

Presentación de un caso de embarazo ectópico intersticial

Escuela Latinoamericana de Medicina

Sandra Huerta González¹, Julia Maritza Pardo Mederos², Isandra Velázquez Milán³, Adis Peña Cedeño⁴, María del Carmen Sotolongo Baró⁵

¹Médico Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral, Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria de Salud, Profesora Asistente; ²Médico Especialista de 1er. Grado en Ginecología y Obstetricia, Profesora Asistente Facultad Miguel Enríquez; ³Médico Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral, Instructor; ⁴Médico Especialista de 1er. Grado en Anatomía Patológica, Profesora Asistente Facultad Miguel Enríquez; ⁵Médico Especialista de 1er. Grado en Anatomía Patológica, Profesora Asistente Hospital Docente de 10 de Octubre.

RESUMEN

Se describe el caso de una paciente con embarazo de 13 semanas, 39 años de edad, hipertensión arterial no tratada e historia obstétrica de cinco embarazos, un parto y cuatro abortos provocados. Acude por primera vez al cuerpo de guardia hospitalario, por presentar dolor bajo vientre y pérdida de líquido, lo cual se interpreta como un aborto y se le administró misoprostol. Posteriormente, por los hallazgos clínicos y estrategia diagnóstica empleada, se comprueba la presencia de un embarazo ectópico intersticial. Este tipo de embarazo ectópico, también conocido como embarazo cornual, es una forma poco frecuente localizada en las trompas de Falopio en la porción que estas atraviesan la pared uterina. El riesgo de muerte en estos casos duplica a las restantes localizaciones ectópicas, por lo que se enfatiza en la importancia de cumplir con el procedimiento diagnóstico establecido para su detección precoz.

Palabras claves: Embarazo ectópico; Complicaciones del Embarazo; Embarazo Tubárico.

INTRODUCCIÓN

Embarazo ectópico se define como la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la uterina (1).

No es nueva esta entidad clínica. Según la historia médica la descripción original fue realizada por Albucassi, galeno que ejercía en el año 1063. En el siglo XVII se habla de ella como una complicación obstétrica, aunque la definición exacta como gestación extrauterina corresponde al médico parisino Bussiere, primero en diagnosticarla nada menos que en el cuerpo de una mujer ejecutada en la guillotina, en París, en el año 1693 (2).

La localización ectópica de un embarazo, casi siempre en la trompa, es un trastorno cuyo diagnóstico tiene gran importancia por las complicaciones que su evolución puede llevar implícita, sobre todo la rotura tubárica, pues este órgano no está preparado -como el útero- para distenderse al crecer el embrión. La rotura de la trompa provoca, generalmente, un sangramiento de tal magnitud que puede llevar a la muerte de la paciente. A él se deben del 5 al 12% de las muertes maternas por lo cual es necesario que la población conozca los aspectos fundamentales de su sintomatología, evolución y riesgos, y que exista una adecuada atención médica primaria y hospitalaria (2).

Uno de cada 100 o 200 embarazos es ectópico. Por motivos no totalmente claros, cada vez son más frecuentes. Constituyen factores de riesgo, padecer una enfermedad de las trompas de Falopio, haber tenido un embarazo ectópico previo, la exposición fetal al dietilestilbestrol o una ligadura de trompas fallida (procedimiento de esterilización en el que se corta u obstruye la trompa de Falopio). Los embarazos ectópicos son menos frecuentes entre las mujeres de piel blanca. Aunque resulta raro, si una mujer con un dispositivo intrauterino (DIU) colocado, se embaraza, el riesgo que sea ectópico es elevado (3).

La localización más común del embarazo ectópico es en la trompa de Falopio (98%) y se conoce como embarazo tubárico. De estos, el 65% es ampular, 20% istmico, 13% del pabellón, 2% intersticial, muy raro el ovárico (1%) o el abdominal (1%) y excepcional el endocervical (0,1%) o con implantación sobre un divertículo intramiometral (0,03%) (4-6) (figura 1).

Las estadísticas de salud de Cuba, en el año 2009, reflejan cinco muertes maternas por esta causa (tasa 3,8 x 10 000) y cuatro en el 2010 (tasa 3,1 x 10 000) (5).

Después de un embarazo ectópico se incrementa entre siete y 13 veces el riesgo de padecer otro subsiguiente. La posibilidad de que un embarazo subsiguiente sea intrauterino es solo de un 50 a 80%, mientras que la probabilidad

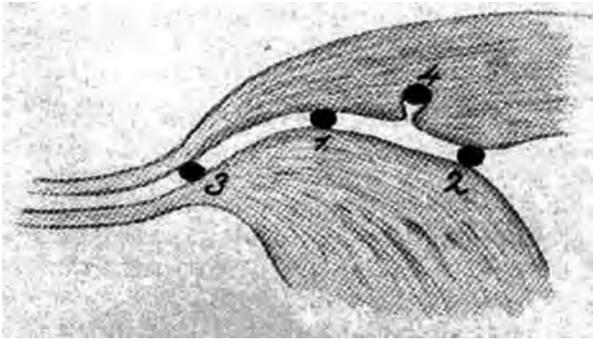


Figura 1. Embarazo ectópico intersticial.

Fuente: Tomado de Ramírez Olivella J. Embarazo ectópico Extrauterino. *Obstetricia T 2*. México: González Porto; 1943:176-205). Leyenda: 1: intersticial propiamente dicho. 2: tubo-uterino. 3: tubo-intersticial 4: intersticial intramural.

de ser el embarazo tubario, es de 10 a 25%. Las pacientes generalmente quedan estériles (7).

Por su interés y poca frecuencia, en el presente trabajo se presenta el caso de una paciente atendida en el Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa, La Habana, Cuba, con un embarazo ectópico intersticial (cuerno uterino), cuya duración llegó hasta las 13 semanas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 39 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) para lo cual no llevaba tratamiento médico, con historia obstétrica de cinco embarazos, un parto, y cuatro abortos provocados.

Acude al cuerpo de guardia refiriendo dolor en bajo vientre intenso, acompañado de pérdidas de líquido. Se le realiza la inducción del aborto por método de misoprostol. Posteriormente acude nuevamente al cuerpo de guardia refiriendo dolor bajo vientre, contracciones y haber expulsado en su casa feto incompleto. Se desmaya en la consulta, cuadro que se acompaña de vómitos precedidos por náuseas y decaimiento. No refiere alergia a medicamentos y no se ha realizado transfusiones.

Al examen físico presenta mucosas húmedas e hipocoloreadas, piel pálida, fría y sudorosa, aparato respiratorio sin alteraciones; aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, taquicárdicos, disminuidos en intensidad, no soplos, frecuencia cardíaca 112/min, tensión arterial 95/60 mm Hg. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, reacción peritoneal generalizada. Cuello de parida casi borrado, con orificio cervical externo de múltipara, ampliamente permeable, con sangramiento escaso, no fetidez. Tacto vaginal: útero aumentado de tamaño de 12 a 14 semanas con múltiples miomas, blando, permeable amplio al dedo.

Criterios diagnósticos: Mioma uterino, aborto incompleto, aborto séptico, descartar embarazo ectópico complicado.

Al examinarla en la sala de partos se realizó histerometría de más menos 14 cm, se pasó pinza de anillo comprobándose cavidad con resaltos e irregular y se extrajeron pedazos de placenta. Al revisar cavidad se detectó solución de continuidad en fondo y se efectúa laparotomía exploradora. Se realizó histerectomía total sin anexectomía, comprobándose útero multinodular con rotura uterina de cuerno derecho con cabeza del feto y placenta en cavidad abdominal.



Figura 2. Se observa mioma pediculado, en fondo, de 2 cm y solución de continuidad que mide 2,5 X 3 cm invertida.

Figura 3. Se observan nódulos intramurales de 5,5 cm, otros de 4 cm, 1,5 cm y 1 cm, todos blancos y de consistencia dura.



Fue transfundida por anemia aguda, se mantuvo dos días en cuidados perinatales, se envió después a la sala y cumplió tratamiento antibiótico.

Informe de Anatomía patológica: Útero que pesa 130 g. El cuerpo aumentado de tamaño abombado en cara anterior y con un mioma pediculado en fondo de 2 cm y una solución de continuidad de 2,5 x 3cm, con bandas de hemorragia y abundante tejido esponjoso (figura 2). Nódulos intramurales de 5,5 cm; otros de 4cm; otro de 1,5 cm y de 1cm, todos blancos y de consistencia dura. La cavidad lineal con revestimiento interno blando, hemorrágico de 0,5 cm y el músculo presentaba un área anfractuosa en relación con la perforación en cuerno (figura 3).

En el cuello de 4 cm, con orificio cervical externo de mul-

típica y abierto amplio, se observa pequeño quiste al corte de 8 mm con mucus. Aparte se recibe parte cefálica del feto seccionada a nivel cervical con una circunferencia cefálica de 9,5 cm que está edematosa sin otras alteraciones. Se recibe además, formación de tejido redondeada, aparentemente bien delimitada, de aspecto arremolinada y de color blanco nacarado de consistencia firme que mide 5 cm, así como dos fragmentos de restos placentarios esponjosos adheridos a un hematoma de 6 x 3½ cm, restos de membrana y cordón (figura 4).

Diagnóstico anatomopatológico: Fibroleiomiomas uterinos múltiples, embarazo ectópico intersticial roto, parte cefálica fetal y placenta, embarazo de aproximadamente 13 semanas.



Figura 4. Parte cefálica del feto seccionada a nivel cervical, formación de tejido redondeado, de aspecto arremolinado y color blanco nacarado, dos fragmentos de restos placentarios esponjosos adheridos a un hematoma, restos de membrana y cordón.

DISCUSIÓN

La incidencia de embarazo ectópico ha aumentado considerablemente en las últimas dos décadas como consecuencia del incremento de la enfermedad inflamatoria pélvica, técnicas de reproducción asistidas, drogas inductoras de ovulación y cirugías tubáricas. Además, por la disponibilidad actual de métodos diagnósticos de alta sensibilidad, como la ecografía transvaginal y la prueba b-hCG (fracción beta de la gonadotropina coriónica humana, siglas en inglés), quienes permiten diagnosticar embarazos ectópicos en etapas muy precoces que antes no se diagnosticaban e iban a la resolución espontánea. El hecho de realizar un diagnóstico precoz de esta afección, antes de la rotura, posibilita realizar cirugías y tratamientos médicos más conservadores, disminuyendo significativamente la morbilidad materna por esta causa (8).

La laparotomía ha sido reemplazada completamente por la laparoscopia en el tratamiento de la mayoría de las localizaciones ectópicas, sin embargo, esta debe ser considerada en casos de pacientes hemodinámicamente inestables y en algunas localizaciones excepcionales como la cervical, abdominal y cornual (9).

El embarazo intersticial también conocido como embarazo cornual, es una forma poco frecuente de embarazo ectópico; se localiza en las trompas de Falopio en la porción que estas atraviesan la pared uterina. La mayor parte del saco gestacional se encuentra ubicado fuera de la cavidad uterina. A pesar de su baja frecuencia (2-4%), la mortalidad se duplica en relación con las restantes localizaciones (10). Este embarazo tiene la particularidad que por su ubicación, entre el ostium y la porción ístmica de la trompa, tiene una mayor masa muscular, con gran irrigación sanguínea proveniente de las ramas de las arterias uterina y ovárica, permitiendo que el embarazo progrese hasta incluso las 16 semanas de gestación, con consecuencias potencialmente catastróficas hasta de muerte, si el diagnóstico no se realiza o se hace tardíamente. Aunque la cirugía laparoscópica, es una opción real de tratamiento para el embarazo cornual, ella no ha sido ampliamente aceptada, por las dificultades que conlleva lograr una buena hemostasia, por ende, el cirujano laparoscopista debe estar bien entrenado para la colocación de suturas laparoscópicas y la realización de nudos endoscópicos, de lo contrario debe optar por la cirugía abierta o, menos comúnmente, por el tratamiento médico con metotrexate sistémico o local (9).

Como ya se ha señalado, el embarazo ectópico es considerado una verdadera emergencia médica que presenta complicaciones graves, de ahí el interés de conocer su comportamiento en cada caso, así como las diferentes formas clínicas y localizaciones que puede presentar. Es en la actualidad un verdadero problema de salud, una enfermedad que puede dejar secuelas importantes en la mujer, además de ser una emergencia médica cuyo diagnóstico posee una gran importancia por sus complicaciones (7).

Al embarazo ectópico se le ha denominado en muchas ocasiones "el gran simulador", siempre hay que pensar en él para poder diagnosticarlo. El profesor Rodríguez Hidalgo deja bien establecido el procedimiento a emplear (8). Primero se debe determinar que existe un embarazo; segundo, demostrar que no está en el interior del útero y tercero, conocer si efectivamente se trata de un embarazo ectópico y, de ser así, valorar su localización, tamaño, estado, posibilidades de tratamiento y futuro reproductivo de la paciente.

El caso relatado trata de una paciente que supera los 35 años, padece hipertensión arterial, sin tratamiento regular, ni seguimiento adecuado y no se recoge el antecedente de que empleara algún método anticonceptivo. Por otra parte, en el hospital, en su primera consulta se interpretó como un aborto y se le administró misoprostol para la inducción del mismo, sin la previa realización de un ultrasonido ginecológico que constatará la presencia de un embarazo implantado en la cavidad uterina y sin tener en cuenta que se trataba de una paciente con un útero fibromatoso, lo cual debió haber sido detectado al examen físico primario. En el Hospital Ginecobstétrico Docente "Eusebio Hernández", en el año 2007, se notificó un caso de embarazo intersticial, cuya duración llegó hasta las 22 semanas y fue el segundo caso de embarazo intersticial informado en nuestro país y el de más larga duración (7). El caso que se presenta en este trabajo tenía una gestación de 13 semanas y tuvo complicaciones similares al antes mencionado con igual evolución.

Es necesario enfatizar que el antecedente de legrados anteriores predispone a la perforación uterina. A ello se sumó la localización intersticial (cuerno uterino) del embarazo ectópico, lo cual por su baja frecuencia incidió en el fallo inicial del diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo OE, Riesle PH, Saavedra PM, Scarella ChA, Bennett CC, Bravo VT et al. Embarazo ectópico tubario bilateral. Reporte de un caso. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2005; 70(6). [Acceso: 21 de marzo 2012]. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262005000600011&script=sci_arttext21.
2. Embarazo ectópico, riesgo potencial en toda mujer. [Sitio en Internet]. Disponible en <http://salud.cibercuba.com/node/>
3. *Complicaciones del embarazo*. Merck Sharp & Dohme de España, S.A. Madrid, España 2005; 245. [Acceso: 21 de marzo 2012]. Disponible en http://www.msd.es/univadis_login.html
4. Rodríguez Hidalgo CN. Embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 1995; 21(1). [Acceso: 21 de marzo 2012]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol21_1_95/gined195.htm.

5. *Mujeres cubanas en edad fértil. Presencia de niveles de reproducción y muerte materna Cuba y provincias .2000-2010. Temas de estadística de salud. [Acceso: 7 de julio 2012]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/07/mujeres-cubanas-en-edad-fertil-presencia-niveles-de-reproduccion-y-muerte-materna.pdf>*
6. López IJ, Rueda Rodríguez R, Lugones Botell M, Fernández Garrido JE. Embarazo abdominal con 62 semanas de duración. Presentación de un caso y revisión de la entidad. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2006;32(2). [Acceso: 20 de Febrero 2012]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/gin/>
7. Marrero Rodríguez Elio A., Quinde Pickasaca Toa, Peraza Méndez Carmen, Lugones Botell Miguel . Embarazo ectópico intersticial. A propósito de un caso. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2007;33(3). [Acceso: 20 de Febrero 2012]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/gin/>
8. Enríquez Domínguez Bárbara , Fuentes González Leonardo, Gutiérrez González Nayma, León Barzaga Miriam. Clínica y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo ectópico. [Acceso: 21 de marzo 2012] disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_3_03/gin01303.htm
9. Cáceres Espinoza Edwin, Del Castillo Paja Rosario . Embarazo ectópico cornual: a propósito de un caso. *SITUA.* 2005;13(2). [Acceso: 20 de Febrero 2012]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2005_n1-2/pdf/a09.pdf
10. Gallegos F, Pavéz C, Jara M, Jesam C, Montero JC, Bustos JC. Embarazo ectópico intersticial complicado: urgencia ginecológica. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;70(62):47-04.

Case presentation: Interstitial ectopic pregnancy**SUMMARY**

The case described is of a 39 years of old patient with a pregnancy in its 13th week, untreated hypertension, an obstetrics history of five pregnancies, one birth and four induced abortions. She first arrives to the hospital's emergency department presenting lower abdominal pain and liquid loss, which is interpreted as an abortion and she is given misoprostol. The clinical findings and diagnostic strategy employed later confirm an interstitial ectopic pregnancy. This type of ectopic pregnancy, also known as a cornual pregnancy, is an infrequent form located in the portion of the fallopian tubes that crosses the uterine wall. The risk of death in these cases is doubled compared to other ectopic pregnancy sites, which is why the importance of carrying out the established diagnostic procedures is emphasized for its early detection.

Keywords: Pregnancy Ectopic; Pregnancy Complication; Pregnancy Tubal.

Dirección para la correspondencia: Dra. Sandra Huerta González.
Carretera Panamericana Km 3 ½ Santa Fe, Playa, La Habana, Cuba.

E-mail: normyda@infomed.sld.cu