

HOSPITAL DOCENTE DE REMEDIOS
VILLA CLARA

INFORME DE CASO

EMBARAZO INTRAUTERINO COMBINADO CON EMBARAZO ECTÓPICO
INTRALIGAMENTARIO. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE.

Por:

Dr. Juan Antonio Suárez González¹, Dr. Pedro Luis Marcial Samuel² y Dra. Eddy Milvia Hernández González³

1. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas. Master en Salud Pública.

Descriptores DeCS:

EMBARAZO ECTOPICO/diagnóstico
LAPAROTOMIA/métodos

Subject headings:

PREGNANCY, ECTOPIC/diagnosis
LAPAROTOMY/methods

Se considera embarazo ectópico a la implantación del blastocito fuera de su lugar normal. De estos embarazos, aproximadamente 98 % son tubáricos (60 % con localización ampular, 30 % ístmicos, 5 % fímbricos y 3 % intersticiales); el 2 % restante corresponde a otras localizaciones: ováricas, cervicales, intraligamentarias y abdominales¹. El embarazo ectópico ha experimentado un aumento progresivo de su incidencia en estos últimos años, y aunque se conocen los factores epidemiológicos que favorecen su aparición, aún queda por resolver la morbilidad y mortalidad para la mujer que lleva aparejada la entidad²⁻⁴. Existen diversas razones que explican el aumento en los índices de embarazos ectópicos, tales como: postergación de embarazos –ya que el riesgo aumenta con la edad–, el incremento de procedimientos de esterilización tubárica e infertilidad, el mayor uso de anticonceptivos y las complicaciones de las inflamaciones pélvicas, así como un nuevo comportamiento sexual y social de la humanidad. La mayor localización se encuentra en la trompa, y las demás en cualquier parte del trayecto restante con menos incidencias, consideradas como variedades de ectópico^{5,6}. Es menos frecuente la coincidencia de un embarazo intrauterino con un ectópico, aunque la bibliografía describe, dentro de éstos, diferentes variantes: combinados con ectópico en ambas trompas, combinados con ectópico intraligamentario, entre otros.

El embarazo combinado rara vez se diagnostica, porque se piensa que el útero pastoso ligeramente crecido, presenta simplemente una reacción decidual. Brody y Stevens, al diagnosticar un caso, elevaron a 506 el número de embarazos combinados; asimismo, proporcionaron una amplia revisión de la bibliografía⁷⁻⁹.

Presentación de un paciente:

Paciente BHB de 36 años, con antecedentes de salud aparente, que llega a nuestro hospital con dolor en bajo vientre y sangramiento a manchas; refiere que la fecha de la última menstruación fue el 6 de febrero del presente año; al examen físico se halló un útero de tamaño, forma y consistencia normal e impresiona que el anejo derecho se encuentra algo engrosado y doloroso.

Se le realiza ecografía bidimensional donde se comprueba un útero de 9 x 3 cm con saco gestacional en su interior de 4- 5 semanas, en estrecha relación con fondo uterino y anejo derecho; se observa imagen compleja de aspecto nodular de 6 x 5,50 cm en relación con un mioma pediculado. Hacia el fondo del saco posterior se encuentra una imagen ecolúcida que nos recuerda un saco gestacional.

Se practica punción de Douglas, que resultó negativa.

Se le realiza laparoscopia diagnóstica (# 20 / 2001) mediante la que se observa sangre en discreta cantidad en la excavación pelviana que salpica algunas estructuras intraabdominales; hemoperitoneo de discreta cuantía que impresiona corresponder con los genitales internos, sin que se pueda precisar su origen.

El protocolo de biopsia R-39 informa fragmentos de tejidos que miden 6 x 1 cm congestivos y hemorrágicos. Se reciben conjuntamente con la trompa de 2,5 x 1 cm. Se diagnostica embarazo extrauterino complicado, y no se precisa signos del mismo a nivel de la trompa.

Comentario:

Se concluye este caso como un embarazo intrauterino combinado con un embarazo ectópico intraligamentario; se realizó el diagnóstico ultrasonográfico, con el apoyo de la laparoscopia diagnóstica, que se confirma mediante laparotomía exploratoria. La paciente, después de operada, evolucionó satisfactoriamente. En la bibliografía consultada se presenta un caso similar.

Referencias bibliográficas

1. Akahn SE, Baysal B. Laparotomy or laparoscopy surgery? Factors affecting the surgeons' choice for the treatment of ectopic pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2002;266:79-82.
2. Akira S, Cons P, Kurt AC. Laparoscopy with ultrasonographic guidance of intraamniotic methotrexate injection for ectopic pregnancy. A report of two cases. J Reprod Med 2000;45:844-6.
3. Barlow RE, Johpin W. The prevalence of chlamydia trachomatis in fresh tissue specimens from patients with ectopic pregnancy or tubal factor infertility as determined by PCR and in situ hybridization. J Med Microbiol 2001;50:902-8.
4. Ben-Arie A, Poe MN, Baysal B. Trophoblastic peritoneal implants after laparoscopic treatment of ectopic pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001;96:113-5.
5. Bamhart K, Katz I, Gracia CR. Presumed diagnosis of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 2002;100:505-10.
6. Bernoux A, Naking S, Toushew PB, Akira S. Fertility outcome after ectopic pregnancy and use of an intrauterine device at the time of the index ectopic pregnancy. Hum Reprod 2000;15:1173-7.
7. Bernstein H, Thrall M, Clark W. Expectant management of intramural ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 2001;97:826-7.
8. Birkhahn RH, Gaeta TJ, Leo PJ, Bove JJ. The utility of maternal creatine kinase in the evaluation of ectopic pregnancy. Am J Emerg Med 2000;18:695-7.
9. Bouyer J, Sergow P, Bermhart T. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case control population based. Am J Epidemiol 2003;157:185-94.