

Reporte de Caso/Case Report

[10.18004/mem.iics/1812-9528/2024.e22132404](https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2024.e22132404)

6 Embarazo anembriónico. Presentación de caso con expulsión espontánea de huevo huero

Cristian Pestana Sierra¹ , *María Adela Pérez Velilla² ,
Gloria Celeste Samudio Domínguez³ 

¹Universidad María Auxiliadora, Facultad de Medicina-Catedra de Gineco-obstetricia. Asunción, Paraguay
²Universidad María Auxiliadora, Facultad de Medicina, Catedra de Embriología. Asunción, Paraguay
³Universidad María Auxiliadora, Facultad de Medicina, Catedra de Inmunología General. Asunción, Paraguay

Editor Responsable: María Eugenia Galeano Dinatale . Universidad Nacional de Asunción, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, San Lorenzo, Paraguay.
Email: maruphd@hotmail.com

**Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article:**

Pestana Sierra C, Pérez Velilla MA, Samudio Domínguez GC. Embarazo anembriónico. Presentación de caso con expulsión espontánea de huevo huero. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2024; 22(1): e22132404.

RESUMEN

El embarazo anembrionario representa una forma específica de aborto incompleto que se vincula estrechamente con los abortos espontáneos. Esta condición puede poner a las mujeres afectadas en riesgo de complicaciones graves, como hemorragias severas e infecciones, que pueden aumentar significativamente la morbilidad y mortalidad. A nivel local, no se disponen de datos precisos sobre la prevalencia del embarazo anembrionario, lo que subraya la necesidad de estudios epidemiológicos más detallados. En este contexto, se presenta el caso de una paciente que fue diagnosticada con esta patología, describiendo tanto los procedimientos utilizados para el diagnóstico como las estrategias terapéuticas implementadas para manejar adecuadamente esta condición médica.

Palabras clave: embarazo anembrionado, Complicaciones graves, Diagnostico, tratamiento.

Anembryonic pregnancy. Presentation of case with spontaneous expulsion of empty egg

ABSTRACT

Anembryonic pregnancy represents a specific form of incomplete abortion that is closely linked to spontaneous abortions. This condition can put affected women at risk of serious complications, such as severe bleeding and infections, which can significantly increase morbidity and mortality. At the local level, precise data on the prevalence of anembryonic pregnancy are not available, underscoring the need for more detailed epidemiological studies. In this context, the case of a patient who was diagnosed with this pathology is presented, describing both the procedures used for the diagnosis and the therapeutic strategies implemented to adequately manage this medical condition.

Keywords: anembryonic pregnancy, Serious complications, Diagnosis, treatment.

Recepción: 12 de junio 2024. **Revisión:** 23 de agosto de 2024. **Aceptación:** 27 de setiembre de 2024.

***Autor correspondiente:** María Adela Pérez Velilla. Universidad María Auxiliadora, Facultad de Medicina, Catedra de Embriología. Asunción, Paraguay

Email: ades-pv@hotmail.com

Gravidez anembrionária. Apresentação de caso com expulsão espontânea de ovo vazio

RESUMO

O embarço anembrionario representa uma forma específica de aborto incompleto que se vincula estritamente aos abortos espontâneos. Esta condição pode colocar as mulheres afetadas pelo risco de complicações graves, como hemorragias graves e infecções, que podem aumentar significativamente a morbimortalidade. A nível local, não há dados precisos sobre a prevalência do embarço anembrionario, o que justifica a necessidade de estudos epidemiológicos mais detalhados. Neste contexto, apresentamos o caso de um paciente que foi danificado com esta patologia, descrevendo tanto os procedimentos utilizados para o diagnóstico como as estratégias terapêuticas inovadoras para administrar adequadamente esta condição médica.

Palavras chave: embarço anembrionado, Complicaciones graves, Diagnóstico, tratamento.

INTRODUCCIÓN

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aborto se define como la interrupción de la gestación, ya sea de manera espontánea o provocada. Se estima que entre 48 y 186 millones de personas sufren trastornos reproductivos, entre los que se incluye el embarazo anembrionario como una de las causas principales⁽¹⁾. El aborto espontáneo, que implica la pérdida no intencionada del embarazo, es un evento común que puede tener un alto impacto emocional en las parejas fértiles. Se estima que ocurre en aproximadamente el 15% de las gestaciones, con una frecuencia del 1% entre parejas fértiles⁽²⁾. Las causas comunes incluyen anomalías cromosómicas incompatibles con la vida y fallas en la implantación, particularmente durante el primer trimestre de la gestación⁽³⁾. El principal factor detrás del embarazo anembrionario es la alteración en el número de cromosomas en el óvulo o el espermatozoide. Tras la fecundación, el embrión no logra desarrollarse ni diferenciarse completamente, deteniéndose la división celular⁽⁴⁾. En estudios similares se han identificado diversos factores teratogénicos, físicos, químicos e infecciosos que pueden interrumpir la división celular y están implicados en la patogénesis del embarazo anembrionario⁽⁵⁾. Aunque en muchos casos no se identifica una causa específica para el desarrollo de esta condición⁽⁶⁾. El diagnóstico se realiza principalmente mediante la ecografía uterina, que revela un saco embrionario vacío, siendo este significativamente más pequeño que en los embarazos normales⁽⁷⁾. Se han observado asociaciones significativas entre los niveles de hormona coriónica gonadotropina (HCG), estradiol y progesterona a partir de las semanas 6 a 8 de gestación. Esto sugiere que, en ausencia de un embrión, la HCG podría ser el principal estímulo para la síntesis de esteroides por el cuerpo lúteo⁽⁸⁾. Sin embargo, las mediciones de estas hormonas en sangre no son útiles para el diagnóstico del saco anembrionario⁽⁸⁾. El diagnóstico definitivo se basa en criterios ecográficos específicos, como un saco embrionario con diámetro menor de 12 mm y sin aumento significativo en su tamaño tras dos semanas, o un saco de más de 12 mm sin signos de actividad cardíaca fetal siete días después del primer ultrasonido, ambos con alta especificidad⁽⁹⁾. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico. En el manejo médico se utilizan fármacos como el misoprostol solo o combinado con metotrexato, sin que haya diferencias significativas en las tasas de éxito entre ambas opciones⁽¹⁰⁾. Por otro lado, el manejo quirúrgico mediante legrado es el enfoque más común, siendo rápido, de bajo riesgo y eficaz para reducir el tiempo de sangrado⁽¹¹⁾.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

El caso clínico describe a una paciente de 30 años, que está experimentando su primer embarazo de 5,6 semanas con 1 consulta prenatal previa, y sin historial médico previo de abortos ni antecedentes familiares o personales relevantes. Consulto en el servicio debido a la expulsión espontánea del saco embrionario. La paciente relata haber tenido un sangrado vaginal abundante durante las últimas 12 horas, con presencia de coágulos, acompañado de dolor tipo cólico en la parte baja del abdomen que se irradia hacia la región lumbar, además de mareos. A su ingreso, presenta signos vitales estables. Los resultados del hemograma muestran valores dentro de los límites normales, mientras que el nivel de beta-HCG es de 300 mUL/ml, inferior a los valores esperados en un embarazo normal. Durante el examen físico, se observa un sangrado activo con coágulos y el cuello uterino está abierto. La ecografía transvaginal revela la presencia de un saco gestacional con contenido anecoico de 5,6 semanas (Figura 1), en la cual no se detecta embrión ni latido fetal, con lo que se realizó diagnóstico de embarazo anembrionario. Durante la evaluación, se diagnosticó un embarazo anembrionario al no observarse embrión ni latido fetal. La paciente experimentó la expulsión espontánea del saco gestacional sin necesidad de medicación. (Figura 2) Su recuperación fue sin complicaciones y fue dada de alta en estado clínico favorable.

El médico sugirió a la paciente realizar algunos estudios adicionales para analizar el material a fin de conocer si presentaba anomalías genéticas o problemas médicos relacionados al aborto espontáneo, además el médico sugirió a la paciente realizarse análisis clínicos para conocer la salud del endometrio y la presencia o no de infecciones vaginales que pudieran influir en el aborto espontáneo.

En relación al estudio genético acerca del material abortado, la paciente afirmó que iría a una consulta con algún especialista genético para descartar cualquier anomalía que puedan influir en el embarazo anembrionado para futuras gestaciones.

El profesional médico además sugirió a los familiares de la paciente, buscar apoyo psicológico y emocional, el embarazo anembrionado o el aborto espontáneo podría ser una experiencia muy difícil para la paciente y sus familiares.

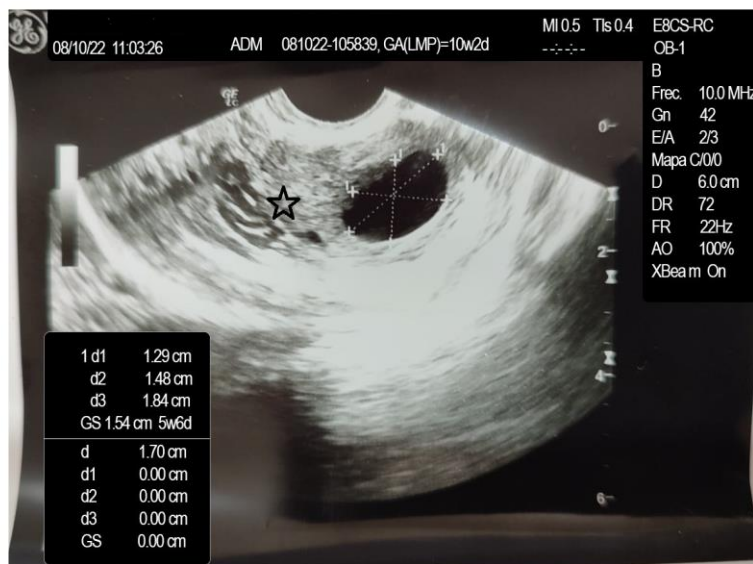


Figura 1: Ecografía transvaginal, donde se visualiza saco gestacional de 12.9 x 14.8 x 18.4. mm de diámetro sin evidencia de embrión, ni vesícula vitelina, compatible con gestación anembrionada de 5 semanas y 6 días. Las cruces indica el saco gestacional; La estrella indica la placenta.



Figura 2: Imagen Real. La flecha señala saco gestacional expulsado íntegramente; La estrella indica la placenta.

DISCUSIÓN

El embarazo anembrionario es una variante de aborto espontáneo asociada a factores genéticos y cambios típicos en lípidos, homocisteína y hormonas esteroides como la progesterona durante la gestación normal⁽¹²⁾. Aunque la paciente proviene de una familia con antecedentes de diabetes, ella misma afirmó ser diabética, lo que algunos estudios vinculan con el embarazo anembrionario⁽¹³⁾. La paciente reportó sangrado, un síntoma común de aborto, frecuentemente asociado con esta condición⁽¹²⁾. En este caso clínico, la paciente no tenía antecedentes médicos relevantes aparte de la diabetes. El diagnóstico fue confirmado por medio de la ecografía, que mostró un saco gestacional vacío y ausencia de latido fetal, el saco gestacional sin embrión ni latido fetal ni vesícula vitelina presentaba una medición de 12,9 x 14,8 x 18,4 mm, compatible con una gestación de 5,6 semanas, con desarrollo de la placenta; la vesícula vitelina es característica de las primeras semanas de desarrollo, el hallazgo confirma que la gestación no está en su desarrollo normal y que no sería viable, La rápida intervención del especialista fue crucial para diferenciar esta condición de otros tipos de embarazo como mola gestacional, embarazo ectópico, o embarazo no viable temprano, casos de aborto con embrión presente dentro del saco gestacional, permitiendo un manejo adecuado⁽¹³⁾. La paciente no requirió tratamiento médico o quirúrgico ya que expulsó el saco embrionario espontáneamente, evitando así el uso de medicación como el misoprostol y se procedió a una limpieza uterina general. En otras circunstancias, el manejo del embarazo anembrionario puede incluir opciones médicas como el uso de misoprostol, solo o combinado con metotrexato, aunque no hay diferencia evidente en la tasa de éxito entre ambos tratamientos. Se sugiere que el misoprostol es más efectivo por vía vaginal⁽¹⁴⁾. Después de la expulsión del saco gestacional, se realiza una limpieza de la cavidad uterina, un enfoque que algunos expertos consideran más efectivo que el tratamiento médico⁽¹⁵⁾. Después de controlar los signos vitales y observar a la paciente durante 24 horas, fue dada de alta sin complicaciones.

CONCLUSIÓN

El embarazo anembrionario plantea importantes desafíos emocionales y diagnósticos para las mujeres embarazadas. Este estudio de caso resalta la crítica importancia de realizar evaluaciones médicas rápidas mediante ecografías

tempranas para confirmar diagnósticos y ofrecer el apoyo necesario. La intervención oportuna del médico es fundamental para asegurar el bienestar emocional y físico de la paciente. Además, es crucial continuar desarrollando e investigando nuevos métodos de detección para mejorar los resultados obstétricos.

El embarazo anembrionario, conocido como embarazo de saco vacío debido a la ausencia de latido embrionario, es una forma temprana de aborto. Después del tratamiento, las pacientes suelen poder concebir nuevamente sin complicaciones. En casos de abortos únicos o recurrentes, se recomienda realizar pruebas de cariotipo materno para detectar posibles anomalías cromosómicas que puedan estar contribuyendo a estas pérdidas.

Las limitaciones pueden incluir la variabilidad en la presentación clínica y los síntomas, lo cual dificulta la estandarización en el diagnóstico. Además, la disponibilidad y precisión de las pruebas diagnósticas como la ecografía pueden influir en la detección temprana y la confirmación certera de la condición. La recopilación de datos retrospectivos también puede ser limitada por la falta de información detallada o registros incompletos, afectando la profundidad del análisis y la generalización de los resultados.

Contribución de autores

- Concepción/diseño de trabajo. Cristian Pestana
- Recolección de datos/información. Cristian Pestana.
- Análisis/discusión de los datos. María Adela Pérez.
- Revisión bibliográfica. María Adela Pérez, Cristian Pestana.
- Preparación del manuscrito. Gloria Samudio, Cristhian Pestana.
- Revisión de la versión final. Gloria Samudio, María Adela Pérez.

Financiación: Ninguna.

Conflicto de intereses: No presenta.

Datos de autores

- Dr. Cristian Pestana Sierra. Docente de tiempo completo, Facultad de Medicina-Catedra de Gineco obstetricia. Universidad María Auxiliadora.
- Msc. María Adela Pérez Velilla. Docente de tiempo completo, Facultad de Medicina-Catedra de Embriología. Universidad María Auxiliadora.
- Dra. Gloria Celeste Samudio Domínguez. Docente de la catedra de Inmunología general, Docente de tiempo completo. Facultad de Medicina, Universidad María Auxiliadora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González-Caballero A, Fernández-Martínez S, Torres-Fernández E. Evaluación citogenética en parejas con esterilidad e infertilidad que concurren al Departamento de Genética del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción en el periodo septiembre 2021- febrero 2022. Mem. Inst. Investigando. Ciencia. Salud [Internet]. diciembre de 2022 [consultado el 6 de febrero de 2024]; 20 (3): 27-35. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282022000300027&lng=en. <https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2022.020.03.27>.
2. Patiño E, Porzio M. Frecuencia de abortos espontáneos en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Clínicas. Medicina. clín. soc. [Internet]. Agosto de 2021 [consultado el 6 de febrero de 2024]; 5(2): 76-79. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2521-22812021000200076&lng=en. <https://doi.org/10.52379/mcs.v5i2.203>
3. Jackson T, Watkins E. Early pregnancy loss. JAAPA. 2021 Mar 1; 34 (3): 22-27. 10.1097/01.JAA.0000733216.66078.ac PMID: 33528169.
4. Rodríguez Blanco CL, De los Ríos PM, González Rodríguez AM, Quintana Blanco DS, Sánchez Reyes I. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. Multimed [Internet]. 2020 Dic [citado 2024 Feb 06]; 24(6): 1349-1365.

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000601349&lng=es. Epub 04-Nov-2020.
5. Henderson DJ, Bennett PR, Rodeck CH, Gau GS, Blunt S, Moore GE. Trophoblast from anembryonic pregnancy has both a maternal and a paternal contribution to its genome. *Am J Obstet Gynecol*. 1991 Jul;165(1): 98-102. doi: 10.1016/0002-9378(91)90233-h. PMID: 1853926.
 6. Machado L. Oening and Taquette, Stella Regina El uso de misoprostol en la interrupción del embarazo: una revisión de estudios realizados en Brasil. *Ciencia y Salud Pública* [en línea]. 27(08) [Consultado el 7 de noviembre de 2022], págs. 3079-3090. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.03102022>
 7. Odeh M, Tendler R, Kais M, Grinin V, Ophir E, Bornstein J. Gestational sac volume in missed abortion and anembryonic pregnancy compared to normal pregnancy. *J Clin Ultrasound*. 2010 Sep; 38(7): 367-71. doi: 10.1002/jcu.20713. PMID: 20533447.
 8. Johnson MR, Riddle AF, Sharma V, Collins WP, Nicolaidis KH, Grudzinskas JG. Placental and ovarian hormones in anembryonic pregnancy. *Hum Reprod*. 1993 Jan; 8(1): 112-5. doi: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a137857. PMID: 8458911.
 9. Preisler J, Kopeika J, Ismail L, Vathanan V, Farren J, Abdallah Y, et al. Defining safe criteria to diagnose miscarriage: prospective observational multicentre study. *BMJ*. 2015 Sep 23;351:h4579. doi: 10.1136/bmj.h4579. PMID: 26400869; PMCID: PMC4580727.
 10. Arreaza-Graterol Mo, Rodríguez-O JA. Eficacia y seguridad del Misoprostol frente a Metotrexato más Misoprostol para el manejo médico del aborto en Bogotá (Colombia): estudio clínico aleatorizado. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2010 Dec [cited 2024 Mar 13]; 61(4): 295-302. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342010000400002&lng=en
 11. Ferrer Casero EA, Wilson Correa T, Guerrero Arranz J, Moya González N. Dengue y factores teratogénicos. Reporte de un paciente. *ccm* [Internet]. 2017 Sep [citado 2022 Nov 03] ; 21(3): 908-916. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560
 12. Rueda S. Factores asociados al éxito del manejo médico con misoprostol en el aborto espontáneo: Una cohorte prospectiva. [Internet]. 2022. [citado: 2024, febrero] Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12749/16708>.
 13. Camacho-Ríos CE, Tovar-Galván V, Illanes-Guzmán ES, Vital-Reyes VS. Tratamiento quirúrgico conservador del embarazo intersticial, con antecedente de salpingectomía homolateral. Reporte de un caso. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet]. 2022. [citado 2023 Jun 05]; 90(8): 701-705. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000800701&lng=es Epub 26-Sep-2022. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i8.7259>
 14. Preisler J, Kopeika J, Ismail L, Vathanan V, Farren J, Abdallah Y, et al. Defining safe criteria to diagnose miscarriage: prospective observational multicentre study. *BMJ*. 2015 Sep 23; 351: h4579. doi: 10.1136/bmj.h4579. PMID: 26400869; PMCID: PMC4580727.
 15. Kulier R, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (1): CD002855. doi: 10.1002/14651858.CD002855.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (2): CD002855. PMID: 14973995.
 16. Quiroz V L, Vera P-G C, Carvajal C J. Una comparación del manejo médico con misoprostol y manejo quirúrgico para falla precoz del embarazo. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2005 [citado 2024 Mar 13] ; 70(5): 352-354. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000500013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000500013>