

## Embarazo heterotópico espontáneo como abdomen agudo: manejo y resultado exitoso del embarazo intrauterino. Reporte de Caso

**Montúfar-Pazmiño María**  
<https://orcid.org/0009-0002-0484-6495>

Facultad de Ciencias Médicas,  
 Universidad Central del Ecuador,  
 Quito, Ecuador

**Vega-Aza Jennifer**  
<https://orcid.org/0009-0003-0120-9914>

Facultad de Ciencias Médicas,  
 Universidad Central del Ecuador,  
 Quito, Ecuador

**Enríquez-Vargas Galo**  
<https://orcid.org/0009-0000-1631-8409>

Servicio de ginecología, Hospital  
 General San Vicente de Paúl,  
 Ibarra, Ecuador

**Correspondencia:**  
 María José Montúfar  
[majito2899@gmail.com](mailto:majito2899@gmail.com)

**Recibido:** 8 de junio 2023  
**Aceptado:** 30 de junio 2023

### Resumen:

**Introducción:** El embarazo heterotópico corresponde a la coexistencia de un embarazo ectópico y un embarazo intrauterino, su incidencia es baja y es extremadamente raro que suceda de manera espontánea ya que en su mayoría se relaciona con el embarazo médicamente asistido, a pesar de esto corresponde a una importante causa de mortalidad materna durante el primer trimestre de la gestación.

**Objetivo:** Describir el embarazo heterotópico como una posibilidad diagnóstica, tomando en cuenta factores de riesgo, manifestaciones clínicas, evaluación y manejo terapéutico.

**Presentación del caso:** Se presenta el caso de mujer gestante en el Hospital General San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra-Ecuador con embarazo heterotópico espontáneo diagnosticado a las 18,3 semanas de gestación sin factores de riesgo, que presenta cuadro de abdomen agudo quirúrgico con clínica de dolor a la palpación en fosa ilíaca izquierda y puntos ureterales positivos, se evidenció masa en anexo izquierdo que confirmaría el diagnóstico; el embarazo intrauterino inició con labor de parto a las 37.3 semanas, al producirse distocia de la dinámica se realiza cesárea llegando al fin del embarazo.

**Discusión:** El manejo actual del embarazo heterotópico varía de acuerdo con el momento del diagnóstico, al estado de gravedad de la paciente y a la viabilidad de los productos. El estándar de oro en el diagnóstico y tratamiento es la laparoscopia, y su alternativa la laparotomía; es decir que el tratamiento del embarazo heterotópico es esencialmente quirúrgico con la intención de remover el embarazo extrauterino.

**Conclusiones:** Aunque es de importancia conocer los factores de riesgo asociados al embarazo heterotópico y sus manifestaciones clínicas para una adecuada orientación diagnóstica y pronta resolución, este caso nos recuerda que deben tenerse en cuenta los diagnósticos poco frecuentes en todas las pacientes, teniendo como objetivo preservar el embarazo intrauterino y llevarlo a término, los elementos diagnósticos de mayor utilidad serán la ecografía y en muchos casos laparotomía exploratoria y laparoscopia con histopatológico del producto ectópico, el manejo dependerá del momento de la gestación, el estado y la localización de los productos siendo en su mayoría quirúrgico.

**Palabras clave:** embarazo heterotópico, embarazo ectópico, abdomen agudo, informes de casos

## Spontaneous heterotopic pregnancy as acute abdomen: management and successful outcome of intrauterine pregnancy. Case Report

### Abstract

**Introduction:** Heterotopic pregnancy corresponds to the coexistence of an ectopic pregnancy and an intrauterine pregnancy, its incidence is low and it is extremely rare for it to occur spontaneously since it is mostly related to medically assisted pregnancy, despite this it corresponds to an important cause of maternal mortality during the first trimester of pregnancy.

**Objective:** Describe heterotopic pregnancy as a diagnostic possibility, taking into account risk factors, clinical manifestations, evaluation and therapeutic management.

**Case presentation:** The case of a pregnant woman is presented at the San Vicente de Paúl General Hospital in the city of Ibarra-Ecuador with a spontaneous heterotopic pregnancy diagnosed at 18.3 weeks of gestation without risk factors, who presents with an acute abdomen. surgery with symptoms of pain on palpation in the left iliac fossa and positive ureteral points, a mass was evident in the left annex that would confirm the diagnosis; The intrauterine pregnancy began with labor at 37.3 weeks. When dynamic dystocia occurred, a cesarean section was performed, reaching the end of the pregnancy.

**Discussion:** The current management of heterotopic pregnancy varies according to the time of diagnosis, the severity of the patient and the viability of the products. The gold standard in diagnosis and treatment is laparoscopy, and its alternative is laparotomy; That is to say, the treatment of heterotopic pregnancy is essentially surgical with the intention of removing the extrauterine pregnancy.

**Conclusions:** Although it is important to know the risk factors associated with heterotopic pregnancy and its clinical manifestations for adequate diagnostic guidance and prompt resolution, this case reminds us that rare diagnoses must be taken into account in all patients, aiming to preserve intrauterine pregnancy and carrying it to term, the most useful diagnostic elements will be ultrasound and in many cases exploratory laparotomy and laparoscopy with histopathology of the ectopic product, management will depend on the time of pregnancy, the state and location of the products being in mostly surgical.

**Key words:** heterotopic pregnancy, ectopic pregnancy, acute abdomen, case reports

**Cómo citar este artículo:** Montufar M, Vega J, Enríquez G. Embarazo Heterotópico Espontáneo como abdomen agudo: manejo y resultado exitoso del embarazo intrauterino. Reporte de Caso. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2023 [citado]; 48(2): 119-124. Disponible en: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v48i2.5816>



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No Comercial - Sin obras derivadas 4.0 International License

## Introducción

El embarazo heterotópico es un cuadro poco común con una incidencia aproximada de 1 por cada 30.000 embarazos, con un rango de 1 por cada 10.000 a 50.000 embarazos espontáneos, corresponde a la existencia simultánea de un embarazo ectópico y un embarazo intrauterino<sup>1,2</sup>. Aproximadamente, el 70% de los embarazos heterotópicos se diagnostican entre las 5 a 8 semanas de edad gestacional, 20% entre las semanas 9 y 10, y el 10% restante más allá de la semana 11<sup>3</sup>. El 95-97% de los embarazos ectópicos de estas gestas se ubican en la trompa de Falopio, aunque también pueden ubicarse en el cérvix, abdomen, región cornual, intersticio u ovario<sup>4</sup>.

Se asocia principalmente al embarazo medicamente asistido y raramente ocurre con la concepción natural, se encuentra dentro de las primeras causas de mortalidad materna en el primer trimestre<sup>1,3</sup>. No existen muchos casos descritos y el primer caso de embarazo heterotópico fue reportado por Duberney en 1708 en los hallazgos de una autopsia al descubrir un embarazo intrauterino en una mujer fallecida debido a un embarazo ectópico accidentado<sup>2,5</sup>. La incidencia si bien se mantiene baja ha aumentando en los últimos 20 años y estos relacionados al desarrollo de técnicas de reproducción asistida y tratamientos de infertilidad<sup>1,5</sup>.

Al ser este tipo de embarazo generalmente de diagnóstico tardío se debe tener la sospecha clínica cuando existen factores de riesgo; y ante la presencia de dolor abdominal junto a una masa palpable intrapélvica y embarazo intrauterino<sup>6-8</sup>.

Los factores de riesgo asociados al embarazo heterotópico son: tabaquismo, antecedente de embarazo ectópico, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones de transmisión sexual, cirugía de trompas de Falopio, cirugía abdominal, endometriosis, tratamientos para infertilidad y ciertas formas de anticoncepción<sup>1,2,5,9</sup>.

El cuadro clínico es muy inespecífico, los signos y síntomas de un embarazo heterotópico se asocian a los de un embarazo normal, la clínica puede ser leve o inexistente, pudiendo presentar dolor pélvico a menudo acompañado por amenorrea y ocasionalmente sangrado vaginal que puede ir

desde manchado a sangrado severo, pero esta triada no se presenta de forma común y en ocasiones puede llevar a un diagnóstico erróneo de embarazo ectópico<sup>1,3,10-12</sup>. Se puede estar frente a un cuadro clínico de abdomen agudo e incluso tener signos de irritación peritoneal indicativos de una colección de sangre intraperitoneal y hay que tomar en cuenta los antecedentes de la paciente y actuar de manera adecuada para establecer un buen diagnóstico diferencial<sup>1,2,3</sup>.

Determinar el diagnóstico de un embarazo heterotópico es bastante complicado debido a que el embarazo intrauterino enmascara el ectópico. Los niveles más bajos de la  $\beta$ HCG suelen ser un indicador de embarazo ectópico y junto a la ecografía transvaginal se permite un diagnóstico correcto en un 88,9% de los casos al revelar los embarazos intrauterinos y extrauterinos reales, por lo cual al revelar actividad cardíaca embrionaria fuera del útero y otro embrión intrauterino se conforma un signo patognomónico, sin embargo la mayor parte de los casos de embarazos heterotópicos se diagnostican después que se ha complicado el embarazo extrauterino inclusive luego de haberse realizado una ecografía<sup>6,9</sup>. En las imágenes lo que se visualiza con mayor frecuencia es una masa anexial con embarazo intrauterino, lo que en este caso sucedió<sup>6</sup>.

Es posible realizar un diagnóstico definitivo de un embarazo ectópico cuando se combinan los resultados ecográficos junto con los resultados de  $\beta$ HCG<sup>11</sup>.

Los criterios para diagnosticar la presencia de una gestación ectópica son una masa anexial heterogénea, saco extrauterino con halo hiperecogénico alrededor y saco con vesícula vitelina o el botón embrionario con o sin actividad extrauterina<sup>12</sup>.

Si aún persiste inseguridad después de realizar la ecografía, se puede realizar una intervención laparoscópica exploratoria para facilitar el diagnóstico y los pasos posteriores en el manejo clínico<sup>1</sup>. El resultado definitivo se da mediante el reporte del servicio de histopatología, el mismo que puede describir vellosidades coriónicas en la pared de la trompa, confirmando la presencia de una gestación ectópica<sup>1</sup>.

Al ser este tipo de embarazo generalmente de diagnóstico tardío, permite la sospecha clínica

cuando existen factores de riesgo; y ante la presencia de dolor abdominal junto a una masa palpable intrapélvica y embarazo intrauterino<sup>6,7</sup>.

El objetivo de este estudio fue describir el embarazo heterotópico como una posibilidad diagnóstica, tomando en cuenta factores de riesgo, manifestaciones clínicas, evaluación y manejo terapéutico.

### Presentación del caso clínico

Paciente femenina de 31 años, ecuatoriana, mestiza, que acudió al servicio de emergencia con un cuadro clínico de abdomen agudo caracterizado por dolor abdominal suprapúbico de 7 horas de evolución EVA 10/10, acompañado de disuria y tenesmo vesical. La paciente no refirió antecedentes patológicos personales y familiares de importancia, en cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos refiere dos gestas previas; la primera hace doce años, de la cual resulta en un parto cefalovaginal sin complicaciones, la segunda de la cual no se especifica fecha, resultó en un aborto espontáneo a las 12 semanas de gestación. Actualmente presenta una gesta de 18,3 semanas de edad gestacional y refiere controles en el primer nivel de atención, sin complicaciones.

Al examen físico se evidenció una paciente consciente, orientada, los signos vitales se encontraron dentro de los parámetros normales; abdomen doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca izquierda además de puntos ureterales dolorosos;

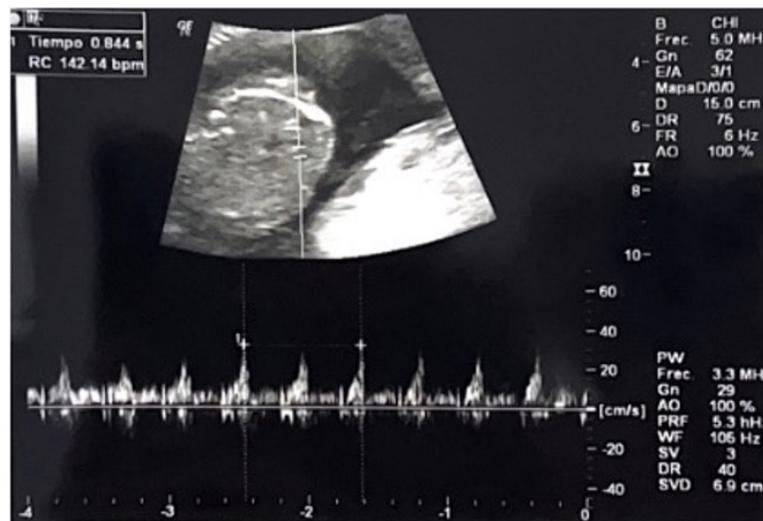
al tacto vaginal no hubo sangrado y se apreció un cérvix entreabierto.

En los exámenes complementarios de laboratorio no se evidenciaron alteraciones. Al realizar una ecografía obstétrica se encontró un útero gestante, conteniendo feto único vivo, en presentación cefálica, con frecuencia cardíaca fetal de 142 latidos por minuto y biometría fetal acorde a edad gestacional, además de placenta corporal posterior y líquido amniótico en cantidad normal. (Figura 1).

A nivel de flanco izquierdo se encontró imagen ovoide, de ecogenicidad mixta, que mide 54.9mm x 78.9mm x 51.5mm, encapsulada; sin señales de Doppler que demuestren vascularización. (Figura 2).

Bajo la sospecha diagnóstica de un embarazo de 18.3 semanas más una probable masa mixta del anexo izquierdo con torsión pedicular; se decide el ingreso de la paciente para realizar una laparotomía exploratoria. Los hallazgos fueron hemoperitoneo con coágulos de aproximadamente 600 ml, útero gestante acorde a 18 semanas de gestación, masa irregular que dilata al tercio medio de la trompa izquierda (Figura 3) y fimbria sangrante. Con estos hallazgos se sospechó de un embarazo heterotópico y se realizó una salpingectomía total izquierda obteniendo una muestra para estudio histopatológico.

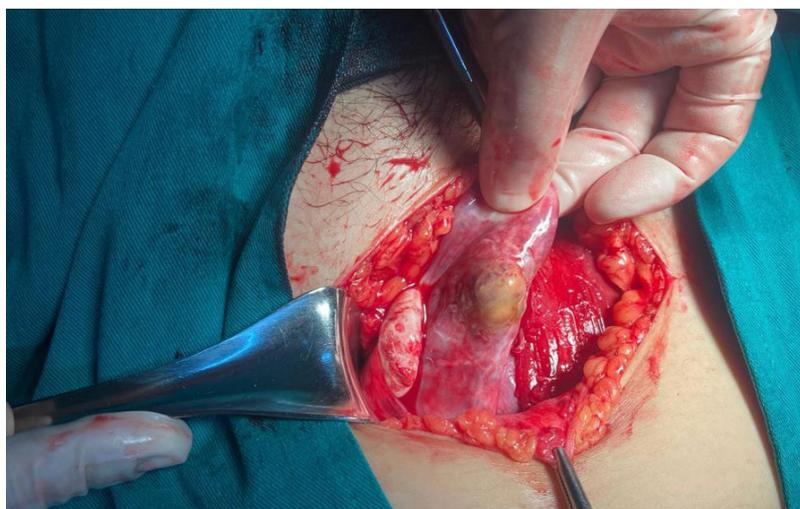
Se recibió el reporte histopatológico, que reportó una muestra negativa para malignidad, compatible con embarazo tubárico y salpingitis aguda, lo que permitió establecer el diagnóstico de embarazo heterotópico.



**Figura 1.** Ecografía de embarazo intrauterino con frecuencia cardíaca fetal de 142 lpm.



**Figura 2.** Ecografía evidencia imagen ovoide a nivel de flanco izquierdo



**Figura 3.** Masa irregular a nivel de tercio medio de trompa de Falopio izquierda

La paciente fue dada de alta 48 horas después del procedimiento de salpingectomía total izquierda, sin la presencia de complicaciones.

Posterior al egreso el paciente continuó con los controles prenatales del embarazo intrauterino en el primer nivel de atención.

Acude nuevamente al servicio de emergencia con 37,2 semanas de edad gestacional en labor de parto inicial por lo que es ingresada para evolución espontánea, sin embargo, tras doce horas y varias revaloraciones sin evidencia evolución, se decide la terminación del embarazo por vía alta debido a distocia dinámica y riesgo de compromiso de bienestar fetal, y se realiza salpingectomía

derecha por paridad satisfecha. El procedimiento se lleva a cabo sin complicaciones obteniendo una recién nacida viva en buenas condiciones. Después de una evolución favorable, la paciente y la recién nacida son dadas de alta.

### Discusión

En este caso, al no tener dentro de las sospechas iniciales el diagnóstico del embarazo heterotópico se decidió utilizar la laparotomía exploratoria, con la finalidad de valorar útero y anexos y extraer la masa anexial reportada durante la ecografía.

El manejo actual del embarazo heterotópico varía de acuerdo con el momento del diagnóstico, el estado de gravedad de la paciente y la viabi-

**Tabla 1.** Cronología de los acontecimientos relevantes en el caso clínico presentado.

16/03	Paciente acude a emergencia cursando embarazo de 18,3 semanas con cuadro de abdomen agudo, se realiza laparotomía por masa anexial, la misma que se envía a estudio histopatológico
18/03	Paciente postlaparotomía egresa con embarazo intrauterino de 18,5 semanas. Se indica controles en primer nivel
12/04	Se recibe resultado de histopatológico que confirma presencia de embarazo tubárico en trompa izquierda
26/07	Paciente en labor de parto cursando embarazo de 37,3 semanas
27/07	Se realiza cesárea por distocia de la dinámica del trabajo de parto + riesgo de compromiso del bienestar fetal, se recibe recién nacido vivo de sexo femenino
29/07	Después de una evolución favorable, paciente y recién nacida son dadas de alta

lidad de los productos. El estándar de oro en el diagnóstico y tratamiento es la laparoscopia, y su alternativa la laparotomía; es decir que el tratamiento del embarazo heterotópico es esencialmente quirúrgico con la intención de remover el embarazo extrauterino<sup>7</sup>.

Hay que tener presente que el uso de metotrexato o prostaglandinas están indicadas solo cuando no exista viabilidad del embarazo intrauterino<sup>7</sup>.

Cuando el embarazo intrauterino tiene viabilidad y se decide preservarlo, se considera el uso de cloruro de potasio para el embarazo ectópico y no el uso de prostaglandinas que pueden producir contracciones y terminar en un aborto; ni metotrexato ya que puede resultar teratogénico o letal para el embrión intrauterino<sup>7</sup>.

La decisión quirúrgica fue la salpingectomía total izquierda, esto debido a que la masa dilatada el tercio medio de la trompa y no se podía estimar el grado de invasión en el sitio de implantación. El estudio de histopatología fue una herramienta clave para realizar el diagnóstico certero del embarazo extrauterino. Además, el embarazo intrauterino fue preservado y logro avanzar hasta término sin complicaciones.

De acuerdo con la literatura existente de este tipo de embarazos se sabe que el pronóstico de un embarazo intrauterino en un embarazo heterotó-

pico para que logre llegar a término es del 75% a término, y en pretérmino es del 16%, y para terminar en aborto es del 9%<sup>8</sup>.

## Conclusiones

El embarazo heterotópico es una anomalía poco frecuente del embarazo normal, y representa un desafío en su diagnóstico debido a tener una clínica, valores de laboratorio inespecíficos y en ocasiones dificultad para su reconocimiento a través de la ecografía; la principal estrategia para disminuir los errores en su diagnóstico es la cuidadosa exploración de los anexos en toda gestación temprana, con énfasis en las logradas por técnicas de reproducción asistida o con factores de riesgo presentes. El manejo de esta anomalía debe ser cuidadoso y minucioso, y no excluir la valoración histopatológica.

## Consentimiento informado

No se presentan características que permitan la identificación de la paciente, sin embargo, se obtuvo su consentimiento informado previa redacción del presente reporte de caso.

## Contribución de autoría

Diseño del manuscrito: María José Montúfar Pazmiño, Jennifer Alexandra Vega Aza recopilación de datos de historia clínica: María José Montúfar Pazmiño, Jennifer Alexandra Vega

Aza recopilación de datos bibliográficos: María José Montúfar Pazmiño, Jennifer Alexandra Vega Aza redacción y edición: María José Montúfar Pazmiño, Jennifer Alexandra Vega Aza, Galo Fernando Enríquez Vargas revisión y validación: María José Montúfar Pazmiño, Jennifer Alexandra Vega Aza, Galo Fernando Enríquez Vargas

### Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés involucrado en la realización de este artículo

### Referencias

1. Oancea M, Ciortea R, Diculescu D, Poienar A, Grigore M, Lupean R, et al. Spontaneous Heterotopic Pregnancy with Unaffected Intrauterine Pregnancy: Systematic Review of Clinical Outcomes. *Medicina* [Internet]. 2020 Nov [citado 2023 Sep 06]; 56(12): 665. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1648-9144/56/12/665>
2. Villarreal A. Embarazo heterotópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2019 Mar [citado 2023 Sep 06]; 45(1): 86-95. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2019000100086&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000100086&lng=es)
3. Hochstatter E, Gonzales A. Embarazo heterotópico: reporte de un caso. *Gac Med Bol* [Internet]. 2020 Ago [citado 2023 Sep 06]; 43(1): 97-99. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662020000100017&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662020000100017&lng=es)
4. Albalat R, Cea J, Carrasco A, Jimenez A. Gestación heterotópica espontánea. *Clin Invest Gin Obst* [Internet]. 2012 En [citado 2023 Sep 06]; 40(1): 26-28. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S0210573X11001456>
5. Tamayo G, Malcolm A, Díaz G, Ttito J. Embarazo heterotópico espontáneo. Presentación de un caso. *Multimed* [Internet]. 2019 May [citado 2023 Sep 06]; 23(3) 622-630. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n3/1028-4818-mmed-23-03-562.pdf>
6. Gutiérrez C, Romero S, Velasco P. Embarazo heterotópico. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2006 [citado 2023 Sep 06]; 74(7) 389-393. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=14514>
7. Luna G. Embarazo heterotópico espontáneo en pacientes con antecedente de embarazo gemelar familiar: 2 casos. *Prog Obstet Ginecol* [Internet]. 2012 Mar [citado 2023 Sep 06]; 55(3) 141-145. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501311004468>
8. Kaplan F, Espinoza O, Scheppler M, Cabrera D. Embarazo heterotópico: una patología emergente. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2002 [citado 2023 Sep 06]; 67(5): 402-404. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000500013&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000500013&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000500013>
9. Cafici D, Sepúlveda W. *Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal*. 2th. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal ;2018.
10. Callen P. *Ultrasonography in obstetrics and gynecology* 3th. ed. Estados Unidos: Saunders Company; 1994.
11. Fleischer, Manning, Jeanty, Romero. *Ecografía en Obstetricia y Ginecología*. Madrid: Marbán Libros; 2002.
12. Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid: Médica Panamericana; 2007.

### Agradecimiento

Agradecemos al Hospital General San Vicente de Paúl por permitirnos aprender de sus profesionales y difundir el valioso conocimiento adquirido

### Financiamiento

Trabajo realizado con fondos propios de los autores.