

# PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog

## CASO CLÍNICO

### Gestación ectópica del segundo trimestre

Laura Montesinos Benet\*, Alba Monferrer Serrano, Rocío Díaz Sanjuán,  
Ana Bernabeu Cifuentes, Elena Romá Mangriñan,  
Romeo Cabrera León, Fernando Gil Raga y Enrique Calpe Gómez

*Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General de Castellón, Castellón, España*

Recibido el 9 de febrero de 2010; aceptado el 14 de abril de 2010

Accesible en línea el 17 de julio de 2010

#### PALABRAS CLAVE

Embarazo extrauterino  
segundo trimestre;  
Embarazo;  
Ecografía transvaginal

#### KEYWORDS

Ectopic pregnancy  
second trimester;  
Pregnancy;  
Ultrasound

**Resumen** La incidencia global del embarazo ectópico es del 1-2% de las gestaciones. Es infrecuente su diagnóstico en el segundo trimestre, ya que por lo general los síntomas aparecen durante el primer trimestre. Presentamos el caso de una mujer que acude a urgencias con dolor en la fosa ilíaca de varios días de evolución y mediante la ecografía se le diagnostica embarazo tubárico derecho, con feto de biometría concordante con las 13 semanas de amenorrea de la paciente.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### Second trimester ectopic pregnancy

**Abstract** The global incidence of ectopic pregnancy is around 1-2%. Its diagnosis is rare in the second trimester as symptoms usually appear during the first trimester. We present the case of a woman who was seen in the emergency room with a right lower quadrant pain of a few days duration. A transvaginal ultrasound confirmed an ectopic right pregnancy with a 13-week embryo.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El embarazo extrauterino (EE) consiste en la implantación del óvulo fecundado en cualquier lugar distinto del endometrio. Hasta hace unos años esta entidad se consideraba un accidente obstétrico poco frecuente y grave, pero actualmente es una

patología con una alta prevalencia, de diagnóstico temprano y tratamiento eficaz en la mayoría de las ocasiones.

Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas hasta alcanzar el 1-2%<sup>1,2</sup> debido, fundamentalmente, al aumento de los factores de riesgo, el incremento en la aplicación de técnicas de reproducción asistida y el uso de métodos diagnósticos más sensibles y específicos, como la ecografía transvaginal y las determinaciones seriadas de la porción beta de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -HCG).

El diagnóstico del EE se fundamenta en tres grandes pilares: la exploración clínica, la ecografía y, cuando no es suficiente con ambas, las determinaciones seriadas de  $\beta$ -HCG. La

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [laura\\_montesinos\\_benet@hotmail.com](mailto:laura_montesinos_benet@hotmail.com)  
(L. Montesinos Benet).

combinación de ecografía transvaginal y determinaciones seriadas de  $\beta$ -HCG tiene una sensibilidad del 96%, una especificidad del 97% y un valor predictivo positivo del 95% para el diagnóstico de embarazo ectópico y son las pruebas más eficientes para este diagnóstico, ya que permiten un diagnóstico temprano de las gestaciones ectópicas durante el primer trimestre de la gestación<sup>3</sup>.

Estos datos confirman la singularidad de nuestro caso al tratarse de una gestación ectópica diagnosticada durante el segundo trimestre, donde encontramos un feto con actividad cardíaca positiva en el anejo derecho sin que la paciente presentara ningún tipo de sintomatología clínica previa.

## Caso clínico

Mujer de 27 años, primípara, con menarquia a los 12 años y con ciclos menstruales normales. Desde hacía 7 años usaba anticonceptivos hormonales por vía oral, refiriendo olvidos esporádicos en los últimos ciclos. No presentó antecedentes familiares de interés.

La paciente acudió al servicio de urgencias con una amenorrea de 7 semanas, hemorragia intermenstrual de cantidad mínima (*spotting*) y dolor en la fosa ilíaca derecha y el hipogastrio de 3 días de evolución. Estaba afebril y el resto de las constantes eran normales.

Se realizó una exploración ginecológica en la que se constató, mediante especuloscopia, ausencia de sangrado genital. Al tacto bimanual mostraba un cérvix uterino móvil y no doloroso y un blumberg negativo; el resto de la exploración clínica resultó anodina. La ecografía transvaginal evidenció un útero de 83 X 44 mm, de morfología normal, con una línea endometrial fina y homogénea de 4,3 mm. El anejo izquierdo era de morfología y aspecto normal, mientras que en el anejo derecho se detectó un saco gestacional con feto único que presentaba actividad cardíaca positiva y una biometría concordante con 13-14 semanas (fig. 1). En el fondo del saco de Douglas no se detectó líquido libre. Entre los parámetros analíticos, destacamos una hemoglobina de 11,5 g/dl y un hematocrito del 33%; las pruebas de coagulación fueron normales.

Ante estos hallazgos, se indicó una laparotomía exploradora de urgencia, donde se objetivó una trompa derecha

**Figura 2** Rotura del anejo derecho y salida del feto a través de la trompa.

edematizada, dilatada y sanguinolenta (fig. 2). Durante la intervención se produce su rotura (fig. 3) mostrando un feto de 14 semanas con actividad cardíaca positiva junto con estructuras trofoblásticas adheridas intensamente al anejo de ese mismo lado, así como un hemoperitoneo importante (fig. 4). De forma inmediata, se procedió a realizar una salpingectomía derecha junto con una miomectomía del mioma subseroso de 2 cm de diámetro en el cuerno uterino izquierdo y un lavado abdominal laborioso. El feto de biometría de 14 semanas junto con la trompa derecha, la placenta y el mioma se remitieron a anatomía patológica para su estudio (fig. 5).

El postoperatorio inmediato fue satisfactorio por lo que la paciente precisó en un primer momento la administración de hierro por vía intravenosa. Además, la paciente presentó un

**Figura 1** Útero y anejo derecho que presenta un saco gestacional con feto en su interior (longitud cráneo caudal = 71 mm).

**Figura 3** Feto de 14 semanas.

**Figura 4** Feto en la cavidad abdominal tras rotura del anejo.

**Figura 5** Feto unido mediante cordón umbilical a placenta adherida a la trompa.

cuadro de importante debilidad en el cuádriceps del miembro inferior izquierdo con imposibilidad para la deambulaci3n; fue diagnosticada de una radiculopatía a nivel de L4 que evolucionó satisfactoriamente por lo que se realizaron controles periódicos en los servicios neurología y rehabilitaci3n.

El informe anatomopatol3gico describe un feto de sexo masculino, no macerado, sin malformaciones externas ni internas, correspondiente aproximadamente a 12 semanas de gestaci3n, junto con restos placentarios y de trompa de Falopio derecha compatibles con embarazo ect3pico.

## Discusi3n

Las gestaciones ect3picas diagnosticadas durante el segundo trimestre son entidades poco frecuentes y constituyen un

cuadro clínico de riesgo alto que requiere, en ocasiones, actuaciones de urgencia.

En 1951, McElin y Randall<sup>4</sup> fueron los primeros en documentar una gestaci3n ect3pica tubárica avanzada con el feto y la placenta envueltos por trompa de Falopio sin ning3n tipo de recubrimiento por parte de peritoneo o de 3rganos p3lvicos y sin signos de rotura.

La incidencia de embarazos ect3picos diagnosticados durante el primer trimestre ha aumentado en los 3ltimos a3os aproximando sus cifras al 1,6% de los embarazos<sup>5</sup>, esto es debido a un aumento de los factores predisponentes, tales como las t3cnicas de reproducci3n asistida, historia de cirugía tubárica previa, antecedentes de embarazo ect3pico, enfermedad inflamatoria p3lvica, infertilidad, etc. En nuestro caso concreto, la paciente carecía de factores de riesgo.

La localizaci3n del EE en nuestro caso fue en la zona ampular de la trompa derecha. La anidaci3n ect3pica fuera de las trompas es infrecuente; su implantaci3n m3s com3n se sitúa en las trompas de Falopio, representando el 98% de los casos entre zona ampular, ístmica, fimbrias o zona intersticial<sup>6</sup>.

Actualmente, el diagn3stico de EE se puede hacer con métodos no invasivos y de gran sensibilidad<sup>2</sup>. Son de vital importancia para el diagn3stico temprano la sintomatología, la exploraci3n ecogr3fica y la cuantificaci3n de la HCG.

La clínica habitual es dolor difuso y discontinuo en el hipogastrio y las fosas ilíacas, asociado a amenorrea, aunque a veces presenta sangrado vaginal que podría confundirse con la menstruaci3n, signos de irritaci3n peritoneal, náuseas y v3mitos. En los casos de EE accidentado, las características del dolor se intensifican llegando incluso a reflejarse a nivel costal por irritaci3n del nervio frénico, y pueden haber signos de hipovolemia, produciéndose incluso un shock hipovolémico. En los EE no complicados un 40-60% de los casos son asintomáticos<sup>3</sup>.

Los hallazgos ecogr3ficos principales son la presencia de una cavidad uterina vacía sin saco gestacional, con un endometrio decidualizado junto con un estudio anexial en el que se puede apreciar una masa parauterina o paraovárica con un área central hipoecogénica rodeada de un anillo hiperecogénico de tejido trofoblástico.

Los valores de  $\beta$ -HCG son de gran utilidad por tratarse de una prueba muy sensible para la detecci3n de la gestaci3n, pues detectan un embarazo de 8 a 14 días posconcepci3n. En nuestra paciente, al tratarse de una gestaci3n del segundo trimestre, bastó con una exploraci3n ecogr3fica para su diagn3stico.

El diagn3stico temprano de los EE ha logrado un descenso de la mortalidad; ésta se cifra en el 0,35 ‰ en los países industrializados y en nuestros días<sup>3</sup>.

La mayoría de los EE del segundo trimestre requieren un tratamiento quirúrgico. En nuestro caso, se realizó una salpingectomía total al tratarse de una trompa altamente lesionada tras la rotura del ect3pico, además de la hemorragia que se ocasionó, y encontrándose los deseos g3nicos cumplidos de la paciente.

El EE de segundo trimestre es un caso poco frecuente, que debe sospecharse ante una clínica de dolor abdominal, náuseas y *spotting*. El diagn3stico de certeza se realiza mediante la ecografía transvaginal, que permite localizar la ubicaci3n extrauterina de la gestaci3n. Para concluir, debemos reseñar que los EE implican un elevado riesgo de morbimortalidad materna, de ahí la importancia de un diagn3stico temprano y

un tratamiento efectivo en función de la edad gestacional y las condiciones maternas.

## Bibliografía

1. Sowter MC, Farquhar CM. Ectopic pregnancy: an update. *Current Opinion Obstet Gynecol.* 2004;16:289–93.
2. Aguilar MT, Rodríguez AJ. Embarazo ectópico: de la cirugía de urgencia al tratamiento médico. Evolución de la terapéutica en nuestro centro. *Prog Obstet Ginecol.* 2008;51:342–6.
3. Tejerizo A, Arbués-Gabarre J, Salazar FJ, Bajo JM. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). En: Embarazo ectópico, concepto y clasificación. Estudio de sus diversas formas.. Madrid: SEGO. 2007. p. 443–56.
4. McElin TW, Randall LM. Intratubal term pregnancy without rupture: Review of the literature and presentation of diagnostic criteria. *Am J Obstet Gynecol.* 1951;61:130–8.
5. Matorras R, Gracia A. Tratamiento no quirúrgico del embarazo ectópico. *Prog Obstet Ginecol.* 1997;40:379–400.
6. Embarazo ectópico. Protocolo Sociedad española de Ginecología y Obstetricia. Disponible en: [www.prosego.com](http://www.prosego.com)