

Presentación de un caso de embarazo ectópico intersticial

Case presentation of interstitial ectopic pregnancy

Enrique Legrá Zayas, Roald Gavilán Yodú, Alejandro Rodríguez Tabares

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

El embarazo ectópico intersticial es una presentación rara del embarazo extrauterino. Ocurre cuando el embrión se implanta en la parte media de la unión útero-tubárica, cerca del *ostium* interno de la trompa de falopio. Se presenta el caso de una paciente con alrededor de 14 semanas de gestación, operada con el diagnóstico clínico de apendicitis aguda. En el acto quirúrgico se encontró un embarazo ectópico intersticial. Se le realizó resección cornual derecha junto al producto de la concepción y sutura uterina con refuerzo de epiplón libre. La evolución fue buena, con alta al cuarto día.

Palabras clave: embarazo ectópico intersticial.

ABSTRACT

Interstitial ectopic pregnancy is a rare presentation of extra-uterine pregnancy. It occurs when the embryo implants itself in the middle of the uterine-tubal junction, near the inner ostium of the fallopian tube. We presented the case of a patient with near 14 weeks of gestation and operated with the clinical diagnosis of acute appendicitis. During surgery, an interstitial ectopic pregnancy was found. She underwent cornual right resection together with the offspring, as well as uterine suture with free omentum reinforcement. The evolution was good, and she was discharged after the fourth day.

Key words: interstitial ectopic pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo intersticial es la implantación del blastocisto a nivel de la porción intersticial o intramural de la trompa de falopio. El primer reporte de embarazo intersticial fue hecho por Kelly en 1898. Esta es una forma poco frecuente de embarazo ectópico. En el embarazo intersticial, el embrión se implanta lateral al ligamento redondo, en la porción intramiometrial de la trompa uterina. La gestación intersticial es una rara forma de embarazo tubario, asociada a una alta morbimortalidad. Solo 2-4 % de los embarazos ectópicos se desarrollan en la región intersticial de la trompa.¹

Estos embarazos son muy temidos por estar asociados a hemorragia intraabdominal que amenaza la vida, con una mortalidad de 2-5 %. Ha sido señalado que existe un incremento de embarazos intersticiales que pueden llegar hasta 4 %.

La incidencia de embarazo ectópico ha aumentado considerablemente como consecuencia de: el incremento de casos de enfermedad inflamatoria pélvica, la aplicación de técnicas de reproducción asistida, el uso de inductores de la ovulación, la cirugía tubaria, mayor uso de dispositivos intrauterinos y el incremento del hábito de fumar, entre otras causas.^{2,3}

El objetivo de este artículo es presentar un caso clínico de embarazo intersticial, diagnosticado y manejado en el servicio de cirugía general del Hospital "General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", en Santiago de Cuba.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 23 años, con parto único por cesárea hace dos años, sin antecedentes patológicos personales de importancia y sin uso de método anticonceptivo. Lleva un embarazo aparentemente normal de alrededor de 14 semanas según amenorrea. La paciente comenzó a presentar dolor en hipogastrio de moderado a intenso en ocasiones, motivo por el cual acude varias veces a consulta médica durante los diez días que comenzaron. En ese periodo de tiempo se le realizaron varios exámenes físicos y tres ecografías que mostraron embarazo normal acorde a su edad gestacional.

Al continuar la paciente sin mejoría concurre al servicio de guardia quirúrgica en el que refiere intenso dolor en hipogastrio, con signos vitales normales, ultrasonido obstétrico que nuevamente informa feto único, con vitalidad y posición normal, sin líquido libre abdominal u otras alteraciones ecográficas.

El examen físico destaca un abdomen muy doloroso a la palpación, mayormente en flanco derecho, contractura y reacción peritoneal en flanco y fosa iliaca derechas.

El examen ginecológico muestra el cuello uterino sin alteraciones, útero aumentado de tamaño y en anteversoflexión y dolor en la proyección del anexo derecho.

Los exámenes complementarios muestran: HB: 108 gr/ L, Leucocitos en 11/10⁹ con diferencial que informa discreta leucocitosis a predominio de segmentados y coagulograma normal. Con estos hallazgos clínicos y complementarios, así como la evaluación obstétrica normal se decide intervenir quirúrgicamente con el

diagnóstico de apendicitis aguda perforada, atendiendo al inicio tardío de los síntomas.

En el acto quirúrgico se encontró un embarazo intersticial derecho fisurado, con hemoperitoneo de alrededor de 100 cm³ (Fig. 1 y 2).



Fig. 1. Embarazo ectópico intersticial.

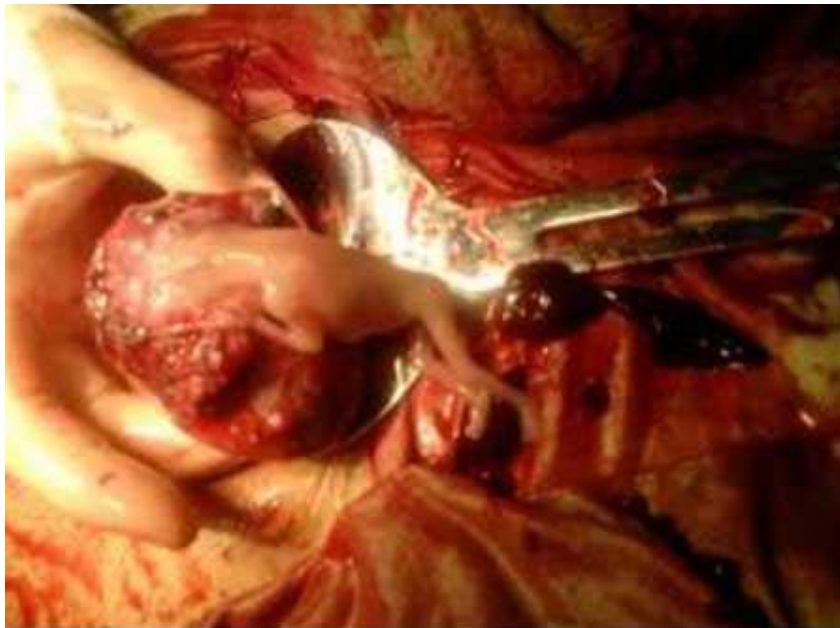


Fig. 2. Feto y sus membranas.

Se realizó resección cornual derecha en bloque con el producto concepcional y el resto de la trompa de ese lado. Se suturó el útero con catgut cromado número 0 en dos planos. Se le realiza refuerzo de epiplón libre al sitio ya reparado (Fig. 3). Se transfunden dos unidades de sangre durante la cirugía. La paciente evolucionó bien en sala y se dio el alta al cuarto día del posoperatorio.



Fig. 3. Útero suturado con refuerzo de epiplón libre.

DISCUSIÓN

La porción intersticial de la trompa de falopio es la porción proximal que está dentro de la pared muscular del útero. Su localización conduce a problemas mayores: primero, el embarazo intersticial a menudo es diagnosticado tardíamente en el curso de la gestación y segundo, está localizado directamente sobre la rama ascendente de la arteria uterina. Este sitio de implantación es complaciente y se dilata en forma indolora; por su alta vascularización el embarazo puede llegar hasta una edad gestacional avanzada. Estos factores son el mayor riesgo de la hemorragia, en contraste con el embarazo tubario clásico.

La ruptura del útero puede ocurrir en 20 % de los casos cuando el embarazo va más allá de las 12 semanas de amenorrea. Se cree que ocurre tardíamente por el grosor de la pared uterina.¹ Los factores de riesgo para este tipo de embarazo son similares a los del embarazo tubario: enfermedad inflamatoria pélvica, dispositivo intrauterino y cirugía tubaria previa; sin embargo, se agregan otros factores como anastomosis cornual y técnicas de reproducción asistida.⁴ La paciente de este caso clínico no tenía ninguno de estos antecedentes en su historia clínica.

Las manifestaciones clínicas de este tipo de embarazo tiene un amplio espectro: desde cuadros asintomáticos hasta choque hipovolémico. Los síntomas y signos tienden a ser similares a otras localizaciones, con historia de amenorrea, menstruación anormal y dolor abdominal, entre otros.^{4,5}

Los signos clínicos que la paciente presentó fueron: dolor abdominal fundamentalmente en hemiabdomen inferior, de alrededor de diez días de evolución; reacción peritoneal y ningún compromiso hemodinámico ni signos clínicos de problemas con su aparente gestación normal. Estos últimos fueron los principales síntomas documentados dentro de las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico.

Existen tres criterios ecográficos para el diagnóstico de embarazo intersticial: cavidad uterina vacía; saco gestacional localizado lateral o excéntrico en relación con la cavidad uterina (distancia de por lo menos 1 cm del borde más lateral), y lecho miometrial delgado, asimétrico o incompleto, alrededor del saco coriónico.⁵ Ninguno de estos criterios aparecieron en los diferentes ultrasonidos obstétricos realizados.

El diagnóstico de embarazo ectópico intersticial requiere un alto nivel de sospecha y debe contar con una detallada anamnesis y examen físico, más una ultrasonografía de calidad, realizada por una persona capacitada por ser un método altamente operador dependiente.

El diagnóstico del caso presentado, aunque con tratamiento oportuno y que tal vez evitó un desenlace fatal, se realizó en el acto quirúrgico. El tratamiento quirúrgico se puede realizar con resección laparoscópica, laparotomía con resección cornual (que ha sido clásicamente el tratamiento de elección) o incluso realizar una histerectomía, según el daño uterino.⁶

En el caso presentado se optó por laparotomía y resección cornual. Se han desarrollado distintas técnicas quirúrgicas como: resección cornual laparoscópica, salpingostomía con posterior legrado cornual, incisión miometrial con ulterior aspiración del trofoblasto y evacuación guiada por hierscopia, y otras, que incluyen el tratamiento médico con la administración de metotrexato.

El embarazo intersticial, a pesar de su rara frecuencia, es una forma de gestación ectópica de difícil diagnóstico y alta mortalidad materna. En las etapas iniciales puede ser confundido con una gestación intrauterina, puede ser asintomático o dar manifestaciones clínicas muy similares a otras enfermedades, en este caso la apendicitis aguda, entidad que acusa habitualmente signo sintomatología de un síndrome peritoneal y no de un hemorrágico. El ultrasonido realizado por personal experimentado es un buen método diagnóstico para estos casos.⁵⁻⁸

Conflicto de intereses

El autor no declara conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uriona Arce R, Chamba Mollo A. Interstitial ectopic pregnancy, clinical case report. GacMed Bol [revista en la Internet]. 2012 [citado 2013 nov 05]; 35(1): 39-41. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662012000100009&lng=es.

2. Llorente Molina D, Mauriz Guerra ME, Cedeño Llorente S. Importancia clínica de las Chlamydias. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2013 Jun [citado 2013 nov 05];29(2):214-25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200012&lng=es.
3. Rodríguez Morales Y, Altunaga Palacio M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Rev Cubana ObstetGinecol [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2013 nov 05];36(1):36-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100006&lng=es.
4. Delgado Nuñez KM, Delgadillo Céspedes M, Pardo Novak AJ, Roque Orihuela E. Embarazo Ectópico Cornual: Reporte de un Caso. Rev Cient Cienc Méd [revista en la Internet]. 2012 [citado 2013 nov 29];15(1):33-6. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332012000100010&lng=es.
5. Pascual López V, Toirac Lamarque A, Ibarra Madrazo M. Embarazo ectópico intersticial: ¿variedad de incidencia incrementada? MEDISAN [revista en la Internet]. 2012 jul [citado 2013 Nov 05];16(7):1159-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000700017&lng=es.
6. Ackerman TE, Levi CS, Dashefsky SM, Holt SC, Lindsay DJ. Interstitial line:sonographic finding ininterstitial (cornual) ectopic pregnancy. Radiology.1993;189:83-7.
7. Szyllit NA, Podgaec S, Traina E, Oliveira Rde C. Videolaparoscopic intervention for an interstitial pregnancyafter failure of clinical treatment. Sao Paulo Med J. 2012;130:202-7.
8. Velázquez Arjona SR, Corrales Campo MI, Macias Navarro MM. Embarazo ectópico cornual en el tercer trimestre. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Mayo [citado 2013 Nov 29];15(5):692-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000500017&lng=es.

Recibido: 30 de octubre de 2014.

Aprobado: 25 de noviembre de 2014.

Enrique Legrá Zayas. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso".
Santiago de Cuba, Cuba.

Correo electrónico: irene.martinez@infomed.sld.cu