



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN:**  
**TIPO: ANÁLISIS DE CASO**

**EMBARAZO HETERÓTOPICO**

Presentado para optar al grado académico de:  
**MÉDICO GENERAL**

**AUTOR**

**DARWIN ANDONY REA ÑAMO**

Riobamba – Ecuador

2019



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN:**  
**TIPO: ANÁLISIS DE CASO**

**EMBARAZO HETERÓTOPICO**

Presentado para optar al grado académico de:  
**MÉDICO GENERAL**

**AUTOR: DARWIN ANDONY REA ÑAMO**

**DIRECTOR: DRA. SARA ALICIA COLLAGUASO RODRIGUEZ**

Riobamba – Ecuador

2019

**@2019, Darwin Andony Rea Ñamo**

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Los juicios expuestos en el seguimiento del caso clínico con el tema: “EMBARAZO HETERÓPICO”, como también contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autor del presente trabajo.

Riobamba, Noviembre de 2019

Yo, DARWIN ANDONY REA ÑAMO, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el Trabajo de Titulación modalidad Análisis de Caso y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo

Darwin Andony Rea Ñamo

C.C.: 171996176-3

**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALÚD PÚBLICA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

El tribunal de titulación certifica que: el trabajo de titulación: Tipo análisis de caso “EMBARAZO HETERÓTOPICO” de responsabilidad del señor DARWIN ANDONY REA ÑAMO, ha sido minuciosamente revisado por los miembros del tribunal del trabajo de titulación quedando autorizada su presentación.

Dra. Verónica Alejandra Jaya Baldeón

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

	10/10/2019
<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

Dra. Sara Alicia Collaguaso Rodríguez

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE  
TITULACIÓN**

	10/10/2019
<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

Dr. Benito Victoriano Bayas Vallejo

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL  
DE TITULACIÓN**

	10/10/2019
<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

## **DEDICATORIA**

A mi hijo, quien con su inocencia y cariño es quien me impulsa para esforzarme día a día, siendo el mi motivación más grande para concluir con éxito este logro.

A mi familia, de manera especial a mis padres, abuelitos, hermanos, tíos y primos por su amor, su motivación constante para alcanzar este anhelo, por cada palabra y gesto de cariño, por los sacrificios que juntos hemos pasado.

Darwin Andony Rea Ñamo.

## **AGRADECIMIENTO**

El agradecimiento de este trabajo de titulación va dirigido en primer lugar a Dios, ya que sin su bendición y su amor no hubiera sido posible culminar esta meta propuesta; también a mi directora de trabajo de titulación, Dra. Sara Alicia Collaguaso Rodriguez, por brindarme su ayuda incondicional y compartir sus conocimientos. A mis padres, hermanos, esposa y mi hijo quienes me apoyaron y me enseñaron que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue.



## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	xii
ABSTRACT .....	xiii
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Metodología .....</b>	<b>1</b>
<i>1.1.1. Estrategia de búsqueda .....</i>	<i>1</i>
<i>1.1.2. Criterio de elegibilidad .....</i>	<i>2</i>
<i>1.1.3. Selección de estudios y recopilación de datos .....</i>	<i>2</i>
<b>1.2. Embarazo Heterotópico .....</b>	<b>2</b>
<i>1.1.4. Concepto .....</i>	<i>2</i>
<i>1.1.5. Epidemiología.....</i>	<i>3</i>
<i>1.1.6. Cuadro clínico .....</i>	<i>4</i>
<i>1.1.7. Fisiopatología .....</i>	<i>3</i>
<i>1.1.8. Diagnóstico .....</i>	<i>5</i>
<i>1.1.9. Tratamiento .....</i>	<i>5</i>
<i>1.1.10. Pronóstico .....</i>	<i>8</i>
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Anamnesis .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2. Examen físico .....</b>	<b>10</b>
<b>2.3. Impresión diagnóstica .....</b>	<b>11</b>
<b>2.4. Exámenes complementarios .....</b>	<b>11</b>
<b>2.5. Hospitalización y seguimiento .....</b>	<b>12</b>
<b>2.6. Diagnóstico definitivo.....</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>3. HALLAZGOS .....</b>	<b>24</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>25</b>

## **BIBLIOGRAFÍA**

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1-2:</b> Biometría hemática e inmunología.....	11
<b>Tabla 2-2:</b> H.C.G CORIONICA .....	14
<b>Tabla 3-2:</b> Biometría Hemática.....	18

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1-2:</b> Eco-Transvaginal 09/11/2018.....	14
<b>Figura 2-2:</b> Eco-Transvaginal 15/11/2018.....	15
<b>Figura 3-2:</b> Eco-Transvaginal 29/11/2018.....	16

## LISTA DE ABREVIACIONES

<b>AVF</b>	Antero-verso flexión
<b>FC</b>	Frecuencia cardíaca
<b>FCF</b>	Frecuencia cardíaca fetal
<b>FPP</b>	Fecha probable de parto
<b>FR</b>	Frecuencia respiratoria
<b>FUM</b>	Fecha de última menstruación
<b>gr</b>	Gramos
<b>HCG</b>	Gonadotropina Coriónica Humana
<b>HIV</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humano
<b>IESS</b>	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
<b>IMC</b>	Índice de masa corporal
<b>LCC</b>	Longitud Céfalo Caudal
<b>LPM</b>	Latidos por minuto
<b>MCH</b>	Concentración de Hemoglobina Corpuscular
<b>MCHC</b>	Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media
<b>MCV</b>	Volumen Corpuscular Medio
<b>ml</b>	Mililitro
<b>mm</b>	Milímetro
<b>mmHg</b>	Milímetros de mercurio
<b>MTX</b>	Metotrexato
<b>OCE</b>	Orificio cervical externo
<b>T</b>	Temperatura
<b>T/A</b>	Tensión arterial
<b>US</b>	Ultrasonido

## RESUMEN

En este trabajo de titulación se presenta el estudio del embarazo heterotópico, con la presentación de un caso clínico del Hospital IESS Latacunga, gestante de 29 años que acudió al mencionado centro de salud por presentar dolor en fosa iliaca derecha. Razón por la que se decide realizar exámenes tanto de laboratorio como de imagen donde se evidencia un aumento de los niveles de  $\beta$ -HCG y presencia de dos sacos gestacionales uno en útero y otro en trompa de falopio derecha por lo que se llegó al diagnóstico de embarazo heterópico. Se realizó laparotomía exploratoria con resección de cuña de ovario derecho sin evidencia de saco gestacional en trompa de falopio, sin embargo posterior a intervención quirúrgica se realiza ecografía evolutiva donde se constata ambos sacos gestaciones con involución del embarazo intrauterino y presencia de latido cardiaco en el embarazo ectópico, razón por la que se decide tratamiento conservador con metotrexato a pesar de ello paciente reingresa por servicio de emergencia con cuadro clínico de embarazo ectópico accidentado por lo cual se realiza salpingectomía de emergencia y posterior legrado por aborto séptico. El embarazo heterotópico es una rara condición gineco-obstetrica en donde su pronóstico depende del diagnóstico temprano y el tratamiento de elección es la laparoscopia con el fin de conservar el embarazo intrauterino.

**Palabras clave:** <EMBARAZO HETERÓPICO>, <EMBARAZO INTRAUTERINO>, <EMBARAZO ECTÓPICO>, <EMBARAZO ECTÓPICO ACCIDENTADO>, <METOTREXATO>.

## ABSTRACT

In this research work, the study of heterotopic pregnancy is presented, with the presentation of a clinical report from the IESS Latacunga Hospital, a 29-year-old pregnant woman who went to the mentioned health centre for presenting pain in the right iliac fossa. Reason because it was decided to perform both laboratory and imaging tests where there is evidence of an increase in  $\beta$ -HCG levels, the presence of two gestational sacs, one in the uterus and the other in the right fallopian tube, so the diagnosis of pregnancy was reached Heteropic An exploratory laparotomy was performed with resection of the right ovarian wedge without evidence of a gestational sac in the fallopian tube, however, after the surgical intervention, an evolutionary ultrasound was performed showing both gestation sacs with intrauterine pregnancy involution and the presence of a heartbeat during pregnancy Ectopic, which is conservative treatment with methotrexate is decided despite re-entering an emergency service with a clinical picture of an injured ectopic pregnancy, for which emergency salpingectomy is performed and subsequent curettage due to septic abortion. Heterotopic pregnancy is a rare gynaeco-obstetric condition where its prognosis depends on the early diagnosis and the treatment of choice is laparoscopy to preserve the intrauterine pregnancy.

*Keyword:* <HETEROPIC PREGNANCY>, <INTRAUTERINE PREGNANCY>  
<ECTOPIC PREGNANCY>, <ACCIDENTED ECTOPIC PREGNANCY,&br/><METOTREXATE>.

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico es una rara gestación múltiple en la cual de manera simultánea coexisten un embarazo intrauterino y otro extrauterino, esta condición fue descrita por primera vez en el año de 1708 por Duverney mientras realizaba una autopsia descubrió un embarazo intrauterino en una mujer que había fallecido por un embarazo ectópico accidentado (Lugo et al. 2011)

La implantación más frecuente del EH es en trompa de Falopio en el 90% de los casos, sin embargo también lo podemos encontrar en: ovario (1-3%), cérvix (1%), abdominal (1%), cicatrices uterinas previas (1-3%). (Pérez et al. 2016, p. 2)

La incidencia es de 1 cada 10000 a 50000 embarazos espontáneos, siendo la tasa más alta reportada de 1 caso cada 8000 embarazos, la cual puede incrementar debido a técnicas de reproducción asistida, hiperestimulación ovárica, enfermedad pélvica inflamatoria o embarazo ectópico previo (Rg et al. 2017)

Para el diagnóstico de EH es fundamental relacionar valores elevados de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -HCG), con el ultrasonido los cuales determinaran la existencia de ambos embarazos. En cuanto al tratamiento la cirugía laparoscópica ha sido descrita como el abordaje más eficaz y el cual produce menos complicaciones maternas y perinatales (Benavides-Calvache, Escobar-Vidarte y Hurtado-Burbano 2018, p. 2)

### 1.1. Metodología

#### 1.1.1. Estrategia de búsqueda

La búsqueda sistemática de la literatura fue realizada, de forma independiente, por autores utilizando las bases de datos Scielo, Pubmed, medline. El proceso incluyó búsquedas separadas con los términos "Embarazo Heterotópico", "Embarazo Heterotópico y diagnóstico" y "Embarazo Heterotópico y su Tratamiento" con una combinación posterior de ellos (Benavides-Calvache, Escobar-Vidarte y Hurtado-Burbano 2018, p. 3)



### ***1.1.2. Criterio de elegibilidad***

Los estudios elegibles incluyeron informes de casos y estudios de casos, en los que participaron pacientes con embarazo heterotópico. Los estudios debían describir las características demográficas, clínicas, resultados de laboratorio y tratamiento de los pacientes para ser incluidos en la revisión sistemática. Se consideró que un paciente tiene diagnóstico de embarazo heterotópico si presentaba las características clínicas típicas de esta patología. (Delgado y Kalisch 2019, p. 4)

### ***1.1.3. Selección de estudios y recopilación de datos***

El procedimiento para la selección comenzó con la revisión del título, excluyendo los manuscritos sin ninguna correlación con el objetivo del estudio. Los estudios publicados se clasificaron como elegibles, poco claros y no elegibles, de acuerdo con su ajuste a los criterios de inclusión. Posteriormente, los artículos marcados como elegibles o inciertos se seleccionaron para la revisión de texto completo (Prosego 2006).

## **1.2. Embarazo Heterotópico**

### ***1.1.4. Concepto***

El embarazo heterotópico se define como la presencia de embarazos simultáneos en dos diferentes sitios de implantación, habitualmente es una combinación de embarazos intrauterinos y ectópicos. La ubicación de dicho embarazo es más frecuente en trompa de Falopio representando el 90% de los casos, siendo más común en trompa derecha y en su segmento ampular, sin embargo también lo podemos encontrar en: ovario 1-3%, cérvix 1%, abdominal 1%, cicatrices uterinas previas 1-3% (Pérez et al. 2016) (Prosego 2006, p. 1)

El Embarazo Heterotópico es una patología poco frecuente dentro de la literatura médica es así que desde 1708 donde Duverney describió el primer caso, hasta la actualidad se ha logrado identificar dos tipos: 1. *Espontaneo*: aquel no tiene relación con procedimientos de fertilización asistida; 2. *Provocado*: aquel que se asocia con técnicas de reproducción asistida (Méndez et al. 2016)

### ***1.1.5. Epidemiología***

La incidencia del embarazo ectópico es de 1 cada 200 a 300 embarazos, lo que ha llegado a representar el 1-2% de todas las patologías gineco-obstetricas, por lo cual es responsable del 10-15% de las muertes maternas y también representa el 80-90% de los fallecimientos durante el primer trimestre del embarazo (Patel, Feldman y Ogedegbe 2016).

La incidencia del embarazo heterotópico ha ido en aumento es así que entre los años 1978 y 1994 se comunicaron 120 casos en la literatura inglesa, con una frecuencia de 1 cada 1800 a 2600; en américa latina, entre los años 1982 y 2000, se han publicado 21 casos. Sin embargo la incidencia del EH actualmente es de 1 cada 10000 a 50000 embarazos espontáneos lo que lo ha convertido en una patología emergente (Méndez et al. 2016, p. 2).

El aumento de incidencia en la enfermedad pélvica inflamatoria y tratamientos de reproducción asistida tales como: la super-ovulación, la inseminación intrauterina y la fertilización in vitro, han estado relacionados en el incremento de la frecuencia del EH dando una incidencia aproximadamente de 1 cada 400 embarazos (Méndez et al. 2016, p. 2).

### ***1.1.6. Fisiopatología***

Al ser una combinación de dos condiciones: una normal (Embarazo intrauterino) y una patológica (Embarazo Ectópico) se debe identificar la fisiopatología de la condición problemática.

Fisiopatología del embarazo ectópico

Cualquier alteración en la pared tubarica o la motilidad de los cilios puede facilitar una implantación ectópica. Cuando ocurren procesos inflamatorios pelvianos consecuentemente se inflaman las trompas de Falopio, lo que frena el paso del embrión y emite señales que estimulan la implantación. Los procesos inflamatorios pélvicos pueden afectar la mucosa tubarica y comprometer la pared pudiendo generar obstrucción tubarica parcial o síndrome adherencial. Una trompa de Falopio sin submucosa facilita la implantación del blastocito en el musculo liso que causa daño y hemorragia materna local. El tratamiento oportuno de los procesos inflamatorios pélvicos no evita el daño a la mucosa pero si reduce la oclusión tubarica. La Gonorrea y Chlamydia se encuentran cuentan entre los agentes causantes del PIP. La primera genera una inflamación pélvica agresiva y aguda, la segunda produce inflamación intraluminal, que puede formar una cicatriz tubarica y afectar las células marcapasos de los cilios. Una o dos semanas pos infección por chlamydia pueden persistir sus antígenos causando hipersensibilidad que lleva a cicatrización crónica continua.

Otros mecanismos guardan relación con el tabaquismo que casusa daño directo en la contractibilidad del musculo liso y en la función ciliar, también disminuye la motilidad tubarica al reducir los endocannabinoides. Otro factor es la edad mayor a 40 años, los anticonceptivos por otro lado reducen el riesgo al reducir el riesgo de embarazo,

En general, las técnicas de fertilización asistida tienen un 2.2% de probabilidad de llevar a embarazo clínico, con 0.8% de riesgo de provocar embarazo ectópico. En 1% de los casos se presenta embarazo heterotópico (embarazo intrauterino y ectópico simultáneo) (Jorge A. Carvajal C. 2017).

#### Ubicaciones Posibles

- Trompa (95%): por eso embarazo ectópico es casi sinónimo de embarazo tubarico
- Ampolla (70%)
- Istmo (12%)
- Fimbria (11%)
- Cornual o intersticial (3%) (7% por FIV)

La zona de mayor complicación es esta última, ya que parte del lugar donde se implanta el embrión tiene miometrio y eso permite que se desarrolle más el tejido embrionario, con mayor vascularización. Cuando se complica, es a una edad gestacional mayor y los resultados son más catastróficos. Hay que estar atento frente a la sospecha para poder determinar con precisión la ubicación.

#### Ubicaciones atípicas:

Son difíciles de diagnosticar y se asocian a alta morbilidad:

- Cervical (<15%): pueden ser catastróficos al complicarse, con consecuencias fatales para la paciente.
- Ovárico (3%)
- Abdominal (1%): puede ser viable.
- Cicatriz de cesárea previa (<1%) (Jorge A. Carvajal C. 2017)

#### **1.1.7. Cuadro clínico**

Las manifestaciones clínicas del embarazo heterotópico son variables razón por la que pueden inducir al error en el diagnostico o un retraso en el tratamiento, sin embargo su clínica puede imitar estrechamente las características de un aborto y un embarazo ectópico dentro de los cuales vamos a tener: dolor abdominal, masa abdominal, masa anexial, irritación peritoneal, útero agrandado de tamaño y sangrado vaginal (Méndez et al. 2016, p. 1)

Debido a un retraso en el diagnóstico, dicho cuadro clínico puede evolucionar a ruptura del embarazo ectópico provocando un abdomen agudo y la aparición de shock hipovolémico (Patel, Feldman y Ogedegbe 2016, p. 3).

#### ***1.1.8. Diagnóstico***

El diagnóstico del EH se basa en el cuadro clínico, valores de  $\beta$ -HCG y la ecografía los cuales son muy importantes tanto para un diagnóstico oportuno como para su tratamiento. Es así que requiere un examen físico e historia clínica adecuada los cuales nos ayudaran a establecer un diagnóstico diferencial y sospecha del EH (Benavides-Calvache, Escobar-Vidarte y Hurtado-Burbano 2018).

Los valores de  $\beta$ -HCG por si solos nos son concluyentes a la hora de diagnosticar el EH, debido a que la presencia del embarazo intrauterino puede enmascarar los cambios en los  $\beta$ -HCG del embarazo extrauterino y viceversa (Méndez et al. 2016)

El ultrasonido transvaginal es la principal ayuda diagnostica teniendo una sensibilidad del 92% en la determinación del EH, es necesario realizar una visualización de rutina de los anexos debido a que la existencia del embarazo uterino podría omitir la existencia del embarazo ectópico (Benavides-Calvache, Escobar-Vidarte y Hurtado-Burbano 2018, p. 2). La visualización de la actividad cardiaca del embarazo intrauterino como extrauterino es importante para el diagnóstico, sin embargo es una condición poco usual, otros datos incluyen saco gestacional vacío, saco gestacional con un polo fetal, saco gestacional que contiene un saco vitelino, embrión o masa anexial. Un embarazo ovárico puede ser fácilmente confundido como un cuerpo lúteo (Pérez et al. 2016).

#### ***1.1.9. Tratamiento***

El tratamiento estará relacionado con el estado hemodinámico de la paciente, en el 72 % de los embarazos heterotópicos la resolución es quirúrgica mientras que en el 27% de los casos es tratado de forma conservadora (Méndez et al. 2016, p. 2).

La cirugía laparoscópica es la técnica más empleada y exitosa tanto diagnostica como terapéutica ya que ha sido utilizado para el tratamiento de embarazos ectópicos, siempre y cuando la paciente se encuentre hemodinámicamente estable, durante la cirugía es necesario realizar la mínima

manipulación posible al útero para prevenir contracciones y la posible pérdida del embarazo intrauterino (Benavides-Calvache, Escobar-Vidarte y Hurtado-Burbano 2018)

La laparotomía es la opción indicada cuando la cirugía laparoscópica no es posible realizarla, debido a su abordaje y manipulación comprometería el embarazo intrauterino razón por lo que se sugiere dicha cirugía cuando la paciente presenta inestabilidad hemodinámica debido a una ruptura tubárica (Patel, Feldman y Ogedegbe 2016)

En el tratamiento conservador es utilizado el metotrexato sin embargo se encuentra contraindicado en presencia de una gestación intrauterina viable. El metotrexato es un antagonista del ácido fólico el cual inhibe la síntesis de purinas y pirimidinas por lo que interfiere en la síntesis del ADN y la multiplicación celular, al ser el trofoblasto un tejido de rápida proliferación se ve vulnerable a la acción del MTX (Méndez et al. 2016, p. 4)

El metotrexato se administra vía intramuscular 50mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal dosis única, si no se evidencia un descenso de los valores de  $\beta$ -HCG en el cuarto y séptimo día posterior a la administración por lo menos del 15%, se puede repetir la dosis. Para el cálculo de la superficie corporal se utiliza la fórmula de Mosteller [(peso en kg x talla en cm / 3600) x 0,5]. La dosis usualmente oscila entre 75-90 mg (Méndez et al. 2016, p. 5)

También se puede utilizar dosis múltiples de MTX a 1 mg/kg de peso los días 1, 3, 5 y 7 con dosis de rescate a 0,1 mg/kg de ácido fólico intramuscular los días 2, 4, 6 y 8. Se puede interrumpir el tratamiento posterior a la cuarta dosis de MTX o con disminución de los valores de  $\beta$ -HCG en dos días consecutivos. Este tipo de tratamiento presenta una tasa de éxito del 94% siendo más eficaz en relación con dosis única (Méndez et al. 2016, p. 5)

Criterios Para Administración De Metotrexato (Luna Lugo 2012, p. 1) (Lugo et al. 2011)

- Mujer sana, hemodinámicamente estable
- Disposición para acudir a consultas frecuentes
- No signos de rotura del embarazo ectópico.
- Diámetro máximo del huevo no superior a 4 cm.
- $\beta$ -HCG inferior a 5.000-10.000 mUI/ml (nivel de evidencia IIa). Con cifras <5.000 mUI/ml la probabilidad de solucionar el embarazo ectópico es superior al 90%, pero con >10.000 mUI/ml, la probabilidad es inferior al 82%.

- La presencia de latido cardíaco embrionario o de líquido libre en pelvis no contraindican por sí solos la terapia médica con metotrexato, pero lo hace menos aconsejable.
- Evitar el embarazo en los tres próximos meses al tratamiento para evitar los efectos teratógenos.

Otra opción terapéutica consiste en la inyección local en el saco gestacional bajo guía ecográfica de sustancias tales como: cloruro de potasio y glucosa hiperosmolar, los cuales producen baja toxicidad en el embarazo intrauterino y no producen daño en la trompa de falopio, aunque dicho tratamiento puede ser ineficaz y requiere una posterior intervención quirúrgica (Pérez et al. 2016, p. 2) (Delgado y Kalisch 2019)

### 1.1.10. Complicaciones

La complicación más frecuente en el EH es la ruptura del embarazo ectópico que originan el shock hipovolémico así que es necesario determinar el cuadro clínico como: piel fría y sudorosa, palidez cutáneo-mucosa, pulso débil, hipotensión arterial, cianosis distal, disminución del llenado capilar, entre otros. Son importantes a la hora de determinar el grado de shock hipovolémico y su tratamiento el cual dependiendo de su gravedad se debe activar la clave roja de obstetricia.

**Tabla 1-2:** Clasificación Del Grado De Shock

Pérdida de Volumen en % y ml (gestante 50-70 Kg)	Nivel de conciencia	Perfusión	Frecuencia cardiaca Lat/min	Presión arterial sistólica mmHg	Grado de choque	Cristaloides a infundir en la primera hora
10-15% 500-1000	Normal	Normal	60-90	Normal	Compensado	Ninguno
16-25% 1000-1500	Normal y/o Agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	3000-4500
26-35% 1500-2000	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-80	Moderado	4500-6000
>35 % 2000-3000	Letárgica, inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración más llenado capilar >3"	>120	<70	Severo	>6000

Fuente: Guía De Práctica Clínica-Score Mama Y Claves Obstétricas

Otra complicación muy frecuente corresponde al embarazo intrauterino el cual puede evolucionar a embarazo anembrionado u óbito dependiendo de la edad gestacional incluso puede terminar en aborto y su tratamiento puede ser quirúrgico, incluido el legrado o la aspiración manual

#### ***1.1.11. Pronóstico***

El pronóstico del embarazo intrauterino está directamente relacionado con lo temprano en que se establezca el diagnóstico y se inicie el tratamiento con equipos interdisciplinarios. Es así que el pronóstico de la gestación intrauterina para llegar a término es de un 75%, a pretérmino es de un 16% y para terminar en un aborto es de un 9% (Méndez et al. 2016, p. 4).

## CAPÍTULO II

### 2. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

#### 2.1. Anamnesis

Paciente femenino de 29 años de edad mestiza, casada, nacida en Quito y residente en la ciudad de Latacunga instrucción: Superior /Contadora en fiscalía, católica.

#### **Antecedentes patológicos personales:**

-Hipotiroidismo hace 2 años en tratamiento con levotiroxina 50 microgramos vía oral de lunes a viernes y 25 microgramos vía oral fin de semana

-Meningitis hace 18 años

#### **Antecedentes patológicos quirúrgicos:**

Exéresis de lipomas en región axilar derecha, dorsal, lumbar y glútea izquierda hace 2 meses

#### **Alergias:**

No refiere.

#### **Antecedentes gineco-obstétricos:**

Telarquia: 09 años, pubarquia: 11 años, Menarquia: 12 años, ciclos regulares con duración de 5 días, flujo moderado con presencia de pequeños coágulos que no se acompaña de dismenorrea. Inicio vida sexual: 14 años, vida sexual activa, número de parejas sexuales: 3, Planificación familiar: Valerato de Estradiol 5mg y Enantato de Noretisterona 50mg (Mesigyna finaliza administración en agosto 2018) PAP-TEST: si, último hace un año, reporte normal.

Gesta: 1          partos: 1          abortos: 0

Cesáreas: 0      hijos vivos: 1      hijos muertos: 0

**Gesta 1:** Hace 14 años, parto cefalovaginal, masculino, sin complicaciones.

**FUM:** 01/octubre/2018 confiable.

**Edad gestacional:** 5 semanas con 1 día por FUM

**FPP:** 08/julio/2019

#### **Antecedentes patológicos familiares:**



Abuelo materno con hipertensión.

**Motivo de consulta:**

Dolor Abdominal.

**Enfermedad actual:** Paciente refiere que hace siete días al momento de su ingreso (06/11/2018) como fecha real y aparente presenta dolor localizado en fosa iliaca derecha tipo cólico de moderada intensidad según escala de EVA 7/10 sin causa aparente, frecuencia, irradiación, ni síntomas acompañantes por lo que acude a esta casa de salud.

**2.2. Examen físico**

Signos vitales

Tensión Arterial:	110/80 mmHg
Frecuencia Cardíaca:	98 latidos por minuto
Frecuencia Respiratoria:	18 respiraciones por minuto
Temperatura:	36.8 ° C axilar
SCORE MAMÁ:	0 Puntos

Antropometría

Talla:	1,51 metros
Peso:	61 kilogramos
IMC:	25,4 kg/m <sup>2</sup> (sobrepeso)

Paciente consciente orientada en tiempo, espacio y persona. Álgica actitud decúbito supino, en buenas condiciones generales.

Cabeza: Normocefálica, sin lesiones en cuero cabelludo, cabello de implantación normal de acuerdo al sexo y edad

Orofaringe: normal no eritematosa

Cuello: tiroides 0A, no se palpa adenopatías.

Corazón: ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos

Pulmones: murmullo vesicular conservado, expansibilidad conservada

Abdomen: suave depresible doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, ruidos hidroaereos presentes

Región inguino-genital: Genitales externos de múltipara

Tacto vaginal: diferido

Extremidades: simétricas sin presencia de edemas

### 2.3. Impresión diagnóstica

- Embarazo de 5 semanas 1 día por FUM.
- Embarazo ectópico a descartar.
- Abdomen agudo.

### 2.4. Exámenes complementarios

De inmediato se realiza exámenes tanto de laboratorio como de imagen siendo lo más relevante los niveles altos de  $\beta$ -HCG cuantitativa 9120 (ver tabla 1-2), y la presencia de imagen compleja en anexo derecho.

LABORATORIO:

**Tabla 2-2:** Biometría hemática e inmunología

PRUEBA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
LEUCOCITOS	5.10	4.5-10
HEMATOCRITO	44.1	37-47
HEMOGLOBINA	14.8	12-16
MONOCITOS	4.1	5.5-11.6
EOSINOFILOS	1.4	0.9-2.9
LINFOCITOS	29.7	40.5-45.5
NEUTRÓFILOS	64.6	40-65
BASÓFILOS	0.2	0.2-1
GLÓBULOS ROJOS	4.66	4.2-5.4
PLAQUETAS	262	130-400
H.C.G CORIONICA	9120	0 - 5
V.D.R.L	No Reactiv	

HIV 1+2

No Reactiv

Fuente: Laboratorio Clínico – IEES/ Latacunga

## IMAGENOLOGÍA:

06/11/2018

**Ecografía obstétrica:** Se aprecia útero con un volumen de 151 cm<sup>3</sup> con presencia de pequeña imagen ecolucida en endometrio de 10mm. La proyección anexial derecha imagen compleja que mide 29.59 x 20.10 mm

Ovario izquierdo: Con un volumen de 5.75 cm<sup>3</sup>

### 2.5. Hospitalización y seguimiento

Paciente de 29 años de edad con antecedentes de dolor abdominal en fosa iliaca derecha la cual se acompaña con un aumento de H.C.G como se observa en la (tabla 1), además se realiza ecografía obstétrica en la cual se observa imagen compleja en proyección anexial derecho.

Razón por lo que se decide su ingreso a hospitalización del servicio de Ginecología para mantener en observación y dar resolución quirúrgica si fuese necesario.

07/11/2018

Paciente de 29 años de edad con embarazo de 5,2 semanas en su primer día de hospitalización, médico tratante verifica exámenes complementarios y decide realizar laparotomía exploratoria. Se realiza laparotomía exploratoria y de esta manera se evita administración de anestesia general con el fin de evitar posibles efectos teratógenicos y evitar las secuelas del neumoperitoneo en una paciente que desea conservar su embarazo intrauterino. Además se toma muestra para histopatología, se adjunta nota post operatoria e informe de histopatología.

#### NOTA POST OPERATORIA

Bajo anestesia raquídea se realiza laparotomía exploratoria por embarazo heterotópico en ovario derecho más embarazo de 5,2 semanas por fecha de ultima menstruación

Tipo de anestesia: Raquídea

Hallazgos quirúrgicos:

-Útero gestante.

Ovario derecho: embarazo ectópico

Trompa uterina derecha: en buenas condiciones

Anexo izquierdo macroscópicamente normal

Posterior a la intervención quirúrgica se deja las siguientes indicaciones:

- 1.- Nada por vía oral por 6 horas
- 2.- Control de signos vitales cada 30 minutos por dos horas y luego cada 8 horas
- 3.- Control de fondo uterino y sangrado genital cada 30 minutos por dos horas luego cada 8 horas
- 4.- Cuidado de sonda vesical por 12 horas
- 5.- Lactato ringer 1000 mililitros intravenoso de mantenimiento
- 6.- Cefazolina 2 gramos intravenoso transquirurgico
- 7.- Tramadol 100miligramos intravenoso cada 8 horas pasar diluido en 100 mililitros de cloruro de sodio 0,9%, lento
- 8.- Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas antes de tramadol
- 9.- Progesterona 200 miligramos intravaginal en ese momento y 200 miligramos vía oral cada 8 horas
- 10.- Ranitidina 50 miligramos intravenoso cada 12 horas
- 11.- Paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas
- 12.- Enviar muestra a histopatología

#### INFORME DE HISTOPATOLOGÍA

Los cortes histopatológicos muestran parénquima de ovario en el que se aprecian nidos de células con citoplasmas grandes, eosinofilos, que se distribuyen en un patrón organoide dejando pequeños espacios entre que se llenan de material coloide, las células descrita presentan núcleos con nucléolos prominentes, en otras áreas se aprecian quistes foliculares.

Diagnóstico: -Cuña de ovario derecho

-Luteoma del embarazo

08/11/2018

Paciente de 29 años en su segundo día de hospitalización y primer día postquirúrgico, quien posterior a procedimiento quirúrgico se realizan examen de laboratorio donde se evidencia disminución de  $\beta$ -HCG, ver (tabla 2).

**Tabla 3-2: H.C.G CORIONICA**

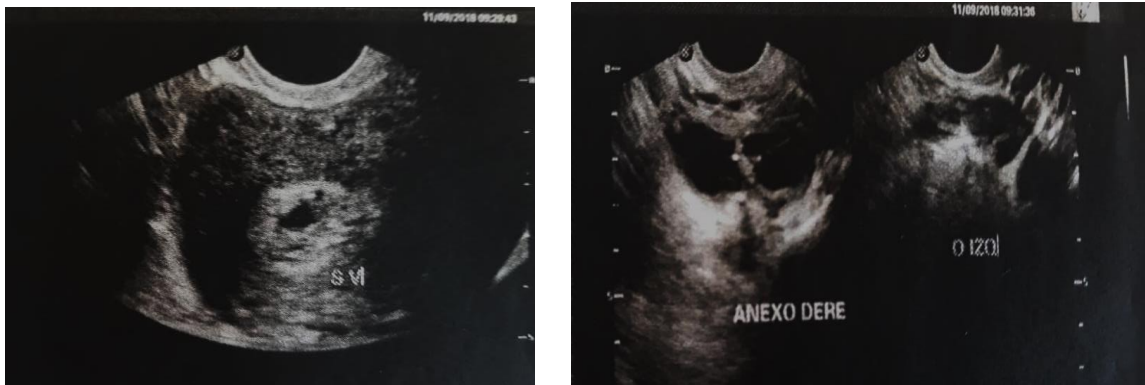
PRUEBA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
H.C.G CORIONICA	6635	0 - 5

Fuente: Laboratorio Clínico – IESS/ Latacunga

09/11/2018

Paciente de 29 años en tercer día de hospitalización y en su segundo día postquirúrgico la cual continúa en tratamiento progesterona 200 miligramos intravaginal cada 12 horas, se realiza ultrasonido transvaginal en la cual se aprecia una disminución de la ecogenicidad en trompa derecha posterior a intervención quirúrgica. Ver (figura 1-2). Razón por la cual se decide su alta para control por consulta externa y se prescribe:

- Progesterona 200 miligramos intravaginal cada 12 horas por 10 días
- Paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas por 3 días



**Figura 1-2: Eco-Transvaginal 09/11/2018**

Fuente: Rayos X, ecografía - Hospital General IESS Latacunga – Ministerio de Salud Pública

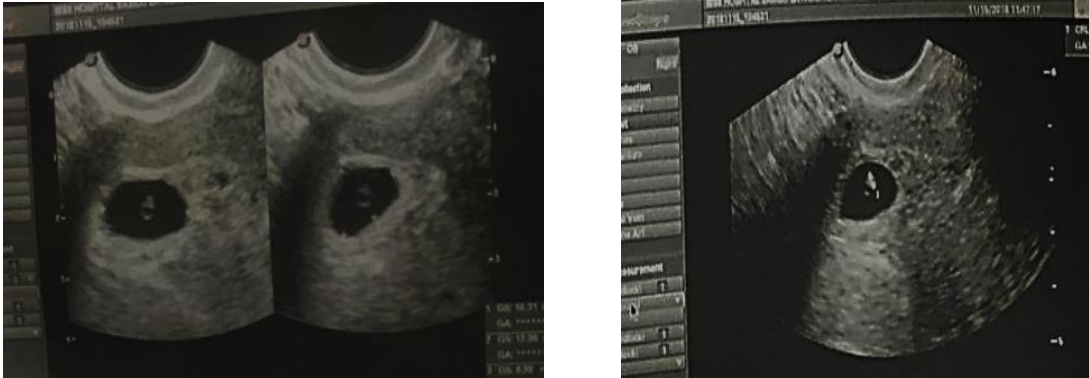
**Ecografía Transvaginal (Figura 2):** útero incrementado de tamaño por la presencia de saco gestacional de implantación fundica mide en promedio 3.96mm en su interior se observa saco vitelino aún no se evidencia embrión sugestivo de embarazo temprano.

En anexo derecho se observa poca cantidad de líquido libre con ecos finos en su interior

Ovario derecho con disminución de su ecogenicidad en relación probable con cambios postquirúrgicos. Se recomienda control posterior

15/11/2018

Paciente de 29 años de edad en su octavo día posterior a laparotomía exploratoria acude a realizarse ultrasonido de control.



**Figura 2-2:** Eco-Transvaginal 15/11/2018

**Fuente:** Rayos X, ecografía - Hospital General IESS Latacunga – Ministerio de Salud Pública

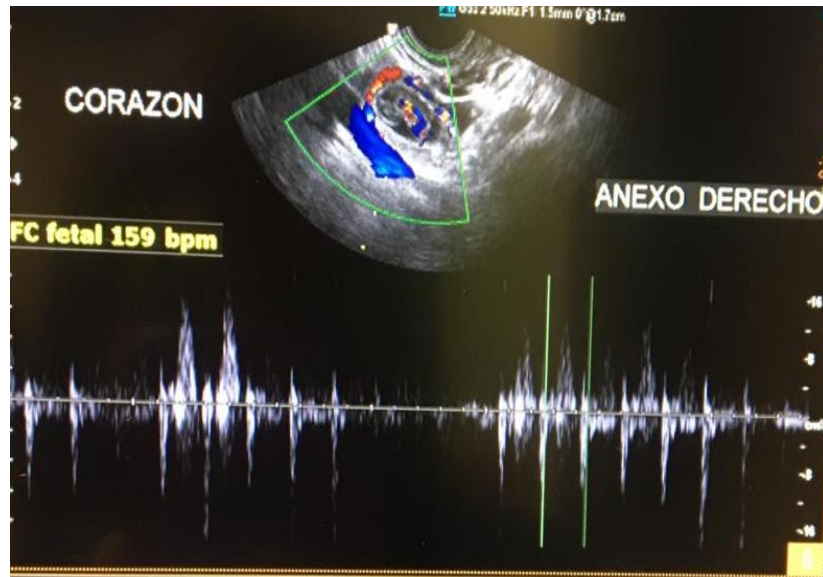
**Ecografía Transvaginal (Figura 2-2):** útero incrementado de tamaño por la presencia de saco gestacional de 9.27mm de bordes regulares, en su interior embrión con un LCC de 2.4 mm para una edad gestacional de 5 semanas 5 días. Cinética cardiaca visible pero aún no se evidencia con el doppler espectral. Corion envolvente de características normales.

Llama la atención en anexo derecho adyacente al ovario imagen heterogénea redondeada de bordes definidos con discreta vascularidad periférica de 21.62 x 16.63 mm

29/11/2018

Paciente de 29 años de edad en su vigésimo segundo día posterior a laparotomía exploratoria acude a realizarse ultrasonido de control





**Figura 3-2:** Eco-Transvaginal 29/11/2018

**Fuente:** Rayos X, ecografía - Hospital General IESS Latacunga – Ministerio de Salud Pública

**Ecografía Transvaginal (Figura 3-2):** Útero en anteversión incrementado de tamaño, de morfología normal. Endometrio con la presencia de saco gestacional que mide en promedio 24.5 mm (7 semanas 1 día) con embrión con un LCC de 5.8 mm (6 semanas 3 días), aun no presenta cinética cardiaca. En el anexo derecho se observa saco gestacional y en su interior embrión con un LCC de 18.6 mm (8 semanas 3 días) con latido cardiaco de 167 latidos por minuto. Sin evidencia de líquido libre

30/11/2018

Paciente femenino de 29 años de edad con embarazo de 8,4 semanas por fecha de última menstruación con antecedente de laparotomía exploratoria hace 23 días, acude a consulta externa de ginecología por control con médico tratante el cual al evidenciar en ultrasonido presencia de embrión sin cinética cardiaca presente en cavidad uterina, además de saco gestacional en anexo derecho con embrión en su interior con latido cardiaco de 167 latido por minuto, de esta manera confirmándose el diagnostico de embarazo heterotópico razón por la cual se decide su ingreso a hospitalización y posterior administración de metotrexato 50 miligramos intravenoso en ese momento.

01/12/2018

Paciente de 29 años de edad en su primer día de hospitalización con diagnóstico de embarazo heterotópico de 8,5 semanas por fecha de última menstruación, Hemodinámicamente estable se realiza  $\beta$ -HCG cuantitativo de control con valores de: 69382, y se decide alta por parte de médico tratante con cita para consulta externa con ultrasonido de control.

**Tabla 3-2: H.C.G CORIONICA**

PRUEBA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
H.C.G CORIONICA	69382	0 - 5

Fuente: Laboratorio Clínico – IESS/ Latacunga

04/12/2018

Paciente femenina de 29 años de edad con diagnóstico de embarazo heterotópico de 9 semanas por fecha de última menstruación acude a realizarse ultrasonido de control previo a chequeo con médico tratante por consulta externa. En el que se evidencia ausencia de latido cardiaco en embrión presente en anexo derecho

**Ecografía Transvaginal:** por FUM 9 semanas. Se aprecia útero ocupado por saco gestacional de 24.84 mm De forma irregular para 7.1 semanas con esbozo de polo fetal de 4.51 mm para 6 semanas sin latido cardiaco presente en proyección anexial derecha se aprecia imagen que podría corresponder un embrión de 32.07 mm. Sin latido cardiaco presente

IDG: Gestación Heterotópica

13/12/2018

Paciente femenina de 29 años de edad con diagnóstico de embarazo heterotópico de 10, 2 semanas por fecha de última menstruación acude a sala de emergencia por presentar dolor abdominal tipo cólico de leve a moderada intensidad que se irradiaba a región lumbar y vaginal el cual se acompaña de nauseas que llega al vomito por dos ocasiones de contenido alimentario por lo que se ingresa a hospitalización de emergencia.

Al examen físico paciente consciente, orientada, afebril, pálida, con tensión arterial: 90/50 mmhg; pulso: 84 latidos por minuto; frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto; temperatura: 35,2 grados centígrados; en abdomen se aprecia suave depresible doloroso a la palpación en hemi abdomen derecho con signos de peritonismo ruidos hidroaereos presentes. Al Tacto vaginal se



evidencia vagina elástica de multípara, útero en antroversión cérvix posterior puntiforme, orificio cervical externo entreabierto doloroso a la lateralización, fondos de sacos laterales y posterior ocupados, sin presencia de sangrado. Se envían exámenes complementarios para posterior reevaluación con los mismos.

Se realiza Eco pélvico el cual informa:

**Ecografía pélvica:** saco gestacional en el interior de la cavidad endometrial sin imagen de polo embrionario ni saco vitelino que correspondería a 7 semanas 5 días cérvix homogéneo. En zona anexial derecha imagen de saco gestacional con polo embrionario sin movilidad sin actividad cardiaca que corresponde a 8 semanas, presencia líquido libre en espacio de douglas

Paciente es valorada por servicio de ginecología quienes correlacionan cuadro clínico más exámenes complementarios en los que se evidencia valores de hematocrito y hemoglobina por debajo de lo normal por lo cual deciden realizar laparotomía exploratoria de emergencia, con diagnóstico de embarazo ectópico accidentado más shock hipovolémico.

**Tabla 4-2:** Biometría Hemática

PRUEBA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
<b>HEMATOCRITO</b>	30.0	37-47
<b>HEMOGLOBINA</b>	9.9	12-16

Fuente: Laboratorio Clínico – IESS/ Latacunga

#### PROTOCOLO OPERATORIO

Diagnostico pre quirúrgico: embarazo ectópico accidentado derecho más shock hipovolémico grado III

Diagnostico posquirúrgico: embarazo ectópico accidentado + shock hipovolémico grado III + laparotomía exploratoria + salpingectomía derecha

Cirugía: laparotomía exploratoria más salpingectomía derecha

Anestesia: general

Diéresis:

1. Incisión supra púbica de 5 centímetros

Exposición: manual y farabeu

Hallazgos:

1. Útero en antero verso flexión de 1.1x

2. Embarazo ectópico tubarico derecho accidentado
3. Hemoperitoneo de 2000cc
4. Abundantes coágulos
5. Ovario derecho normal y anexo izquierdo

Procedimiento:

1. Asepsia y anti asepsia
2. Colocación de campos estériles
3. Diéresis descrita
4. Profundización de planos hasta llegar a aponeurosis
5. Hallazgos descritos
6. Salpingectomía derecha
7. Evacuación de hemoperitoneo con compresas y succión
8. Revisión de hemostasia
9. Cierre de planos

Posterior a laparotomía exploratoria se indica transfundir 4 paquetes globulares más un plasma fresco congelado con el fin de restaurar la volemia, se instaura tratamiento analgésico sin embargo por condición hemodinámica de la paciente se difiere administración de misoprostol.

#### INFORME DE HISTOPATOLOGÍA

Se recibe trompa uterina que mide 3x1 cm. Cubierta por serosa congestiva. Al corte luz dilatada por material hemorrágico. Spt: 3c.

Estudio microscópico:

Los cortes histopatológicos muestran pared de trompa uterina dilatada ocupada por material hemorrágico en el que se aprecia vellosidades coriales primarios, a nivel de la serosa se

Evidencian vasos sanguíneos dilatados, congestivos.

Diagnóstico: trompa uterina derecha - salpingectomía derecha

Embarazo ectópico accidentado

15/12/2018

Paciente de 29 años en su segundo día de hospitalización, segundo día postquirúrgico, con diagnóstico de embarazo heterotópico, embarazo ectópico accidentado se encuentra hemodinámicamente estable, se realiza ecografía de control posterior a laparotomía exploratoria el cual reporta:

**Ecografía transvaginal:** Útero incrementado de tamaño, con la presencia de saco gestacional que mide 40.5 mm, en su interior embrión con un lcc de 3.8 mm (6 semanas 0 días), ausencia de cinética cardíaca, por lo que corresponde a embarazo fallido del primer trimestre. En el anexo derecho se observa escasa cantidad de líquido libre asociado a imagen ecogénica de aproximadamente 17.8 x 15.4 mm que podría corresponder a contenido hemorrágico. Se recomienda control ecográfico posterior (48 horas).

17/12/2018

Paciente de 29 años en su cuarto día de hospitalización, cuarto día postquirúrgico, con diagnóstico de embarazo heterotópico, embarazo ectópico accidentado, aborto diferido se encuentra hemodinámicamente estable por lo que se empieza plan de maduración cervical razón por la que se administra misoprostol 400 microgramos vía sublingual, seis horas posteriores a la misma paciente refiere dolor en hipogastrio de moderada intensidad, al examen físico en región inguinogenital se evidencia sangrado en moderada cantidad a la especuloscopia: cérvix posterior cerrado con sangrado escaso.

Se decide administrar segunda dosis de misoprostol 200 microgramos sublingual.

18/12/2018

Paciente de 29 años en su quinto día de hospitalización quinto día postquirúrgico, paciente consciente orientada afebril hidratada refiere dolor de leve intensidad en hipogastrio, al examen físico abdomen suave depresible doloroso a la palpación, en región inguinogenital se observan restos corioplacentarios en canal del cérvix y se realiza la extracción de los mismos con pinza de aro posterior a lo cual cede el dolor y el sangrado. Paciente es valorada por médico tratante el cual decide alta médica más analgesia y anticoncepción hormonal (Norestisterona Estradiol Intramuscular Mensualmente); se envía eco de control y seguimiento por consulta externa.

26/12/2018

Paciente femenino de 29 años de edad con antecedente de embarazo heterotópico, ectópico accidentado y aborto incompleto acude a realizarse ultrasonido de control previo a chequeo con médico tratante por consulta externa el cual reporta:

Endometrio a nivel del fondo uterino mide 16.63 mm y se muestra homogéneo. Su tercio inferior y cérvix son heterogéneos se muestran engrosados (20.5 mm) con incremento focal de vascularidad. Anexos sin alteraciones. No se observa líquido libre.

A considerar: restos coriomanióticos predominantemente en cérvix.

29/12/2018

Paciente con antecedente de embarazo heterotópico, ectópico accidentado y aborto diferido que refiere que hace 24 horas presenta dolor pélvico de moderada intensidad al examen físico abdomen suave depresible doloroso a la palpación en hipogastrio. En Región inguinogenital se evidencia sangrado genital escaso, a la especuloscopia se observa cérvix entre abierto y presencia de restos corioplacentarios en canal cervical de mal olor.

Paciente es valorada por médico tratante de ginecología quienes deciden realizar legrado instrumental.

#### PROTOCOLO OPERATORIO

Bajo normas de asepsia y antisepsia y anestesia raquídea se realiza legrado instrumental por aborto incompleto séptico

Diagnostico pre quirúrgico: aborto incompleto.

Diagnostico post quirúrgico: aborto incompleto séptico

Cirugía programada: Legrado Instrumental.

Hallazgos Quirúrgicos:

Útero avf de 9 cm.

Histerometria 8 cm.

Legra n: 4

Restos corioplacentarios en moderada cantidad

Sangrado 20 cc.

Complicaciones: ninguna

Histopatológico: si

#### PROCEDIMIENTO OPERATORIO:

1. Asepsia y antisepsia
2. Colocación de campos quirúrgicos
3. Colocación de especulo vaginal
3. Pinzamiento de cérvix a las 11 con pinza de posse.
4. Extracción de placenta con pinza de aro y de restos corioplacentarios en moderada cantidad

## INFORME DE HISTOPATOLOGÍA

Se recibe rotulado restos corioplacentarios, 3 fragmentos de tejido blando rojizos de aspecto membranas y esponjoso que miden entre 1.5 y 2 cm. De diámetro mayor al corte son pardos rojizos homogéneo. Spt:3c

Resultado microscópico: los cortes histopatológicos muestran en medio de material hemorrágico vellosidades coriales primarias, algunas con fibrosis, otras presentan edema, en otra área se aprecia decidua y se acompaña de infiltrado inflamatorio mixto.

Diagnóstico: aborto incompleto - legrado instrumental

Restos corioplacentarios

### 2.6. Diagnóstico diferencial

Patología	Embarazo Heterotópico	Embarazo Ectópico	Enfermedad Trofoblástica Gestacional
<b>Dolor abdominal</b>	X	X	X
<b>Aumento de <math>\beta</math>-HCG</b>	X	X	X
<b>Presencia ecográfica de dos sacos gestacional es en diferente sitio de implantación</b>	X		
<b>TOTAL</b>	3	2	2

### 2.7. Análisis

En el presente caso clínico podemos observar que la paciente acude por presentar dolor en fosa iliaca derecha de siete días de evolución el cual no se acompaña de ninguna otra sintomatología por lo que hace necesario recabar en sus antecedentes personales sin embargo se establece que podría tratarse de un embarazo ectópico por el lugar donde se presenta el dolor y la amenorrea sin embargo se vuelve necesario realizar exámenes tanto de laboratorio como de imagen para establecer el diagnóstico definitivo en donde se evidencia niveles altos de  $\beta$ -HCG y saco gestacional dentro de útero además de imagen en trompa de falopio derecha que impresiona otro

saco gestacional, es así que se llega al diagnóstico de embarazo heterotópico y se lo confirma con las ecografías y los estudios histopatológicos posteriores a los diferentes procedimientos quirúrgicos, es menester corroborar con la literatura la cual indica que aproximadamente el 50% de los embarazos heterotópicos espontáneos son asintomáticos o presentan sintomatología inespecíficas por ello es que se presentan complicaciones tales como: ruptura del embarazo ectópico por ende shock hipovolémico y el aborto séptico.

## **2.8. Diagnóstico definitivo**

- Embarazo Heterópico
- Embarazo Ectópico Accidentado
- Shock hipovolémico grado III
- Aborto Séptico

## CAPITULO III

### 3. HALLAZGOS

El embarazo heterotópico es una rara condición gineco-obstetra que indica un embarazo simultaneo donde uno generalmente es intrauterino y otro ectópico, donde de forma casi generalizada el embarazo ectópico suele ubicarse en la Trompa de Falopio derecha. Existen muchos síntomas clínicos para esta patología entre los que se encuentra el dolor abdominal en la fosa iliaca derecha sin razón aparente como en el caso de la paciente, donde además es el único síntoma, pero debido a su estado de gestación el médico tratante debe sospechar de un embarazo heterópico por lo que debe ordenar exámenes adicionales para corroborar el diagnóstico que generalmente resulta positivo con embarazos de estas características. Sin embargo se debe tener en cuenta que alrededor del 50% de embarazos heterotópicos son asintomáticos (Cerdas -Acuña y Calderón-Zúñiga 2005) (Molina M, Torrico Aponte y Vásquez Díaz 2008).

El método diagnóstico más importante y concluyente en la mayoría de casos donde se sospecha de embarazo heterotópico, es la ultrasonografía, la cual elimina la duda frente a las diversas manifestaciones clínicas y a la existencia del embarazo intrauterino que enmascara la producción de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (Barreras González et al. 2008) (Kaplan D. et al. 2002)

En estos casos se describe a una laparoscopia como el abordaje más seguro, con menos complicaciones y mejores resultados maternos y perinatales. Sin embargo como en este caso particular a veces suelen producirse complicaciones que resultan en varios casos con la muerte de ambos fetos. En otros casos incluso se producen complicaciones que llegan a poner la vida de la madre en riesgo después de haberse realizado el aborto terapéutico.(Gálvez-Vengoechea, Arreaza-Graterol y Rodríguez-Ortiz 2009) (Badía A et al. 2015) (Casas-Peña, Pérez-Varela y Chicangana-Figueroa 2013) (Mendivil et al. 2011) (García Mirás et al. 2001)

Dentro de las complicaciones del embarazo heterotópico están directamente relacionadas con lo temprano que se realice el diagnóstico del mismo, entre las cuales podemos encontrar: la ruptura del embarazo ectópico, por lo cual presentaría un abdomen agudo y un shock secundario, involución del embarazo intrauterino lo que evolucionaría a embarazo anembrionado, óbito fetal o aborto como fue descrito en este caso.

## **CONCLUSIONES**

El embarazo heterotópico es una patología poco frecuente más aún si se produce de manera espontánea sin embargo debido a técnicas de reproducción asistida este ha ido en aumento es por ello que una anamnesis y examen físico minuciosos serán fundamentales a la hora de determinarlo.

Ante la sospecha de embarazo heterotópico el principal método de diagnóstico es la ecografía la cual mediante la visualización de ambos sacos gestacionales en diferentes sitios de implantación corroborarían el diagnóstico, la precocidad del diagnóstico determinara la presencia de diversas complicaciones.

La cirugía laparoscópica el tratamiento idóneo para la resolución del embarazo ectópico y de esa manera conservar el embrazo intrauterino, no obstante el estado hemodinámico de la paciente será fundamental para elegir el tipo de tratamiento.



## BIBLIOGRAFÍA

BADÍA A, P., TARRAZÓ M, M.P., PERTUSA C, V., LAFORGA, J., RUIZ S, N. y REYES BALANZÁ C, M., 2015. Aborto séptico por *Clostridium perfringens* complicado con shock séptico. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, vol. 80, no. 6, pp. 481-485. ISSN 0717-7526. DOI 10.4067/S0717-75262015000600008.

BARRERAS GONZÁLEZ, J.E., MENÉNDEZ CHIL, O., HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, J.M. y CÁCERES LAVERNIA, H.H., 2008. EMBARAZO HETEROTÓPICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, vol. 7, no. 1, pp. 0-0. ISSN 1729-519X.

BENAVIDES-CALVACHE, J.P., ESCOBAR-VIDARTE, M.F. y HURTADO-BURBANO, D.F., 2018. Embarazo heterotópico espontáneo con ruptura tubárica y choque hipovolémico. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecología y Obstetricia de México*, pp. 5.

CASAS-PEÑA, R.L., PÉREZ-VARELA, I.L. y CHICANGANA-FIGUEROA, G.A., 2013. Frequency, indications and complications of obstetric hysterectomy at Hospital Universitario de San José in Popayán, 2006-2010: Cohort study. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 64, no. 2, pp. 121-125. ISSN 0034-7434.

CERDAS -ACUÑA, O. y CALDERÓN-ZÚÑIGA, A., 2005. Embarazo heterotópico: reporte de un caso. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, vol. 26, no. 3-4, pp. 39-44. ISSN 0253-2948.

DELGADO, A.E.D. y KALISCH, A.D., 2019. Embarazo heterotópico. , no. 1, pp. 3.

GÁLVEZ-VENGOECHEA, M.L., ARREAZA-GRATEROL, M. y RODRÍGUEZ-ORTIZ, J.A., 2009. Maternal mortality of obstetrics patients requiring ICU attention at the Simón Bolívar hospital in Bogotá, Colombia 2004-2006. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 60, no. 2, pp. 152-158. ISSN 0034-7434.

GARCÍA MIRÁS, R., GALLEGO RAMOS, J., PRADO GONZÁLEZ, J. y TRELLES AGUABELLA, E., 2001. Embarazo heterotópico: Presentación de un caso. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 27, no. 1, pp. 34-38. ISSN 0138-600X.

JORGE A. CARVAJAL C., C.R.T., 2017. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. S.l.: 8a-ed.

KAPLAN D., F., ESPINOZA C., O., SCHEPPELER S., M. y CABRERA C., D., 2002. EMBARAZO HETEROTOPICO: UNA PATOLOGIA EMERGENTE. *Revista chilena de*

*obstetricia y ginecología*, vol. 67, no. 5, pp. 402-404. ISSN 0717-7526. DOI 10.4067/S0717-75262002000500013.

LUGO, G.L., RUIZ, I.R., LAIZA, N.S.G., GUERRERO, M.E.M. y OCEGUERA, J.R.M., 2011. Embarazo heterotópico y supervivencia del producto intrauterino. *Ginecología y Obstetricia de México*, pp. 8.

LUNA LUGO, G., 2012. Embarazo heterotópico espontáneo en pacientes con antecedente de embarazo gemelar familiar: 2 casos. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, vol. 55, no. 3, pp. 141-145. ISSN 0304-5013. DOI 10.1016/j.pog.2011.09.008.

MATOS DOMÍNGUEZ, J.C., SÁNCHEZ PÉREZ, L. y CÓRDOVA VELÁZQUEZ, Y., 2015. Presentación de una paciente con embarazo heterotópico. *Correo Científico Médico*, vol. 19, no. 2, pp. 344-350. ISSN 1560-4381.

MÉNDEZ, J.R.H., TOVAR, A.L., USI, V.M.N., IZAGUIRRE, J.T., MORENO, E.S. y LOYOLA, O.V., 2016. El cirujano general frente al embarazo heterotópico roto. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Cirujano General*, pp. 7.

MENDIVIL, C., PADRÓN, R., MIRANDA, J. y SILVA, G., 2011. Laparoscopic management of heterotopic pregnancy following early ecographic diagnosis: a case report and literature review. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 62, no. 1, pp. 98-103. ISSN 0034-7434.

MOLINA M, J.C., TORRICO APONTE, W.A. y VÁSQUEZ DÍAZ, P.J., 2008. Embarazo heterotópico. Un suceso insólito. *Gaceta Médica Boliviana*, vol. 31, no. 1, pp. 55-58. ISSN 1012-2966.

PATEL, C., FELDMAN, J. y OGEDEGBE, C., 2016. Complicated abdominal pregnancy with placenta feeding off sacral plexus and subsequent multiple ectopic pregnancies during a 4-year follow-up: a case report. *Journal of Medical Case Reports* [en línea], vol. 10. [Consulta: 14 septiembre 2019]. ISSN 1752-1947. DOI 10.1186/s13256-016-0808-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4751677/>.

PÉREZ, F.V.P., MORA, M.L., TONEUT, C.M., ARECHAVALETA, A.M., MORÉ, C.M.R. y MOYA, N., 2016. Embarazo heterotópico tubo-abdominal. , pp. 12.

PROSEGO, 2006. Embarazo Ectópico. [en línea]. [Consulta: 14 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.uv.es/~jjsanton/Obstetricia%20General/06SEGOeectopico.pdf>.

RG, H.-C., SR, T.-D., AM, G.-R., LF, P. y AA, O.-O., 2017. Embarazo heterotópico espontáneo. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecología y Obstetricia de México*, pp. 6.