

Hospital Ginecoobstétrico Docente "Eusebio Hernández"

Embarazo ectópico intersticial. A propósito de un caso

[Dr. Elio A. Marrero Rodríguez,¹ Dra. Toa Quinde Pickasaca,² Dra. Carmen Peraza Méndez,³ y Dr. Miguel Lugones Botell⁴](#)

RESUMEN

Se presenta un caso de embarazo intersticial de 22,4 semanas de duración, con el antecedente de una interrupción de embarazo fallida. Debido a la rareza y a la dificultad diagnóstica de esta entidad, presentamos los aspectos clínicos de mayor interés, así como las consideraciones conceptuales y prácticas que se derivan del mismo y un breve recuento de la literatura al respecto.

Palabras clave: Embarazo ectópico, intersticial, morbimortalidad materna.

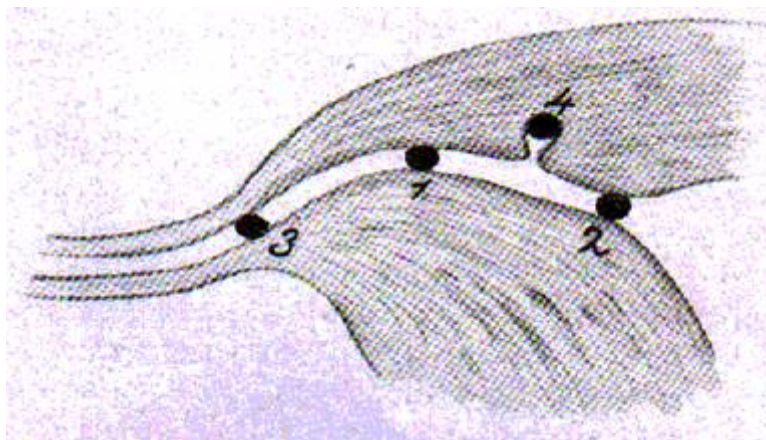
Los sangramientos durante el embarazo están relacionados muy estrechamente con la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La exacta incidencia de estas afecciones a veces no está clara, por falta de estudios de series y diferencias de reportes de distintos hospitales y países,¹ pero sin lugar a duda, el embarazo ectópico es una de las patologías más frecuentes, entre las causas de sangramiento relacionadas con la gestación.

La incidencia de embarazo ectópico ha aumentado considerablemente, se estima un incremento de alrededor de seis veces en los últimos años, como consecuencia del incremento de casos de enfermedad inflamatoria pélvica, de 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.¹ Además, la disponibilidad actual, de métodos de diagnóstico como el ultrasonido transvaginal, la determinación de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica y la laparoscopia exploradora, han contribuido al incremento de la incidencia, al diagnosticar pacientes con embarazo ectópico en etapa precoz que antes no se diagnosticaban y que podían tener una resolución espontánea.¹

La localización más común del embarazo ectópico es en la trompa de Falopio (98 %), el que se conoce como embarazo tubario (98 %). De estos, el 65 % es ampular, 20 % ístmico, 13 % del pabellón, 2 % intersticial; muy raro el ovárico 1 % o el abdominal 1 % y excepcionalmente el endocervical 0,1 % o con implantación sobre un divertículo intramiometral 0,03 %.^{1,2}

El embarazo intersticial es la implantación del blastocisto a nivel de la porción intersticial o intramural de la trompa de Falopio. Antes de 1893 los únicos informes que se tenían sobre embarazo intersticial provenían de las necropsias, aunque en la literatura se señala que el primer reporte de embarazo intersticial fue hecho por Kelly en 1898.³ También ha sido señalado que en la actualidad existe un incremento de embarazos intersticiales que pueden llegar hasta el 4 %.⁴

Dentro de la variedad intersticial el huevo puede implantarse en diferentes sitios de la porción intersticial de la trompa de Falopio y ser denominadas de diferentes formas, tal y como aparece en la figura 1.



1. Intersticial propiamente dicho.
2. Tubo-uterino.
3. Tubo-intersticial
4. Intersticial intramural.

Fig. 1: Esquema de un cuerno uterino donde se señalan los diferentes tipos de embarazo intersticial (Tomado de Ramírez Olivella J. Embarazo ectópico Extrauterino. Obstetricia t 2. México: González Porto; 1943:176-205)

Embarazo intersticial propiamente dicho: implantación del huevo en la porción intermedia de este fragmento de la trompa.

Embarazo intersticial Tubo-uterino: implantación más hacia el ostium uterino, el huevo está cubierto de la mucosa tubaria y uterina, por su ubicación puede dilatar el ostium y terminar en aborto uterino.

Embarazo Tubo-intersticial: el huevo se implanta más hacia el istmo, la interrupción del embarazo en este sitio es precoz.

En fecha reciente fue atendida una paciente con un embarazo intersticial en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico “Eusebio Hernández”, cuya duración llegó hasta las 22 semanas. Por su interés y poca frecuencia, decidimos exponerlo, lo que haremos a continuación.

Presentación de caso

Paciente de 32 años, con antecedentes de hipertensión arterial crónica controlada con dieta y portadora de hemoglobina AS. Historia Obstétrica: G3 P2 A0.

Tiene una fecha de última menstruación el 22 de abril de 2006 para una edad gestacional de 22 semanas y 4 días al ingreso. Al no desear el embarazo, a las 7,2 semanas se somete a legrado uterino, previo examen ginecológico que confirmó embarazo que se correspondía a la fecha de su última menstruación, sin ninguna otra alteración. Posterior a la interrupción, la paciente continuó con síntomas de embarazo y fue sometida a nuevo examen ginecológico y ecográfico que confirmaron embarazo

normal, por lo que la interrupción se consideró fallida, decidiendo la paciente continuar la gestación.

A las 16,5 semanas se realizó alfafetoproteína cuyo resultado es 5,24 mg y a las 20 semanas se realiza ultrasonido que informa: DBP: 45mm para 20 semanas (deformado), latidos cardíacos presentes, no se puede valorar el resto de las estructuras por oligoamnios severo. Recibe asesoramiento genético y la paciente, previo consentimiento informado, solicita interrupción de la gestación.

Al día siguiente de su ingreso se inicia la interrupción de la gestación con el método de Rivanol y se inicia infusión endovenosa de oxitocina como complemento del mismo. A los 10 minutos de iniciada la infusión, la paciente refiere decaimiento, náuseas, dolor intenso en epigastrio y hay pérdida de conocimiento. Se procede al cierre inmediato de tratamiento oxitócico. Al examen físico se observa paciente pálida y sudorosa, frecuencia cardíaca 76 por minuto, TA 80/ 40 mmHg, abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio, AU:21cm, tono uterino normal, no dinámica uterina. Se decide realizar ultrasonido de urgencia y complementarios (hemograma, coagulograma), chequeo por banco de sangre, para clasificar y reservar sangre; se inicia reposición sanguínea de inmediato. El ultrasonido informa: hígado normal, riñón normal, placenta anterior gruesa ocluye orificio cervical, que llega al fondo, el fondo uterino se define mal, las estructuras fetales no se definen, no se observa líquido amniótico, hay presencia de líquido intraabdominal libre en región subhepática. El coagulograma es normal y el hematocrito es de 0,31 %.

Con sospecha de ruptura uterina, se decide laparotomía exploradora, con los siguientes hallazgos: feto libre en cavidad abdominal, lesión de cuerno izquierdo hacia fondo de unos 10cm, con bordes anfractuosos (figuras 2 y 3) asas y epiplón adheridos.



Fig. 2.

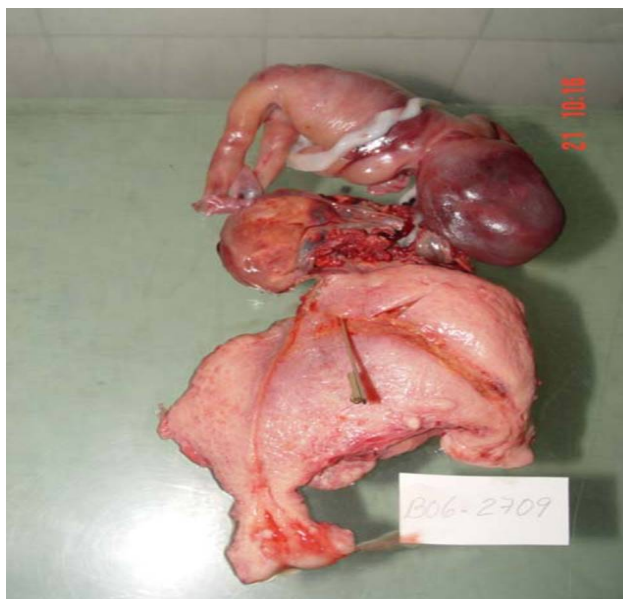


Fig. 3.

Se realiza histerectomía total con anexectomía izquierda y ligadura de arterias hipogástricas. El curso postoperatorio fue normal, egresa con evolución satisfactoria a los 7 días.

Resultado anatomopatológico

1. Embarazo ectópico intersticial de 22 semanas, con ruptura de la pared y salida de parte de la placenta y el feto hacia cavidad abdominal. Área de hemorragia a nivel de la serosa del cuerpo uterino.
2. Útero abierto con cavidad endometrial lineal, se evidencia localización intersticial con el explorador (figura 4).



Fig. 4.

- Placenta del segundo trimestre con zona amplia de infarto no reciente, áreas de insuficiencia circulatoria útero placentaria, trombosis intervellosa, depósitos de fibrina intervellosa, área de hialinización.

- Muerte fetal precoz. Peso: 450 gr., adecuado para la edad gestacional.

- Pretérmino inmaduro. PC: 20 = 22 semanas. ZN: con 3 capas de tubulis en S correspondiente a 28 semanas o menos.

- Múltiples malformaciones congénitas externas:

- a) Implantación baja de orejas

- b) Pabellón auricular izquierdo deformado por compresión retroauricular (edema subcutáneo a ese nivel).

- c) Clinodactilia de ambas manos.

- d) Limitación a los movimientos de ambos codos.

- e) Dedos de los pies desalineados y erectos.

- f) Surco con bandas hemorrágicas que atraviesa región del tórax de izquierda a derecha.

- g) Limitación de movimientos de cadera.

- No malformación interna.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico es considerado una verdadera emergencia médica que presenta complicaciones graves, como ya se ha señalado, de ahí el interés en conocer su comportamiento en cada caso, así como también de las diferentes formas clínicas y

localizaciones que puede presentar. Es en la actualidad un verdadero problema de salud, una enfermedad epidémica que puede dejar secuelas importantes en la mujer,⁶ además de ser una emergencia médica cuyo diagnóstico posee una gran importancia por sus complicaciones;^{4,7} de hecho, se le atribuye del 5 al 12 % de las muertes maternas. La localización tubárica es la más frecuente, como se señaló, pero las cornuales, aunque son de las menos frecuentes, tienen complicaciones más graves^{2,3,5} y son aún de muy difícil diagnóstico.⁸

El presente reporte resulta de interés por varios aspectos. Existe el antecedente de la interrupción de embarazo realizada previamente y que resultó fallida, por lo que se debe hacer énfasis en la posibilidad de un embarazo ectópico, tras una interrupción de embarazo fracasada. Otro aspecto a destacar es que este es el segundo caso de embarazo intersticial reportado en nuestro país,⁹ así como también la duración del mismo, ya que es la de más tiempo reportada en la literatura revisada. No se encontró en ella otra gestación intersticial de mayor tiempo que esta, a pesar de que la ruptura, dada esta localización, siempre puede ocurrir como una de las complicaciones más temidas.^{9,10} Se han reportado embarazos intersticiales en mujeres a las que se les había practicado previamente una salpingectomía o salpingoovariectomía del mismo lado en que sucedió posteriormente el embarazo intersticial.⁸ Por último siempre es oportuno resaltar que el embarazo ectópico es un objetivo priorizado del Programa de Atención Materno Infantil ya que el riesgo de muerte materna que conlleva puede ser 10 veces mayor que la de un parto vaginal y 50 veces mayor que la de un aborto inducido.^{11,12}

summary

Interstitial pregnancy: apropos of a case

A case of interstitial pregnancy of 22.4 weeks of duration, with history of a failed abortion was presented. Due to the rareness and to the diagnostic difficulty of this entity, the most interesting clinical aspects, as well as the conceptual and practical considerations deriving from it, were presented, and a brief account of the literature on this topic was made.

Key words: Ectopic pregnancy, interstitial, maternal morbimortality.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez PL, Águila SS, Acosta MR. Sangramiento en Obstetricia. En: Rigol Obstetricia y Ginecología. Editorial de Ciencias Médicas. La Habana. 2007. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/cap14.htm
2. López Israel J, 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).
3. Juárez Azpilcueta A, Chávez Mercado L. Ruptura uterina por embarazo ectópico intersticial del segundo trimestre. Gac Méd Méx. 2003;139(2):158-59.
4. Ceniceros FLG, Aldaco SF, Cruz MVP, Carreto CG. Embarazo ectópico intersticial. Revisión del manejo conservador. Med Asoc Med Hosp. 2003;48(4):228-32.
5. Ramírez Olivella J. Embarazo ectópico Extrauterino. Obstetricia. t 2. México: González Porto;1943.

6. Doyle M. Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.*1991;18(1):1-17.
7. Rodríguez Hidalgo N. Embarazo ectópico. Editorial. *Rev Cubana Obstet Ginecol.*1995;21(1):3-7.
8. Salles Meirelles R, Urdaneta Almir A. Embarazo intersticial: reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* 1985;45(2):123-5.
9. Vallés Atanay J, Sarmiento Brook G, Ramos Manes F. Un caso de embarazo ectópico intersticial. *Rev Cubana Obstet Ginecol.*1988;14(3):99-103.
10. Fabiola Gallegos G, Carolina Pavez O, Marcelo Jara M, Cristian Jesam G, Montero JC, Bustos JC. Embarazo ectópico intersticial complicado: Urgencia ginecológica. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia.* 2005;70(6):414-17.
11. Levin AA, Shoendaum SC, Stubble Field PG, Zimilki. Ectopic pregnancy and prior induced abortion. *Am J Public Health.*1982;72:253-6.
12. Enríquez Domínguez B, Fuentes González L, Gutiérrez González Nayma, León Bárzaga M. Clínica y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2003;29(3).

Recibido: 28 de agosto de 2007. Aprobado: 7 de octubre de 2007.

Dr. Elio A. Marrero Rodríguez. Hospital Ginecobstétrico Docente “Eusebio Hernández”. E-mail: eliescal@infomed.sld.cu

[1 Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.](#)

[2 Residente de 4to año de Ginecología y Obstetricia.](#)

[3Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.](#)

[4Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Investigación sobre aterosclerosis. Profesor Auxiliar.](#)