

UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES

“UNIANDES”



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

**INFORME FINAL DE ESTUDIO DE CASO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

TEMA:

**EMBARAZO HETEROTÓPICO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO, A PROPÓSITO
DE UN CASO CLÍNICO.**

AUTOR: MEDINA ALDAZ ALEX MAURICIO

TUTORAS: DRA. MEDINA MEDINA DORIS RAQUEL Esp.

DRA. MARTINEZ MARTINEZ RONELSYS Mg.

AMBATO – ECUADOR


2019

APROBACIÓN DE LOS TUTORES DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN:

Quienes suscribimos, legalmente **CERTIFICAMOS QUE:** El presente Trabajo de Titulación realizado por el Sr. **MEDINA ALDAZ ALEX MAURICIO**, estudiante de la carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, con el tema **EMBARAZO HETEROTÓPICO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**, ha sido prolijamente revisado, y cumple con todos los requisitos establecidos en la normativa pertinente de la Universidad Regional Autónoma de Los Andes -UNIANDES-, por lo que aprobamos su presentación.

Ambato, Octubre del 2019



Dra. Medina Medina Doris Raquel Esp.

TUTORA



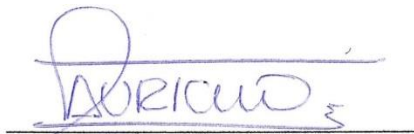
Dra. Martinez Martinez Ronelsys Mg.

TUTORA

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, **MEDINA ALDAZ ALEX MAURICIO** , estudiante de la carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, declaro que todos los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, previo a la obtención del título de **MÉDICO CIRUJANO**, son absolutamente originales, auténticos y personales; a excepción de las citas, por lo que son de mi exclusiva responsabilidad.

Ambato, Octubre del 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'MAURICIO', is written over a horizontal line. The signature is stylized and includes a large loop at the beginning.

Medina Aldaz Alex Mauricio

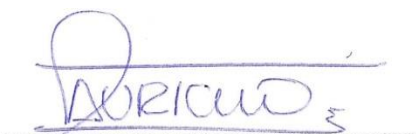
CI 1804287223

AUTOR

DERECHOS DEL AUTOR

Yo, **MEDINA ALDAZ ALEX MAURICIO**, declaro que conozco y acepto la disposición constante en el literal d) del Art. 85 del Estatuto de la Universidad Regional Autónoma de Los Andes, que en su parte pertinente textualmente dice: El Patrimonio de la UNIANDES, está constituido por: La propiedad intelectual sobre las Investigaciones, trabajos científicos o técnicos, proyectos profesionales y consultaría que se realicen en la Universidad o por cuenta de ella;

Ambato, Octubre del 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'MAURICIO', is written over a horizontal line. The signature is stylized and includes a small flourish at the end.

Medina Aldaz Alex Mauricio

CI 1804287223

AUTOR

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico al forjador de mi camino a mi padre celestial, por ser mi guía espiritual.

A mi padre, a mi madre, que con su apoyo incondicional, su amor, su sacrificio y su esfuerzo compartieron conmigo en este camino de alegrías, preocupaciones y mis noches de desvelo.

A mi hermana, quien con su cariño y ternura ha sido mi inspiración para no claudicar.

A mis profesores quienes fueron un gran apoyo durante mi formación académica. Y en general a mi familia que de una u otra manera forman parte de este triunfo.

Medina Aldaz Alex Mauricio

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Regional Autónoma de los Andes, por formar personas y profesionales de la salud con alto conocimiento y sabiduría, capaces de demostrar sus habilidades y destrezas.

A nuestro creador, por la oportunidad de existir y por darme el don de fortaleza, sabiduría, paciencia, perseverancia y humildad, para ser su mediador y calmar las dolencias de todos los enfermos.

A nuestros Profesores, por compartir sus conocimientos en estos años de formación tanto profesional como personal.

De manera especial a mis Tutores Dra. Medina Medina Doris Raquel y Dra. Martinez Martinez Ronelsys, por brindarme su apoyo durante este año para lograr esta meta, siendo un guía y ejemplo de trabajo, honestidad y fortaleza.

Al Hospital General IESS Latacunga, por abrirme las puertas y darme la oportunidad de aprender y de tener un acercamiento con los pacientes.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El embarazo heterotópico se define como la existencia de embarazos simultáneos en diferentes lugares de implantación esto quiere decir que coexiste una gestación tanto intrauterina como extrauterina, este se da con mayor frecuencia en las trompas de Falopio (95%).

OBJETIVOS: Analizar la problemática de un embarazo heterotópico, en lo referente a diagnóstico, tratamiento y complicaciones, para mejorar el pronóstico de las pacientes con dicha patología. Siendo los objetivos específicos, Analizar la problemática de un embarazo heterotópico, en lo referente a diagnóstico, tratamiento y complicaciones, para mejorar el pronóstico de las pacientes con dicha patología; Determinará la situación actual del manejo de embarazo heterotópico en servicio de salud del Hospital General IESS Latacunga, Seleccionar los aspectos adecuados para las recomendaciones.

MÉTODOLOGIA: La investigación tiene un enfoque cualitativo porque en este caso se describe literalmente la fundamentación teórica del caso, así como la información obtenida de la revisión documental, con una posterior interpretación y valoración de las situaciones y fenómenos suscitados en este. Se utilizó el método Analítico – Sintético, Deductivo- Inductivo.

CONCLUSIÓN: El embarazo heterotópico es un patología poco frecuente y cursa con sintomatología común a otras patología que si son frecuentes en escenarios de asistencia médica

PALABRAS CLAVE: Embarazo heterotópico, diagnóstico, tratamiento, complicaciones.

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is defined as existence of simultaneous pregnancies at different implantation sites. This means that a gestation coexists as intrauterine. This occurs more frequently in the fallopian tubes (95%).

Objectives: To analyze main problems and complications in order to improve prognosis of patients with this pathology. Being the specific objectives, to analyze the problems of a heterotopic pregnancy in terms of diagnosis, treatment and complications, to improve the prognosis of patients with this kind of pathology. Additionally, to determine the current situation of management of heterotopic pregnancy in health service of General IESS Latacunga Hospital. Finally, to select the appropriate aspects for all the recommendations.

Methodology: This research has a qualitative focus because in this case, it literally describes the theoretical basis of the case. As well as the information obtained from the documentary review, with a subsequent interpretation and assessment of the situations and phenomena raised is this. Analytical - Synthetic method was used. Deductive-Inductive.

Conclusion: Heterotopic pregnancy is an infrequent pathology with symptoms common to other pathologies that are frequent in scenarios of medical assistance.

Key words: Heterotopic pregnancy, diagnosis, treatment, complications.

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DE LOS TUTORES DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

DERECHOS DE AUTOR

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

1. INTRODUCCIÓN	1
2. DESARROLLO POR EPIGRAFES	3
2.1. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES	3
2.1.1. Epidemiología	4
2.1.2. Factores de riesgo	4
2.1.3. Diagnóstico	4
2.1.4. Tratamiento	5
2.1.5. Complicaciones	6
2.1.6. Diagnóstico Diferencial	7
2.2. METODOLOGÍA	7
2.2.1. Paradigma o modalidad de investigación	7
2.2.2. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación	8
2.3. RESULTADOS	9
2.3.1. Historia clínica	9
2.3.2. Evolución	19
2.3.3. Análisis	22
3. CONCLUSIONES	22
4. RECOMENDACIONES	23
5. BIBLIOGRAFIA	

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo es una experiencia personal que protagonizan las mujeres en alguna etapa de su vida, esto no es más que la unión de un ovulo con un espermatozoide después de un acto sexual entre un hombre y una mujer. El embarazo es el tiempo comprendido desde la fecundación del ovulo hasta el parto, durante el cual la cavidad uterina forma y desarrolla un nuevo ser. Así mismo en el transcurso de este tiempo se pueden implantar embarazos de tipo ectópico y heterotópico.(1)

El embarazo heterotópico se define como la existencia de embarazos simultáneos en diferentes lugares de implantación esto quiere decir que coexiste una gestación tanto intrauterina como extrauterina. La ubicación frecuente de implantación de los embarazos ectópicos es las trompas de Falopio (95%), otras literatura describen que existe implantación en el cuello uterino, ovarios, abdomen y cérvix. (2)

La gestación heterotópica es una patología poco frecuente, el primer caso fue descrito por Duberney en el año de 1740 como un hallazgo casual realizado en una autopsia, la incidencia de embarazos heterotópico espontáneos es de 1:40000 recién nacidos vivos.(3)

Dentro de las causas de esta patología se encuentran las malformaciones anatómicas de las trompas, y las uterinas. En los factores de riesgo observamos en mujeres mayores a los 35 años de edad, técnicas de reproducción asistida, anticonceptivos intrauterinos (DIU), enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis e historia de embarazos ectópicos.(4)(5)

En estadios iniciales estas pacientes se mantienen prácticamente asintomáticas en su gran mayoría, al avanzar su edad gestacional pueden aparecer síntomas como: dolor abdominal, sangrado vaginal, sintomatología de toma del estado general según el caso, al examen físico se puede constatar: abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda donde a veces se puede encontrar una masa tumoral que no está relacionada con la cavidad uterina, cérvix abierta con pérdida de sangre, aumento del tamaño uterino y doloroso al tacto vaginal.(6)

Para el diagnóstico del embarazo se realizar la prueba cuantitativa de (B-hCG), teniendo el diagnóstico de embarazo podemos realizar pruebas de imagen como: ecografía

abdominal completa, ecografía pélvica y ecografía transvaginal en donde podemos observar con mayor determinación el embarazo heterotópico. (7)

El tratamiento de elección para el embarazo heterotópico es quirúrgico (salpingectomía), ya que se obtiene mejores resultados con una menor movilidad y protección de la gestación intrauterina. (8)

El embarazo heterotópico es una patología que con mucha frecuencia y en dependencia del caso y las circunstancias, puede presentar una evolución y pronóstico poco favorable, pudiendo presentarse complicaciones como: hemoperitoneo, shock hipovolémico con inestabilidad hemodinámica, abdomen agudo y muchas veces la muerte. (4)(5)

El presente caso trata de una paciente femenina de 29 años con antecedentes patológicos de hipotiroidismo y ovario poliquístico. Esta paciente acude a emergencias, refiriendo amenorrea secundaria de 5 semanas más dolor abdominal agudo tipo cólico localizado en mesogastrio y fosa iliaca derecha, que se acompaña de metrorragia escasa además náuseas que no llegan al vómito, al examen físico se pudo constatar: abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de mesogastrio, flanco derecho y fosa iliaca derecha, ruidos hidroaéreos aumentados, no se palpan visceromegalias, puntos apendiculares y uretrales negativos, no signos de irritación peritoneal. Al tacto vaginal cérvix cerrada, útero doloroso a la movilidad. Luego de realizarse (B-hCG) cuantitativa, ecografía abdominal y transvaginal se diagnostica un embarazo de tipo heterotópico. Decidiendo después de esto el proceder quirúrgico para la resolución del embarazo ectópico y respetar el intrauterino por petición de la paciente, donde también se indica progesterona para la protección de dicho embarazo.

Después de 21 días paciente acude a control con ecografía transvaginal reportando embarazo heterotópico sin latido cardíaco por lo cual se realiza tratamiento con metotrexato intravenoso y posteriormente se decide el alta a la espera de expulsión de producto.

Paciente acude a emergencias 13 días después de su último ingreso con dolor abdominal de moderada a grave intensidad que se irradia a región lumbar y área vaginal acompañada de náuseas que llegan al vómito en dos ocasiones por lo que se decide realizar (B-hCG) cuantitativa y ecografía que reporta embarazo heterotópico, decidiendo proceder quirúrgico para resolución de embarazo ectópico accidentado.

Luego de ser intervenida con el objetivo de conservar la vida de la paciente, se resuelve el embarazo ectópico y posteriormente se aplica misoprostol vía oral y vaginal en dos tomas más legrado instrumental para terminar con el embarazo fallido intrauterino.

OBJETIVOS:

General:

Analizar la problemática de un embarazo heterotópico, en lo referente a diagnóstico, tratamiento y complicaciones, para mejorar el pronóstico de las pacientes con dicha patología.

Específicos:

- Fundamentar teóricamente el embarazo heterotópico, su presentación, diagnóstico, tratamiento y complicaciones enfocados en el diagnóstico y tratamiento.
- Determinará la situación actual del manejo de embarazo heterotópico en servicio de salud del Hospital General IEISS Latacunga.
- Seleccionar los aspectos adecuados para las recomendaciones.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud pública

SUB-LÍNEA:

Emergencias médicas

2. DESARROLLO POR EPIGRAFES

2.1. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES

Se denomina embarazo heterotópico cuando coexiste una gestación tanto intra como extrauterina, el riesgo de esta patología aumenta en pacientes sometidas a tratamientos de reproducción asistida y uso de dispositivos intrauterinos. La implantación extrauterina puede tener varias localizaciones siendo la más frecuente la trompa de Falopio en el 90% de casos. Se debe sospechar en toda mujer en edad fértil.(5)(4)(2)

2.1.1. Epidemiología

Es una patología poco frecuente, el primer caso de un embarazo heterotópico fue reportado en el año de 1740 por Duberney como un hallazgo casual durante la autopsia a una mujer, la literatura indica que ocurre 1 por cada 40.000 embarazos espontáneos y en el 1% mediante fecundación invitro.(2)(9)

2.1.2. Factores de riesgo

Existen factores de riesgo como:

- Antecedente de embarazo ectópico.
- Tabaquismo.
- Fecundación invitro.
- Infecciones pélvicas.
- Cirugía pélvica.
- Defectos congénitos de las trompas de Falopio.
- Endometritis.
- Dispositivos intrauterinos.
- Abortos provocados.(10)(7)(8)

2.1.3. Diagnóstico

➤ Manifestaciones Clínicas

La presentación clínica del embarazo heterotópico es muy inespecífica, muchas veces es un cuadro asintomático o puede cursar con dolor abdominal, tumoración anexial, metrorragia, irritación peritoneal. Además, el cuadro clínico es similar al de amenaza de aborto y embarazo ectópico en otras localizaciones.(2)

Cuando hay demora en el tratamiento puede cursar con hemoperitoneo, shock hipovolémico e inestabilidad hemodinámica, al examen físico podemos encontrar masas anexiales, sangrado vaginal, aumento del tamaño uterino y doloso al tacto vaginal.(2)(11)

➤ Laboratorio

En un embarazo la determinación de la (B-hCG) cualitativa es importante para tener claro que estamos ante un embarazo, aunque no aporta significativamente al diagnóstico de un embarazo heterotópico, se ha observado que los valores de la gonadotropina corionica humana son más altos en un embarazo heterotópico que los correspondientes a las semanas de amenorrea.(8)

➤ **Pruebas de imagen**

Es acertado realizar estudios de imagen ya que en muchos de los casos también nos pueden ayudar a identificar la causa de fondo, actualmente los principales métodos de diagnóstico son el ultrasonido y la tomografía axial computarizada, con una sensibilidad y especificidad del 96 al 100% .(3)

Los signos ecográficos que nos indicarían que estamos en la presencia de un embarazo heterotópico es la presencia de saco gestacional intrauterino y una masa anexial compleja que puede estar acompañado de líquido libre, que es un signo sospechoso de rotura. Otro estudio diagnóstico que se puede realizar es la ecografía Doppler que nos ayuda a determinar del flujo sanguíneo placentario en localizaciones extrauterinas.(2)

Se considera que la ecografía transvaginal para el diagnóstico de embarazo heterotópico tiene una sensibilidad del 56% sobre todo en la quinta y sexta semana de gestación.(8)

En la mayoría de casos el diagnostico se realiza cuando se ha complicado el embarazo extrauterino, incluso se realiza una ecografía ginecológica en la cual se visualiza la gestación intrauterina y no la extrauterina debido a la baja sospecha del embarazo heterotópico, por esta razón muchas veces se requiere una exploración diagnostica por laparoscopia/laparotomía.(11)(3)(5)

2.1.4. Tratamiento

El objetivo del tratamiento es preservar la vida de la madre y el embarazo intrauterino.

Cuando el embarazo extrauterino se encuentra en la trompa de Falopio el tratamiento de elección es la salpingectomía laparoscópica ya que existe más protección del embarazo intrauterino, en cambio cuando hay un compromiso hemodinámico con hemoperitoneo se prefiere una salpingectomía por minilaparotomía.(8)(6)

Otras opciones de tratamiento son el metotrexate, cloruro potásico o glucosa hiperosmolar intrasacular cuando la paciente se encuentra estable y la trompa de Falopio intacta con seguimiento ecográfico aunque no existe evidencia clara de su eficacia además se contraindica su uso cuando se pretende preservar el embarazo intrauterino por los efectos sistémicos.(12)

La administración se hace mediante 2 protocolos el primero con dosis múltiples: metotrexate 1 mg/kg intramuscular y ácido fólico 0.1 mg/kg vía oral en días alternos y el segundo a base de metotrexate 50 mg/m² intramuscular.(11)

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO CON METOTREXATE	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
1. Mujer sana hemodinamicamente estable 2. Ausencia de signos de rotura (dolor, hemoperitoneo) 3. Diámetro máximo del huevo < 4cm 4. BHCG < 5.000 Mui/ml 5. Ausencia de latido embrionario 6. consentimiento informado firmado	1. Enfermedad renal o Hepática grave 2. leucocitos <2000/mm ³ , Plaquetas <100000/3, GTO y GPT > 30UI/l, creatinina > 1,5 mg/dl 3. Contraindicación para administración de metotrexate. 4.Tratamiento actual con AINE o diurético 5. Paciente sin deseo de controles posteriores 6.Embarazo ectópico, heterotópico

Fuente: Artículo científico.(11)

2.1.5. Complicaciones

- Hemoperitoneo.
- Shock hipovolémico.
- Abdomen agudo.
- Muerte.

2.1.6. Diagnóstico Diferencial

- Cuerpo lúteo hemorrágico.
- Quiste hemorrágico roto.
- Torsión de quiste de ovario.(3)(8)
- Síndrome de hiper estimulación ovárica.
- Cólico uretral.
- Apendicitis aguda.(13)

2.2. METODOLOGÍA

2.2.1. Paradigma o modalidad de investigación

La investigación tiene un enfoque cualitativo porque en este caso se describe literalmente la fundamentación teórica del caso, así como la información obtenida en la revisión documental, con una posterior interpretación y valoración de las situaciones y fenómenos suscitados en este.

Además se considera un estudio retrospectivo, que busca las causas a partir de un efecto que ya se presentó, y permite el análisis a partir de información recolectada.

A partir de la historia clínica se organizó la información, se detectó cada una de las fases involucradas en la atención del paciente, detallando la evolución del cuadro clínico, de esta manera se identificó las practicas efectuadas, que finalmente generaron estrategias de diagnóstico oportuno de un embarazo heterotópico.

Tipo de investigación por su alcance

El alcance de este estudio es descriptivo y documental, ya que el análisis se orienta a caracterizar un fenómeno y comprender su comportamiento. En relación a las fuentes de información primarias y secundarias teniendo acceso a la historia clínica del paciente y documentos referenciales mediante los cuales se desarrolló el proceso de interpretación.

La información del paciente fue extraída del sistema AS400 del Hospital General del IESS Latacunga, siendo comparada con estudios de carácter científico similar, relacionado con esta patología, así se estableció recomendaciones, para el diagnóstico de la patología y tratamiento oportuno.

2.2.2. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación

2.2.2.1. Métodos del nivel teórico del conocimiento

- **Analítico – Sintético:** Mediante el estudio de este caso se estableció estrategias de diagnóstico y tratamiento oportuno en estos pacientes.
- **Método Deductivo- Inductivo:** Con este tipo de método se construyó el conocimiento a base de particularidades generales y específicas del embarazo heterotópico, con la finalidad de establecer un diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno.

2.2.2.2. Métodos del nivel empírico del conocimiento

- **Observación científica:** se utilizó este método para la revisión de la historia clínica, así como exámenes complementarios con lo cual nos ayudó a identificar características del embarazo heterotópico que contribuyeron al estudio del caso.

2.2.2.3. Técnicas de investigación

- **Documental:** Recopilación de datos del paciente disponibles en la historia clínica física.

2.2.2.4. Instrumentos de investigación

- **Observación directa:** a partir de la observación directa fue posible obtener información del proceso en el que interviene tanto los recursos humanos como físicos para la realización del diagnóstico y tratamiento oportuno en pacientes con embarazo heterotópico.

2.2.3. Estudio de casos clínicos

El presente trabajo es un estudio retrospectivo de los factores etiológicos, los patrones de presentación, métodos diagnósticos y el tratamiento oportuno del embarazo heterotópico.

2.3. RESULTADOS

2.3.1. Historia clínica

➤ Datos de filiación

Paciente femenina de 29 años, mestiza, religión católica, estado civil unión libre, instrucción superior, ocupación contadora, tipo de sangre ORH (+).

➤ Antecedentes

A. patológicos personales:

- Hipotiroidismo tratado con levotiroxina 50 mg de lunes a viernes y fines de semana 25 mg.
- Hipoacusia bilateral.
- Ovarios poliquísticos.

A. patológicos quirúrgicos:

- Excéresis de lipoma axilar hace 3 años.
- Excéresis de lesión en úvula hace 3 años.
- Excéresis de lipomas en región lumbar y glútea izquierda hace 2 meses.

A. familiares:

- Abuelo materno HTA

A. gineco-obstétricos:

- G: 02 P: 01 A: 00 C: 0 0 HV: 01 HM: 00
- **Gesta 1:** Parto cefalovaginal, masculino, sin complicaciones, 12 años.

Gesta actual:

- Embarazo planificado: si
- Fecha de última menstruación (FUM): 01/10/2018
- Edad gestacional: 5,1 semanas por fecha de última menstruación
- Fecha probable de parto: 08/07/2019
- Virus de inmunodeficiencia humana: si (negativo)
- Controles prenatales: ninguno
- Ecos: 1
- Historia anticonceptiva: Noretisterona + valerato estradiol (Mesigyna) (suspendido hace 4 meses)

Alergias: no refiere

➤ **Condición socioeconómica:**

Vive en casa arrendada con su esposo, tipo de construcción cemento: con 2 dormitorios, sala, comedor, cocina y baño, cuenta con todos los servicios básicos, buena relación intrafamiliar, mascotas extradomiciliarias un perro.

➤ **Motivo de consulta primer ingreso:**

Dolor abdominal.

➤ **Enfermedad actual primer ingreso:**

Paciente refiere que desde hace 1 semana como fecha aparente y 1 día como fecha real refiere amenorrea secundaria de 5 semanas más dolor abdominal tipo cólico en mesogastrio y fosa iliaca derecha de moderada intensidad sin causa aparente, acompañado de metrorragia y náusea que no llega al vómito, por lo que acude a emergencias obstétricas esta casa de salud.

➤ **Examen físico**

Signos vitales

- Temperatura: 36,8 °C.
- Tensión Arterial: 110/80 mmHg.
- Pulso: 98 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto.

Examen físico general

- Paciente consciente, orientada, afebril, álgica, hidratada.
- Piel: caliente, normoelástica, llenado capilar menor a 2 segundos.
- Cabeza: Normocefálica, cabello de implantación normal para edad y sexo.
- Ojos: pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y acomodación, escleras anictéricas.
- Boca: mucosas orales húmedas, orofaringe normal.
- Cuello: Simétrico, movilidad conservada, no adenopatías.

- Tórax: expansibilidad conservada, murmullo vesicular presente, no ruidos sobreañadidos.
- Corazón: ruidos cardiacos rítmicos.
- Abdomen: suave, depreciable, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de mesogastrio, flanco derecho y fosa iliaca derecha, ruidos hidroaereos aumentados, no se palpan visceromegalias. Puntos apendiculares y uretrales negativos, no signos de irritación peritoneal.
- Extremidades simétricas, no edema, llenado capilar menos a dos segundos.

➤ **Indicaciones del primer ingreso**

1. Ingreso a piso de ginecología.
2. Nada por vía oral.
3. Control de signos vitales cada 30 minutos.
4. Realizar Ecografía obstétrica, transvaginal, pélvica.
5. Exámenes de rutina.
6. Parte físico y virtual.
7. Realizar consentimiento informado.
8. Bajar a quirófano hora indicada.
9. Novedades.

➤ **Exámenes:**

Tabla 2: Exámenes de laboratorio.

Biometría hemática	Biometría Hemática	Coproparasitario
Leucocitos: 5.10	Glucosa: 102.20	Color: amarillo
Hematocrito: 44.1	Nitrógeno ureico (BUM): 16.5	Aspecto: transparente
Hemoglobina: 14.8	Creatinina: 0.77	Piocitos: 0 - 1
Monocitos: 4.1	Acido úrico: 5.1	Hematíes: 0 - 1
Eosinofilos: 1.4		Bacterias: 400.9
Linfocitos: 29.7		Moco: 0.00
Neutrófilos: 64.6		Cilindros granulosos: 0.0
Basófilos: 0.2		Cristales: 0.0
Glóbulos rojos: 4.66		Esporas de hongos: 0.0
MCV: 94		
MCH: 31.8		
MCHC: 33.7		
MPV: 7.9		
Plaquetas: 262		
Grupo sanguíneo: "O"		
Factor Rh: positivo		
(B-hCG) cualitativa: 9120		

Fuente: Sistema AS400.

Tabla 3: Exámenes de imagen.

ECOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL PRIMER INGRESO DESDE 2018/11/06
HASTA 2018/11/18

Ecografía obstétrica 2018/11/06	Se aprecia útero con un volumen de 151 cm ³ con presencia de pequeña imagen ecolucida en endometrio de 10 mm. La proyección anexial derecha imagen compleja que mide 29.59 x 20.10 mm. Ovario izquierdo: con un volumen de 5.75 cm ³ , sugiero realizar eco pélvico, transvaginal y abdominal.
Ecografía pélvica 2018/11/06	Vejiga en repleción insuficiente se aprecia útero con presencia de imagen ecolucida hacia fondo de endometrio de 10 mm. En proyección anexial derecha imagen compleja antes descrita. Ovario izquierdo: con un volumen de 5.75 cm ³ no liquido en fondo de saco en este examen.
Ecografía transvaginal 2018/11/06	Útero incrementado de tamaño por la presencia de saco gestacional de 9.27mm de bordes regulares, en su interior embrión 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. Llamo 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, que sugiere control ecográfico en 48 horas y correlación con BHCG cuantitativa.
Ecografía transvaginal 2018/11/09 postquirurgico	Útero incrementado de tamaño por la presencia de saco gestacional de implantación fundica que mide 3.96mm en su interior se observa saco uterino, aun 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 a probable con cambios postquirúrgicos. Se recomienda control.

Fuente: Sistema AS400.

Tabla 4: Nota postoperatoria.

NOTA POSTOPERATORIA 2018/11/07

Bajo anestesia raquídea.

Laparotomía exploratoria por embarazo heterotópico, ectópico derecho más embarazo uterino de 5,2 semanas por FUM.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:

1. Útero gestante.
2. Ovario derecho: embarazo ectópico.
3. Trompa uterina derecha: en buenas condiciones.
4. Anexo izquierdo macroscópicamente normal
5. Complicaciones ninguna.

Se evita administración de anestesia general y cirugía laparoscópica con vistas de evitar posibles efectos teratogenicos y evitar también las secuelas del neumoperitoneo en una paciente que desea conservar su embarazo intrauterino.

Fuente: Sistema AS400.

➤ **Motivo de consulta segundo ingreso:**

Control médico.

➤ **Enfermedad actual:**

Paciente asintomática en la cual manifiesta que se realizó ecografía transvaginal de control reportando 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 (6 semanas 3 días), aun no presenta cinética cardiaca. En el anexo derecho se observa saco gestacional y en su interior embrión (8 semanas 3 días) con latido cardiaco de 167 latidos por minuto. Sin evidencia de líquido libre.

➤ **Indicaciones del segundo ingreso**

1. Ingreso a piso de ginecología.
2. Dieta general.
3. Control de signos vitales cada 6 horas.
4. Exámenes de laboratorio (Biometría hemática, AST, ALT, bilirrubinas, tiempos, (B-hCG) cuantitativa).

5. Metrotrexate 50mg intravenoso este momento.
6. Realizar consentimiento informado.
7. Novedades.

Tabla 5: Exámenes de laboratorio

(B-hCG) cuantitativa: 6635

Fuente: sistema AS400

Tabla 6: Exámenes de imagen

ECOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL SEGUNDO INGRESO 2018/11/30

<p>Ecografía transvaginal 2018/11/29</p>	<p>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 (6 semanas 3 días), aun no presenta cinética cardiaca.</p> <p>En el anexo derecho se observa saco gestacional y en su interior embrión (8 semanas 3 días) con latido cardiaco de 167 latidos por minuto. Sin evidencia de líquido libre.</p>
--	---

Fuente: sistema AS400

➤ **Motivo de consulta tercer ingreso:**

Dolor Abdominal.

➤ **Enfermedad actual tercer ingreso:**

Paciente refiere dolor abdominal de moderada a grave intensidad en mesogastrio y fosa iliaca derecha que se irradia a región lumbar y área vaginal acompañado de nauseas que llegan al vomito en dos ocasiones, Por lo que acude a esta casa de salud.

➤ **Indicaciones del tercer ingreso**

1. Ingreso a piso de ginecología.
2. Nada por vía oral.
3. Reposo absoluto.

4. 1
5. Control de signos vitales cada 6 horas.
6. Lactato de ringer 1000 mililitros intravenoso de mantenimiento pasar en 24 horas.
7. Paracetamol 1 gramo intravenoso cada 8 horas.
8. Ecografía obstétrica, transvaginal, pélvica.
9. Exámenes de rutina.
10. Parte físico y virtual.
11. Consentimiento informado.
12. Bajar a quirófano a la hora indicada.
13. Comunicar a médico especialista.

Tabla 7: Exámenes de imagen

ECOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL TERCER INGRESO 2018/12/13	
Ecografía pélvica 2018/12/13	Presencia de 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 liquido libre en espacio de douglas
Ecografía transvaginal 2018/12/13	Por FUM 9 semanas, Se aprecia útero ocupado por saco gestacional de 24.84 mm de forma irregular para 7.5 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.

Fuente: Sistema AS400.

Tabla 8: Nota postoperatoria.

NOTA POSTOPERATORIA 2018/12/13

Bajo normas de asepsia y antisepsia con diagnostico embarazo ectópico accidentado + shock hipovolémico grado III se realiza laparotomía exploratoria + salpingectomía derecha.

HALLAZGOS

1. útero en AVF de 1.1x
2. embarazo ectópico tubárico derecho accidentado
3. hemoperitoneo de 2000cc
4. abundantes coágulos
5. ovario izquierdo y anexo izquierdo normal

Fuente: Sistema AS400.

Tabla 9: Exámenes de laboratorio postoperatorio.

Biometría Hemática 2018/12/13	Biometría Hemática 2018/12/13 después 6 horas
Leucocitos: 13.30	Leucocitos: 6.20
Hematocrito: 30.0	Hematocrito: 35.2
Hemoglobina: 9.9	Hemoglobina: 11.9
Monocitos: 2.3	Monocitos 3.7
Eosinofilos: 1.0	Eosinofilos: 1.2
Linfocitos: 10.7	Linfocitos 19.9
Neutrófilos: 85.9	Neutrófilos: 75.2
Glóbulos rojos: 3.0	Glóbulos rojos: 3.69
MCV: 97	MCV: 95
MCH: 31.6	MCH: 32.2
MCHC: 32.7	MCHC: 33.8
MPV: 8.3	MPV : 8.2
Plaquetas: 215	Plaquetas: 133

Fuente: Sistema AS400.

Tabla 10: Exámenes de Imagen.

ECOGRAFÍA EVOLUTIVA POSTOPERATORIO 2018/12/16

<p>Ecografía pélvica 2018/12/16</p>	<p>Útero incrementado de tamaño, con la presencia de saco gestacional que mide 40.5 mm, en su interior embrión (6 semanas 0 días), ausencia de cinética cardíaca, por lo que corresponde a embarazo fallido del primer trimestre.</p> <p>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.</p>
---	---

Fuente: Sistema AS400.

➤ **Indicaciones**

1. Dieta líquida a partir de las 22:00 horas nada por vía oral.
2. Reposo relativo.
3. Control de signos vitales cada 6 horas.
4. Lactato de ringer 1000 mililitros intravenoso de mantenimiento pasar en 24 horas.
5. Paracetamol 1 gramo intravenoso cada 8 horas.
6. Misoprostol 400mg vía oral a las 06:00 am (primera dosis) luego 200mg vía sublingual (segunda dosis).
7. Ecografía pélvica.
8. Exámenes de rutina.
9. Parte físico y virtual.
10. Consentimiento informado.
11. Bajar a quirófano a la hora indicada.
12. Comunicar a médico especialista.

Tabla 11: Nota postgrado.

Bajo normas de asepsia y antisepsia con diagnóstico de aborto diferido se realiza legrado instrumental.

HALLAZGOS

1. útero en AVF de 1.1x
2. abundantes coágulos

Fuente: Sistema AS400.

➤ **Diagnósticos presuntivos:**

- Amenaza de aborto.
- Embarazo ectópico.

➤ **Diagnóstico definitivo:**

- Embarazo heterotópico.
- Hemoperitoneo.
- Shock hipovolémico.

2.3.2. Evolución

Paciente femenino de 29 años de edad ingresa el 06 de noviembre del 2018 al servicio de emergencias obstétricas en la cual la paciente manifiesta que presenta dolor abdominal de tipo cólico a nivel de mesogastrio y fosa iliaca derecha acompañado de metrorragia y nauseas que no llegan al vómito, la paciente manifiesta amenorrea de 5 semanas y que hace 4 meses dejo de utilizar su método anticonceptivo para buscar quedarse embarazada, se le realiza (B-hCG) cuantitativa: reportando 9120 con lo cual se confirma embarazo, además se le realiza ecografía obstétrica que reporta: imagen ecolucida en endometrio de 10 mm, La proyección anexial derecha imagen compleja que mide 29.59 x 20.10 mm. Ecografía abdominal: de características normales. Ecografía pélvica: se aprecia útero con presencia de imagen ecolucida hacia fondo de endometrio de 10 mm, en proyección anexial derecha imagen compleja antes descrita. Ecografía transvaginal: Útero incrementado de tamaño por la presencia de saco

gestacional de 9.27mm de bordes regulares, en su interior embrión para una edad gestacional de 5 semanas 5 días. Cinética cardiaca visible pero aún no se evidencia con el doppler espectral, 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

Se decide el ingreso de la paciente al servicio de ginecología con el diagnóstico de embarazo de 5.1 semanas por fecha de última menstruación y un embarazo ectópico. En el servicio de ginecología se le realiza exámenes de laboratorio como biometría hemática, tiempos de coagulación de características normales.

El 06 de diciembre del 2018 se decide realizar intervención quirúrgica porque paciente manifiesta que desea conservar su embarazo uterino el cual ha venido buscando varios meses, decidiendo realiza laparotomía exploratoria encontrando los siguientes hallazgos: útero gestante, ovario derecho embarazo ectópico, trompa uterina derecha en buenas condiciones, anexos izquierdos macroscópicamente normales, no existe complicaciones, se evita administración de anestesia general y cirugía laparoscópica con vistas de evitar posibles efectos teratógenos y evitar también las secuelas del neumoperitoneo en una paciente que desea conservar su embarazo intrauterino.

El 09 de noviembre del 2018 se le realiza una ecografía transvaginal de control postoperatoria en la cual reporta: Útero incrementado de tamaño por la presencia de saco gestacional de implantación fundica que mide 3.96mm en su interior se observa saco uterino, aun 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 a probable con cambios postquirúrgicos, por lo cual se decide el alta médica de la paciente y se le envía a casa con progesterona 100mg cada día por 30 días.

Paciente acude el 30 de noviembre del 2018 con ecografía transvaginal de control a consulta externa de ginecóloga en la cual la ecografía reporta: 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 (6 semanas 3 días), aun no presenta cinética cardiaca, En el anexo derecho se observa saco gestacional y en su interior embrión (8 semanas 3 días) con latido cardiaco de 167

latidos por minuto, Sin evidencia de líquido libre, con una (B-hCG) que reporta 6635 por lo que se decide su ingreso a ginecología con el diagnóstico de embarazo de 7 semanas 1 día sin latido cardiaco y un embarazo ectópico de 8 semanas tres días con latido cardiaco por lo que se explica a la madre y se decide el tratamiento de primera elección para estos casos metotrexate 50 mg intravenoso, la paciente se encuentre estable y se decide el alta el 1 de diciembre del 2018 en espera de expulsión de producto.

Paciente acude a emergencias obstétricas el 13 de diciembre del 2018 para una reevaluación porque presenta dolor abdominal de moderada a grave intensidad que se irradia a región lumbar y área vaginal acompañada de náuseas que llegan al vómito en dos ocasiones por lo que se decide realizar (B-hCG) cuantitativa: reportando 6635. Ecografía pélvica: Presencia de 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, líquido libre en espacio de Douglas. Ecografía transvaginal: Se aprecia útero ocupado por saco gestacional de 24.84 mm de forma irregular para 7.5 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 a un embrión de 32.07 mm sin latido cardiaco presente.

El 13 de noviembre del 2018 se decide el ingreso a ginecología con diagnóstico de embarazo intrauterino de 7.5 semanas anembrionado y embarazo ectópico de 8 semanas accidentado, se realiza procedimiento quirúrgico (laparotomía exploratoria más salpingectomía derecha) de emergencia encontrando los siguientes hallazgos: útero en AVF de 1.1x, embarazo ectópico tubárico derecho accidentado, hemoperitoneo 2000cc, abundantes coágulos, ovario izquierdo y anexo izquierdo normal, se le realiza biometría hemática en la que reporta hemoglobina de 9.9g/dL y leucocitos de $13.30 \times 10^3 \text{ mm}^3$, la paciente egresa de la cirugía con diagnósticos de embarazo ectópico accidentado, shock hipovolémico grado III y salpingectomía derecha por la cual se decide pasar intravenoso 4 paquetes globulares y 1 plasma fresco congelado más medidas de analgesia intravenosa. Se realiza una biometría hemática después de 6 horas de haber concluido el

paso de los paquetes globulares y el plasma fresco congelado hemoglobina de 11.9g/dL y leucocitos de $6.20 \times 10^3 \text{ mm}^3$.

El 16 de diciembre del 2018 se realiza ecografía pélvica que reporta: Útero incrementado de tamaño, con la presencia de saco gestacional que mide 40.5 mm, en su interior embrión (6 semanas 0 días), ausencia de cinética cardiaca, por lo que corresponde a embarazo fallido del primer trimestre, en el cual se decide dar tratamiento farmacológico con misoprostol 400 microgramos vía sublingual primera dosis a las 6:00 am y la segunda dosis de 200 microgramos 10:00 am. En lo cual el 17 de diciembre de 2018 se procede a retirar los restos del aborto incompleto mediante legrado instrumental, la paciente se encuentra cumpliendo antibioticoterapia intravenosa. Paciente en buenas condiciones clínicas el 22 de diciembre 2018 se decide alta hospitalaria con antibioticoterapia mas analgesia vía oral. Se recomienda reposo por 7 días y acudir a control por consulta externa.

➤ **Diagnóstico definitivo de egreso:**

- Embarazo heterotópico.
- Hemoperitoneo.
- Shock hipovolémico.

2.3.3. Análisis

- El embarazo heterotópico tiene una presentación clínica variable.
- La ambigüedad clínica de esta patología y lo poco frecuente dentro de la emergencia clínica y quirúrgica demoran su diagnóstico.
- Se observa complicaciones en el manejo y evolución de la paciente tanto en el aspecto clínico como quirúrgico.

3. CONCLUSIONES

- El embarazo heterotópico es una patología poco frecuente y cursa con sintomatología común a otras patologías que si son frecuentes en escenarios de asistencia médica.
- La demora en el diagnóstico de esta patología está relacionada con lo poco frecuente que se ve en nuestros servicios de salud y por presentar la clínica común a otros casos que si están dentro del quehacer diario de la asistencia médica.

- La ambigüedad con que se presenta esta patología y la demora del diagnóstico, conlleva en ocasiones a complicaciones graves, con mal pronóstico para la paciente.

4. RECOMENDACIONES

Luego de realizar una valoración crítica que permitieron llegar a conclusiones, se recomienda:

- Elaborar guías de atención de las emergencias, clínicas y quirúrgicas para los servicios de ginecología y obstetricia.
- Incrementar de manera sistemática las capacitaciones a los profesionales de salud que no son especialistas de la materia y laboran en estos servicios de salud.
- Valorar y seguir con asistencia por un especialista con afinidad, una vez que se sospeche diagnóstico, para prevenir complicaciones posibles.
- Priorizar el proceder quirúrgico (a pesar de las ventajas del tratamiento médico), cuando el caso imponga la prioridad de la vida de la paciente y no su fertilidad.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Embarazo DDE. TEMA 1 : EL EMBARAZO. :1–37.
2. Coronel Villarán MJ, Domínguez González M, Holgado Fernández A, Martín Gutiérrez A. Gestación heterotópica espontánea de 9 semanas con ambos embriones con actividad cardíaca positiva. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2013;56(4):204–6.
3. Luna Lugo G. Embarazo heterotópico espontáneo en pacientes con antecedente de embarazo gemelar familiar: 2 casos. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2012;55(3):141–5.
4. López-Luque PR, Bergal-Mateo GJ, López-Olivares MC. El embarazo ectópico: Su interés actual en Atención Primaria de Salud. *Semergen [Internet].* 2014;40(4):211–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.11.007>
5. Cuevas MM, Nuzarello OM, Wattiez CR, Fernández RL. Embarazo ectópico. *Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet].* 1998;24(1):13–7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410\(17\)86035-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410(17)86035-9)
6. Pato Mosquera M, Castro Vilar L, Borrajo Hernández E, Araújo Fernández JE. Embarazo ectópico ovárico. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2013;56(5):266–9.
7. Martínez Parrondo N, Guzmán Muñoz M, González Hinojosa J, Martínez Gómez E, Solano Calvo JA, Nieto Díaz A, et al. Tratamiento médico de la gestación ectópica cervical: Nuevos avances. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2012;55(4):204–8.
8. Albalat-Fernández R, Cea-García J, Carrasco-Gallego A, Jiménez-Caraballo A. Gestación heterotópica espontánea. *Clin Invest Ginecol Obstet [Internet].* 2013;40(1):26–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2011.11.009>
9. Bou Serra J, Morán López V, Victoria Gomis C. Spontaneous heterotopic pregnancy. Early and asymptomatic transvaginal ultrasound diagnosis. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2011;54(5):242–5.

10. Ruiz-Velasco V. Manejo actual del embarazo ectópico en la paciente estéril y en la que se desea conservar su fertilidad futura. Actualización. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2010;53(9):351–63.
11. Sánchez-Hidalgo L, López de la Manzanara C, Alpuente A, Garrido RA, Sánchez-Hipólito L, González-López A. Evaluación del tratamiento médico del embarazo ectópico con metotrexato. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2012;39(6):249–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2011.04.004>
12. Encinas Romero A, Martinicorena Satrustegi L, Morales Utrilla P, Arruti Muñoa A, Sánchez Refoyo F, López-Picado A. Gestación heterotópica triple: gestación gemelar intrauterina. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2011;54(8):417–9.
13. Aranda Fortea M, Abril Utrillas N, Raga Baixauli F, Fuster Molina D, Forgiarini A, Bonilla-Musoles F. Gestación heterotópica en un embarazo espontáneo. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2011;54(10):524–7.

