneous Heterotopic Pregnancy: Dual Case Report and Review of Literature. Case Reports in Obstetrics and Gynecology*, 2016, 1–5. doi:10.1155/2016/2145937

Bataille, P., Reynard, A., & Ducarme, G. (2017). *Spontaneous heterotopic triplets – A review of literature. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 46(8), 657–659. doi:10.1016/j.jogoh.2017.05.008

Guan, Y., & Ma, C. (2017). *Clinical Outcomes of Patients With Heterotopic Pregnancy After Surgical Treatment. Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 24(7), 1111–1115. doi:10.1016/j.jmig.2017.03.003

CASO CLINICO #1

Paciente de 27 años, G4A1P2, que se ingresa al encontrar masa anexial derecha en un estudio de rutina. Cursando embarazo de 7.5 semanas por ultrasonido. Sin antecedentes quirúrgicos, niega antecedente de embarazo ectópico previo o historia de enfermedad pélvica inflamatoria.

Durante la revisión por ultrasonido se sospecha un embarazo heterotópico al encontrar una masa anexial derecha de 3 cm x 2 cm con saco gestacional y en su interior un embrión con frecuencia cardíaca y LCC de 13.3 mm correspondiente a un embarazo de 7.4 semanas. Se corrobora embarazo intrauterino con embrión con frecuencia cardíaca presente y LCC de 14.4 mm correspondiente para embarazo de 7.5 semanas (Fig. 1).

Se pasa a laparotomía exploradora donde se evidencia un embarazo ectópico tubárico no roto. Se realiza salpingectomía derecha como manejo quirúrgico. Permanece estable y egresa al 4to día postquirúrgico con manejo con Progesterona y cita a la consulta externa para seguimiento.

Evolución favorable, con embarazo normoevolutivo y se atiende parto eutócico de embarazo de término sin complicaciones.

CASO CLINICO #2

Paciente de 37 años de edad, G6E1A1P2C1, ingresa por choque hipovolémico y amenorrea secundaria. Cursa con embarazo de 8.2 semanas por FUM. Antecedente de embarazo ectópico con salpingectomía derecha.

Inicia 24 horas previas con dolor abdominal de inicio súbito, acompañado de náusea y vómito. Al ingreso sin alteración en el estado de alerta con una PAM de 66 mm de Hg y a la exploración física no se encuentran datos de abdomen agudo.

En sala de Urgencias se realiza ultrasonido de rastreo encontrando dos embriones intrauterinos para 10 semanas por LCC y con frecuencia cardíaca presente. Laboratorios al ingreso con Hb: 11.9 g/dl, Hcto 36.1%, Leucocitos 16,300/mm³, plaquetas 262,000/mm³.

Una hora posterior al ingreso inicia con pérdida de la consciencia, con PAM < 30 mm de Hg y frecuencia cardíaca en 125 lpm. Se revalora a la exploración física encontrando datos de abdomen agudo y al ultrasonido de control se encuentra abundante líquido libre.

Se inicia reanimación hídrica, manejo con aminas y hemotransfusión. Pasa de urgencia a sala de quirófano para laparotomía exploradora, durante el transquirúrgico se encuentra hemoperitoneo de 1500 cc.

Se visualiza además pérdida de la anatomía por ruptura de la porción intersticial de la salpinge izquierda, evidenciando así embarazo ectópico roto. Se realiza histerectomía con salpingooforectomía izquierda (Fig. 2).

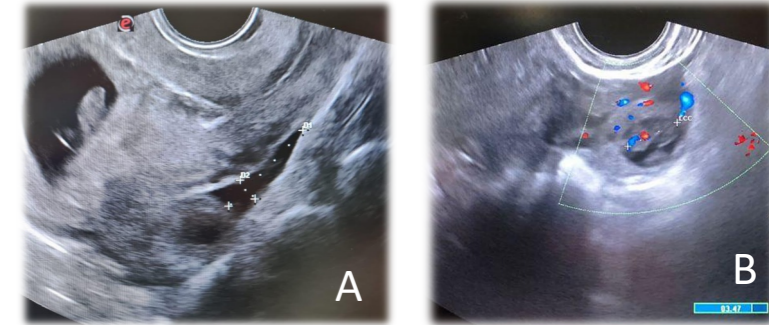
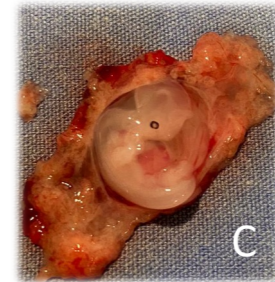


FIG. 1.

A: Embarazo intrauterino con la coexistencia de masa anexial derecha, escaso líquido libre.

B: Masa anexial derecha con saco gestacional y embrión con LCC de 13.3 mm, frecuencia cardíaca presente.



C: Salpinge derecha y embarazo ectópico con embrión presente.

FIG. 2.

A: Embarazo ectópico en salpinge izquierda, porción intersticial.

B: Útero con corte transversal que expone embarazo intrauterino y embarazo ectópico en salpinge izquierda.

