



<http://doi.org/10.24245/rmmr.v13id.7144>

Embarazo ectópico tubárico en el segundo trimestre. Reporte de caso

Second trimester tubal ectopic pregnancy. Case report.

Norma Lilia Ramírez Velázquez, Erika Paola Reyes Mendoza, Mauricio Pichardo Cuevas, Manuel Casillas Barrera

Resumen

ANTECEDENTES: Se estima que el 1% de los óvulos fertilizados se implantan fuera de la cavidad uterina y se desarrollan en embarazos extrauterinos. La trompa de Falopio es la ubicación más común de implantación ectópica y representa más del 90% de los casos. Rara vez se encuentran embarazos tubáricos en el segundo trimestre.

OBJETIVO: Reportar un caso de Embarazo ectópico tubárico en el segundo trimestre y el tratamiento efectuado.

CASO CLÍNICO: Paciente de 23 años, con antecedente de dos embarazos y un aborto, con dolor pélvico cólico de una semana de evolución, con diagnóstico de embarazo extrauterino de 16 semanas, sin datos de bajo gasto cardíaco. Se llevó a cabo una laparotomía exploradora de urgencia que reportó: hemoperitoneo de 500 mL, salpinge izquierda dilatada con un feto en su interior, ruptura parcial de la pared de la salpinge: salpingectomía izquierda. La salpinge derecha se encontró adherida al peritoneo y el útero en posición intermedia, sin alteraciones macroscópicas.

CONCLUSIONES: El embarazo ectópico en la salpinge, detectado en el segundo trimestre, es excepcional porque en la mayoría de los casos la ruptura tubárica sucede en el transcurso del primer trimestre. Cuando el embarazo ectópico tubárico evoluciona al segundo trimestre se incrementa el riesgo de ruptura y hemorragia intraabdominal, con un gran riesgo de mortalidad para la madre.

PALABRAS CLAVE: Óvulos fecundados; embarazo; trompa de Falopio; embarazo tubárico; segundo trimestre; aborto; dolor pélvico; laparotomía; hemoperitoneo.

Abstract

BACKGROUND: It is estimated that 1% of fertilized eggs implant outside the uterine cavity and develop into extrauterine pregnancies. The fallopian tube is the most common location of ectopic implantation and accounts for more than 90% of cases. Tubal pregnancies are rarely found in the second trimester.

OBJECTIVE: To report a case of second trimester tubal ectopic pregnancy and the treatment performed.

CLINICAL CASE: 23-year-old patient, with a history of two pregnancies and one abortion, with colicky pelvic pain of one week of evolution, with a diagnosis of extrauterine pregnancy of 16 weeks, without data of low cardiac output. An emergency exploratory laparotomy was performed and reported: hemoperitoneum of 500 mL, dilated left salpingeum with a fetus inside, partial rupture of the salpingeal wall: left salpingectomy. The right salpingeum was found adherent to the peritoneum and the uterus in intermediate position, without macroscopic alterations.

CONCLUSIONS: Ectopic pregnancy in the salpingeum, detected in the second trimester, is exceptional because in most cases tubal rupture occurs during the first trimester. When tubal ectopic pregnancy progresses to the second trimester, the risk of rupture and intra-abdominal hemorrhage increases, with a high risk of mortality for the mother.

KEYWORDS: Fertilized eggs; Pregnancy; Fallopian Tube; Tubal pregnancies; Second trimester; Abortion; Pelvic pain; Laparotomy; Hemoperitoneum.

División de Ginecología y Obstetricia,
Hospital de la Mujer, Salud, Ciudad
de México.

Recibido: diciembre 2021

Aceptado: julio 2022

Correspondencia

Mauricio Pichardo Cuevas
mauri63_2005@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como:

Ramírez-Velázquez NL, Reyes-Mendoza EP, Pichardo-Cuevas M, Casillas-Barrera M. Embarazo ectópico tubárico del segundo trimestre. Reporte de caso. Reproducción (México) 2022; 13: 9 de agosto 1-5.

ANTECEDENTES

Se estima que el 1% de los óvulos fertilizados se implantan fuera de la cavidad uterina y se desarrollan en embarazos extrauterinos (ectópicos).¹ La trompa de Falopio es la ubicación más común de implantación ectópica y representa más del 90% de los casos. Un embarazo ectópico puede coexistir con uno intrauterino (heterotópico).² Los embarazos ectópicos tubáricos rotos representan, aproximadamente, el 3% de las muertes maternas.³

Una de las manifestaciones clínicas es el sangrado transvaginal, de color marrón, o la hemorragia intermitente, en episodio único o continuo.⁴

La ecografía transvaginal suele practicarse entre la sexta y séptima semana de embarazo porque, incluso, hasta el 98% de los embarazos intrauterinos fisiológicos ya son visibles en ese lapso, con una sensibilidad del 87 al 99% y especificidad del 94 al 99%. Por lo tanto, rara vez se encuentran embarazos tubáricos en el segundo trimestre.⁵ En los exámenes ultrasonográficos no siempre es posible identificar el sitio del embarazo porque no existen criterios ecográficos establecidos para diferenciarlo del embarazo abdominal.⁶

La decidualización del estroma endometrial es la respuesta del revestimiento uterino a las progestinas (en la paciente del caso a la progesterona) caracterizado por células deciduales, con citoplasma grande, bordes celulares distintos, con núcleos redondos y pequeños.⁷ Los cambios morfológicos de estas glándulas hipersecretoras, ante hormonas asociadas con el embarazo, producen el efecto Arias-Stella.⁸

REPORTE DE CASO

Paciente de 23 años, con antecedente de dos embarazos y un aborto, con dolor pélvico cólico

de una semana de evolución, con diagnóstico de embarazo extrauterino de 16 semanas, sin datos de bajo gasto cardiaco. El ultrasonido extrahospitalario reportó la existencia de un saco gestacional fuera de la cavidad uterina, orientado hacia la región anexial izquierda de 58 x 45 x 39 milímetros, diámetro sacular medio de 48 milímetros. El feto tenía una longitud cefalocaudal de 60 milímetros, con frecuencia cardiaca de 187 lpm.

A la exploración física se determinó que la tensión arterial era de 110-70 mmHg, la frecuencia cardiaca de 100 lpm, la frecuencia respiratoria de 18 por minuto, temperatura de 36.2 °C, con leve palidez de tegumentos, abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación sobre la fosa iliaca izquierda, sin datos de irritación peritoneal. Los genitales se encontraron acordes con la edad y género. A la exploración vaginal se encontró con signo de Banky positivo, con sangrado transvaginal escaso, no activo. Las extremidades no mostraron alteraciones.

La ecografía transvaginal al ingreso reportó: útero de 110 x 60 x 87 mm. Endometrio ecogénico de 15.6 mm. Imagen paraovárica izquierda correspondiente a un feto único vivo, sin movimientos fetales de forma condicionada, con frecuencia cardiaca de 121 lpm. Fetometría: diámetro biparietal de 36 mm, longitud femoral 25.2 mm, peso aproximado 211 g. Placenta grado I. Líquido amniótico ausente.

Los estudios de laboratorio reportaron: fracción beta de gonadotropina coriónica humana de 1351 mUI/mL. Glucosa 111.7 mg/dL, creatinina 0.6 mg/dL, ácido úrico 4.1 mg/dL, deshidrogenasa láctica 145.2 U/L, biometría hemática: leucocitos 14.7, hemoglobina 10.6 g/dL, plaquetas 220 000.

Se activó el código oro hospitalario y se ingresó a la unidad de tococirugía. Se llevó a cabo



una laparotomía exploradora de urgencia que reportó: hemoperitoneo de 500 mL, salpínx izquierda dilatada con un feto en su interior, ruptura parcial de la pared de la salpínx: salpingectomía izquierda. La salpínx derecha se encontró adherida al peritoneo y el útero en posición intermedia, sin alteraciones macroscópicas.

Enseguida se practicó la aspiración manual endouterina (AMEU); se encontró abundante tejido endometrial. El sangrado se cuantificó en 1100 mL (hemoperitoneo 500 mL, cirugía 500 mL, AMEU 100 mL).

Durante el transoperatorio se transfundió una unidad de concentrado eritrocitario a fin de mantener a la paciente hemodinámicamente estable. Permaneció en vigilancia y con cuidados posoperatorios; su evolución fue satisfactoria y se dio de alta del hospital en los siguientes dos días.

El estudio histopatológico reportó: salpínx con fimbria dilatada, con adherencias firmes a la placenta monocorial-monoamniótica del segundo trimestre, con múltiples infartos antiguos extensos, cordón umbilical trivascular, sin alteraciones y deciduoamnionitis aguda inespecífica. Feto de sexo femenino con peso de 200 g.

DISCUSIÓN

Existen pocas publicaciones de casos de embarazo tubárico que hayan llegado al segundo trimestre de la gestación sin ruptura tubárica. Una explicación del crecimiento de un embarazo en la trompa de Falopio que se prolonga hasta el segundo trimestre es el aumento del grosor o la distensibilidad de la trompa de Falopio porque, precisamente, un embarazo tubárico se origina debido a una anomalía en el embrión o un defecto en el transporte tubárico. En el caso reportado, el feto y la placenta se encontraron macroscópicamente normales (**Figura 1**) y la



Figura 1. Feto de aproximadamente 18 semanas de gestación, con placenta.

salpínx distendida, con ruptura parcial de la pared, lo que explica el hemoperitoneo.⁹

Los factores de riesgo de embarazo ectópico incluyen: antecedente de esta complicación, cirugía tubárica previa, patología tubárica documentada, exposición intrauterina a dietilestilbestrol, infección genital previa (enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, antecedentes de tabaquismo) y edad mayor de 35 años. Lo relevante es que la paciente no contaba con factores de riesgo conocidos.

En un estudio llevado a cabo en Alemania, solo el 12% de las pacientes con embarazo ectópico tuvieron taquicardia e hipotensión.¹⁰ La paciente del caso no manifestó datos de bajo gasto cardíaco.

El tipo más común de embarazo ectópico que se confunde con embarazo intrauterino durante la ecografía del primer trimestre es el embarazo intersticial. En el segundo trimestre suele confundirse con embarazo ectópico abdominal porque no existen criterios radiográficos para diferenciarlo.

La localización se corroboró durante el procedimiento quirúrgico: se encontró al feto dentro de la salpinge izquierda, una ruptura parcial en la pared, todo correspondiente al segundo trimestre. **Figura 2**

Hajenius y su grupo¹ refieren que para tratar a pacientes con embarazo ectópico tubárico la cirugía laparoscópica es factible y menos costosa que la cirugía abierta; sin embargo, de acuerdo con las semanas de gestación y la sospecha de embarazo ectópico abdominal, en la paciente del caso se decidió la laparotomía exploradora. **Figura 3**

El reporte del estudio histopatológico confirmó que se trataba de un embarazo ectópico; describió la fimbria de la salpinge con adherencias firmes a la placenta monocorial-monoamniótica del segundo trimestre. (**Figura 4**) Sin embargo, en virtud de que tanto el feto como la placenta estaban en el interior de la salpinge, no quedó



Figura 3. Laparotomía exploradora.



Figura 2. Feto y placenta en el interior de la salpinge.

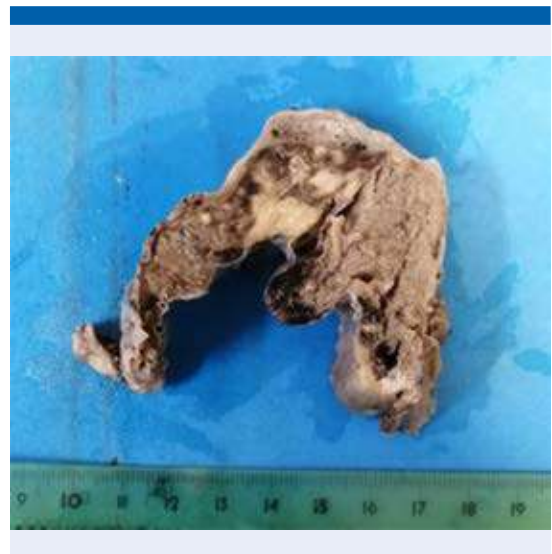


Figura 4. Fimbria de salpinge con adherencias firmes de placenta.



duda que se trataba de un embarazo ectópico infundibular.

La descripción del caso pone de manifiesto la importancia de establecer el diagnóstico temprano que permita el tratamiento quirúrgico oportuno.

CONCLUSIONES

El embarazo ectópico en la salpinge, detectado en el segundo trimestre, es excepcional porque en la mayoría de los casos la ruptura tubárica sucede en el transcurso del primer trimestre. Cuando el embarazo ectópico tubárico evoluciona al segundo trimestre se incrementa el riesgo de ruptura y hemorragia intraabdominal, con un gran riesgo de mortalidad para la madre. El caso aquí reportado se detectó a las 16 semanas localizado dentro de la salpinge izquierda, parcialmente rota, con hemoperitoneo de 500 mL, que requirió tratamiento quirúrgico. Este caso pone de manifiesto la importancia del diagnóstico temprano que permita indicar el tratamiento quirúrgico oportuno que evite complicaciones graves, como la hemorragia masiva.

REFERENCIAS

1. Hajenius PJ, Mol F, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, Van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD000324. DOI: 10.1002/14651858.CD000324.pub2
2. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018 Mar; 131(3):e91-e103. doi: 10.1097/AOG.0000000000002560. Erratum in: *Obstet Gynecol.* 2019 May;133(5):1059. PMID: 29470343.
3. Creanga AA, Syverson C, Seed K, et al. Pregnancy-related mortality in the United States, 2011–2013. *Obstet Gynecol* 2017; 130 (2): 336-73. 10.1097/AOG.0000000000002114
4. Togas Tulandi, MD, MHCM. Surgical treatment of ectopic pregnancy. *Best Practice and Research Clinical Obstetric and Gynecology* 2009; 23 (4): 519-27. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2008.12.009>
5. Kim M, Hiramatsu K, Fukui K, Amemiya K. Unexpected Tubal Pregnancy at 13 Weeks' Gestation that Was Treated with Laparoscopic Surgery Under Massive Hemoperitoneum. *Gynecol Minim Invasive Ther* 2019; 8(1): 30-32. doi: 10.4103/GMIT.GMIT_40_18
6. 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. *J Clin Ultrasound* 2014; 42 (3): 162-8. doi: 10.1002/jcu.22076
7. Ardighieri L. Arias-Stella reaction. *PathologyOutlines.com website.* <https://www.pathologyoutlines.com/topic/uterusariasstella.html>.
8. López-Luque PR. El embarazo ectópico: su interés actual en atención primaria de salud. *SEMERGEN* 2014; 40 (4): 211-17. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.11.007>
9. Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. *Fertil Res Pract* 2015; 1: 15. <https://doi.org/10.1186/s40738-015-0008-z>
10. Rodgers JD, Heegaard WG, Plummer D, et al. Emergency department right upper quadrant ultrasound is associated with a reduced time to diagnosis and treatment of ruptured ectopic pregnancies. *Acad Emerg Med* 2001; 8 (4): 331-6. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2001.tb02110.x>