

Embarazo heterotópico espontáneo. Reporte de caso

Spontaneous heterotopic pregnancy. Case Report

Pacheco Rodríguez Jennifer Paola¹, Vásquez Aguayza Freddy Gabriel²,
Ochoa Camacho Arianna Jossenka¹, Mena Acosta Francisco Isaac¹

Volumen 43 | N° 2 | Agosto 2025

Fecha de recepción: 18/03/2025
Fecha de aprobación: 09/04/2025
Fecha de publicación: 04/08/2025
<https://doi.org/10.18537/RFCM.43.02.07>

1. Universidad del Azuay.
Postgradista de la Especialidad
de Ginecología y Obstetricia.
Cuenca-Ecuador.
2. Universidad del Azuay.
Postgradista de la Especialidad
de Ginecología y Obstetricia.
Azogues-Ecuador.

Caso
clínico

Clinical
case

Correspondencia:
jennpao.pachecorodriguez@gmail.
com

Dirección:
Ochoa León

Código Postal:
010107

Celular:
099 500 3396

Cuenca-Ecuador

Membrete bibliográfico

Pacheco J, Vásquez F, Ochoa A,
Mena F. Embarazo heterotópico
espontáneo. Reporte de caso. Rev.
Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca,
2025;43(2): 53-57 : doi: 10.18537/
RFCM.43.02.07

RESUMEN

Introducción: un embarazo heterotópico representa una gestación intrauterina y otra extrauterina a la vez. El problema surge en que una gestación no se puede desarrollar fuera del útero; pudiendo generar complicaciones severas e incluso la muerte. La selección particular de este reporte de caso es motivada por la práctica diaria, donde el actuar oportuno nos permite salvar vidas de pacientes embarazadas susceptibles a presentar esta patología.

Caso clínico: se presenta un caso de una gestante de 33 años de edad, que acude al servicio de emergencia del Hospital Fundación Pablo Jaramillo Crespo de la ciudad de Cuenca, con 9 semanas de gestación, es su segundo embarazo. A su llegada presentó un intenso dolor abdominal y sangrado vaginal. Como hallazgo ecográfico destacó una masa isoecogénica trabeculada en ovario derecho, además de un producto viable en cavidad uterina. Se resolvió mediante laparotomía con el hallazgo de un embarazo heterotópico en anexo derecho; el embarazo intrauterino fue viable y llegó a término sin complicaciones.

Conclusión: en el presente caso clínico, el llegar al diagnóstico adecuado resultó de mucha complejidad debido a la baja incidencia. El estudio imagenológico fue realizado de manera adecuada, pese a que es operador dependiente y la vía de resolución quirúrgica fue tomada en concordancia con las capacidades y limitaciones del equipo quirúrgico. Una vez resuelta la patología aguda extrauterina, el embarazo intrauterino llegó a término.

Palabras clave: embarazo heterotópico, diagnóstico prenatal, embarazo ectópico.

ABSTRACT

Introduction: a heterotopic pregnancy presents an intrauterine and an extra-uterine gestation. The problem arises when one pregnancy cannot develop outside the uterus, which can lead to severe complications and even death. The specific selection of this case report is motivated by daily practice, where timely action allows us to save the lives of pregnant women who are susceptible to this condition.

Clinical case: This is the case of a 33-year-old pregnant woman who presented to the emergency department of the Pablo Jaramillo Crespo Foundation Hospital in Cuenca, at 9 weeks' gestation of her second pregnancy. The patient presented with severe abdominal pain and vaginal bleeding. Ultrasound findings revealed a trabeculated isoechoic mass in the

right ovary, as well as a viable fetus in the uterine cavity. The diagnosis was resolved by laparotomy, revealing a heterotopic pregnancy in the right adnexa; the intrauterine pregnancy was viable and reached term without complications.

Conclusion: in the present clinical case, reaching the correct diagnosis was very complex due to the low incidence. The imaging study was performed appropriately, despite the fact that it was operator-dependent. The surgical resolution path was taken in accordance with the capabilities and limitations of the surgical team. Once the acute extra-uterine pathology was detected and resolved, the intrauterine pregnancy came to term.

Keywords: pregnancy heterotopic, prenatal diagnosis, pregnancy ectopic.

INTRODUCCIÓN

El embarazo heterópico constituye la implantación diferenciada de dos productos embrionarios en dos sitios diferentes. La incidencia es variable, se da en 1 - 30 000 casos naturales y 1 - 1 000 a 1 500 casos por reproducción asistida^{1,2}. Constituye una importante causa de mortalidad con alrededor del 2.7% y de muertes maternas secundarias aproximadamente del 2.31% en Centro América – México³.

La implantación del embarazo heterotópico puede ocurrir en el ovario con el 1 al 3%, en el cérvix el 1%, en el intersticial el 1%, abdominal con el 1% e incluso en cicatrices uterinas previas en el 1 al 3%, aunque en la gestación heterotópica la localización más frecuente de la gestación ectópica es en el segmento ampular de la trompa de Falopio con el 95 a 97%¹⁻³.

Constituyen factores de riesgo: la enfermedad pélvica inflamatoria, uso de dispositivo intrauterino, cirugía pélvica previa, embarazo ectópico previo, entre otras relacionadas a la reproducción asistida².

El incremento del número de casos, pone en alerta al correcto testeo de los factores de riesgo asociados y su pronta resorción reduciría la estadística de complicaciones y la posibilidad de muerte materna⁴.

Después del evento quirúrgico de la gestación extrauterina, la viabilidad del producto intrauterino está entre el 45 y 70%. La mortalidad materna en Estados Unidos en los años 2011 al 2013 fue del 2.7%, mientras que en México se estima que el porcentaje de muerte materna secundaria

a embarazo ectópico es del 2.31% son datos tomados en el año 2009 en el Instituto Mexicano del Seguro Social^{2,3}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 33 años con antecedentes obstétricos de gestas: 2, partos: 1 e intergenésico: 6 años, cursó al momento del diagnóstico un embarazo de 9.0 semanas de gestación por fecha de última menstruación (07/04/2024). Consultó en el servicio de emergencia el 09/06/2024 en el Hospital Humanitario Pablo Jaramillo Crespo en la ciudad de Cuenca en Ecuador, por dolor abdominal de aproximadamente 8 horas de duración localizado en hipogastrio, de moderada intensidad, acompañado de sangrado vaginal rojo oscuro escaso.

Las constantes vitales al ingreso fueron, presión arterial: 120/73 mmHg, frecuencia cardiaca: 59 por minuto; frecuencia respiratoria: 18 por minuto; temperatura 36.8°C. Al examen físico: Abdomen: blando, doloroso al palpar en hipogastrio, sin signos peritoneales, región genital: en la especuloscopia se observa cérvix cerrado con sangrado rojo oscuro en poca cantidad.

Los resultados de laboratorio mostraron hematocrito 36.9 %, hemoglobina 12.5 g/dL, leucocitos 7.68 K/ μ L, los tiempos de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina activada, glucosa, urea, creatinina, sin datos patológicos. El ultrasonido mostró un embarazo intrauterino con presencia de saco gestacional único, de implantación fúndica, morfología regular, diámetro medio de 28 mm para 7.6 semanas de gestación, en su interior embrión único con frecuencia cardiaca de 136 latidos por minuto, longitud cráneo-caudal de 10 mm. Saco vitelino de morfología regular, diámetro de 3.6 mm (Imagen N°1). Fondo de saco de Douglas, receso anterior y para ovárico derecho con presencia de contenido isoecogénico, trabeculado, no vascularizado, mide 73 x 22 mm, en moderada cantidad a considerar gestación heterotópica rota (Imagen N°2) vs ruptura de quiste de ovario derecho.

La paciente se encontraba hemodinámicamente estable, sin embargo, ante la falta de personal entrenado se decidió realizar laparotomía. Se encontró hemoperitoneo de aproximadamente 500 ml y en tuba uterina derecha se observa lesión irregular con sangrado activo, adherido al ovario derecho (Imagen N°3), por lo que se realiza salpingooforectomía derecha la cual incluyó lesión de aspecto hemorrágico. Se realiza control al día

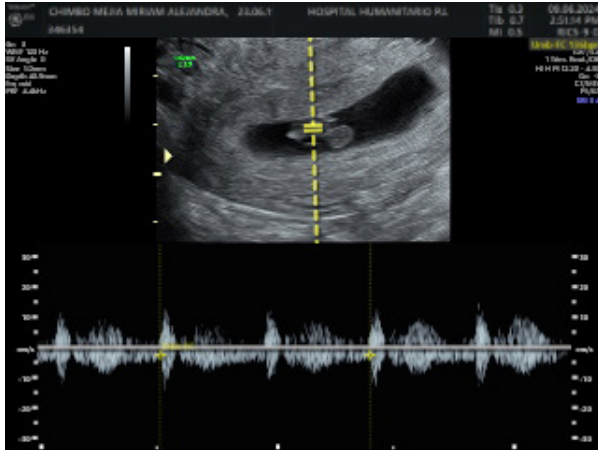


Imagen N°1. Saco gestacional intrauterino viable

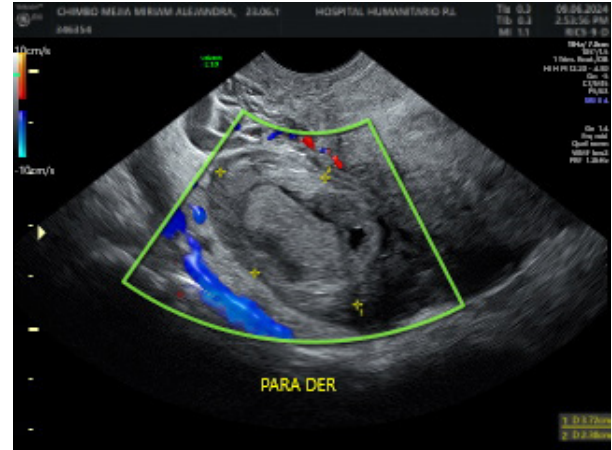


Imagen N°2. Embarazo heterotópico tubárico

siguiente: Hemoglobina: 10.1 g/dL, hematocrito 29.6 % y plaquetas de 230 000.

El reporte histológico documentó restos corio-placentarios del primer trimestre del embarazo y quiste del cuerpo lúteo hemorrágico.

Se realizó el seguimiento a la paciente, el cual fue sin complicaciones. En enero del 2025 se produce el parto con los siguientes datos: peso 2 675 gr, Apgar: 8-9, Capurro: 38.2 semanas de gestación.

DISCUSIÓN

El embarazo heterotópico se da por múltiples causas, especialmente en el embarazo médicamente asistido y es raro por su baja frecuencia; sin embargo, en el caso expuesto se dio de forma espontánea siendo aún menos incidente su aparición^{2,5,6}.

La frecuencia de este diagnóstico varía según la diversa bibliografía, siendo 1 – 30 000 casos naturales y 1 - 1 000 a 1 500 casos por reproducción asistida². Así también detallan de manera secundaria 1 por cada 1 000 embarazos y espontáneamente 1 por cada 20 000 embarazos^{5,6}.

El tratamiento del embarazo heterotópico es quirúrgico, ya sea por laparoscopia como primera opción o por laparotomía como segunda. Cuando existe sangrado intra abdominal severo o la paciente se encuentre hemodinámica inestable se puede optar por la laparotomía⁷⁻¹¹. En el presente caso se optó por la segunda opción debido a la falta de experiencia en laparoscopia del equipo quirúrgico de guardia.

La decisión terapéutica dependerá también del momento en el que se realiza el diagnóstico y la experiencia del cirujano^{8,9,12}.

La decisión quirúrgica fue salpingooforectomía derecha, esto debido a que la masa comprometía estuvo en el anexo derecho. El estudio de histopatología fue una herramienta esencial para la confirmación diagnóstica del embarazo extrauterino. Además, el embarazo intrauterino fue preservado y logro avanzar hasta término sin complicaciones.

Al existir un embarazo intrauterino, esta patología puede ser sub diagnosticada, convirtiéndose en una causa importante de mortalidad materna asociándose al 1% si se ubica a nivel tubárico y llegando hasta el 6% en aquellos de localización abdominal^{2,9}.

El 54% de las pacientes con embarazo heterotópico cursan asintomáticas, por lo que el diagnóstico temprano es difícil debido a la falta de síntomas y de datos clínicos característicos. Generalmente, el diagnóstico es ecográfico, siendo las imágenes más frecuentes visualizadas la masa anexial y el líquido libre en el fondo de saco de Douglas, en presencia de un embarazo intrauterino^{2,13}.

La decisión terapéutica dependerá básicamente del estado de la paciente, pero también de los recursos que se cuenten al momento del diagnóstico^{10,14}.

El diagnóstico aún es un desafío, sobre todo en aquellas pacientes sin factores de riesgo identificables y que cursen con un embarazo espontáneo¹⁵.

La finalidad de este artículo, es la discusión diagnóstica y terapéutica del embarazo het-



Imagen N°3. Identificación de trompa uterina y embarazo heterotópico accidentado

erotópico, con un embarazo intrauterino viable. La sospecha temprana es primordial si se quiere asegurar el desarrollo exitoso del embarazo intrauterino.

CONCLUSIONES

En el presente caso clínico, el llegar al diagnóstico adecuado resultó de mucha complejidad debido a la baja incidencia. El estudio imagenológico fue realizado de manera adecuada, pese a que es operador dependiente.

La vía de resolución quirúrgica fue tomada en concordancia con las capacidades y limitaciones del equipo quirúrgico. Una vez resuelta la patología aguda extrauterina, el embarazo intrauterino llegó a término sin complicaciones.

ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente trabajo se realizó bajo confidencialidad de los datos personales de la paciente, además se cuenta con el respectivo consentimiento informado y aprobación por parte del Hospital.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Pacheco Rodríguez Jennifer Paola. Médica. Maestría en Docencia Universitaria. Universidad del Azuay. Postgradista de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia. Cuenca-Azuay-Ecuador. e-mail: jennpao.pachecorodriguez@gmail.com ORCID: 0000-0002-9917-7943

Vásquez Aguayza Freddy Gabriel. Médico. Universidad del Azuay. Postgradista de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia. Azogues-Cañar-Ecuador. e-mail: freddygabri31@gmail.com ORCID: 0000-0002-6998-2538

Ochoa Camacho Arianna Jossenka. Médico. Universidad del Azuay. Postgradista de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia. Cuenca-Azuay-Ecuador. e-mail: ariannaxochoa95@gmail.com ORCID: 0000-0001-8181-1558

Mena Acosta Francisco Isaac. Médico. Universidad del Azuay. Postgradista de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia. Cuenca-Azuay-Ecuador. e-mail: panchoima@hotmail.com ORCID: 0000-0002-1254-6401

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Los autores aportaron de manera equitativa en el diseño, búsqueda bibliográfica, redacción, revisión, análisis crítico e interpretación del estudio. Así como de la aprobación en conjunto de la versión final.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villamayor L, Sosa A, Ortiz J. Embarazo heterotópico triple espontáneo: Reporte de un caso. Revista oficial de la Federación Paraguaya de Ginecología y Obstetricia. 2023;2(2)033-037. Disponible en: <https://revistafpgo.org/index.php/rvfpgo/article/view/30/21>
2. Monzón P, Tejada Gabriel, Oliva A. Embarazo heterotópico espontáneo: Presentación de dos casos. Rev. Perú. ginecol. obstet. 2019;65(3):355-360. doi: 10.31403/rpgo.v66i2195
3. Delgado-Delgado A, Delgado-Kalish A. Embarazo heterotópico. Acta Médica Grupo Ángeles. 2019;17(1):61-63. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2019/am191m.pdf>

4. Zatarain A, Torres V. Embarazo heterotópico espontáneo en una mujer sin factores de riesgo: reporte de un caso. Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología. Anales de Radiología México. 2019; 18:59-64. doi: 10.24875/ARM.19000040
5. Carrillo D, Rodríguez J. Embarazo heterotópico espontáneo con resultado perinatal favorable, reporte de un caso y revisión de la literatura. Redalyc. 2021;29(1):85-96. doi: 10.18359/rmed.4963
6. Espinoza S, Garnier J, Pizarro G. Generalidades sobre embarazo ectópico. Revista Médica Sinergia. 2021;6(5):e670. doi: 10.31434/rms.v6i5.670
7. Arrocha G, Espinoza J. Embarazo heterotópico y Supervivencia del producto intrauterino. Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura. Revista de la Federación Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. 2021;25(1):12-18. doi:10.37980/im.journal.revcog.20211781
8. Nabi U, Yousaf A, Ghaffar F, Sajid S, Ahmed MMH. Heterotopic Pregnancy - A Diagnostic Challenge. Six Case Reports and Literature Review. Cureus. 2019;11(11):e6080. doi: 10.7759/cureus.6080
9. Montúfar 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 (Quito). 2023;48(2):119-124. doi:10.29166/rfcmq.v48i2.5816
10. Fatema N, Badi M, Rahman M, Elawdy M. Heterotopic pregnancy with natural conception; a rare event that is still being misdiagnosed: a case report. Clin Case Rep. 2016;4(3):272-275. doi: 10.1002/ccr3.502
11. Torres M, Rodríguez G, Escarcega J, Treviño A, Suárez-Márquez E, González-Oropeza D. Desafíos en el diagnóstico de embarazo heterotópico después de concepción natural: reporte de dos casos y revisión de la bibliografía. Casos clínicos de GOM. 2025;2(1):1-6. doi:10.24245/gom.v2i1.9835
12. Thompson S, Vásquez A, Ibáñez C. Embarazo heterotópico, un desafío diagnóstico: a propósito de un caso. Revista Científica de la Seguridad Social de Corto Plazo. 2024; 3(2). doi: 10.59918/hcxd5770ky83m
13. Calucho S, Tapia M. Enfoque actual en el diagnóstico y tratamiento del embarazo heterotópico por concepción espontánea. Revista Práctica Familiar Rural. 2023;8(1):3-8. doi: 10.23936/pfr.v8il.262
14. Oancea M, Ciortea R, Diculescu D, Poienar AA, Grigore M, Lupean RA, Nicula R, Chira D, Strilciuc S, Mihu D. Spontaneous Heterotopic Pregnancy with Unaffected Intrauterine Pregnancy: Systematic Review of Clinical Outcomes. Medicina (Kaunas). 2020;56(12):665. doi: 10.3390/medicina56120665
15. Barrón J, Muñoz E, Hernández G, Rivera J, Heras J. Embarazo heterotópico con las nuevas técnicas de reproducción asistida. 2018;61(2):16-19. Rev. Fac. Med. (Méx.). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n2/2448-4865-facmed-61-02-16.pdf>