

## Presentación de caso

### Embarazo ectópico en una paciente salpingectomizada. Presentación de un caso.

### Ectopic pregnancy in a salpingectomized patient. Presentation of a case.

**Dr. Alfredo Morales Rodríguez<sup>1</sup>, Dra. Maidelene Ramírez Ruiz<sup>1</sup>, Dra. Ana Lidia Medina Betancourt<sup>2</sup>, Dra. Belkis Cañizares García<sup>2</sup>, Dr. Mario Alberto Triana Estrada<sup>3</sup>**

1. Especialista de 1er grado en Gineco - Obstetricia. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er grado en Anatomía Patológica. Profesor Instructor.
3. Especialista de 1er grado en MGI. Profesor Instructor.

## RESUMEN

El embarazo ectópico es una entidad clínica que se comporta en el mundo de forma epidémica, llevando a la muerte a un gran número de mujeres, en su mayoría jóvenes, por la tardanza en ocasiones de un diagnóstico adecuado. Ha sido denominado el gran simulador por la gran variedad en sus formas de presentación. Se describió esta experiencia con una paciente ginecológica a la cual se le realizó salpingectomía parcial bilateral por método de Pomeroy en el año 2001 y en el año 2006 acudió al centro, diagnosticándosele un embarazo ectópico, tanto por la clínica como por el laboratorio, con test de hormona gonadotropina coriónica positivo, se le realizó laparotomía exploradora, confirmándose un embarazo tubárico roto. Se corroboró el mismo por el laboratorio de anatomía patológica. La paciente tuvo una evolución satisfactoria. Cualquier mujer en edad fértil con trastornos menstruales y dolor pélvico puede tener un embarazo ectópico, por lo que siempre se debe pensar en él.

**DeCS:** EMBARAZO ECTÓPICO, SALPINGOSTOMÍA .

## ABSTRACT

An ectopic pregnancy is a clinical entity that manifests in the world in an epidemic way leading a great number of women to death, in their majority young, due to the occasional delay in making an appropriate diagnosis. It has been denominated as the great pretender by the great variety in its forms of presentation. A description is made of this experience with a gynecological patient, to whom a bilateral partial salpingectomy was made by the method of Pomeroy in the year 2001, and in the year 2006 came to the center. A diagnosis of ectopic pregnancy was made by clinical as well as by laboratory exams. The gonadotropine chorionic hormone test was positive. An exploratory laparotomy was carried out and a broken tubal pregnancy was confirmed. This was corroborated by the laboratory of pathological anatomy. The patient had a satisfactory evolution. Any woman in fertile age with menstrual dysfunctions and pelvic pain can have an ectopic pregnancy, therefore we must always think of it.

**MeSH:** PREGNANCY, ECTOPIC, SALPINGOSTOMY .

## INTRODUCCIÓN

La localización ectópica de un embarazo es la implantación del huevo fertilizado en una estructura anatómica que no le permite su desarrollo y crecimiento normal, desde su lugar de origen el óvulo puede ser fecundado y anidar en cualquier parte del trayecto que normalmente sigue; ovario, trayecto ovárico abdominal, trompas, útero, cérvix (1). El primer caso de embarazo ectópico diagnosticado y reportado en la literatura fue en el año 963 DE por Albucassis (2). En el momento actual se acepta que en todo el mundo ha ocurrido un aumento de la incidencia de embarazos ectópicos, comportándose como una enfermedad epidémica en este decenio, pues su tasa se ha incrementado de 4.5 x1000 nacidos vivos en 1970 a 16.8 en 1987 y en 1997 fue de 61 x1000 nacidos vivos a escala mundial. En Europa se reportan 63 ectópicos por cada 1000 nacidos vivos. Otro aspecto importante del embarazo ectópico es su alta letalidad, pues constituye del 5 al12 % de las causas de muerte materna en Cuba y el mundo (3- 7).

El aumento de la incidencia del embarazo ectópico en la actualidad se debe a diversos factores de riesgo asociados; aumento de la sepsis vaginal a repetición, enfermedad inflamatoria pélvica, plastias tubáricas, uso de DIU, tabletas anticonceptivas, hábito de fumar.

El desarrollo del embarazo ectópico en pacientes esterilizadas por método de Pomeroy es realmente infrecuente. Según Peterson y otros investigadores de los centros de control en EEUU aparecen 7 ectópicos por cada 1000 pacientes ligadas. En estas pacientes es mayor la frecuencia de rotura tubárica por la menor percepción del riesgo (8-11).

Se presenta un caso de una paciente, la cual después de haber sido salpingectomizada por técnica de Pomeroy acude a nuestro centro con un embarazo ectópico.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 34 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de debut reciente, blanca, normopeso, G2P2A0, partos eutócicos. Se le realizó salpingectomía parcial bilateral por técnica de Pomeroy en el año 2001.

Acude al cuerpo de guardia refiriendo dolor en bajo vientre de hace más o menos una semana de evolución, amenorrea de 8 semanas, se realizó en su área de salud 2 US transvaginal y transabdominal, resultando negativos, HB en 11.5g/l. Al examen físico nada positivo a señalar.

Siete días después acude nuevamente a cuerpo de guardia con dolor que se ha ido intensificando, desmayos frecuentes, sudoración, palidez y pérdida del conocimiento; se mejora el dolor en la posición de decúbito supino al examen físico se constata piel y mucosas hipocoloreadas, FC: 92/min., TA: 90/60mmhg, el abdomen se presenta plano, sin distensión, con incisión antigua producto del lipectomía posterior a salpingectomía, se encuentra defensa abdominal marcada y dolor a la descompresión brusca, matidez declive, al examen vaginal se encontró un útero discretamente aumentado de tamaño con el ajejo izquierdo muy doloroso, sin precisar otras características del dolor. Se realizó test de HCG positivo, punción del Douglas con escasa cantidad de sangre que no coagula en la jeringa por 10 min.

Se interpreta como un embarazo ectópico roto sin repercusión hemodinámica, se decide realizar laparotomía detectándose embarazo ectópico tubárico roto en porción ampular de la trompa que se encontraba adherido al muñón ístmico por su parte inferior; se extrae embarazo ectópico y se receta la trompa totalmente. Se revisa trompa contralateral, la cual se encuentra extirpada, se realiza toilette de cavidad cerrando por plano hasta la piel con suturas habituales. Tiene evolución favorable en el postoperatorio, siendo egresada a las 40 horas sin complicaciones. En el estudio anatomopatológico se confirma el diagnóstico de embarazo ectópico, encontrando vellosidades coriales en el epitelio tubárico.

## **CONCLUSIONES**

El embarazo ectópico tubárico en pacientes postsalpingectomizadas es una entidad rara, pero siempre debemos pensar en ella por tener una alta morbilidad y letalidad. Toda paciente en edad fértil con trastornos menstruales y dolor en bajo vientre tiene alta probabilidad de tener un embarazo ectópico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Spanish online resource for women's health and well being issue .mayo, 6:1997
2. Bustos I. Tratamiento laparoscópico conservador del embarazo ectópico bilateral. ginec. obst. mex1996; 66:16-17
3. Balaguer I. Cirugía ginecológica transvaginal y laparoscópica. Harcourt brace. Barcelona, 1997
4. Gomel v; Taylor PJ. Laparoscopia ginecológica. Harcourt brace. Barcelona. 1997
5. Jordan Philips; et al survey of gynaecologist laparoscopy for 1974. I rep.med; 1999
6. Tamayo lien Tania embarazo ectópico presentación de un caso rev. cubana.obstet ginecol2005; 31(3).set-dec: 23-8.
7. Bouyer J. et Cols. Risk factors ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on large case control population based. Am J Epidemiol 2003; 157: 185-94
8. Hendrix NW, Chauhan SP, Maier RC. Ectopic pregnancy in sterilized women. A comparison. J Reprod 1998; 43 :515
9. Peterson HB. Et Cols. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization.U.S. Collaborative Review of Sterilization Group.N Engl J Med 1997;336: 762-7
10. Wendi D. Burrows L, Todds C .Ectopic pregnancy after cesarean hysterectomy.Obstet and Gynecol 2002; 99:933-4.
11. Luciano AA ,Roy G, Solima E. Ectopic pregnancy from surgical emergency to medical management .Ann N Y Acad Sci 2001;943: 235-54.