

Embarazo heterotópico con implantación ovárica probable

Probable heterotopic pregnancy with ovarian implantation.

Gerardo Ruíz Méndez,¹ Angela Leticia Zambrano Gutiérrez,² Rosa Patricia Cruz Nieves³

¹ Ginecoobstetra, adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Gineco-Pediatría 31, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexicali, Baja California, México.

² Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina y Nutrición, Universidad Autónoma de Baja California, Departamento de Ginecología y Obstetricia.

³ Ginecoobstetra, doctora en Ciencias Biomédicas, profesora de tiempo completo, Facultad de Medicina y Nutrición, Universidad Autónoma de Baja California, Departamento de Ginecología y Obstetricia.

Resumen

ANTECEDENTES: El embarazo heterotópico es la coexistencia de una gestación intrauterina y otra extrauterina. La localización ovárica es poco frecuente, especialmente en concepciones espontáneas. Este caso resalta la necesidad de evaluar de manera sistemática los anexos aun con embarazo intrauterino confirmado y describe su procedimiento clínico-quirúrgico en una paciente sin mayores factores de riesgo identificados.

CASO CLÍNICO: Paciente de 37 años, primigesta, con antecedente de síndrome de ovario metabólico poliendocrino. Consultó por mastalgia, náuseas, dolor pélvico y sangrado transvaginal escaso. La ecografía transvaginal mostró el embarazo intrauterino de 6.4 semanas de gestación, con frecuencia cardíaca embrionaria de 111 lpm y hematoma subcoriónico, además de una imagen compatible con embarazo ectópico de probable localización ovárica izquierda de 5.6 semanas. Se programó para laparotomía exploradora. Antes del procedimiento, la ecografía preoperatoria confirmó la pérdida de la gestación del primer trimestre, por lo que se procedió al legrado uterino instrumentado y a la resección en cuña del ovario izquierdo. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta del hospital a las 24 horas.

CONCLUSIÓN: El embarazo heterotópico con implantación ovárica probable es una complicación poco frecuente que exige un alto índice de sospecha diagnóstica, aun ante la confirmación de un embarazo intrauterino. En este caso, el diagnóstico se sustentó en hallazgos ecográficos e intraoperatorios; al no contar con confirmación histopatológica se clasificó como embarazo ectópico ovárico probable. La evaluación sistemática de los anexos durante la ecografía del primer trimestre es decisiva para evitar retrasos diagnósticos. El tratamiento quirúrgico temprano permitió controlar el riesgo de hemorragia y preservar tejido ovárico, lo que refuerza la necesidad de individualizar el proceso de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Embarazo heterotópico; embarazo ectópico; ultrasonografía prenatal; sangrado vaginal; ovario.

Abstract

BACKGROUND: Heterotopic pregnancy is the coexistence of an intrauterine and an extrauterine gestation. Ovarian localization has been described as an uncommon presentation, particularly in spontaneous conceptions. This case highlights the importance of systematic adnexal evaluation, even after confirmation of an intrauterine pregnancy, and describes its clinical and surgical management in a patient without identified major risk factors.

Correspondencia

Rosa Patricia Cruz Nieves
rosa.patricia.cruz.nieves@uabc.edu.mx

ORCID

<https://orcid.org/0009-0001-0225-2979>
<https://orcid.org/0009-0008-8475-0007>
<https://orcid.org/0000-0001-6166-1046>

Recibido: mayo 2026

Aceptado: junio 2026

Este artículo debe citarse como:

Ruiz-Méndez G, Zambrano-Gutiérrez AL, Cruz-Nieves RP. Embarazo heterotópico con implantación ovárica probable. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e11183.

CLINICAL CASE: A 37-year-old primigravid woman with a history of polyendocrine metabolic ovarian syndrome, previously referred to as polycystic ovary syndrome, presented with mastalgia, nausea, pelvic pain, and scant vaginal bleeding. Transvaginal ultrasonography showed an intrauterine pregnancy at 6.4 weeks of gestation, with an embryonic heart rate of 111 beats per minute and a subchorionic hematoma, as well as an image compatible with ectopic pregnancy of probable left ovarian location at 5.6 weeks. Exploratory laparotomy was scheduled. Before the procedure, preoperative ultrasonography confirmed first-trimester pregnancy loss; therefore, instrumental uterine curettage and wedge resection of the left ovary were performed. The patient had a favorable postoperative course and was discharged after 24 hours.

CONCLUSION: Heterotopic pregnancy with probable ovarian implantation is an uncommon condition that requires a high index of diagnostic suspicion, even when an intrauterine pregnancy has been confirmed. In this case, the diagnosis was supported by ultrasonographic and intraoperative findings; in the absence of histopathological confirmation, it was classified as a probable ovarian ectopic pregnancy. Systematic adnexal evaluation during first-trimester ultrasonography is essential to avoid diagnostic delays. Early surgical management enabled control of hemorrhage risk while preserving ovarian tissue, reinforcing the need to individualize the therapeutic approach.

KEYWORDS: Pregnancy; Heterotopic; Pregnancy, Ectopic; Ultrasonography, Prenatal; Uterine Hemorrhage; Ovary.

ANTECEDENTES

La definición de embarazo heterotópico refiere a la coexistencia simultánea de una gestación intrauterina y una extrauterina. Si bien está descrito un aumento de casos en el contexto de técnicas de reproducción asistida, en concepciones espontáneas sigue considerándose una complicación poco frecuente.¹ La localización ovárica es particularmente infrecuente y se ha comunicado sobre todo en reportes de caso y revisiones bibliográficas.² En México no se dispone de datos epidemiológicos nacionales sistemáticos y la bibliografía se limita a reportes aislados.

El diagnóstico preoperatorio es complejo porque la confirmación de una gestación intrauterina puede llevar a descartar erróneamente un embarazo ectópico concomitante. La ecografía transvaginal constituye el método de elección, aunque los hallazgos pueden confundirse con quistes de cuerpo lúteo.³ La confirmación definitiva de la localización ovárica requiere correlacionar los hallazgos quirúrgicos con la identificación histopatológica de tejido trofoblástico, en concordancia con los criterios clásicos de Spiegelberg.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años, grupo sanguíneo O positivo (Rh positivo), peso de 79.8 kg y talla de 1.70 m, primigesta, con fecha de la última menstruación el 25 de julio de 2025 y ciclos menstruales regulares de 30 x 6 días. Antecedente relevante: diagnóstico de síndrome de ovario metabólico poliendocrino establecido a los 23 años. Recibía tratamiento con levonorgestrel y etinilestradiol, una tableta al día, suspendido dos meses antes de la concepción. No declaró haber tenido cirugías ginecológicas, tratamientos de fertilidad o antecedentes familiares de importancia. La paciente refirió que su pareja se encontraba en tratamiento con isotretinoína.

El padecimiento actual se inició el 27 de agosto de 2025 con mastalgia bilateral y náuseas sin emesis. Alrededor del 1 de septiembre se agregó lumbalgia leve, y al siguiente día se practicó una prueba sérica de embarazo, con resultado positivo. El 3 de septiembre tuvo sangrado transvaginal escaso, color marrón e intermitente, acompañado de dolor pélvico tipo cólico. A la exploración física, el abdomen se

encontraba blando y depresible, con dolor a la palpación en el hipogastrio, sin defensa, rebote ni datos de irritación peritoneal. El útero medía 12 x 8 x 6 cm, en anteversoflexión, con sangrado transvaginal escaso.

El 8 de septiembre se practicó la ecografía endovaginal obstétrica, en la que se reportó un embarazo heterotópico probable. Se identificó una gestación intrauterina de 6.4 semanas, con saco gestacional de 23 mm, longitud cráneo-caudal de 6.8 mm y frecuencia cardíaca embrionaria de 111 latidos por minuto, además de hematoma subcoriónico en la región superior del saco, de 16 x 5.8 mm (**Figura 1**). En el polo inferior del ovario izquierdo se observó una imagen redondeada, con periferia ecogénica y centro anecoico, compatible con embarazo ectópico de probable localización ovárica, correspondiente a 5.6 semanas de gestación (**Figura 2**). En el fondo de saco no se identificó líquido libre.

La sospecha diagnóstica se estableció ante la coexistencia de un embarazo intrauterino viable con una imagen anexial compleja, redondeada, de localización ovárica, morfología sacular y centro anecoico, en el contexto clínico de sangrado transvaginal y dolor pélvico. El principal diagnóstico diferencial fue un quiste funcional (cuerpo lúteo o cuerpo hemorrágico); sin embargo, la identificación de un saco vitelino en su interior, el crecimiento proporcional con las semanas de gestación estimadas y la evidencia de vascularidad periférica en Doppler color favorecieron la interpretación de embarazo ectópico ovárico probable. Estos hallazgos sustentaron la indicación de intervención quirúrgica electiva, que se describe más adelante.

El 9 de septiembre se efectuaron los análisis de laboratorio preoperatorios y se reportaron sin alteraciones: β -hCG de 50,989 mUI/mL, hemoglobina de 13.3 g/dL, hematocrito de 39.1%, plaquetas de 172,000 μ L, tiempo de protrombina de 12.9 segundos y tiempo de tromboplastina parcial activado de 33.3 segundos.

Puesto que la paciente se encontraba hemodinámicamente estable y sin datos clínicos de abdomen agudo, la intervención se programó de forma electiva para el 12 de septiembre. Debido a limitaciones institucionales y disponibilidad de recursos, se eligió la laparotomía abierta como procedimiento quirúrgico.

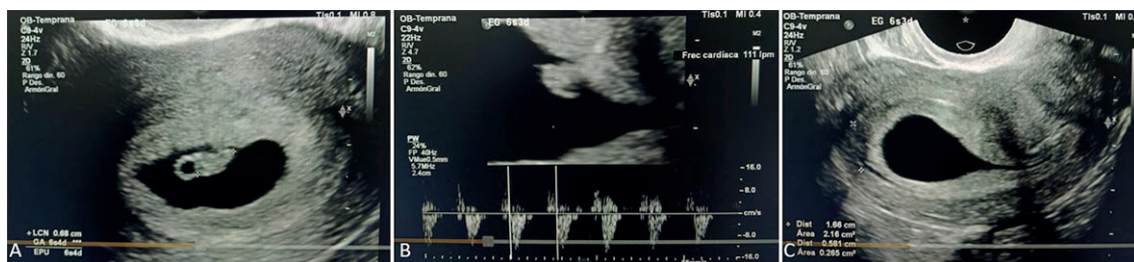


Figura 1. Ecografía transvaginal de la paciente. **A.** Saco gestacional intrauterino de 6.4 semanas, con embrión visible y medición de longitud cráneo-caudal de 0.68 cm. **B.** Registro de frecuencia cardíaca embrionaria de 111 latidos por minuto, que confirma viabilidad inicial. **C.** Saco gestacional con área hipoeoica adyacente compatible con hematoma subcoriónico.

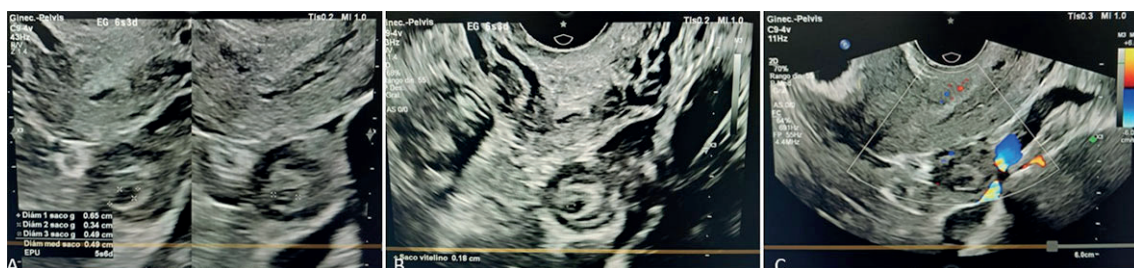


Figura 2. Ecografía transvaginal del ovario izquierdo. **A.** Imagen redondeada con saco gestacional y mediciones compatibles con 5.6 semanas de gestación. **B.** Visualización de saco vitelino de 0.18 cm dentro de la cavidad, sugerente de gestación ectópica de probable localización ovárica. **C.** Estudio Doppler color con vascularidad periférica sugerente de saco gestacional con probable implantación ovárica.

En la ecografía transvaginal preoperatoria no se identificó actividad cardíaca embrionaria mediante Doppler modo M, con longitud cráneo-caudal de 6.8 mm, hallazgo compatible con muerte embrionaria temprana. Ante la confirmación ecográfica de pérdida gestacional del primer trimestre se practicó un legrado uterino instrumentado, como parte del procedimiento quirúrgico integral. Al ingreso al quirófano, los signos vitales fueron: tensión arterial de 130/86 mmHg, frecuencia cardíaca de 70 lpm, frecuencia respiratoria de 16 rpm, temperatura de 36.7 °C y saturación de oxígeno de 95%. Posteriormente, se hizo una resección en cuña del ovario izquierdo, con extracción de tejido gestacional compatible con implantación ectópica (**Figura 3**). Las salpinges y el ovario derecho no mostraron alteraciones macroscópicas. El sangrado total fue de 100 mL. Por tratarse de una paciente Rh positivo, no se administró inmunoglobulina anti-D. La paciente fue dada de alta a las 24 horas en buen estado general.

DISCUSIÓN

El embarazo heterotópico es una complicación potencialmente grave, asociada con morbilidad materna cuando el diagnóstico se retrasa.⁵ Sus principales factores de riesgo

incluyen enfermedad inflamatoria pélvica, antecedente de embarazo ectópico, endometriosis, cirugía tubárica y uso de técnicas de reproducción asistida. No obstante, también se han documentado casos en mujeres sin factores predisponentes, como ocurrió en la paciente del caso.^{6,7}

La manifestación clínica suele incluir dolor abdominal y sangrado vaginal, aunque puede ser inespecífica en etapas iniciales.⁸ En este contexto, un embarazo intrauterino confirmado puede generar un falso reaseguro diagnóstico y retrasar la identificación de una gestación ectópica concomitante. Por ello, se hace hincapié en la necesidad de evaluar sistemáticamente los anexos, incluso cuando ya se ha identificado un embarazo intrauterino.

En la paciente del caso, la ecografía transvaginal inicial mostró un embarazo intrauterino viable acompañado de una imagen compatible con embarazo ectópico de probable localización ovárica. Sin embargo, en la ecografía transvaginal preoperatoria, practicada el día del procedimiento, ya no se identificó actividad cardíaca embrionaria. Ante la confirmación de pérdida gestacional temprana del primer trimestre, se le hizo un legrado uterino instrumentado

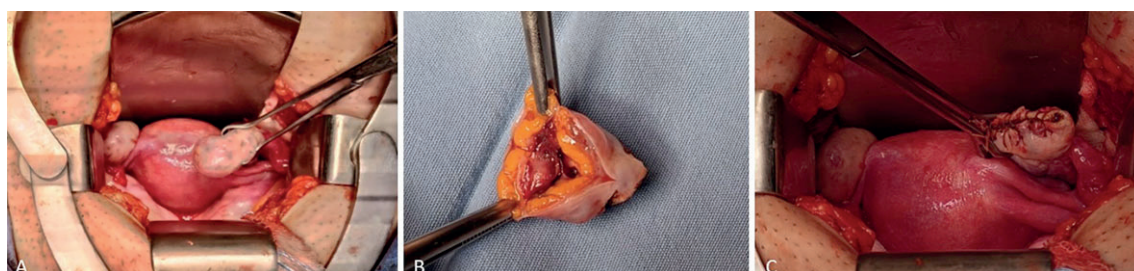


Figura 3. Hallazgos intraoperatorios. **A.** Exposición quirúrgica del ovario izquierdo, donde se identifica una zona compatible con probable implantación ectópica ovárica. **B.** Resección en cuña con apertura del ovario izquierdo, que muestra una estructura macroscópica compatible con saco gestacional ectópico. **C.** Ovario izquierdo después de la reparación quirúrgica con sutura, con preservación de tejido ovárico.

DECLARACIONES

Conflicto de interés y financiamiento: Los autores declaran que no existen conflictos de interés relacionados con la elaboración y publicación de este escrito. Asimismo, no se recibió apoyo financiero externo para la realización del presente reporte de caso.

Consentimiento informado: La paciente otorgó consentimiento informado por escrito para la publicación del presente reporte de caso y de las imágenes clínicas asociadas. Se preservó en todo momento la confidencialidad y el anonimato de la información, conforme a lo establecido en la Declaración de Helsinki y en las normas institucionales de ética en investigación.

Uso de IA: Los autores declaran que utilizaron herramientas de inteligencia artificial únicamente como apoyo para la redacción y mejora estilística del manuscrito. La interpretación clínica, la revisión crítica del contenido y la aprobación final del texto fueron responsabilidad exclusiva de los autores.

Contribución de los autores: Gerardo Ruiz Méndez recopilación de datos clínicos, elaboración del borrador inicial y revisión final del manuscrito. Angela Leticia Zambrano Gutiérrez: revisión de la bibliografía, preparación de las figuras y edición del manuscrito. Rosa Patricia Cruz Nieves: diseño y coordinación del reporte, revisión crítica del manuscrito y responsable de la correspondencia.

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 Gynecol Reprod Biol* 2021; 266: 138-44. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.09.031>
2. 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; 66 (1): 1-12. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)58378-2](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)58378-2)
3. Sosa M, Brancazio S, Drummey A, Nguyen T, et al. Transvaginal ultrasound diagnosis of ovarian ectopic pregnancy. *Cureus* 2023; 15 (1): e33536. <https://doi.org/10.7759/cureus.33536>
4. Spiegelberg O. Zur Casuistik der Ovarialschwangerschaft. *Arch Gynakol* 1878; 13 (1): 73-9. <https://doi.org/10.1007/BF01991416>
5. Talbot K, Simpson R, Price N, Jackson SR. Heterotopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2011; 31 (1): 7-12. <https://doi.org/10.3109/01443615.2010.522749>
6. Basile F, Di Cesare C, Quagliozzi L, Donati L, et al. Spontaneous heterotopic pregnancy, simultaneous ovarian, and intrauterine: a case report. *Case Rep Obstet Gynecol* 2012; 2012: 509694. <https://doi.org/10.1155/2012/509694>
7. Nargund A, Majumdar S, Stokes I. Heterotopic pregnancy after spontaneous conception. *J Obstet Gynaecol* 2013; 33 (4): 425. <https://doi.org/10.3109/01443615.2013.769502>
8. Mishina A, Puiu S, Dobrev C. Spontaneous heterotopic pregnancy. *Bul Acad Stiinte Mold Stiintele Vietii* 2023; 77 (3): 299-304. <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2023.3-77.52>
9. Chan AJ, Day LB, Vairavanathan R. Tale of 2 pregnancies: heterotopic pregnancy in a spontaneous cycle. *Can Fam Physician* 2016; 62 (7): 565-7.
10. Chen JS, Ke TY, Hsieh PC. Heterotopic ovarian pregnancy. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2009; 48 (2): 193-5. [https://doi.org/10.1016/S1028-4559\(09\)60287-4](https://doi.org/10.1016/S1028-4559(09)60287-4)
11. Ramalho I, Ferreira I, Marques JP, Carvalho MJ, et al. Live birth after treatment of a spontaneous ovarian heterotopic pregnancy: a case report. *Case Rep Women's Health* 2019; 24: e00144. <https://doi.org/10.1016/j.crwh.2019.e00144>
12. Draghici CC, Miulescu RG, Petca RC, Petca A, et al. Teratogenic effect of isotretinoin in both fertile females and males (Review). *Exp Ther Med* 2021; 21 (5): 534. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9966>

seguido de resección en cuña del ovario izquierdo. Este procedimiento es congruente con las opciones quirúrgicas descritas para el tratamiento del componente ectópico, sobre todo cuando se busca una atención oportuna y la preservación ovárica siempre que sea posible.^{3,9}

Si bien el diagnóstico concluyente de un embarazo ectópico ovárico se establece mediante el estudio histopatológico conforme a los criterios de Spiegelberg, en este caso no se contó con análisis histológico del tejido extirpado, lo que constituye una limitación diagnóstica importante. Por lo tanto, el diagnóstico se sustentó en hallazgos ecográficos e intraoperatorios compatibles con implantación ovárica; por ello, el caso se clasifica como embarazo ectópico ovárico probable. Esta denominación reconoce la fuerza de los hallazgos clínico-quirúrgicos disponibles y, al mismo tiempo, la ausencia de confirmación histológica definitiva. Por esta razón, los hallazgos deben interpretarse con cautela pues no permiten establecer una confirmación anatomopatológica absoluta.^{6,10}

En reportes previos se han descrito desenlaces obstétricos favorables después del tratamiento quirúrgico del componente ectópico en pacientes seleccionadas.^{6,11} Estos casos sugieren que, cuando el embarazo intrauterino es viable, el procedimiento elegido debe buscar atender el embarazo ectópico y, siempre que sea posible, preservar la gestación intrauterina. En la paciente del caso, al confirmarse previamente una pérdida gestacional intrauterina del primer trimestre, se dio prioridad a un procedimiento quirúrgico integral orientado al control del componente ectópico y a la seguridad de la madre.

Como hallazgo concomitante, la pareja refería tratamiento con isotretinoína al momento de la concepción. La bibliografía disponible referente a la isotretinoína se centra, principalmente, en su teratogenicidad por exposición de la madre durante el embarazo y en consideraciones reproductivas relacionadas con personas fértiles; no se identificó evidencia que relacione la exposición del padre con el embarazo heterotópico. Por lo tanto, se consigna como antecedente fortuito, sin implicación causal en este caso.¹²

CONCLUSIÓN

El embarazo heterotópico con implantación ovárica probable es una complicación poco frecuente en concepciones espontáneas y puede pasar inadvertido si la visualización de una gestación intrauterina se interpreta como suficiente para descartar alguna afección ectópica. Por ello, el caso aquí reportado subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica en pacientes con dolor pélvico o sangrado durante el primer trimestre, aun cuando se haya confirmado un embarazo intrauterino.

El tratamiento quirúrgico temprano mediante resección en cuña ovárica permitió preservar el tejido ovárico y controlar el riesgo de hemorragia. Este reporte documenta un caso de embarazo heterotópico con implantación ovárica izquierda probable y hace hincapié en la necesidad del diagnóstico oportuno y atención médica individualizada para preservar la salud de la madre y, cuando sea posible, la función reproductiva.