

ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO HEMORRÁGICO. EMBARAZO HETEROTÓPICO. REPORTE DE UN CASO

YOSELYN CAMACARO
MIGUEL QUIROZ

RESUMEN

Métodos: Presentamos un caso de una paciente femenina de 31 años con dolor abdominal de fuerte intensidad, tipo punzante, en fosa iliaca derecha, de aparición brusca, con signos de irritación peritoneal y β -HCG positiva, cuadro clínico de abdomen agudo quirúrgico por embarazo ectópico.

Resultados: El resultado quirúrgico de la intervención arrojó una trompa derecha aumentada de tamaño, rota, sangrante y cuyo reporte de anatomía patológica fue un embarazo tubárico roto y aumento de volumen del útero de aspecto gestante. En el postoperatorio mediato se realiza ecosonograma transvaginal evidenciándose embarazo intrauterino de 7 semanas + 2 días, por lo cual fue egresada con el diagnóstico de embarazo heterotópico.

Conclusión: Se define embarazo heterotópico como la gestación intrauterina y extrauterina que coexisten de forma simultánea. Este se manifiesta como cuadros de dolor abdominal, signos de shock hipovolémico y en raras ocasiones escaso sangrado genital. Es una patología poco frecuente cuando se presenta de manera espontánea.

Palabras clave

Embarazo heterotópico, abdomen agudo quirúrgico, embarazo ectópico, ecosonografía transvaginal.

HEMORRHAGIC SURGICAL ACUTE ABDOMEN. HETEROTOPIC PREGNANCY. A CASE REPORT

ABSTRACT

Methods: We present a case of a female patient aged 31 with abdominal pain of high intensity, sharp stabbing pain, right lower quadrant, with abrupt onset, with signs of peritoneal irritation and β -HCG positive, disease pattern of acute abdomen ectopic pregnancy.

Results: Surgical intervention resulted in a raised right Falopian tube, broken, bleeding and resulting pathology reported broken tubal pregnancy and increased uterine volume of pregnant look. In the immediate postoperative transvaginal sonogram is performed evidencing intrauterine pregnancy 7 weeks + 2 days, which was discharged with the diagnosis of heterotopic pregnancy.

Conclusion: Heterotopic pregnancy is defined as intrauterine and extrauterine gestation coexisting simultaneously. This manifests as abdominal pain, signs of hypovolemic shock and rarely scarce genital bleeding. It is a rare disease when it occurs spontaneously.

Key words

Heterotopic pregnancy, surgical acute abdomen, ectopic pregnancy, transvaginal ultrasonography.

Descrito por primera vez en 1708 por Duverney, el cual lo observó durante la realización de una autopsia. Este embarazo se puede definir como la coexistencia de un embarazo intrauterino con un embarazo ectópico, en donde el ectópico es por lo general tubárico, pero pudiese ser ovárico, cervical, cornual o abdominal¹.

Es una condición extremadamente rara cuando se presenta de forma espontánea, es decir no asociado a técnicas de reproducción asistida, con una frecuencia de 0,3:10.000 embarazos². Esta frecuencia ha aumentado sustancialmente llegando a 1:2.600 – 1:1.800 embarazos, este riesgo es aún mayor cuando las pacientes son sometidas a técnicas de reproducción asistida³. En nuestro país, en la Maternidad Concepción Palacios durante el periodo de 1939-1963 solo se reportaron 4 casos de embarazo heterotópico, representando una incidencia de 1:86.000 nacimientos vivos, el último caso reportado fue en el año 2007 en la maternidad Concepción Palacios⁴.

En relación al embarazo extrauterino 93,9% son tubáricos, 6% ováricos y 1,1% abdominal. Dentro de los tubáricos el 31,8% ocurren en la trompa derecha y el 36,3% en la izquierda, cuya localización en orden de frecuencia es en la ampolla 80%, en el istmo 13%, en las fimbrias 2%, intersticial 3% y en el infundíbulo 2%⁴.

Aunque su etiología no está plenamente esclarecida, muchos de los factores que predisponen al embarazo ectópico son los mismos que favorecen a los embarazos heterotópicos, dentro de ellos mencionamos el daño tubárico luego de una enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, cirugía tubárica previa, embarazo ectópico previo, tabaquismo activo, infertilidad, dispositivo intrauterino, uso de inductores de la ovulación, la transferencia intratubárica de gametos y la fertilización in vitro²⁻⁵.

Clínicamente las pacientes consultan por presentar cuadros de dolor abdominal, signos de shock hipovolémico y en raras ocasiones escaso sangrado genital. Al examen físico podemos evidenciar signos de irritación peritoneal, masa anexial palpable y/o aumento del tamaño del útero. Lo cual nos conduce al diagnóstico de un abdomen agudo quirúrgico²⁻⁶.

El diagnóstico habitualmente se realiza mediante la ecografía transvaginal, donde se evidencia una gestación intrauterina, líquido libre en el fondo de saco y una masa anexial conjuntamente con una elevación de la β -HCG, en este caso no se realizó un ecosonograma previo a la intervención que nos hiciera sospechar de un embarazo heterotópico, sino que se plantea como una hallazgo intraoperatorio debido a que se evidencia aumento del tamaño del útero sospechoso de inicio de gestación y se confirma en su postoperatorio tanto ecosonográficamente como por anatomía patológica. Se han descrito 4 criterios ecosonográficos para precisar el embarazo ectópico: cavidad gestacional extrauterina viva, bolsa gestacional extrauterina conteniendo saco vitelino o embrión, masa anexial con borde ecogénico de tejido alrededor de un centro hipoeoico y masa anexial diferente a un simple quiste⁴⁻⁷.

Dentro de los diagnósticos diferenciales más frecuentes tenemos el síndrome de hiperestimulación ovárica, el cuerpo lúteo torcido, hemorrágico o roto, quiste hemorrágico roto, el cólico ureteral y la apendicitis aguda³.

El objetivo principal en el manejo de esta patología es terminar el embarazo extrauterino sin afectar la gestación intrauterina viable, para ello existen 3 opciones en el tratamiento. El más utilizado es el tratamiento quirúrgico con salpingectomía o salpingostomía por laparoscopia o laparotomía según sea el caso. En caso de que la trompa de Falopio se encuentre intacta se puede utilizar tratamiento médico, mediante la inyección de cloruro potásico o glucosa hiperosmolar intravasular por vía laparoscópica o transvaginal con control ecográfico. Por último se puede seguir una actitud expectante, ya que en algunos casos este tipo de embarazos de resuelven espontáneamente⁶.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 31 años de edad, la cual refiere inicio de enfermedad actual el día 11/09/2013 caracterizado por dolor abdominal, tipo punzante, de fuerte intensidad en fosa iliaca derecha, de aparición brusca, concomitantemente se asocia un episodio de náuseas sin vómitos, motivo por el cual consulta por el servicio de Cirugía, es valorada y se decide su ingreso con el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico por embarazo ectópico roto.

Antecedentes familiares: Padre vivo hipertenso controlado. Madre viva sana. Dos hermanos vivos sanos.

Antecedentes personales: Asmática desde la infancia, última crisis en el 2012. Colocación de prótesis mamarias en el 2012. Resto no contributorios.

Antecedentes gineco-obstétricos: Menarquia a los 11 años. Ciclos menstruales: 30/6. Tipo: dismenoréicos. NPS: 04. FUR: 30/08/2013. I gesta I para 0 abortos. Fecha del último parto: hace 12 años. Niega DIU. Niega ACO. Niega uso de fertilización asistida.

Examen físico de ingreso: TA: 100/50 mmHg, Fc: 110 ppm, Fr: 18 ppm. Paciente hipotensa en regulares condiciones generales, discreta palidez cutánea mucosa, levemente deshidratada, afebril al tacto, eupneica, manifestando dolor en la fosa iliaca derecha, tipo punzante de fuerte intensidad.

Cardiopulmonar: tórax simétrico, normoexpandible, ruidos cardíacos rítmicos taquicárdicos sin soplos, ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares sin agregados. **Abdomen:** globoso a expensas de panículo adiposo, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación superficial y profunda en la fosa iliaca derecha, Blumberg positivo, Punto de Mc Burney positivo, Punta talón positivo, Psoas negativo, Obturador negativo. Ginecológico: genitales externos de aspecto y configuración normal, tacto vaginal, vagina normotérmica / nor-

motónica, dolorosa a la lateralización derecha, fondo de saco de Douglas abombado, a la inspección con espejuelo se realiza punción del fondo de saco de Douglas la cual es positiva, obteniendo 10 cc de sangre no coagulada. *Neurológico*: orientado en los 3 planos, Glasgow 15/15.

Se decide intervención quirúrgica como abdomen agudo quirúrgico por embarazo ectópico roto vs quiste hemorrágico.

Se solicitan laboratorios de emergencia WBC: 11.7, NE: 81.8%, LY: 13.3%, HGB: 11.9, HCT: 36.4%, PLT: 248, VSG: 20 mm/h, β HCG: positivo, Urea: 19 mg/dl, Creatinina: 0.7 mg/dl, Glucosa 90 mg/dl.

Uroanálisis. Aspecto: turbio, *Color:* amarillo, *Reacción:* acida, *Acetona:* positivo, *Bilirrubina:* negativo, *Hemoglobina:* negativo, *Pigmentos biliares:* negativo, *Proteínas:* negativo, *Urobilina:* negativo, *Bacterias:* abundantes, *Células escamosas* 2-4 xc, *Leucocitos:* 3-4 xc.

Se realiza laparotomía ginecológica transversa:

Hallazgos quirúrgicos

- Hemoperitoneo 800 cc aproximadamente con abundantes coágulos.
- Útero aumentado de tamaño de aspecto gestante.
- Trompa derecha aumentada de tamaño con LOE en su interior de aproximadamente 5 cm de diámetro rota, sangrante
- Resto DLN. (Figuras 1,2 y 3)



Figura 1. Aspecto de la trompa derecha.

Figura 2. Salpingectomía derecha. Pieza operatoria.



Figura 3. Especimen de anatomía patológica.



terino dentro de los límites normales.

En la biopsia enviada a anatomía patológica se obtuvo el siguiente resultado: Descripción macroscópica: el material recibido, referido como embarazo ectópico de la trompa derecha, consiste de una muestra de 4.5 x 1.2 cms. Tanto la serosa, la pared y la luz son hemorrágicos con coágulos recientes. Se toma material representativo para su estudio histológico. Descripción microscópica: embarazo tubárico roto con extensa hemorragia reciente.

DISCUSIÓN

Se trata de un caso raro y con una incidencia muy baja, según lo reportado en la literatura internacional y nacional y en el caso nuestro aún más porque es el 1er caso que se reporta en nuestro hospital y que se presenta de forma espontánea, sin técnicas de reproducción asistida.

En relación con el embarazo extrauterino se evidencia su localización con mayor frecuencia en trompa y con una frecuencia menor en el lado derecho con respecto al embarazo heterotópico.

Clínicamente se presentaron la mayor parte de los síntomas descritos por la literatura. Se hace la salvedad que en nuestro caso el aumento de volumen del útero se realiza intraoperatorio y no ecográficamente previamente, debido a que se planeó como una urgencia quirúrgica.

El objetivo principal en nuestro caso fue terminar el embarazo extrauterino sin afectar el intrauterino viable.

REFERENCIAS

1. Mendivil C, Padron R, Miranda J, Silva G. Embarazo heterotópico: diagnóstico ecográfico temprano, manejo con laparoscopia. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2011; 62: 98-103.
2. Díaz A, Ramírez C, Rojas L, Jiménez J, Hiriart J, Peñaloza F. Embarazo Heterotópico: un caso de urgencia. *Rev Obstet Ginecol. Hosp Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse* 2006; Vol 1 (2):118-120.
3. Kaplan F, Espinoza O, Scheppeler M, Cabrera D, Embarazo Heterotópico: una patología emergente. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002 Vol 67 (5):402-404.
4. Rada L, Rivero A, Briones J, Fernández S. Embarazo Heterotópico vs embarazo ectópico roto con reacción decidual. Reporte de un caso. *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de León* 2007; 38(2):62-74.
5. Barreras J, Menéndez O, Hernández J, Cáceres H. Embarazo heterotópico. Presentación de un caso. *Rev Haban Cienc Méd* 2008 Vol 7 (1)
6. Albalat R, Cea J, Carrasco A, Jiménez A. Gestación Heterotópica espontánea. *Rev Clin Invest Gin Obst* 2012; 40(1):26-28.
7. Domínguez K, Sastré H, Higuera F, Vargas A, Zaldívar F. Embarazo heterotópico en un ciclo de concepción natural presentado como embarazo ectópico roto. Informe de un caso. *Cir Cir* 2008; 76:519-522.