

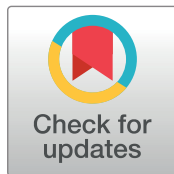
REPORTE DE CASO



Versión español



English version



Crossmark



ACCESO ABIERTO

Citación: Herrera CE, Luna G., Sejnau, SJ, Vacca OLM, Tobar PJM. **Alternativa quirúrgica laparoscópica en el tratamiento de embarazo heterotópico cornual roto.** Colomb Méd (Cali), 2025; 56(1):e5005576. <http://doi.org/10.25100/cm.v56i1.5576>

Recibido: 30 mar 2023

Revisado: 10 dic 2023

Aceptado: 05 dic 2024

Publicado: 30 mar 2024

Palabras clave:

Embarazo heterotópico; embarazo ectópico; laparoscopia.

Keywords:

Heterotopic pregnancy; ectopic pregnancy; laparoscopy.

Copyright: © 2025 Universidad del Valle



Alternativa quirúrgica laparoscópica en el tratamiento de embarazo heterotópico cornual roto

Laparoscopic surgical alternative in the treatment of ruptured cornual heterotopic pregnancy

Enrique Herrera Castañeda,¹  Gustavo Luna,²  Jessica Sejnau Sayegh,¹  Luisa M. Vacca Orrego,¹  Juan Manuel Tobar Parra¹ 

¹ Universidad del Valle, Facultad de Salud, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Cali, Colombia.,

² Clínica Imbanaco, Cali, Colombia.

Resumen

Descripción del caso:

Mujer de 35 años con antecedente de uso de dispositivo intrauterino para planificación familiar, quien presentó un embarazo heterotópico concebido de manera espontánea.

Hallazgos clínicos:

La paciente desarrolló un embarazo ectópico cornual roto, con inestabilidad hemodinámica y abdomen agudo, asociado a un embarazo intrauterino viable.

Tratamiento y resultados:

Se realizó una intervención laparoscópica para el manejo del embarazo ectópico roto. La técnica quirúrgica utilizada minimizó el impacto en la volemia materna, permitiendo la estabilización de la paciente y la evolución favorable del embarazo intrauterino.

Relevancia clínica:

El embarazo heterotópico es la coexistencia de una gestación en dos sitios de implantación diferentes, tanto intrauterino como extrauterino. Esta condición está asociada con una morbilidad y mortalidad materna significativas. El manejo representa un desafío debido a la falta de consensos y a la experiencia clínica limitada. El objetivo principal es la estabilización materna, con la intención de preservar el embarazo intrauterino cuando sea posible. Este caso resalta la importancia de estrategias quirúrgicas actuales adaptadas para optimizar los resultados maternos y fetales.

Autor de correspondencia:**Enrique Herrera Castañeda.**

Universidad del Valle, Facultad de Salud, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Cali, Colombia. Email: enrique.herrera@correounivalle.edu.co

Abstract**Case Description:**

A 35-year-old woman with a history of intrauterine device use for family planning presented with a spontaneously conceived heterotopic pregnancy.

Clinical Findings:

The patient developed a ruptured cornual ectopic pregnancy, leading to hemodynamic instability and an acute abdomen, while concurrently carrying a viable intrauterine pregnancy.

Treatment and Outcome:

A laparoscopic intervention was performed to manage the ruptured ectopic pregnancy. The surgical technique employed minimized the impact on maternal blood volume, ensuring patient stabilization and favorable progression of the intrauterine pregnancy.

Clinical Relevance:

Heterotopic pregnancy is the coexistence of gestation in two different implantation sites, both intrauterine and extrauterine. This condition is associated with significant maternal morbidity and mortality. Management remains a challenge due to the lack of consensus and limited clinical experience. The primary goal is maternal stabilization while preserving the intrauterine pregnancy whenever possible. This case highlights the importance of modern surgical strategies tailored to optimize maternal and fetal outcomes.

Introducción

El embarazo heterotópico es la coexistencia de un embarazo intrauterino y un embarazo ectópico ¹. Es una entidad rara, potencialmente mortal ². Se estima que la incidencia es de 1/30,000 en embarazo espontáneo; 1/900 cuando la concepción ocurre durante el tratamiento con citrato de clomifeno y es superior a 1/100 cuando la gestación se debe a fertilización in vitro ^{2,3}.

Debido a su baja prevalencia, la evidencia de alta calidad con respecto al diagnóstico y manejo del embarazo heterotópico es limitada. La literatura consiste principalmente en reportes y series de casos ³. Aunque son raros, estos embarazos son responsables de una importante morbilidad y mortalidad materna ^{3,4}. Las adherencias pélvicas, la enfermedad pélvica inflamatoria, el uso de dispositivos intrauterinos, los embarazos ectópicos previos, los legrados y las terapias reproducción asistida aumentan el riesgo de embarazo heterotópico ^{2,3}.

El diagnóstico del embarazo heterotópico puede confundirse con una amenaza de aborto y el seguimiento de la B-HCG no es útil para diferenciarlos ⁵. Alrededor del 74% se diagnostican después de las 8 semanas de gestación ⁶. Los retrasos en el diagnóstico se asocian con ruptura de los embarazos ectópicos, sangrado profuso y descompensación hemodinámica, lo cual compromete la gestación intrauterina y la vida de la paciente. La ecografía pélvica transvaginal es la prueba diagnóstica que localiza la implantación intrauterina como la ectópica ⁵. El propósito del manejo es estabilizar a la paciente y preservar la gestación intrauterina. El embarazo heterotópico tiene varias opciones de tratamiento, que incluyen manejo quirúrgico, expectante y la aspiración del saco gestacional guiado por ecografía ^{5,7}.

La elección del tratamiento sigue siendo un desafío debido a la posibilidad de poner en peligro la gestación intrauterina ^{5,7}. Tal es el caso del manejo expectante y médico ya que no se recomienda el uso del Metotrexato (primera línea terapéutica en embarazos ectópicos)

por su alto riesgo de teratogénesis al embrión intrauterino⁷. El manejo quirúrgico suele ser el tratamiento de elección en pacientes hemodinámicamente inestables; pero, se relaciona con mayor frecuencia de aborto que las otras opciones terapéuticas⁷.

El objetivo de este reporte de caso es describir y proponer una técnica de cirugía mínimamente invasiva con énfasis en el manejo vascular del origen del sangrado profuso en los casos de embarazo heterotópico cornual roto, que permite la preservación y adecuada evolución del embarazo intrauterino concomitante.

Caso clínico

Paciente femenina de 35 años, mestiza, ocupación hogar, primigrávida con amenorrea confiable de 9 semanas, que consultó al servicio de urgencias por un cuadro clínico de inicio súbito de dolor y distensión abdominal generalizado asociado a mareo, y sangrado vaginal escaso color café. Como antecedentes ginecológicos fue usuaria de dispositivos intrauterinos hasta hace 6 meses.

Al examen físico se encontró presión arterial de 90/60 mm hg, frecuencia cardiaca de 105 latidos/minuto, ligeramente pálida, álgida, con abdomen distendido y signo de Blumberg positivo. Al examen de tacto vaginal se encuentra un útero aumentado de tamaño, con dolor a la movilización del cérvix. En la especuloscopia se observa sangrado vaginal escaso. Se realizó ecografía transvaginal que mostro un útero grávido de 10 cm de longitud, con 8.5 cm de diámetro transversal, y saco gestacional localizado en fondo uterino derecho en su interior con embrión vivo de longitud craneo caudal (CRL) de 26 mm para nueve semanas de gestación, un área irregular hacia fondo uterino mal definida y abundante líquido libre en cavidad abdominal. Asociado, Con los hallazgos descritos se diagnostica un embarazo cornual derecho roto con embarazo intrauterino.

La paciente se encontraba hemodinámicamente inestable con abdomen agudo y líquido libre en cavidad abdominal en abundante cantidad por lo que se hace laparoscopia exploratoria de urgencias, la técnica quirúrgica realizada: Inserción de un puerto a nivel umbilical de 11 mm, posteriormente insuflar con neumoperitoneo con CO₂, luego se procede a la inserción de un puerto de 10 mm en fosa iliaca izquierda con el fin de realizar una aspiración rápida de hemoperitoneo, y así permitir la visualización de la patología. Se procede a la inserción de un puerto accesorio en fosa iliaca derecha de 5 mm y otro puerto accesorio de 5 mm a nivel suprapúbico.

Dentro de los hallazgos quirúrgicos se estimó un hemoperitoneo de 1,500 c.c y un embarazo cornual derecho roto con sangrado activo (Figura 1-A). Se procede a ligar la rama tubárica de la arteria uterina con vicryl 1-0 (Ethicon-Johnson y Johnson, Reg Invima 2007 DM 0000908R2), puntos profundos de endosutura a través del meso de la trompa derecha, con lo cual disminuye el sangrado en un 95% (Figura 1-B). Con una pinza Ligasure (Covidien LF1937, Ligasure Maryland 5mm) de 5 mm se realiza resección del embarazo ectópico, se envía el tejido extraído del cuerno (saco gestacional) a patología para análisis histológico en la región cornual, verificando hemostasia. Se procede a realizar puntos de catgut simple 3-0 (Ethicon-Johnson y Johnson, Reg Invima 2016DM 0000279 R4) a nivel umbilical y de las fosas iliacas (Figura 1-C).

La recuperación postquirúrgica de la paciente fue favorable. El informe de patología describió la presencia de vellosidades coriales y trofoblasto, lo cual confirma la presencia de un embarazo ectópico que coexiste con un embarazo intrauterino. El embarazo intrauterino continuó sin alteraciones mayores, tuvo un control prenatal dentro de límites normales y se utilizó progesterona micronizada 200 mg/día vía vaginal como soporte hasta la semana 14 de gestación. El embarazo continuó hasta las 39 semanas. El parto fue por cesárea con una neonato de 3,200 g, sin complicaciones.

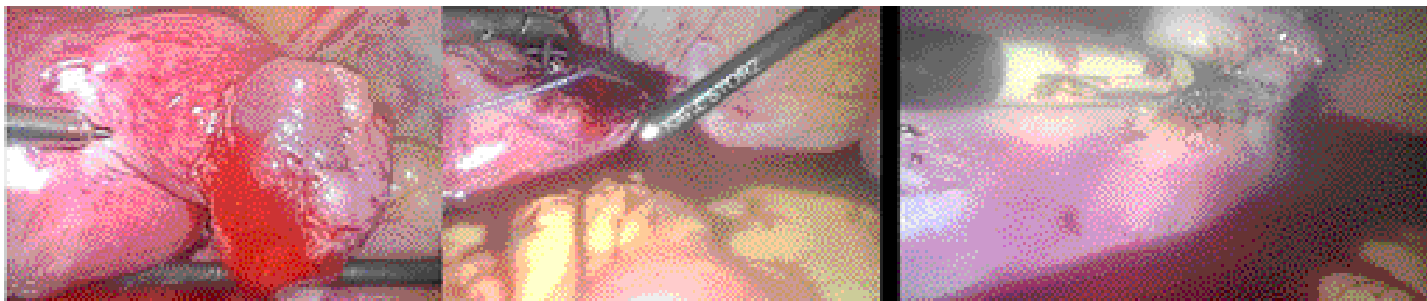


Figura 1. Tratamiento mínimo invasivo. A. Embarazo ectópico cornual roto con sangrado activo. B. Colocación de endosutura (vycril 1-0) a través del mesosalpinx produciendo bloqueo vascular de la rama Tubárica de la Arteria Uterina. C. Resección del embarazo cornual con Ligasure de 5 mm para reforzar hemostasia

Discusión

Los embarazos heterotópicos son infrecuentes en su presentación espontánea, pero se ha observado aumento de la incidencia de estos con el uso de técnicas de reproducción asistida ^{2,3}. Este tipo de embarazo tiene la particularidad de producir sangrado masivo con compromiso hemodinámico y alto riesgo de muerte materna ⁸. El objetivo principal del manejo de un embarazo heterotópico es la estabilización de la paciente y la preservación del embarazo intrauterino ⁵.

Su manejo es controversial, y depende de la presentación clínica, estado hemodinámico de la paciente y habilidades quirúrgicas del equipo médico ^{5,6}. El manejo quirúrgico es de elección cuando la paciente se encuentra inestable hemodinámicamente o con sangrado vaginal profuso ⁹. Las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas han sido aceptadas desde el año 2000 ⁵, y la laparotomía exploratoria como opción quirúrgica en casos de abdomen agudo con inestabilidad hemodinámica. La vía de acceso depende de la experiencia del equipo quirúrgico y el grado de inestabilidad de la paciente. La vía mínimamente invasiva genera menor estancia hospitalaria, mejor manejo del dolor, menor tasa de infecciones y menor discapacidad en comparación con la cirugía abierta (laparotomía) ¹⁰. Dentro de las técnicas de cirugía mínimamente invasivas para el manejo de embarazos ectópicos cornuales descritas en la literatura médica se encuentran 1. Cuernostomía laparoscópica: Incisión completa de la región cornual, recomendada para masas menores de 4 cm. 2. Cuernuectomía laparoscópica: Resección solo de la región cornual afectada. Estas técnicas presentan alto riesgo de ruptura uterina durante la gestación en curso ^{5,9,11}.

El caso presentado se trata de un embarazo heterotópico cornual roto, diagnosticado de manera temprana, a las 9 semanas de gestación en una paciente usuaria de Dispositivo Intrauterinos. A pesar de que la paciente se encontraba levemente taicárdica y con signos de irritación peritoneal, su estado general permitió realizar el abordaje laparoscópico asociado a la experiencia del equipo quirúrgico en las técnicas mínimamente invasivas. Se utilizó un trocar de mayor calibre (10 mm, normalmente se utiliza un trocar de 5 mm) a nivel de la fosa iliaca contralateral a la lesión para poder realizar aspiración rápida del hemoperitoneo, pudiendo observar el área comprometida y así proceder a controlar el foco de sangrado. A diferencia de lo descrito en la literatura médica, se aborda la rama tubárica de la arteria uterina, ligándola, con lo cual se logra el control hemostático de la paciente. Posteriormente se realiza la extracción del embarazo ectópico con el Ligasure de 5 mm, reforzando la hemostasia como esta descrito en las técnicas quirúrgicas reportadas.

Se recomienda este enfoque quirúrgico en escenarios clínicos donde se presente un diagnóstico de embarazo heterotópico roto o no a nivel cornual, diagnosticado de manera oportuna (antes de las 10 semanas), siempre y cuando el estado hemodinámico de la paciente lo permita, en hospitales con médicos adecuadamente entrenados en laparoscopia ya que permite un adecuado manejo hemodinámico del paciente asociado a una adecuada progresión y viabilidad de la gestación intrauterina concomitante. Se enfatiza la necesidad de seguimiento

de las pacientes a las que se les realice esta técnica para poder comprobar si la implementación de este abordaje quirúrgico disminuye el riesgo de ruptura uterina tanto en la gestación intrauterina actual como en una gestación futura.

Referencias

1. Maleki A, Khalid N, Rajesh Patel C, El-Mahdi E. The rising incidence of heterotopic pregnancy: current perspectives and associations with in-vitro fertilization. *Eur J Obstet Amp Gynecol Reprod Biol.* 2021; 266: 138-44. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.09.031
2. Bataille P, Reynard A, Ducarme G. Spontaneous heterotopic triplets - A review of literature. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2017; 46(8): 657-9. Doi: 10.1016/j.jogoh.2017.05.008.
3. CNRS. Grossesses hétérotopiques: à propos de trois cas. Bases bibliographiques Pascal et Francis-Home ; 2002. Cited: 6 de febrero de 2025. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=13985703>
4. Wu Z, Zhang X, Xu P, Huang X. Clinical analysis of 50 patients with heterotopic pregnancy after ovulation induction or embryo transfer. *Eur J Med Res.* 2018; 23(1): 17. Doi: 10.1186/s40001-018-0316-y
5. Moawad NS, Mahajan ST, Moniz MH, Taylor SE, Hurd WW. Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202(1): 15-29. Doi: 10.1016/j.ajog.2009.07.054
6. Dendas W, Schobbens JC, Mestdagh G, Meylaerts L, Verswijvel G, Van Holsbeke C. Management and outcome of heterotopic interstitial pregnancy: case report and review of literature. *Ultrasound.* 2017; 25(3): 134-42. Doi: 10.1177/1742271x17710965
7. Li YL, Chuang FC, Lan KC. Laparoscopic management of second trimester ruptured cornual heterotopic pregnancy with subsequent live birth delivery: a case report and literature review. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2023; 62(2): 363-8. Doi: 10.1016/j.tjog.2022.07.013
8. Barrenetxea G, Barinaga-Rementería L, Lopez de LA, Agirregoikoa JA, Mandiola M, Carbonero K. Heterotopic pregnancy: two cases and a comparative review. *Fertil Steril.* 2007; 87(2): 417.e9-417.e15. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.05.085
9. Noor N, Parveen S, Bano I. Heterotopic pregnancy with successful pregnancy outcome. *J Hum Reprod Sci.* 2012; 5(2): 213. Doi: 10.4103/0974-1208.101024
10. Ricci A P, Lema C R, Solá D V, Pardo S J, Guiloff F E. Desarrollo de la cirugía laparoscópica: pasado, presente y futuro: desde hipócrates hasta la introducción de la robótica en laparoscopia ginecológica. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008; 73(1): 63-75. Doi: 10.4067/s0717-75262008000100011
11. Kuczkowski KM. Laparoscopic procedures during pregnancy and the risks of anesthesia: what does an obstetrician need to know? *Arch Gynecol Obstet.* 2007; 276(3): 201-9. Doi: 10.1007/s00404-007-0338-0