

Dra. Puente Villalobos Mireya <sup>1</sup>, Dr. Beltran Peñaloza Pedro Abel <sup>2</sup>, Dr. Cervera Solano Francisco Antonio<sup>3</sup>, Dra. Rivas Gómez Tanya Jazmín<sup>4</sup>, Dra. Iracheta Arias Alejandra Yareli<sup>5</sup>.

1. Profesor Titular del Programa de la Residencia de Medicina Materno-Fetal. Hospital Ginequito. Monterrey, Nuevo León. México.  
2. Jefe de Enseñanza del Hospital Ginequito. Monterrey, Nuevo León. México.  
3. Ginecología y Obstetricia – Embarazo de Alto Riesgo

4. Residente de 1er Año de Medicina Materno-Fetal. Hospital Ginequito Monterrey, Nuevo León. México.  
5. Residente de 1er Año de Ginecología y Obstetricia. Hospital Ginequito Monterrey, Nuevo León. México.

## ANTECEDENTES

El embarazo heterotópico es la coexistencia de un embarazo intrauterino y extrauterino. La tasa incidental se estima en 1 en 30,000 embarazos espontáneos y representa el 1% de embarazos obtenidos por técnicas de reproducción asistida. Siendo una entidad rara, difícil de diagnosticar debido al descarte de revisar anexos al encontrar un embarazo intrauterino, presenta una alta tasa de complicaciones y mortalidad materna de no ser tratado. La revisión sistemática ultrasonográfica prenatal es la herramienta más importante para su diagnóstico oportuno.

Este reporte de caso tiene como objetivo describir un caso de gestación heterotópica posterior a una inseminación, además de revisar la literatura sobre el tema, el cual en su mayoría tiene una evolución satisfactoria, especialmente después del tratamiento con incisión quirúrgica del embarazo. Esta patología, presenta aún escasa evidencia para definir el mejor tratamiento para lograr resultados perinatales exitosos y la mínima tasa de complicaciones.

## OBJETIVO

Reportar la incidencia de embarazos heterotópicos con un diagnóstico temprano, y evaluación ecográfica completa así como su documentación en cuanto al manejo y desenlace del mismo nos ayudarán a aumentar el nivel de evidencia y poder ser base para generar guías de tratamiento médico quirúrgico sustentadas en medicina basada en evidencias.

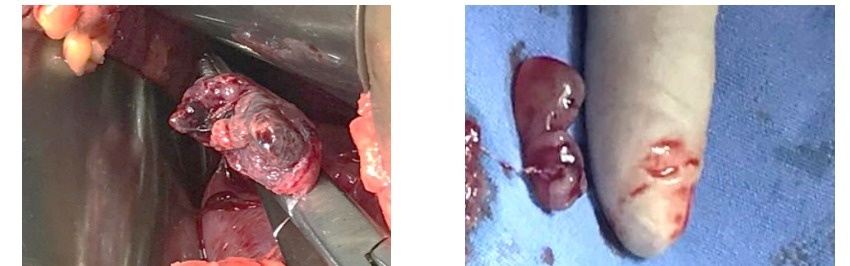
## CASO CLÍNICO

Femenina de 28 años, sin antecedentes personales patológicos relevantes, sometida a estimulación folicular con clomifeno 50 mg. El 27 de diciembre del 2021 se realiza la inseminación, reportando PIE positivo a los 31 días posteriores.

El día 10 de Enero del 2022 se observa saco gestacional de 9 mm in situ, siendo 5.3 semanas de amenorrea y 5 por USG. A la semana de seguimiento, saco de 16 mm, con saco vitelino y FCF presente, refiriendo sangrado transvaginal escaso, el cual persiste hasta las 10 SDG a pesar de manejo con progesterona 400 mg c/24 hrs. El 4 de febrero del 2022 se observa útero de 12 cm, saco gestacional de 24 mm, embrión con LCC correspondiente a 10 SDG, FCF presente. Se observa además hematoma subcoriónico y ovario derecho aumentado de tamaño (24 mm) con embrión en interior, siendo así un embarazo de 11 SDG intrauterino por USG y uno de 10 SDG extrauterino, el cual se propone resolución por laparotomía el 5 de febrero, encontrando ovario quístico de 5x5 cm, tumoración anexial en ampulla derecha rota. Se realiza salpingectomía. Se extrae producto de 11.3 SDG, vivo.

En seguimiento por ecografía a las 12.5 SDG, se observa producto de 62 g, placenta corporal anterior grado 0, movimientos presentes, líquido amniótico sin alteraciones. Continúa manejo con progesterona y ácido fólico.

## IMAGENES



El autor no reporta ningún conflicto de interés al realizar esta publicación.

## RESULTADOS

Se continúa con embarazo sin complicaciones, con control prenatal adecuado y seguimiento de bienestar fetal (RCTG), obteniéndose vía cesárea el 24 de agosto del 2022 a las 11:11 hrs en Hospital Ginequito producto masculino de 37.5 SDG, con peso de 3,010 g y puntuación apgar 9-10. Se proporcionan maniobras iniciales presentando adecuada adaptación. Normocéfalo, adecuada implantación de pabellones auriculares, labio y paladar integro, tórax simétrico, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, abdomen globoso sin visceromegalias palpables, cordón umbilical con dos arterias y una vena, extremidades eutroficas simétricas, barlow y ortolani negativos

## CONCLUSIONES

El embarazo heterotópico es una condición con una incidencia en aumento debido al creciente número de embarazos resultantes de técnicas de reproducción asistida. Lamentablemente aún con las graves asociaciones a complicaciones Materno-Fetales, no existe un consenso en la literatura o guías internacionales que dicten las pautas sobre el mejor abordaje para esta condición.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Moerland VC, Vernooij F, de Groot PCM. Een heterotepe zwangerschap [A heterotopic pregnancy]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2020 Apr 30;164:D4412. Dutch. PMID: 32395949.
- 2.- Tempfer CB, Dogan A, Tischoff I, et al. Chronic ectopic pregnancy: case report and systematic review of the literature. Arch Gynecol Obstet. 2019;300(3):651-660.
- 3.- Yang X, Zhu L, Le F, et al. The effect of local aspiration and methotrexate injection on live interstitial pregnancy coexisting with live intrauterine pregnancy after assisted reproductive technology. J Obstet Gynaecol Res. 2019;45(7):1296-1302.
- 4.- Pratilas GC, Chatzis P, Panteleris N, et al. Concealed heterotopic pregnancy at 12 weeks, with no coexisting risk factors: lessons to be learned. J Obstet Gynaecol Res. 2017;43(1):228-231.
- 5.- Hewlett K, Howell CM. Heterotopic pregnancy: Simultaneous viable and nonviable pregnancies. JAAPA. 2020 Mar;33(3):35-38. doi: 10.1097/01.JAA.0000654012.56086.97. PMID: 32097214.
- 6.- Chen L, Sun WJ, Hao LJ, Lin Y. Successfully Managing Cornual Heterotopic Pregnancy: A Case Report and Literature Review. Chin Med Sci J. 2021 Jun 30;36(2):161-170. doi: 10.24920/003793. PMID: 34231465.