

Persistencia gestacional ectópica tras la evacuación de una gestación intrauterina: expresión clínica de un embarazo heterotópico espontáneo complicado con hemoperitoneo masivo

Blanca Grande Rubio*, **Paula Hernández Vecino***, **María Calvo Albarrán***, **Vanesa Souto Muras****.

*MIR. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

**LES. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Blanca Grande Rubio. bgranderu@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: El embarazo heterotópico (EH) es la coexistencia simultánea de un embarazo intrauterino y otro ectópico. Aunque su incidencia natural es muy baja, se considera una urgencia ginecológica de alto riesgo debido a la posibilidad de rotura tubárica y shock hemorrágico.

Exposición del caso: Paciente de 30 años con antecedente de legrado uterino por interrupción voluntaria del embarazo IVE (06/11/2025), que consultó por dolor abdominal intenso, distensión y náuseas. Las pruebas de imagen radiológicas evidenciaron un hemoperitoneo significativo. Durante la laparoscopia urgente se objetivó una gestación ectópica tubárica izquierda rota, realizándose salpinguectomía izquierda y lavado peritoneal.

Diagnóstico y discusión: El embarazo heterotópico debe considerarse incluso en pacientes sin factores de riesgo o con procedimientos uterinos recientes. El diagnóstico precoz sigue siendo un reto y la laparoscopia constituye el método diagnóstico-terapéutico de elección.

PALABRAS CLAVE

Embarazo heterotópico, embarazo ectópico, hemoperitoneo, legrado uterino, laparoscopia.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El embarazo heterotópico (EH) se define como la coexistencia simultánea de una gestación intrauterina (GIU) y otra extrauterina, generalmente tubárica. Fue descrito por primera vez en 1708 por Duverney en una autopsia, y desde entonces, se ha considerado una entidad extremadamente infrecuente en gestaciones espontáneas [1].

En población general sin técnicas de reproducción asistida (TRA), la incidencia estimada oscila entre 1 por cada 20.000 a 30.000 gestaciones. Sin embargo, esta cifra aumenta drásticamente hasta 1/100-1/500 en pacientes sometidas a fecundación in vitro, hiperestimulación ovárica o inseminación intrauterina.

La razón principal del incremento en TRA es la presencia de múltiples embriones y alteraciones tubáricas previas. Sin embargo, alrededor del 30% de los casos de EH espontáneo ocurren en mujeres sin factores de riesgo identificables [2].

El mecanismo por el cual se produce un embarazo heterotópico no está completamente esclarecido. Las teorías propuestas incluyen: migración embrionaria anómala, alteraciones en el transporte tubárico del embrión, inflamación o daño previo en trompas de Falopio o implantación múltiple en pacientes con hipervulación espontánea [3].

En procedimientos como el legrado uterino, la posibilidad de persistencia de tejido gestacional extrauterino puede pasar inadvertida, especialmente si la gestación intrauterina ya ha sido evacuada [3].

La presentación clínica del EH es variable, pudiendo simular un embarazo ectópico clásico, o aparecer en forma de complicaciones en el post-aborto o post-legrado. También se puede presentar como una patología abdominal inespecífica [4].

El cuadro clínico típico incluye: dolor abdominal progresivo, distensión o irritación peritoneal, náuseas o malestar general. La metrorragia está presente únicamente en aproximadamente el 50% de los casos.

Cuando la gestación ectópica se rompe, aparece hemoperitoneo con signos de shock hipovolémico [4,5].

El diagnóstico es complejo debido a que la presencia (o reciente presencia) de una GIU suele generar falsa seguridad clínica. Este es el principal motivo de retraso diagnóstico.

Este retraso puede deberse a ecografías que se centran en la cavidad uterina, la presencia de una gestación intrauterina reciente que enmascara un ectópico concurrente o la interpretación errónea de dolor abdominal como residual tras el legado [6].

Las pruebas complementarias para el diagnóstico de gestación heterotópica:

- Ecografía transvaginal: prueba fundamental; aunque no siempre muestra masa anexial.
- β-hCG: no es útil para diferenciar EH, ya que los valores se mantienen normales por la GIU.
- TAC / RMN: se utilizan cuando el diagnóstico diferencial se orienta a patología abdominal no ginecológica (como ocurrió en este caso).
- Laparoscopia: el estándar diagnóstico-terapéutico en casos con inestabilidad hemodinámica o hemoperitoneo [7].

La intervención quirúrgica mediante laparoscopia es el tratamiento de elección. La salpinguectomía es el tratamiento más habitual cuando existe rotura tubárica o sangrado activo [8].

El caso presentado es relevante por tratarse de un embarazo heterotópico espontáneo, sin técnicas de reproducción asistida. Se presentó pocas semanas después de un legado uterino, lo que puede haber dificultado el diagnóstico inicial. El hallazgo de un hemoperitoneo masivo obligó a la realización de una laparoscopia urgente.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 30 años.

Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes

médicos de interés. Intervenciones quirúrgicas: legado uterino por aspiración reciente. IMC: 23

Tratamiento habitual: ninguno

Hábitos tóxicos: no

Antecedentes familiares: sin interés.

Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los 12 años. Citología según screening normales hasta la fecha (última en 2023).

G2A2P0 (2 IVE)

FUR: 25/09/2025

Grupo y RH: 0 negativo

Paciente de 30 años que desea realización de IVE en clínica privada que se realiza el 06/11/2025 a través de legado uterino con aspiración. En el informe aportado describe una gestación intrauterina de 6+5 semanas, sin complicaciones. Administración de gammaglobulina anti D.

Acude a Urgencias el día 23/11/2025 por presentar metrorragia desde el legado. Niega otros síntomas. Afebril. Exploración ginecológica: normal. ECO: útero en anteversoflexión (AVF), regular de 72 x 42 x 46 mm con endometrio homogéneo, lineal de 3,4 mm. Anejos normales. Sin líquido libre. Se decide alta domiciliaria.

Acude de nuevo a Urgencias el día 28/11/2025 por un dolor en hipogastrio tipo calambre de inicio súbito acompañado de náuseas y vómitos. Niega fiebre, sangrado vaginal, o síndrome miccional. Última ingesta superior a 8 horas.

Exploración:

TA: 113/78 mmHg T: 36,7°C FC: 86 lpm

Paciente en alerta, orientada y en posición fetal.

Abdomen blando y depresible con dolor a la palpación en ambas fosas iliacas. Presenta signos de irritación peritoneal.

ECO TV: útero regular en AAVF con endometrio lineal, se visualizan coágulos en cavidad pélvica. Ovario derecho normal. Ovario izquierdo de 29-30 mm con folículos y trompa levemente distendida.

TAC: Abundante líquido intraabdominal, de predominio en pelvis, de alta densidad compatible con hemoperitoneo. No se visualiza extravasado de contraste sugestivo de sangrado activo arteria, ni venoso. A nivel de pared uterina de fundus se visualiza un área hipodensa de unos 10 mm de espesor en fase arterial y porta que dado los antecedentes de legado uterino sugiere solución de

continuidad en posible constes de rotura uterina. Se recomienda valoración ginecológica.

ECG: ritmo sinusal, eje 30°, Pr <20, QRS <120, FC 75 lpm, no trastornos de la repolarización

Análítica de sangre: Hemograma: Hb 11,5 g/dl (previa 12,2g/dl), HTO: 32,8% VCM: 91.6 HCM: 32.1 Leucocitos: 10830 N: 9900 L: 700. Plaquetas: 249000. TP: 89% INR: 1.07 TPT: 0.83.

Gases venosos: pH: 7.38 PO₂: 30 PCO₂: 38 HCO₃: 22.5 EB: -2,6 fio₂: 2% Lactato: 1.4

Glucosa: 102 Cr: 0,66 TFG: 119 BT: 0.42 BD: 0.21 ALT: 15 FA: 54 LDH: 180 Amilasa: 40 Lipasa: 15 Procalcitonina: 0.03 Na: 138 K: 4.3 Cl: 103 Mg: 1.76 PCR: 0.4 Albúmina: 4.2.

β-hCG: 2.923 mUI/mL.

Uroanálisis: PH: 7.50 Densidad: 1015 proteínas negativas, glucosa negativa, cuerpos cetónicos 10, nitritos negativos, urobilinógeno normal.

Ante clínica y los hallazgos exploratorios se explica a la paciente la necesidad de laparoscopia diagnóstica urgente.

Se realiza salpinguectomía izquierda y lavado peritoneal de hemoperitoneo que presentaba en cantidad moderada [imagen 1 y 2]. Sin incidencias intraoperatorias.

La paciente evolucionó favorablemente, con dolor leve en hipogastrio controlado con analgesia. Afebril.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

El diagnóstico del embarazo heterotópico continúa representando uno de los mayores retos en la práctica clínica gineco-obstétrica, especialmente en gestaciones espontáneas y en contextos clínicos que incluyen procedimientos uterinos recientes [4]. La rareza de esta entidad, unida a la frecuente presencia de una gestación intrauterina concomitante o recientemente evacuada, contribuye de manera significativa al retraso diagnóstico, incrementando el riesgo de complicaciones graves como la rotura tubárica y el hemoperitoneo masivo [4,6].

En el caso presentado, la paciente había sido sometida a un legrado uterino por interrupción voluntaria del embarazo semanas antes del inicio del cuadro clínico. Este antecedente pudo generar una falsa sensación de resolución completa del proceso gestacional, reduciendo inicialmente la sospecha clínica de una gestación ectópica coexistente. Este escenario es descrito en la literatura como una de las situaciones de mayor dificultad diagnóstica, ya que

la evacuación uterina no excluye la persistencia de un embarazo ectópico no diagnosticado previamente [9].

Desde el punto de vista clínico, el síntoma predominante fue el dolor abdominal progresivo acompañado de distensión abdominal y signos de irritación peritoneal. Aunque estos hallazgos son frecuentes en múltiples patologías ginecológicas y abdominales, su persistencia y empeoramiento progresivo, junto con la ausencia de fiebre o signos infecciosos, orientaron hacia una causa hemorrágica intraabdominal. En este contexto, el embarazo heterotópico debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial junto con otras entidades como complicaciones post-legrado, perforación uterina, quiste ovárico hemorrágico o patología digestiva [10].

Las pruebas analíticas aportaron información limitada, como ocurre habitualmente en este diagnóstico. La presencia de una hemoglobina discretamente descendida y leucocitosis leve es un hallazgo inespecífico que puede observarse en situaciones de sangrado interno. La determinación de la β-hCG, aunque elevada, carece de valor discriminativo en el diagnóstico de embarazo heterotópico, ya que los niveles hormonales se mantienen normales o elevados debido a la gestación intrauterina concomitante o reciente, a diferencia de lo que ocurre en el embarazo ectópico aislado [9].

Las técnicas de imagen desempeñan un papel central en el abordaje diagnóstico. La ecografía transvaginal constituye la prueba de primera línea; sin embargo, su sensibilidad para detectar un embarazo ectópico en el contexto de un EH es limitada, especialmente cuando existe hemoperitoneo significativo que dificulta la correcta visualización de las estructuras anexiales [11]. En el caso descrito, tanto la ecografía como el TAC abdominal evidenciaron la presencia de hemoperitoneo abundante, hallazgo que resultó determinante para la toma de decisiones, aunque sin identificar de forma concluyente la localización ectópica. Este hecho subraya una limitación conocida de las pruebas de imagen, que pueden no permitir el diagnóstico etiológico definitivo en fases avanzadas de sangrado [11].

Ante la sospecha de patología ginecológica aguda con hemoperitoneo y la posibilidad de una causa potencialmente letal, se indicó la realización de una laparoscopia urgente. La cirugía mínimamente invasiva se considera actualmente el estándar de referencia tanto diagnóstico como terapéutico en el manejo del embarazo heterotópico complicado, ya

que permite la visualización directa de la cavidad abdominal, la identificación de la fuente de sangrado y el tratamiento definitivo en un solo tiempo quirúrgico [12].

Durante la intervención se objetivó un hemoperitoneo masivo y una gestación ectópica tubárica izquierda rota, confirmando el diagnóstico de embarazo heterotópico. La elección de realizar una salpinguectomía izquierda estuvo justificada por la presencia de rotura tubárica y sangrado activo, siendo esta la opción terapéutica más segura para lograr un control hemostático eficaz y prevenir recurrencias inmediatas. La literatura respalda este abordaje en situaciones de inestabilidad o daño tubárico severo, priorizando la seguridad materna sobre la conservación tubárica [11,12].

Desde el punto de vista del manejo global, este caso pone de manifiesto la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica ante dolor abdominal persistente en mujeres en edad reproductiva, incluso cuando existe el antecedente de una gestación intrauterina ya tratada. La falsa exclusión del embarazo ectópico tras un legrado uterino constituye uno de los principales factores asociados a retrasos diagnósticos y aumento de la morbilidad.

En términos pronósticos, el embarazo heterotópico presenta un desenlace favorable cuando el diagnóstico y tratamiento son precoces. Sin embargo, el retraso en la identificación de la gestación ectópica puede dar lugar a complicaciones graves, incluyendo shock hipovolémico, necesidad de transfusión sanguínea y, en casos extremos, riesgo vital para la paciente. El caso descrito evolucionó favorablemente gracias a la intervención quirúrgica urgente, sin complicaciones postoperatorias, lo que resalta la eficacia de un abordaje temprano y adecuado.

Finalmente, este caso contribuye a la literatura al describir un embarazo heterotópico espontáneo diagnosticado tras un legrado uterino reciente, una situación poco frecuente pero clínicamente relevante. Su presentación refuerza la necesidad de incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo ginecológico y subraya el papel fundamental de la laparoscopia como herramienta diagnóstica y terapéutica de elección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Talbot K, Simpson R, Price N, Jackson SR. Heterotopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2011;31(1):7-12.
2. Li XH, Ouyang Y, Lu GX. Heterotopic pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. *Chin Med J.* 2015;128(6):860-4.
3. Arkoulis N, et al. Ruptured tubal heterotopic pregnancy: a diagnostic challenge. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2020;2020:1-4.
4. Comstock C. The ultrasonographic appearance of heterotopic pregnancy. *J Clin Ultrasound.* 2005;33(1):28-31.
5. Li XH, Ouyang Y, Lu GX. Value of transvaginal sonography in diagnosing heterotopic pregnancy after in vitro fertilization. *Chin Med J (Engl).* 2015;128(6):860-5.
6. Arkoulis N, Papanikolaou D, Theodosiou G, Kougioumtzi I. Ruptured tubal heterotopic pregnancy: a diagnostic challenge. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2020;2020:1-4.
7. Govindarajan M, Rajan R. Heterotopic pregnancy in natural conception. *J Hum Reprod Sci.* 2008;1(1):37-8.
8. Basile F, Pino A, Caruso S. Spontaneous heterotopic pregnancy: a case report and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;161(1):87-9.
9. Gupta P, Huria A, Mehra R. Heterotopic pregnancy: a diagnostic dilemma. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2016;5(9):3181-4.
10. Hirose T, Harada M, Osuga Y, et al. Diagnostic pitfalls of heterotopic pregnancy after natural conception. *Obstet Gynecol Sci.* 2014;57(4):311-4.
11. Caballero-García A, Rabanal A, Martínez-Varea A. Manejo quirúrgico del embarazo heterotópico espontáneo. *Prog Obstet Ginecol.* 2019;62(3):223-8.
12. Nguyen-Tran C, Toy EC, Shaunik A. Heterotopic pregnancy: diagnosis and management. *Obstet Gynecol Surv.* 2015;70(9):613-9.
13. Batioglu S, Sahin U, Demirtas E. Clinical analysis of heterotopic pregnancies. *Eurasian J Med.* 2013;45(1):39-42.

TABLAS Y FIGURAS

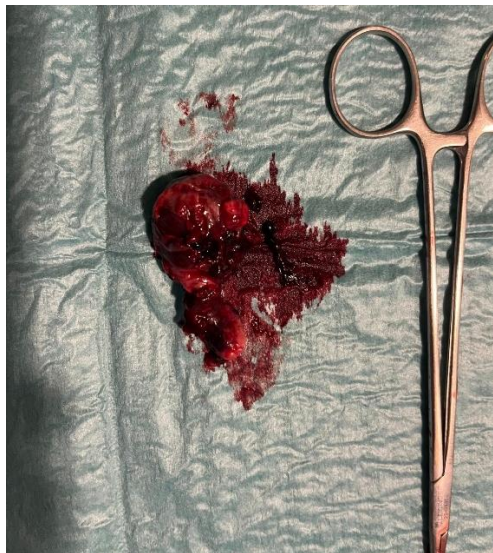


Imagen 1. Trompa izquierda con embrión intratubárica

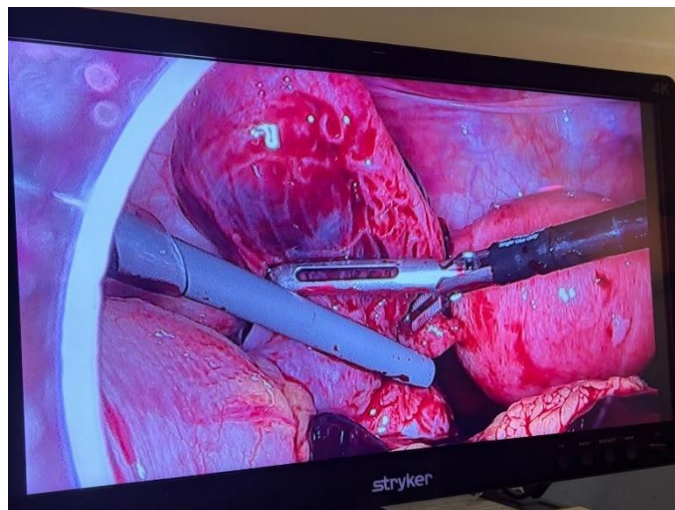
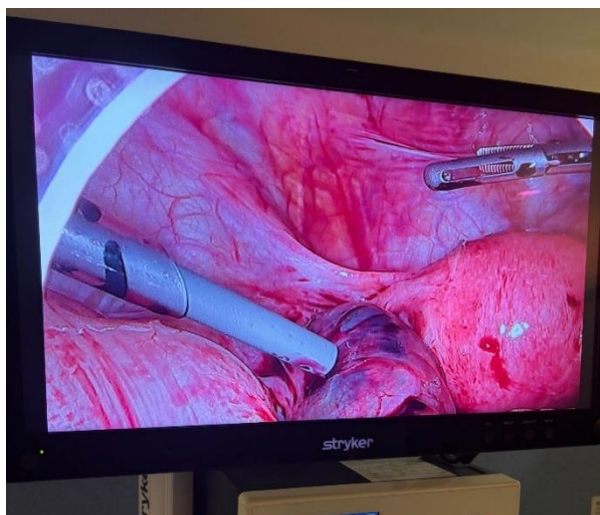


Imagen 2. Cavidad pélvica con hemoperitoneo. Se visualiza en trompa izquierda gestación intratubárica.