



Reporte de Caso

## Embarazo heterotópico triple espontáneo: Reporte de un caso

### Spontaneous triplet heterotopic pregnancy: A case report

Lilian Mariel Villamayor<sup>1</sup> , Andrés Augusto Sosa Palacios<sup>1</sup> , Juan Manuel Ortiz Duarte<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Hospital Militar Central de las FFAA. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Asunción, Paraguay

**Editor responsable:** Jorge Alejandro Dejesús Núñez. Federación Paraguaya de Ginecología y Obstetricia, Paraguay

#### Revisores:

Orlando Emmanuel Alfonso Stumpfs. Instituto de Previsión Social. Servicio de Perinatología, Paraguay  
Carlos Marcelo Vera Salerno. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital Regional de Concepción. Universidad Nacional de Concepción, Paraguay

#### RESUMEN

El embarazo heterotópico se produce cuando coexiste la implantación de dos o más óvulos fecundados en forma simultánea en sitios distintos intra y extrauterino. Esta es una entidad poco reportada en la literatura internacional y nacional cuando se presenta en forma espontánea. Se describe el caso de una paciente de 28 años de edad, gestante de 6 semanas con 5 días por falta menstrual que consulta a urgencias por vómitos y dolor escapular. Se realiza una ecografía que revela dos sacos intrauterinos y escasa cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas. A las 20 horas de internación, la misma presenta una exacerbación del dolor en hipogastrio y región escapular por lo que se repite la ecografía y se constata abundante cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas, parieto-cólico derecho y espacio de Morrison, se decide la laparotomía exploradora. Los hallazgos intraoperatorios fueron, hemoperitoneo, trompa de Falopio dilatada a nivel del tercio medio, con pared íntegra y sangrado activo a través de la fimbria, se realiza la salpingectomía, cuyo informe anatopatológico corresponde a un embarazo ectópico tubárico. Al tercer día post operatorio se realiza una ecografía de control, el cual informa dos

sacos gestacionales intrauterinos con un hematoma retrocorial y ambos embriones con actividad cardíaca presente. Es dada de alta al tercer día postoperatorio, cursa el resto del embarazo con buena evolución sin complicaciones, con controles prenatales rutinarios. A las 37 semanas de gestación culmina el embarazo con una cesárea y buen resultado neonatal.

**Palabras clave:** Embarazo Heterotópico, Embarazo Múltiple, laparotomía.

#### SUMMARY

Heterotopic pregnancy occurs when the implantation of two or more fertilized eggs coexists simultaneously in different intra-and extrauterine sites. This is an entity little reported in international and national literature when it occurs spontaneously. The case of a 28-year-old patient, 6 weeks and 5 days pregnant due to missed menstrual periods, who consulted the emergency room due to vomiting and scapular pain is described. An ultrasound is performed that reveals two intrauterine sacs and a small amount of free fluid in the Douglas cul-de-sac. Twenty hours after hospitalization, she had an exacerbation of pain in the hypogastrium and scapular region, so the ultrasound was repeated and an abundant amount of free fluid was found in the Douglas cul-de-sac, right parieto-colic, and Morrison's space. Exploratory laparotomy is decided.

#### **Autor correspondiente:**

Dra. Lilian Mariel Villamayor

Correo electrónico: [livimv9@gmail.com](mailto:livimv9@gmail.com)



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

The intraoperative findings were hemo-peritoneum, dilated fallopian tube at the level of the middle third, with an intact wall and active bleeding through the fimbria. Salpingectomy was performed, the pathological report of which corresponds to a tubal ectopic pregnancy. On the third postoperative day, a control ultrasound was performed, which reported two intrauterine gestational sacs with a retro-chorionic hematoma and both embryos with cardiac activity present. She was discharged on the third postoperative day. The rest of the pregnancy progressed well without complications, with routine prenatal check-ups. At 37 weeks of gestation, the pregnancy ended with a cesarean section and a good neonatal outcome.

**Keywords:** Heterotopic Pregnancy, Multiple Pregnancy, laparotomy.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico se produce cuando coexiste la implantación de dos o más óvulos fecundados en forma simultánea en sitios distintos intra y extrauterino, constituye una entidad con pocos reportes en la bibliografía, ya que los embarazos heteróticos espontaneo son una situación rara. Su incidencia ha cambiado en los últimos tiempos, en el año 1948 el riesgo de un embarazo heterotópico era de 1:30.000 en embarazos espontáneos, desde entonces la frecuencia de esta patología ha aumentado sustancialmente llegando a la incidencia de 1:100 - 1:500 de los embarazos, esto es debido a las técnicas de reproducción asistida (TRA). Hasta los años 1990 se ha reportado unos 737 embarazos heterotópicos espontáneos y en muchos de ellos, existiendo un triple embarazo.<sup>1-4</sup>

En la gestación heterotópica la localización más frecuente de la gestación ectópica es el segmento ampular de la trompa de Falopio (95 a 97%), aunque también puede localizarse en el cuello uterino, región cornual, ovario o abdomen. Los factores de riesgo que favorecen el embarazo heterotópico son la fecundación in vitro e inducción ovulatoria, mientras que para la gestación ectópica existen factores de riesgo como el tabaquismo, enfermedad pélvica inflamatoria, cirugías anteriores sobre las trompas de Falopio o embarazos ectópicos, antecedentes de endometriosis y portadoras de dispositivos intrauterinos.<sup>5,6</sup>

El tratamiento utilizado con mayor frecuencia es la quirúrgica, se realiza una laparotomía o laparoscopia y teniendo en cuenta que el sitio de implantación más frecuente es la trompa de Falopio, la salpinguectomía constituye el principal procedimiento. Se contraindica el uso de metotrexato por los efectos sistémicos sobre la gestación intrauterina.<sup>7</sup>

Debido a la rareza de un embarazo heterotópico de trillizos espontaneo presentamos este caso, donde las gestaciones intrauterinas (gemelar) viables llegaron al término y con recién nacidos sanos.

## CASO CLINICO

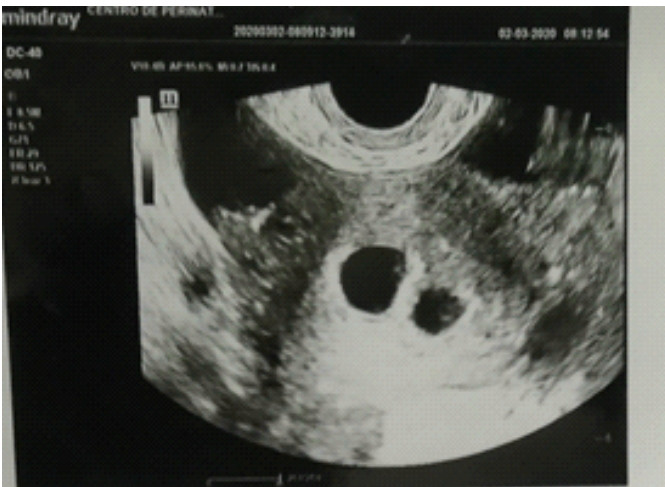
Paciente de 28 años, gestante de 6 semanas con 5 días por falta menstrual que acude a urgencias por vómitos y dolor escapular de 2 horas de evolución. No presenta antecedentes patológicos personales de interés, antecedentes obstétrico un embarazo ectópico y una cesárea, no refiere uso de algún método anticonceptivo al ingreso.

A la exploración física al ingreso, se encontraba hemodinámicamente estable, con un abdomen blando, depresible, doloroso en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Al tacto vaginal cuello cerrado, útero aumentado de tamaño, doloroso a la movilización. A la especuloscopia, se observa un cuello uterino eutrófico, sin sangrado.

Se realiza exámenes complementarios de laboratorio que evidencia (lo positivo), una hemoglobina de 10,6 g/dl, hematocrito de 31,6% y la fracción beta de gonadotropina coriónica humana positiva. La ecografía revela dos sacos gestacionales intrauterinos, no pudiendo los anexos ser visualizados y escasa cantidad de líquido libre en el fondo del saco de Douglas (FSD). A sus 20 horas de internación se repite la ecografía por la exacerbación del dolor en hipogastrio y región escapular, constatándose el aumento de cantidad del líquido libre en el FSD, parietocólico derecho y espacio de Morrison, con dos sacos gestacionales intrauterinos, uno con embrión y actividad cardiaca positiva y otro saco sin embrión; los anexos no se visualizan con claridad. Figuras 1 y 2

Se procede a laparotomía de urgencia, los hallazgos intraoperatorios: hemoperitoneo de 500 cc,

anexo izquierdo con trompa dilatada a nivel del tercio medio, con pared íntegra y sangrado activo a través de la fimbria, se realiza la salpingectomía total izquierda por gestación ectópica complicada, el reporte anatopatológico del mismo corresponde al diagnóstico de embarazo ectópico tubárico (Figuras 3y 4). Al tercer día post operatorio se realiza una ecografía de control, el cual informa dos sacos gestacionales intrauterinos con un hematoma retrocorial y ambos embriones con actividad cardíaca presente, es dada de alta y se indica los controles prenatales. Cursa el resto del embarazo con una evolución favorable, sin complicaciones hasta el término. A las 37 semanas concluye el embarazo por parto cesárea con dos recién nacidos, uno masculino de 2.650 gramos de peso y otro femenino de 2.550 gramos de peso en buen estado general.



**Figura 1:** Útero aumentado de tamaño, con dos sacos gestacionales intrauterinos.



**Figura 2:** Aumento de cantidad del líquido libre en el fondo del saco de Douglas, parietocólico derecho y espacio de Morrison, en relación a la ecografía anterior.



**Figura 3:** Hemoperitoneo



**Figura 4:** Anexo izquierdo con trompa de Falopio dilatada a nivel del tercio medio, con pared íntegra.

## DISCUSIÓN

La frecuencia del embarazo heterotópico es rara, pero está aumentando debido a las TRA. Clayton y cols, realizan un estudio retrospectivo en los Estados Unidos, entre el 1 de enero de 1.999 al 31 de diciembre de 2.002, donde usan datos de los procedimientos de reproducción asistida informados al Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), encuentran una tasa del 0.15%. El aumento de la prevalencia de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), la estimulación ovárica y el aumento de eventos en TRA han contribuido al aumento de la incidencia de embarazos heterotópicos, algunos autores han informado tasas del 1% después de una fecundación in vitro, aunque no se conoce con exactitud la incidencia real. Barrenetxea y cols, en una revisión, encontraron que el 31,25% de las gestantes por TRA con embarazos heterotópicos tenían una EPI previa.<sup>8-10</sup>

La ecografía es la primera línea de diagnóstico, las imágenes más frecuentes visualizadas son: la masa anexial y el líquido libre en el FSD en presencia de embarazo intrauterino, en este caso el diagnóstico fue una asociación de datos clínicos clínicos y ecograficos (la presencia de líquido libre y sobre todo el aumento en su cantidad en el FSD, aumenta la sospecha de una gestación ectópica complicada). En cuanto al tratamiento, en la actualidad el más utilizado es la vía laparoscópica con extracción del embarazo ectópico. Nuestra intervención fue por laparotomía exploradora, debido al cuadro clínico agudo de la gestante y siguiendo el manual nacional de normas de atención de las principales patologías obstétricas.<sup>11</sup>

Existen reportes de embarazos heterotópicos espontáneos que han llegado al término sin afectación del embarazo intrauterino, pero muy pocos casos reportados como el nuestro, de embarazo triple heterotópico espontáneo, con gestación doble que llega al término y con un resultado neonatal favorable.<sup>4,7,12</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan D. Francisco, Espinoza C. Oscar, Scheppeler S. Manuel, Cabrera C. David. EMBARAZO HETEROTOPICO: UNA PATOLOGIA

EMERGENTE. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2002 [citado 2023 Jul 23]; 67 (5): 402-404.

Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000500013&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000500013&lng=es).

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000500013>.

2. Swiniarski M, Sadkowska M, Roman G, Szeszko L, Sipak-Szmigiel O. Heterotopic pregnancy - case report. *Wiad Lek.* 2020;73(4):828-830. PMID: 32731726.

3. Barreras González Javier Ernesto, Menéndez Chil Orestes, Hernández Gutiérrez José Manuel, Cáceres Lavernia Haslen Hassiul. EMBARAZO HETEROTÓPICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2008 Mar [citado 2023 Jul 28]; 7 (1). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000100017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100017&lng=es).

4. Alsunaidi MI. An unexpected spontaneous triplet heterotopic pregnancy. *Saudi Med J.* 2005 Jan; 26(1):136-8. PMID: 15756372.

5. Simsek T, Dogan A, Simsek M, Pestereli E. Heterotopic triplet pregnancy (twin tubal) in a natural cycle with tubal rupture: case report and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Res.* 2008 Aug;34(4 Pt 2):759-62. doi: 10.1111/j.1447-0756.2008.00921.x. PMID: 18840198.

6. Mj G, R R. Heterotopic pregnancy in natural conception. *J Hum Reprod Sci.* 2008 Jan;1(1):37-8. doi: 10.4103/0974-1208.39595. PMID: 19562064; PMCID: PMC2700683.

7. Romero AE, Satrustegi LM, Utrilla PM, Muñoa AA, Refoyo FS, López-Picado A. Gestación heterotópica triple: gestación gemelar intrauterina. *Prog Obstet Ginecol.* 2011;54(8):417-419. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2011.03.017>

8. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, Jamieson DJ, Reynolds MA, Wright VC. A comparison of heterotopic and intrauterine-only pregnancy outcomes after assisted reproductive technologies in the United States from 1999 to 2002. *Fertil Steril.* 2007 Feb;87(2):303-9. doi:

[10.1016/j.fertnstert.2006.06.037](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.06.037). Epub 2006 Nov 16. PMID: 17113092.

9. Barrenetxea G, Barinaga-Rementería L, Lopez de Larruzea A, Agirregoikoa JA, Mandiola M, Carbonero K. Heterotopic pregnancy: two cases and a comparative review. *Fertil Steril.* 2007 Feb; 87(2):417.e9-15. doi:

[10.1016/j.fertnstert.2006.05.085](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.05.085). Epub 2006 Oct 30. PMID: 17074353.

10. Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tritsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. *Fertil Steril*. 1996 Jul; 66(1):1-12. doi: 10.1016/s0015-0282(16)58378-2. PMID: 8752602.

11. Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas. En: Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas [Internet]. 2018 [citado 23 de julio de 2023]. p. 314 p-314 p. Disponible en: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5ryk4>

12. Cholkeri-Singh A, LaBarge A. Spontaneous heterotopic triplets: a case report. *Fertil Steril*. 2007 Oct;88(4):968.e5-7. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.12.034. Epub 2007 Feb 28. PMID: 17331510.