



REPORTES BREVES

Hallazgo casual de embarazo heterotópico en paciente con abdomen agudo quirúrgico. A propósito de un caso

Dr. Aaron Cohen*, Dra. Ana María González**, Dra. Mariela Lilue Bajares**, Dra. Sabina Morales Lebenhart***, Dr. Nilfran Nottola Filomena**, Dra. Jacqueline Rodríguez Correia**

Posgrado de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario de Caracas, Caracas

RESUMEN

El embarazo heterotópico es la combinación del embarazo intra y extrauterino y resulta raro, aunque cada vez es más frecuente. Aun cuando su etiología no ha sido plenamente esclarecida, muchos de los factores son compartidos con aquellos referidos para el embarazo ectópico, como la enfermedad inflamatoria pélvica. Se presenta caso de paciente de 29 años de edad, con 5 gestas, 2 para, 2 abortos, quien cursa actualmente con embarazo de 6 semanas intrauterino por ecosonograma quien acude por dolor abdominal de 3 días de evolución se realiza ecografía encontrándose útero grávido con embrión correspondiente según longitud craneo-rabadilla a 6 semanas con imagen anecoica en ovario derecho de 58 x 40 x 36 con imagen hiperecoica en su interior que pudiera corresponder a embarazo ectópico derecho. Se realiza laparotomía exploradora, encontrándose hemoperitoneo de $\pm 1\ 000\ \text{cm}^3$, trompa izquierda engrosada, rota y con sangrado activo. El informe de biopsia de fecha 17/05/05 reporta: trompa izquierda de 6,5 x 2,5 cm, de longitud, dilatada. Serosa hemorrágica, pared rota, concluyendo como embarazo ectópico izquierdo roto.

Palabras clave: Embarazo heterotópico, enfermedad inflamatoria pélvica.

ABSTRACT

The pregnancy heterotopic is combination of extrauterine and intrauterine pregnancy and is rare, although every more frequent. Even his etiology has not totally been clarified, many of the factors are shared with those referred for the pregnancy ectopic, like the pelvic inflammatory disease. Appears case of patient of 29 age Vg IIP IIA that attends at the moment with intrauterine pregnancy of 6 weeks by ECHO that goes by abdominal pain of three days of evolution makes ultrasonography found a six weeks embryo by LCR with anechoic image in right ovary of 58 x 40 x 36 with hyperechoic image in its interior that could correspond to pregnancy ectopic. Exploration laparotomy its performed and found 1 000 cc of hemoperitoneum left tube thickened, broken and with bleed active. The report of biopsy of date 17/05/05 reports: Left tube of 6,5 x 2,5 cm, length, expanded. Serosus hemorrhagic, broken wall, concluding like broken pregnancy ectopic left.

Key words: Heterotopic pregnancy, pelvic inflammatory disease.

INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico es la combinación del embarazo intra y extrauterino y resulta raro, aunque cada vez más frecuente⁽¹⁻⁵⁾.

El embarazo heterotópico espontáneo es infrecuente dándose cifras de alrededor de 1:20 000 a 1:30 000⁽¹⁻¹⁰⁾. Aun cuando su etiología no ha sido plenamente esclarecida, muchos de los factores son compartidos con aquellos referidos para el embarazo ectópico, como la enfermedad pélvica inflamatoria, factor etiológico potencial en aproximadamente el 45 % de los casos de embarazo ectópico⁽¹⁾.

Habitualmente, el diagnóstico es ecográfico, las imágenes más frecuentes visualizadas son: masa anexial y líquido libre en el fondo de saco en presencia de embarazo intrauterino⁽¹⁻¹⁰⁾.

*Médico Adjunto Suplente. Posgrado de Obstetricia y Ginecología.
** Médicos Residentes. Posgrado de Ginecología y Obstetricia.
*** Médico Cirujano.

DIRECCIÓN: Dr. Aaron Cohen. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario de Caracas. Caracas
email: acohenc@hotmail.com

Centro Médico 2005;50(1-2):31-32

Caso clínico

Informamos de un caso clínico de esta asociación, acontecido en nuestro hospital recientemente quien presentó cuadro de abdomen agudo por hemoperitoneo debido a embarazo tubárico roto.

Se presenta caso de paciente de 29 años de edad con 5 gestas, 2 para y 2 abortos, quien con embarazo de 6 semanas intrauterino por ecosonograma acude por dolor abdominal de 3 días de evolución en hemiabdomen inferior a predominio de fosa ilíaca derecha, acompañado de sangrado genital escaso de 4 días de evolución.

Entre los antecedentes figuran legrados uterinos por abortos incompletos. Menarquía: 15 años, PRS: 18, NPS: 3, VG IIP IIA, Niega EIP, Niega flujo patológico, RM: 5/28. El abdomen es blando, depresible, distendido con resistencia muscular y Blumberg (+), con ruidos presentes. El examen ginecológico demuestra: cuello uterino macroscópicamente sano, con escaso sangrado; al tacto dolor a la movilización de cuello, fondo de saco posterior abombado, se palpa masa a nivel parauterino izquierdo de aproximadamente 4 cm, dolorosa a la palpación. Se concluye: como tumor parauterino izquierdo, abdomen agudo quirúrgico de etiología a precisar y embarazo ectópico izquierdo roto A/D. Los

estudios paraclínicos demuestran una hemoglobina en 10 g/dL. El ecosonograma transvaginal reporta: útero en AVF, con embrión correspondiente según LCR a 6 semanas con actividad cardíaca presente, con imagen anecoica en ovario derecho de 58 x 40 x 36 mm, con imagen hiperecoica en su interior que pudiera corresponder a embarazo ectópico derecho y moderado líquido libre en cavidad (Figura 1).

Se realiza laparotomía exploradora, encontrándose hemoperitoneo de $\pm 1\ 000\ \text{cm}^3$, trompa izquierda engrosada, rota y con sangrado activo, se procede a realizar salpingectomía izquierda y se envía material para anatomía patológica. Ante el deseo de la paciente se realiza esterilización quirúrgica de trompa derecha por técnica de Pomeroy.



Figura 1. El ecosonograma transvaginal reporta: útero en AVF, con embrión correspondiente según LCR a 6 semanas con actividad cardíaca presente, con imagen anecoica en ovario derecho de 58 x 40 x 36 mm, con imagen hiperecoica en su interior que pudiera corresponder a embarazo ectópico derecho y moderado líquido libre en cavidad.

La paciente evoluciona satisfactoriamente, dándose de alta al tercer día, para continuar con controles en alto riesgo obstétrico, previo al alta se realiza ecografía (19/05/05) que muestra embrión único correspondiente a 7 semanas intrauterino con actividad cardíaca presente y remanente de líquido libre en fondo de saco de escasa cantidad.

El informe de la biopsia de fecha 17/05/05 reporta: trompa izquierda de 6,5 x 2,5 cm, de longitud, dilatada. Serosa hemorrágica, pared rota, concluyendo como embarazo ectópico izquierdo roto y fragmento de trompa derecha sin alteraciones (Figura 2).

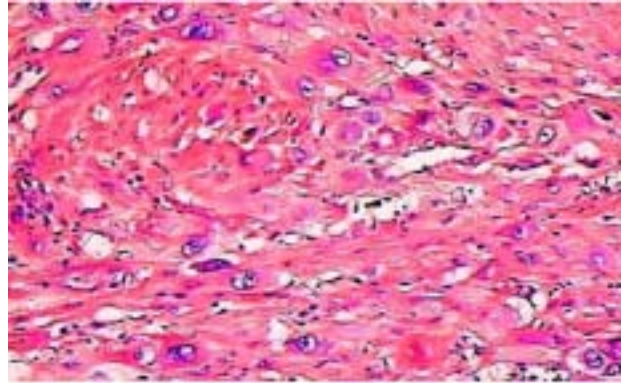


Figura 2. La biopsia reporta: trompa izquierda de 6,5 x 2,5 cm, de longitud, dilatada. Serosa hemorrágica, pared rota, concluyendo como embarazo ectópico izquierdo roto y fragmento de trompa derecha sin alteraciones (hematoxilina-eosina).

CONCLUSIÓN

El embarazo heterotópico “espontáneo” sin factores de riesgo continúa siendo raro. El ultrasonido es el método diagnóstico más importante en esta entidad y que el tratamiento definitivamente es quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Voe RW de, Pratt JH. Simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1948;56:1119-1126.
2. Fernández H, Lelaidier C, Doumerc S. Nonsurgical treatment of heterotopic pregnancy: A report of six cases. *Fertil Steril.* 1993;60:428-432.
3. Loret JR, et al. Cornual heterotopic pregnancy and cornual resection after in vitro fertilization/embryo transfer. A report of two cases. *J Reprod Med.* 1995;40:606-610.
4. Golmand JA, Dicker D, Dekel A. Successful management and outcome of heterotopic triple gestation: Twin tubal and surviving intrauterine pregnancy. *J In Vitro Fertil.* 1991;8:300-306.
5. Tummon IS, Withmore NA, Daniel SA. Transferring more embryos increases risk of heterotopic pregnancy. *Fertil Steril.* 1994;61:1065-1067.
6. Sherer DM, Scibetta JJ. Heterotopic quadruple gestation with laparoscopic resection of ruptured interstitial pregnancy and subsequent successful outcome of triplets. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172:216-217.
7. Ron-El R, Langer R. Term delivery following mid trimester ruptured cornual pregnancy with combined intrauterine pregnancy. Case Report. *Br J Obstet Gynecol.* 1994;95:619-620.
8. Rein MS. Heterotopic pregnancy associated with in vitro fertilization and embryo transfer: A possible role for routine vaginal ultrasound. *Fertil Steril.* 1989;51:1057-1058.
9. Pisarka MD, Casson PR. Heterotopic abdominal pregnancy treated at laparoscopy. *Fertil Steril.* 1998;70:159-160.
10. Bobeck S. One more African case of abdominal pregnancy. *Lakartidningen.* 1998;95:2357-2358.