

Embarazo ectópico del segundo trimestre

Ectopic Pregnancy of the Second Trimester

Miguel Gutiérrez Herrera,^I Ángela Martínez Pinillo,^I Martha Patricia Couret Cabrera,^{II} Yaíma Alonso Llanes,^I Stalina Santisteban Alba^{III}

^I Hospital Docente de Ginecología y Obstetricia "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

^{II} Policlínico Docente "Puentes Grandes". La Habana, Cuba.

^{III} Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende", La Habana. Cuba.

RESUMEN

Se considera embarazo ectópico a todo aquel que anida fuera de la cavidad endometrial. La incidencia global es de 1-2 % del total de gestaciones, y en 97 % de los casos se localiza en la trompa. El objetivo es describir un caso clínico peculiar de una paciente con embarazo ectópico tubárico que alcanzó el segundo trimestre. Se presenta una paciente de 32 años de edad que con 17 semanas de edad gestacional que fue remitida de su área por ecografía con diagnóstico de gemelar con un saco anembrionico. Se realizó laparotomía exploradora y como hallazgos se observó hemoperitoneo de 400 mL, embarazo tubario derecho de 17 semanas fisurado en región ampular, anejo izquierdo normal, útero de consistencia blanda con mioma de dos centímetros en la cara anterior del útero. Se realizó anexectomía derecha. No hubo complicaciones. Anatomía patológica: Biopsia 16-255: Embarazo ectópico tubárico. El embarazo tubárico que cursa de forma asintomática en el segundo trimestre es raro; y las publicaciones médicas sobre este tema son limitadas. La ecografía es útil para el diagnóstico del embarazo ectópico y localización topográfica, sobre todo para diferenciar la gestación tubárica de la abdominal ya que el manejo médico y quirúrgico es diferente en ambas localizaciones.

Palabras clave: embarazo ectópico tubárico; segundo trimestre; laparotomía.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is considered to be any which nests outside the endometrial cavity. The overall incidence is 1-2 % of the total of pregnancies, and in 97 % of cases is located in the tube. The objective is to describe a peculiar clinical case of a patient with tubal ectopic pregnancy that extended to the second trimester. We present a 32-year-old patient with 17 weeks of gestational age who was referred from her doctor. Twin pregnancy with an anembryonic sac was diagnosed by ultrasound. Exploratory laparotomy was performed. A hemoperitoneum of 400 mL was observed. A 17-week right tubal pregnancy was fissured in the ampullary region, the left annex was normal, the uterus was soft and there was a 2 cm myoma on the anterior side of the uterus. Right adnexectomy was performed. There were no complications. The results of the pathological anatomical study showed (Biopsy 16-255) tubal ectopic pregnancy. The tubal pregnancy that occurs in the second trimester asymptotically is rare. Medical publications on this subject are limited. Ultrasound is useful for the diagnosis and topographic location of ectopic pregnancy, especially to differentiate tubal from abdominal gestation since medical and surgical managements are different in both locations.

Keywords: tubal ectopic pregnancy; second quarter; laparotomy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) es la implantación del blastocito fuera de la cavidad endometrial. A diferencia del término embarazo extrauterino, el EE incluye las gestaciones en la porción intersticial tubárica, así como el embarazo cervical.

En la actualidad, se reporta una incidencia global de 1-2 % del total de gestaciones, y su localización más frecuente es en la trompa (97 %). La distribución según su ubicación es: 78 % ampular, 12 % ístmico, 5 % fímbricos, 2-3 % intersticial, 1 % ovárico, 1-2 % abdominal, y más raro en cérvix con 0,5 %.

Se manejan múltiples factores de riesgo, entre ellos:

- mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica (salpingitis) condicionada fundamentalmente por *Chlamydia Trachomatis* y *Neisseria Gonorrhoeae*,
- anomalías anatómicas de las trompas,
- cirugía previa en las mismas (incluyendo esterilización),
- masas tumorales extrínsecas que las compriman,
- endometriosis,
- anomalías del cigoto,
- endocrinopatías (deficiencia del cuerpo lúteo en ovulación tardía),
- uso de dispositivos intrauterinos (DIUs),
- embarazo ectópico anterior (como resultado del tratamiento quirúrgico o por persistencia del factor de riesgo original),

- consumidores de anticonceptivos con gestágenos en dosis bajas,
- técnicas de reproducción asistida,
- fumadoras,
- adherencias secundarias a intervenciones quirúrgicas sobre útero, ovarios, y otros órganos pélvicos o abdominales,
- exposición del útero al dietilestilbestrol (DES),
- se plantea en la raza no blanca.^{1,2}

El embarazo ectópico es un gran problema de salud pública mundial y su incidencia se ha incrementado en las últimas dos décadas. Es la causa más importante de mortalidad en el primer trimestre del embarazo.³ Además, es una causa importante de morbilidad y un alto porcentaje de estas pacientes pueden padecer de infertilidad. Por todas estas razones, los esfuerzos deben ir encaminados a diagnosticarlo tempranamente antes de la ocurrencia de la ruptura.⁴

Este incremento en la incidencia del embarazo ectópico a nivel mundial, ha promovido investigaciones que muestran sus estadísticas no solo en sus frecuencias, sino en las etapas de la vida de las mujeres en que se reportan. En Estados Unidos de Norteamérica, su ocurrencia se ha incrementado cinco veces en 20 años. Las tasas más altas se produjeron en mujeres de 35 a 44 años de edad (20,8 %). El riesgo aumenta con la edad.⁵ En Cuba, la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP comenzó, a partir del año 2012, a coleccionar el número de pacientes operadas por EE en las diferentes unidades hospitalarias de todo el país. Por esta causa, durante el año 2012, fueron operadas 3 799. En el 2013, recibieron este tratamiento 4 706.⁶ Por lo tanto, Cuba también ha incrementado la tendencia de esta entidad.⁵

En el Hospital Docente "Ramón González Coro" de La Habana, Cuba las proporciones de embarazo ectópico por cada 100 partos oscilan entre 3,5 y 4,3 en los últimos tres años, según el Departamento de Registros Médicos del centro.

La disponibilidad actual de métodos de diagnóstico como la ecografía transvaginal, la determinación de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica (β -HCG) y la laparoscopia exploradora, han contribuido al diagnóstico precoz de pacientes con embarazo ectópico y a disminuir las complicaciones por esta entidad.⁷

Por todas estas consideraciones es imprescindible recordar que el embarazo ectópico se puede presentar simulando un embarazo de implantación normal y que solamente la sospecha del personal médico y la disponibilidad actual de métodos de diagnóstico lograrán alcanzar buenos resultados y evitarán las complicaciones fatales de esta entidad.

El objetivo del presente trabajo es describir un caso clínico peculiar de una paciente con embarazo ectópico tubárico que alcanzó el segundo trimestre.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de un caso intervenido por laparotomía en el Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro" a las 17 semanas de edad gestacional, en el mes de febrero del año 2016, por presentar

un embarazo ectópico tubárico que evolucionó hasta el segundo trimestre de la gestación.

El estudio se efectuó conforme a las reglamentaciones y principios éticos existentes para la investigación en humanos y los estudios clínicos.

A la paciente se le había captado el embarazo en su área de salud, con diagnóstico inicial de gestación Intraútero y que en el transcurso del segundo trimestre se sospechó un embarazo ectópico abdominal por lo que fue ingresada en el hospital.

No es frecuente que el embarazo ectópico tubárico evolucione sin complicaciones después del primer trimestre. Si bien está descrito en la literatura este hecho, su incidencia en las mujeres cubanas es baja; es por esto que se decidió presentar el siguiente caso.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 32 años de edad, ama de casa, que refiere padecer de epilepsia. Es adicta al alprazolam, operada de folículo hemorrágico a los 17 años, fumadora, tercigesta con 1 parto eutócico pretérmino en el año 2004, 36 y 1 aborto (provocado). Como antecedentes personales refiere haber utilizado dispositivo intrauterino (DIU) por 3 años, historia de menstruaciones irregulares, nueva paternidad, fecha de última menstruación desconocida, ecografía realizada el 4 de enero de 2016 con latido cardíaco (LC) positivo y medida la LCR= 33 mm (10 semanas), con fecha probable de parto (FPP) 29 de julio de 2016, captación de embarazo el 7/1/2016 con 11 semanas, NO DIU ni anticonceptivos en tres meses anteriores, embarazo esperado. El tacto bimanual a la captación reveló útero aumentado de tamaño 10-12 semanas. Los anejos no son palpables.

A las 17 semanas de edad gestacional, se remitió al Hospital Docente "Ramón González Coro" remitida de su área de salud porque se plantea por ecografía realizada en su policlínico sospecha de embarazo gemelar con un saco anembrionario; posible útero doble. Por este motivo fue remitida para ser valorada en el Servicio de Ultrasonografía Provincial de Genética y se indicó el ingreso con diagnóstico de alta sospecha de embarazo abdominal.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Menarquía: 12 años.
- Primeras relaciones sexuales: 13 años.
- Menstruaciones irregulares. FM: 3/ irregular. Utilizó DIU durante 3 años

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO

Paciente que se encuentra asintomática al ingreso. Presenta mucosas húmedas y normocoloreadas. Su temperatura era de 36 °C.

AR: MV normal. No estertores. FR: 16/min

ACV: Ruidos cardíacos rítmicos. No se auscultan soplos.

Tensión arterial: 110/70

Frecuencia cardíaca: 76/min

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda. No reacción peritoneal. Se palpa tumoración suprapúbica de 15 cm, blanda, regular, no dolorosa, que impresiona que se corresponde con el embarazo.

SNC: Consciente, bien orientada en tiempo, espacio y persona.

Tacto bimanual: No se puede precisar si el útero está aumentado de tamaño y si forma parte de la tumoración.

Anejos: No se tactan.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Hemograma: Hemoglobina: 11,8 g/L

Hematocrito: 0,37 %

Leucograma: $11,2 \times 10^9/L$

Linfocitos: 18,1 % Neutro

Plaquetas: $287 \times 10^9/L$

Segundo hemograma: Hemoglobina: 10,5 g/L

Hematocrito: 0,31 %

Leucograma: $11,2 \times 10^9/L$

Linfo: 15,6 %

Plaquetas: $178 \times 10^9/L$

Tiempo de coagulación: 7 Min

Tiempo de sangramiento: 1 min

Coágulo retráctil. Tiempo de protrombina: 13,3 segundos

VIH: No reactiva.

VDRL: No reactiva

Parcial de orina: Negativo.

Ecografía del área de salud (25/1/2016): Feto único. LC presente.

LCR 81 mm (14 semanas) ITN: 2 mm Placenta posterior.

A la derecha de dicho saco gestacional, se observó otro saco de 32 mm, anembriónico. Ambos sacos gestacionales son independientes y están separados por una pared por lo que se presume que se trate de un útero doble.

Al día siguiente del ingreso, con edad gestacional de 16 a 17 semanas por ultrasonografía se discute en el Servicio de Ginecología: paciente con diagnóstico inicial de embarazo intrauterino, que fue remitida de su área de salud por posible embarazo gemelar y en el hospital se repite en donde se sospecha embarazo ectópico abdominal. A pesar de que la paciente se encuentra asintomática, dado el riesgo de ruptura del saco gestacional o que por la invasión trofoblástica en alguno de sus vasos se produzca sangrado importante, se decide laparotomía exploradora y se confecciona documento de consentimiento informado. Si lo requiere, se dejará placenta *in situ* para un posterior seguimiento con β HCG (fracción beta de la gonadotropina coriónica humana) cuantitativa y valorar utilización de Metotrexate.

Al realizar la laparotomía exploradora, se encuentran como hallazgos: hemoperitoneo de 400 mL, embarazo ectópico tubario derecho de aproximadamente 16 semanas fisurado en región ampular, anejo izquierdo normal, útero de consistencia blanda con mioma en cara anterior de 2 cm. Se realizó anexectomía derecha. No hubo complicaciones ni sangrado transoperatorio normal.

Anatomía patológica: Bio 16-255: Embarazo ectópico tubárico.

DISCUSIÓN

Se describe que el embarazo ectópico tubárico es asintomático en sus estadios iniciales, y que, generalmente, no avanza más allá del primer trimestre.⁸ Debido a las condiciones anatómicas de la trompa, a la barrera decidual escasa y al poder erosivo del trofoblasto, el huevo está destinado a perecer.⁹

La rotura de la trompa se produce por fisuración o agrietamiento y, más raramente, de forma brusca. Cuando esta no se rompe, se debe probablemente a un fallo de la apoptosis, fenómeno que existe en los tejidos maternos y fetales, sobre todo en etapas iniciales del embarazo. Entonces, el tejido trofoblástico tendría mayor persistencia y agresividad, y termina con la rotura de la trompa.¹⁰

Sin embargo, se reporta este caso inusual de una paciente con un embarazo tubario que logra alcanzar el segundo trimestre de la gestación sin la aparición de sintomatología alguna y que, por el hallazgo ecográfico de embarazo abdominal antes de la cirugía, se decide realizar laparotomía exploradora. El diagnóstico del embarazo abdominal es difícil de realizar en el segundo y en el tercer trimestre, ya que se dificulta la visualización del útero por ultrasonido.

En la revisión de la literatura, existen pocas publicaciones de pacientes con embarazo tubárico que han llegado al segundo trimestre de la gestación sin ruptura tubaria. En Cuba, *Jiménez y otros* reportan un caso de una paciente de 37 años de edad, de piel negra, sin hijos, con antecedentes patológicos personales de embarazo ectópico que se recibió en el cuerpo de guardia con dolor intenso en la fosa ilíaca izquierda que se irradiaba a hipogastrio, y atraso menstrual. Al examen físico, se encontró el abdomen muy doloroso, sin signos de irritación peritoneal y hacia la fosa ilíaca izquierda se palpó aumento de volumen. El tacto vaginal confirmó la presencia de la tumoración en el anejo izquierdo, con intenso dolor a la palpación. Por ecografía, se informó pseudosaco gestacional y hacia la proyección del anejo izquierdo imagen compleja de 8,4 × 5,3 cm, sin poder descartar la posibilidad de un embarazo ectópico. Se realizó la laparotomía, se observó la trompa izquierda violácea, muy dilatada, gestante e íntegra, en relación con embarazo ectópico tubárico no complicado y se realizó salpingectomía izquierda. Posteriormente, se abrió la trompa y se observó el feto vivo, de aproximadamente 15 semanas.¹¹

Liu y otros reportan un caso de una gestación del segundo trimestre en una nulípara de 35 años en la que inicialmente se sospechó un embarazo abdominal similar a la paciente de nuestro estudio y que en la sonografía inicial, la resonancia magnética y angiografía mostró un embarazo tubárico avanzado de 14 semanas. Este autor plantea que es frecuente el error diagnóstico entre el embarazo ectópico avanzado del segundo trimestre y el embarazo abdominal. El diagnóstico previo a la cirugía es vital, por las diferentes complicaciones de cada una de las localizaciones y opciones en el manejo médico de las pacientes. El embarazo ectópico tubárico presenta un inminente riesgo de ruptura y hemorragia cataclísmica mientras que el

riesgo de hemorragia fatal en el embarazo abdominal ocurre más a menudo en el transoperatorio o en el posoperatorio después de extraída la placenta. Este estudio muestra las diferencias sonográficas entre el embarazo ectópico avanzado del segundo trimestre y el embarazo abdominal en cuanto a la relación que guarda el feto con el útero, la localización placentaria y fetal, la morfología del saco gestacional, el líquido amniótico y la morfología placentaria. Pero según la experiencia de los autores y la revisión de la literatura ellos postulan que el saco gestacional y la morfología placentaria pueden ser buenos indicadores para esta diferenciación. Un saco gestacional bien definido con una placenta en media luna o creciente, probablemente, representa un embarazo tubárico del segundo trimestre mientras que un saco deformado con una placenta aplanada probablemente representa un embarazo abdominal. Este estudio sugiere que necesitan analizarse más casos de embarazo tubario del segundo trimestre para validar esta teoría.¹²

Otros estudios reportan gestaciones ectópicas tubárica del segundo trimestre y hasta del tercer trimestre. *Hodek y otros* reportan un caso de una primigrávida de 22 años de edad que presentó un embarazo tubárico que alcanzó las 26-27 semanas de gestación.¹³ *Hong* reporta otro caso de una paciente de 43 años de edad que se presentó a las 29 semanas de edad gestacional con un embarazo tubárico. Se encontraba asintomática, por lo que se siguió con manejo expectante anteparto hasta la semana 33 de edad gestacional, momento en que se produjo el nacimiento, pero el neonato no sobrevivió.¹⁴

Como factores de riesgo en esta paciente se cita el antecedente de haber sido fumadora y de haber sido usuaria de DIU lo cual está en correspondencia con lo reportado en la literatura.²

Se concluye que el embarazo tubárico que llega y cursa de forma asintomática al segundo trimestre de la gestación es raro y las publicaciones médicas sobre este tema son limitadas. No cabe duda que es imprescindible la utilización del estudio ecográfico para su diagnóstico y localización topográfica, sobre todo para diferenciar la gestación tubárica de la abdominal pues el manejo médico y quirúrgico es diferente en cada paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Haut JC, Rouse DJ, Spong CY. Ectopic pregnancy. En: Williams Obstetrics. 23 Ed. New York: The McGraw-Hill Companies; 2010.
2. Rodríguez Morales Y, Altunaga Palacio M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 [citado 2017 Jan 17];36(1):36-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100006&lng=es
3. Berg CJ, Chang J, Callaghan WM, Whitehead SJ. Pregnancy-related mortality in the United States, 1991-1997. Obstet Gynecol. 2003;101:289-96.

4. Elito JrJ. Clinical Treatment of Unruptured Ectopic Pregnancy, Ectopic Pregnancy - Modern Diagnosis and Management, Dr. Michael Kamrava (Ed.). 2010 ISBN: 978-953-307-648-5, InTech, Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/ectopic-pregnancy-modern-diagnosis-and-management/clinical-treatmentof-unruptured-ectopic-pregnancy>
5. Cabezas Cruz E. El embarazo ectópico sigue siendo un problema no resuelto. Artículo especial. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Rev Cubana Ginecol Obst. 2015 [citado 17 de enero de 2017];41(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol41_2_15/gin01215.htm
6. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2013 [citado 17 de enero de 2017]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>
7. Delgado L, Puentes J, Tamayo T, Arcos H, Borrego J. Presentación de un caso de embarazo ectópico después de esterilización quirúrgica. Panorama Cuba y Salud. 2012;7(2):44-7.
8. Sánchez-Hidalgo L, López de la Manzanara C, Al puente A, Garrido RA, Sánchez-Hipólito L, González-López A. Evaluación del tratamiento médico del embarazo ectópico con metotrexato. Clín Invest Ginecol Obstet [internet]. 2012 [citado 17 dic. 2016];39(6):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-evaluacion-del-tratamien%20to-medico-del-S0210573X11000694?redirectNew=true>
9. Álvarez Báez PL, Águila Setién S, Acosta RB. Sangramiento en Obstetricia. En: Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 137-63.
10. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [internet]. 2011[citado 17 dic. 2016];37(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Jiménez Puñales S, Perdomo Cordido B, Vega Betancourt N. Embarazo ectópico tubárico en el segundo trimestre del embarazo: a propósito de un caso. Medicentro Electrónica [Internet]. 2016 [citado 2017 Ene 17];20(4):314-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000400011&lng=es
12. Liu J, Khan A, Johnson S, Grigorian C, Li T. The Usefulness of Gestational Sac and Placental Sonographic Morphology in Differentiating Between Second-Trimester Tubal and Abdominal Pregnancy: Case Report and a Review of Literature. Journal of Clinical Ultrasound. JCU [serial on the internet]. 2014;[citado 2017 ene 17];42(3):162-8. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=6fa6891d-e99f-4e56-9a38-9b09dbce5591%40sessionmgr4009&hid=4209>
13. Hong LJ, Chen SS, Oshiro BT. Third trimester tubal pregnancy. A case report. The Journal of Reproductive Medicine [J Reprod Med] [internet]. 2015 [citado 2017 ene 17];60(1-2):83-6. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=6fa6891d-e99f-4e56-9a38-9b09dbce5591%40sessionmgr4009&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=25745758&db=mdc>
14. Hodek B, Pirkić A, Novak V. Tubal pregnancy carried to the 27th week. Jugoslavenska Ginekologija I Perinatologija [Jugosl Ginekol Perinatol]. 1989 [citado

17 dic. 2016];29(5-6):209-10. Disponible en:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=6fa6891d-e99f-4e56-9a38-9b09dbce5591%40sessionmgr4009&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=2640274&db=mdc>

Recibido: 4 de mayo de 2017.

Aprobado: 5 de junio de 2017.

Miguel Gutiérrez Herrera. Hospital Docente de Ginecología y Obstetricia "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.
Correo electrónico: miguel.gtrrez@infomed.sld.cu