

Medicent Electrón. 2016 oct. -dic. ;20(4)

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOBSTÉTRICO
«MARIANA GRAJALES»
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

Embarazo ectópico tubárico en el segundo trimestre del embarazo: a propósito de un caso

Tubal ectopic pregnancy in the second trimester: a case report

Sandi Jiménez Puñales, Belkis Perdomo Cordido, Nuria Vega Betancourt

Hospital Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: sandijp@infomed.sld.cu

DeCS: embarazo tubario, segundo trimestre del embarazo.

DeCS: pregnancy, tubal, pregnancy trimester, second.

La incidencia de embarazo ectópico se estima en torno a un 1 por cada 100 embarazos.^{1,2} Si bien este se conoce desde el siglo XVII, su frecuencia se ha incrementado en la última década, probablemente debido al aumento de los tratamientos de fertilización y al daño tubárico por el aumento de las infecciones de transmisión sexual.³

Esta entidad morbosa constituye una verdadera emergencia médica, ya que puede evolucionar hacia la rotura tubárica –pues la trompa es la localización más frecuente (96-98 %)– y llevar a la mujer a la muerte; pero de no morir, el daño para la trompa puede ser precedero y limitar su vida reproductiva.^{4,5}

Se describe que el embarazo ectópico tubárico es asintomático en sus estadios iniciales, y que generalmente no avanza más del primer trimestre,² pues 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.⁶

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.⁴

Se presenta a una paciente con un embarazo ectópico tubárico no complicado, en el segundo trimestre de la gestación, que se encontraba integro, con feto vivo en su interior.

Presentación de la paciente

Se trata de una paciente de 37 años de edad, color de piel negra, sin hijos, con antecedentes patológicos de haber sido operada hacía dos años de un embarazo ectópico tubárico roto en la trompa derecha.

Se recibe en el cuerpo de guardia con dolor intenso en la fosa ilíaca izquierda que se irradiaba a hipogastrio, y que comenzó una semana atrás; refirió atraso menstrual, lo cual expresó que era común en ella; no usaba métodos anticonceptivos.

En el examen físico, se observó abdomen plano, con movimientos respiratorios antálgicos; a la palpación se encontró un abdomen muy doloroso, sin signos de irritación peritoneal; 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.

Se realizaron los siguientes exámenes complementarios: hemoglobina: 116 g/L; coagulograma: tiempo de coagulación: 1 minuto; tiempo de sangrado: 8 minutos; conteo de plaquetas: $200 \times 10^9/L$; prueba de gonadotropina: positiva; ultrasonografía ginecológica: se informó útero que mide 12 x 8 centímetros con imagen en su interior, que recuerda un pseudosaco gestacional (Figura 1). Hacia la proyección del anejo izquierdo, se observa imagen compleja de 8,4 x 5,3 centímetros, sin poder descartar la posibilidad de un embarazo ectópico.



Figura 1. Imagen ultrasonográfica que muestra pseudosaco gestacional.

Se decidió la intervención quirúrgica de la paciente; se realizó la laparotomía y se observó la trompa izquierda violácea, muy dilata, gestante e íntegra, en relación con embarazo ectópico tubárico no complicado (Figura 2).



Figura 2. Trompa izquierda muy dilatada de color violáceo, en relación con embarazo ectópico tubárico compensado.

Se realizó salpingetomía izquierda; posteriormente se abrió la trompa y se observó el feto vivo, de aproximadamente 15 semanas (Figura 3).



Figura 3. Feto y placenta extraídos de la trompa.

Comentario

El embarazo ectópico constituye una de las primeras causas de muerte materna en el mundo;^{7, 8} en Cuba, en el año 2013, constituyó la segunda causa de muerte materna, con una tasa de 4,0 por cada 100 000 nacidos vivos.⁹ El aumento de la frecuencia del embarazo ectópico y el impacto que tiene en el índice de la mortalidad materna han llevado a considerarlo un gran problema de salud.¹⁰ El diagnóstico de esta afección puede no resultar fácil y se debe realizar con rapidez y seguridad, pues una demora puede conducir a la rotura, la hemorragia y poner en peligro la vida de la paciente.¹⁰

Es infrecuente que el embarazo ectópico tubárico evolucione sin complicaciones, más allá de las primeras semanas de gestación; este siempre constituye un riesgo para la vida, por la rapidez con que se agrava el cuadro clínico.

La perspicacia al sospechar un embarazo ectópico, la rapidez en el actuar una vez que este es diagnosticado, y la forma de atenderlo, en dependencia de la urgencia de la paciente, son directrices fundamentales para el mantenimiento de la vida de la mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arévalo Reyes E, Vizcaíno Martínez A, Vizoso Pérez ML, Sotelo Avilés RE. Embarazo ectópico molar tubárico: a propósito de un caso clínico. Rev Chil Obstet Ginecol [internet]. 2014 [citado 27 dic. 2014];79(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262014000200006&script=sci_arttext
2. Sánchez-Hidalgo L, López de la Manzanara C, Alpuente A, Garrido RA, Sánchez-Hipólito L, González-López A. Evaluación del tratamiento médico del embarazo ectópico con metotrexato. Clín Invest Ginecol Obstet [internet]. 2012 nov.-dic. [citado 27 dic. 2014];39(6):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-evaluacion-del-tratamiento-medico-del-S0210573X11000694?redirectNew=true>
3. Aguilar Charara MA, Vázquez Martínez YE, Areces Delgado G, de la Fuente Aguilar M, Tamayo Lien T. Diagnóstico y manejo conservador del embarazo ectópico cervical. Rev Cubana Ginecol Obstet [internet]. 2012 ene.-mar. [citado 27 dic. 2014];38(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100009
4. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [internet]. 2011 ene.-mar. [citado 27 dic. 2014]; 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
5. López Vela SM, Pila Díaz R, Páez Jomarrón H, Pérez Expósito I. Embarazo ectópico, su comportamiento en los años 2000-2010. MEDICIEGO [internet] 2012 [citado 27 dic. 2014];18(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_02_12/articulos/t-2.html
6. 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.
7. Moya Toneut C, Pino Pérez FV, Borges Fernández R, Aguiar Delgado R, Olano Trujillo Y, Espinosa Fuentes ML. Comportamiento del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [internet]. 2013 jul.-sep. [citado 27 dic. 2014];39(3):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000300003&lng=es&nrm=iso
8. Oliva Rodríguez JA. Embarazo ectópico. En: Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 321-31.
9. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2011 (Edición Especial) [internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2012 abr. [citado 27 dic. 2014]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2012/05/anuario-2011-e.pdf>
10. Altunaga Palacio M, Rodríguez Morales Y, Lugones Botell M. Manejo del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [internet]. 2011 oct.-dic. [citado 27 dic. 2014];37(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400008&lng=es&nrm=iso

Recibido: 7 de enero de 2016

Aprobado: 17 de abril de 2016

Sandi Jiménez Puñales. Hospital Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: sandijp@infomed.sld.cu