

# Embarazo Ectópico Intersticial

## Reporte de un caso en el IHSS

### San Pedro Sula

---

*Dr. Gustavo Adolfo Barrios Murillo\**   *Dr. Benjamín Aliño Mena\*\**

---

**DEFINICIÓN DE EMBARAZO INTERSTICIAL:**  
Huevo fertilizado que se implanta en aquellos sitios que no sea la cavidad endometrial; en nuestro caso en la parte intersticial de la Trompa de Falopio.

**FRECUENCIA:**

El 98o/o de los Embarazos Ectópicos son Tubáricos, de los cuales les corresponde un 2o/o a los intersticiales.

La ruptura se produce antes del cuarto mes de embarazo y el sangrado es más abundante que cualquier embarazo ectópico y se puede destruir el cuerno uterino.

**INTRODUCCIÓN**

Se presenta un caso de embarazo intersticial en una paciente a quien se le había practicado Salpin-

gectomía controlateral parcial por embarazo ectópico.

**EMBARAZO ECTÓPICO INTERSTICIAL:  
POSIBLE SALPINGITIS CRÓNICA**

**PRESENTACIÓN DEL CASO.- RESUMEN DE  
HISTORIA CLÍNICA.**

No.: 175460421  
Edad: 36 años  
Sexo: Femenino  
Ocupación: Oficios Domésticos  
Estado Civil: Casada  
Raza: Mestiza  
Religión: Católica  
Lugar Origen: San Pedro Sula  
Lugar Residencia: San Pedro Sula  
Primer Ingreso: 25-9-87 Egreso: 30-9-87  
S.P.: Sangrado Transvaginal escaso más dolor pélvico  
Dx Ingreso: Amenaza de Aborto  
Dx Egreso: Amenaza de Aborto + Embarazo de 8 semanas x F.U.R.

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:**

---

\* Médico General Adscrito al Departamento Gineco-Obstetricia IHSS, San Pedro Sula \*\* Jefe del Depto. de Gineco-obstetricia IHSS., San Pedro Sula.

Menarquia: 12 años  
 Inicio Vida Sexual: 16 años  
 Matrimonios: 2

1o.: G:5 P:4 A:0 H.V.:4 E.E.:1 1969

2o.: G:7 P:5 A:0 HV.:5 E.E.:1  
 FUR: 26-7-87 FUP: 2 Mayo 1985 (No  
 planificación familia posterior)

Planificó: Pildora 4 años después del primer emba-  
 razo Ectópico Planacol 1 año Ultima Citología:  
 Julio 1987: Normal No sangrado intermenstrual  
 Salpingitis crónica que recibió tratamiento

#### ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

1969: Embarazo Ectópico HLMV Examen Físico:  
 Útero aumentado como para 6 semanas, Cervix  
 permeable al pulpejo, anexos libres. Exámenes:  
 Gravidez: +  
 Ht: 37 Tx:  
 Primolut Depot 250 mg.  
 Folvite  
 Vitamina E

Manejada por amenaza de Aborto

2o. INGRESO: 14-10-87 EGRESO: 28-10-87

Dx Reingreso: Amenaza de Aborto  
 Dx Egreso: Embarazo Ectópico Intersticial Izq.  
 Examen Físico: Útero aumentado como para 12  
 semanas  
 Ecografía: 14-10-87. Embarazo de 8-9 semanas, se  
 observa saco gestacional con embrión en su interior  
 se sugiere control en 7 días.  
 Paciente persiste con dolor en bajo vientre, sin  
 embargo abdomen es benigno.

HGC: 19-10-87 es negativo (Gravindex), es norma  
 del laboratorio que si el gravindex es {—} no se  
 efectúa la titulación de H.G.C. en nuestro labora-  
 torio.

20-10-87: Se sospecha huevo muerto retenido y  
 hay sangrado genital nuevamente.

21-10-87: Legrado Uterino por aborto inevitable.

Se extrae tejido escaso de aspecto endometrial  
 histerometría de 8 cms., aún cuando es norma  
 enviar las piezas a Patología, no se envió éste.

22-10-87: Dolor persiste en fosa Ilíaca izquierda  
 y útero aumentado, se sospecha una Miomatosis  
 Uterina versus un embarazo Ectópico angular  
 izquierdo.

*Ecografía:* Masa que mide 5.6x6.0 con saco ges-  
 tacional en su interior y embrión; hacia arriba del  
 fondo uterino y adherido al mismo útero casi de  
 tamaño normal compatible con embarazo ectó-  
 pico.

Con estas impresiones diagnósticas se somete a la  
 paciente a Laparatomía exploradora el 22-10-87 y  
 se encuentra un embarazo intersticial izquierdo  
 no roto y un quiste para ovario derecho; el cual  
 por su magnitud se efectúa HAT+S.O. Izquierdo  
 sin incidentes.

Reporte de Patología.- (Biopsia SS—9461).

Útero mide 9.5 x 10 cms., cavidad endometrial  
 dilatada y líquido sanguinolento, parte intersticial  
 de trompa izquierda presenta dilatación esférica  
 congestiva de aproximadamente 5 cms., en la cual  
 se reconoce en su interior un embrión de 9 mm.,  
 resto de trompa sin alteraciones; cavidad amnió-  
 tica de 2.8 cms.; ovario izquierdo 3.4 cms. sin  
 cuerpo lúteo. También se reporta una estructura  
 ovoide gris y de contenido pastoso.

Analítica: HT: 30 Vol/o - 41 Vol. o/o Paciente  
 reingresa por: Hematoma de Cúpula Vaginal.

#### ETIOLOGÍA:

1.- Factores que impiden o retrasan el paso del hue-  
 vo fertilizado de la cavidad Uterina:

- Salpingitis Crónica
- Anomalías de las estructuras
- Adherencias
- Tumores que comprimen
- Cirugía Tubárica previa

2.- Factores que incrementan la receptibilidad del

huevo fertilizado por parte de la mucosa tubárica —  
 ¡Pobre peristalsis  
 —Endometriosis

3.- Transmigración

**CUADRO CLÍNICO:**

—Dolor súbito e intenso en abdomen bajo  
 —Shock  
 —Sangrado vaginal mínimo  
 —Útero sufre cambios hormonales, por lo tanto hay aumento uterino que simula un embarazo intrauterino.

El diagnóstico agresivo es esencial y la ruptura representa una verdadera emergencia que puede causar la muerte: 6-7o/o de todas las muertes obstétricas son debido a embarazo tubárico.

En la fase catastrófica hay signos de:

—Irritación peritoneal  
 —, Ausencia de Fiebre  
 —.Ausencia de signos de infección  
 —Rigidez abdominal  
 —.Masa corneal  
 - Culdocentesis (+) que confirma el Hemoperitoneo

Este cuadro clínico hace que el cirujano tome la decisión de llevar la paciente directamente al quirófano.

**DIAGNOSTICO TRIADA:**

—Masa Anexial  
 —Sangrado intermitente escaso  
 —Dolor Pelvico

**OTROS:**

—Masa solo palpable en un 30-70o/d lo que conlleva a tacto bajo anestesia  
 —Utero aumentado de tamaño  
 —Signo de Cullen es raro

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

—Menstruaciones normales  
 —Sangrado Uterino Disfuncional  
 —Aborto  
 —Enfermedad inflamatoria pelvica  
 —Apendicitis

—Persistencia del cuerpo lúteo  
 —Ovarios quísticos pequeños  
 —Infección urinaria

**ANALÍTICA:**

—Anemia aguda  
 —Aumento de Leucocitos  
 —Niveles de hormona Gonadotropina Coriónica pueden estar bajos  
 —Gravindex (+) en un 50o/o  
 —Ultrasonido puede dar un error hasta el 25o/o  
 —Exploración bajo anestesia general para encontrar una masa, el no encontrarla no lo descarta  
 —Fenómeno de Arias-Stella en un 2o/o  
 —Laparoscopia  
 —Laparotomía.- Es preferible operar y no encontrar nada; que esperar un desenlace fatal.

**TX: HISTERECTOMIA:**

Se ha reportado embarazo intersticial en paciente con útero unicorme(3)  
 Embarazo Ectópico ovárico se han reportado solo 300 casos en la literatura mundial(2).

**COMENTARIO:**

Este caso que presentamos equivale a ser el único que se registra en 5 años en el I.H.S.S. de San Pedro Sula:

AÑO	EMBARAZO ECTOPICO	ABORTO	NACIMIENTOS
1983	5	373	2838
1984	9	339	2894
1985	11	265	2881
1986	11	289	2712
1987	20	322	2866

Reviste importancia a nuestra forma de ver por 3 razones y que esta experiencia puede ser de utilidad a otros Colegas:  
 1.- Que posiblemente persistió la causa del embarazo ectópico anterior.  
 2.- Que la paciente estuvo largo tiempo hospitalizada sin lograrse establecer un diagnóstico

definitivo, aún cuando había evidencias: Le fue practicado un legrado por sospecha de aborto incompleto, lastimosamente no se efectuó estudio anátomo-patológico a la pieza obtenida.

- 3.- La forma de resolverse el caso fue con histerectomía en una mujer joven; porque consideramos que el manejo conservador puede conllevar un desenlace fatal.

Sabemos que no podemos disminuir las enfermedades de transmisión sexual, causantes de los trastornos del endosapinx y aún cuando se hiciera, la incidencia del embarazo intersticial siempre sería igual.

En nuestro caso oportunamente no se presentó el cuadro catastrófico pues hasta en la segunda ecografía cuando se sospechó por clínica se obtuvo la sospecha más firme de embarazo intersticial.

RESUMEN: En el presente caso se comprueba nuestra baja incidencia, al igual que el sustentado por otros autores y que la histerectomía sigue siendo el tratamiento para el embarazo ectópico intersticial y que la clínica y la mayor dedicación al paciente el diagnóstico puede ser fuertemente sospechado.

Valdría la pena intentar el tratamiento de los embarazos ectópicos sin cirugía, sino que con fármacos como el Metotrexate que está dando resultados satisfactorios en algunos lados (4).

En una serie de 200 casos de embarazo tubárico que no tuvieron complicaciones quirúrgicas, 122 se embarazaron de nuevo y de los cuales 24 se repitió el embarazo ectópico(5).

Se dice que la ausencia de Saco Gestacional en la ecografía y niveles mayores o iguales a 6500 U.I. de hormona Gonadotropina Coriónica puede estar asociado con embarazo ectópico en un 87o/o de los casos, lo cual puede ser una cifra estadística(6).

En vista de los adelantos en las fertilizaciones in vitro tendrá que pensarse en este tipo de embarazo ectópico, cuando hayan antecedentes de los mismos, endometriosis y uso de DIU(7).

#### REFERENCIAS

- 1.- Edward H. Temple. Ectopic Pregnancy. Manual of Obstetrics. Diagnosis and Therapy, pag. 17.1980.
- 2.- Jerome H. Check, M.D., and Jeffrey S. Chase, M.D. Ovarian Pregnancy of Obstetrics and Gynecology. Vol. 154 No. 1 Pag. 155. Feb. 1986.
- 3.- Charles Brown, M.D., William E. Lavigne, M.D., and Santiago L. Padilla, M.D. Un Ruptures Pregnancy in a Heteropic Fallopian Tube: Evidencia for Transperitoneal Sperm Migration. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 156 No. 1 Pag. 88, Feb.87.
- 4.- Steven J. Ory, M.D., Alelei L. Villanueva, M.D., Peter K. Sand, M.D. and Ralph H. Tamura, M.D., Conservative Treatment of Ectopic Pregnancy with metho-trexate. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 154, No. 6, pag.: 1299, Junio 86.
- 5.- Jack G. Halíat, M.D., Tubal conservation in ectopic pregnancy: A Study of 200 cases. American Journal of Obstetrics and Gynecology Vol. 154, No. 6 pag. 1261, junio 1986.
- 6.- Roberto Romero, M.D., Nicholas Kadar, M.D., Philippe Jeanty, M.D, Joshua A. Copel, M.D., Alan H. de Cherney, M.D. and John C. Hobbins, M.D. The Value of Serial Human Chorionic Gonadotropin Testing as a Diagnostic Tool in Ectopic Pregnancy. American journal of obstetrics and Gynecology. Vol. 155 No. 2 pag. 392, agosto 1986.
- 7.- James E. Cáter, M.D., and Arnold Jacobson, M.D., Reimplantation of a Human Embryo with Subsequent Ovarian Pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 155 No. 2 - pag. 282, agosto 1986.