

Embarazo ectópico intersticial roto Ruptured interstitial ectopic pregnancy.

Rosa Isela Castro Izquierdo,¹ Roberto Pimentel Aguirre,¹ Gabriel Juan Mandujano Álvarez,² Clara Magdalena Martínez Hernández,³ Jorda Aleiria Albarrán Melzer,⁴ Erika Virginia Abreu Vera⁵

¹ Médico adscrito a Ginecología y Obstetricia.

² Jefe del servicio de Patología.

³ Jefa de Investigación.

⁴ Profesor investigador de tiempo completo DACS/UJAT.

⁵ Ginecoobstetra.

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Villahermosa, Tabasco.

Resumen

ANTECEDENTES: La incidencia de embarazo intersticial varía del 2 al 3% de todas las gestaciones extrauterinas, y la tasa de mortalidad supone del 2 al 2.5% de los casos, lo que representa el 20% de las muertes por embarazo ectópico.

CASOS CLÍNICOS: Se informan tres casos de pacientes multigestas de la tercera y cuarta décadas de la vida, con embarazo de 10 y 30 semanas (una de ellas desconocía estar embarazada), que iniciaron con dolor abdominal intenso e irritación peritoneal, por lo que se indicó la laparotomía exploradora. Se informó un embarazo ectópico de localización intersticial derecha en dos casos e izquierdo en el otro, que ameritaron histerectomía obstétrica y estabilización hemodinámica. Las tres pacientes tuvieron evolución clínica satisfactoria.

CONCLUSIÓN: El embarazo intersticial es una alteración de baja incidencia y complicaciones hemodinámicas graves luego de la ruptura del saco gestacional, por lo que es importante conocer las características clínico-patológicas y establecer el diagnóstico temprano, con la intención de mejorar la vida reproductiva de las pacientes.

PALABRAS CLAVES: Embarazo intersticial; dolor abdominal; laparotomía exploradora; histerectomía; diagnóstico temprano.

Abstract

BACKGROUND: The incidence of interstitial pregnancy varies from 2 to 3% of all extra-uterine pregnancies, and the mortality rate is 2 to 2.5% of cases, which represents 20% of deaths due to ectopic pregnancy.

OBJECTIVE: To report three cases of ruptured interstitial ectopic pregnancy.

CLINICAL CASES: Three multipregnancy patients in the third and fourth decades of life, with 10 and 30 weeks of pregnancy (one of them did not know she was pregnant), who began with intense abdominal pain and peritoneal irritation, for which exploratory laparotomy was performed. An ectopic pregnancy was reported with a right interstitial location in 2 cases and a left interstitial pregnancy in the other; a total of cases required obstetric hysterectomy and hemodynamic stabilization. All three patients had a satisfactory clinical evolution.

CONCLUSION: Interstitial pregnancy is an alteration with a low incidence and serious hemodynamic complications after rupture of the gestational sac, so it is important to know the clinicopathological characteristics and establish early diagnosis, with the intention of improving the reproductive life of the women. patients.

KEYWORDS: Interstitial pregnancy; Abdominal pain; Exploratory laparotomy; Hysterectomy; Early diagnosis.

Correspondencia

Rosa Isela Castro Izquierdo
caizri24@gmail.com

Recibido: junio 2023

Aceptado: agosto 2024

Este artículo debe citarse como:

Castro-Izquierdo RI, Pimentel-Aguirre R, Mandujano-Álvarez GJ, Martínez-Hernández CM, Albarrán-Melzer JA, Abreu-Vera EV. Embarazo ectópico intersticial roto. Casos Clínicos de GOM 2024; 1 (10): 215-219.

<https://doi.org/10.24245/gom.v1i10.8941>
www.casosclnicosdegom.org.mx

Ketorolaco SUPRADOL®

Suprime el Dolor

Más de 30 años de experiencia suprimiendo el dolor.¹



SUPRADOL® Ketorolaco es efectivo en:

- Dismenorrea.²
- Síndrome premenstrual y síntomas asociados: *cefalea, cólicos, dolor de espalda y sensibilidad de los senos.*³
- Dolor postquirúrgico.^{2,4}

En postparto, SUPRADOL® optimiza el control del dolor y reduce el uso de OPIOIDES.⁵

Indicado en Dolor ginecológico.²⁻⁵

Secuencia en la toma de decisiones en función de la intensidad del dolor.^{2, 6, 7}



Supradol Duet®, Información para prescribir, PLM 2022; PLM México; Consulta 12 Septiembre 2022.



Aviso de Publicidad No. 2409072002C00051

Referencias: 1. Reacciones Adversas a Medicamentos. Boletín informativo del Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid. 1993; 1(1): 1-2. 2. Información para Prescribir Amplia SUPRADOL® ketorolaco Trometamina Tabletas. 3. Abay H, Kaplan S. Current Approaches in Premenstrual Syndrome Management. *Gestational Science*. 2019; 7(2): 150-156. 4. Conahan T, et al. A comparison of ketorolac and fentanyl for controlling postoperative uterine cramping pain in ambulatory surgery patients. *Ambulatory Surgery*. 1996; 4: 67-72. 5. American Journal of Obstetrics & Gynecology Supplement. 2021; S226. 6. Información para Prescribir Amplia SUPRADOL® Ketorolaco Tabletas 30mg Sublingual. 7. Información para Prescribir Amplia SUPRADOL DUET® Ketorolaco/Tramadol Solución.

Información Exclusiva para el Profesional de la Salud. Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@liomont.com.mx o en la página de internet: www.liomont.com.mx

SUPRADOL® tabletas 10mg; Reg. Núm. 026M92 SSA IV; SUPRADOL® Solución inyectable; Reg. Núm. 036M92 SSA IV; SUPRADOL® tabletas sublingual 30mg; Reg. Núm. 096M2000 SSA IV; SUPRADOL DUET® Solución inyectable; Reg. Núm. 090M2014 SSA IV; SUPRADOL DUET® tabletas sublingual; Reg. Núm. 067M2013 SSA IV.

ANTECEDENTE

La porción intersticial de la trompa de Falopio es el segmento proximal que se encuentra dentro de la pared muscular del útero (mide 0.7 mm de ancho y 1-2 cm de largo). El embarazo intersticial representa menos del 2% de los embarazos ectópicos.¹ Los factores que incrementan el riesgo de embarazo intersticial son similares a los del embarazo ectópico de la trompa de Falopio distal, y su criterio principal es el antecedente de salpingectomía.²

Las principales manifestaciones que sugieren un embarazo ectópico son: amenorrea, dolor abdominal y sangrado transvaginal; sin embargo, en etapas iniciales no suele haber signos ni síntomas, porque el manto miometrial que rodea el saco gestacional es más grueso comparado con el embarazo tubárico,³ por lo que los síntomas aparecen de forma tardía, cuando se rompe el saco gestacional, con hemoperitoneo, irritación peritoneal y choque hipovolémico.^{2,4}

El tratamiento depende de las semanas de gestación, de la ruptura del saco y deseo de fertilidad de las pacientes al momento del diagnóstico.⁵ Cuando el diagnóstico se establece antes de la ruptura del saco gestacional puede optarse por el tratamiento no quirúrgico o la cirugía de mínima invasión, y en caso de ruptura deberá practicarse cirugía de urgencia mediante laparoscopia o laparotomía, según las condiciones de la paciente y habilidades quirúrgicas del equipo médico.⁶

El objetivo de este estudio es informar tres casos de embarazo ectópico intersticial roto, con su respectiva evaluación histopatológica.

CASOS CLINICOS

Caso 1

Paciente de 34 años, con antecedentes obstétricos de 5 embarazos, 4 partos, en curso del quinto embarazo de 10 semanas de gestación, diagnosticado por amenorrea. La paciente manifestó dolor abdominal en la fosa iliaca derecha de forma súbita, por lo que fue valorada en un hospital externo. El ultrasonido reportó: útero con endometrio engrosado, hipoeoico, saco gestacional de 4.3 cm, de localización intersticial derecha, con reacción decidua heterogénea; visualización de un quiste de 3 cm; embrión único, con actividad cardíaca rítmica de 162 latidos por minuto, longitud cráneo-caudal de 3.6 cm y líquido libre en el hueco pélvico.

A su ingreso se advirtió consciente, orientada, normotensa (120/70 mmHg), frecuencia cardíaca de 98 latidos por minuto (lpm); índice de choque de 0.81; con dolor abdominal en la fosa iliaca derecha, rebote y psoas negativos; al tacto bimanual con dolor intenso a la movilización cervical y en el fondo de saco posterior.

Se integró el diagnóstico de embarazo intersticial derecho roto. Se practicó laparotomía exploradora, que reportó hemoperitoneo de 300 mL, útero con embarazo ectópico roto intersticial derecho, con tejido friable y sangrado activo. Se obtuvo un feto sin actividad cardíaca y se llevó a cabo resección del cuerno uterino; se colocaron puntos hemostáticos en la greca, con tejido friable y persistencia del sangrado, por lo que se decidió efectuar histerectomía total abdominal extrafascial, con sangrado total de 900 mL. Durante el procedimiento quirúrgico se transfundieron dos paquetes globulares y un plasma fresco congelado.

La paciente tuvo evolución clínica y bioquímica favorables, por lo que se dio de alta 48 horas posteriores a la intervención quirúrgica, sin complicaciones.

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico intersticial roto. **Figura 1**

Caso 2

Paciente de 25 años, con antecedentes obstétricos de 5 embarazos: 3 abortos y 1 parto. Inició con dolor abdominal intenso, por lo que acudió a un hospital externo, donde informaron: hipotensión (80/40 mmHg), taquicardia (110 lpm), índice de choque grado III, palidez de tegumentos, hiporreactividad y anemia grado IV de la OMS (hemoglobina de 3 g/dL); datos de abdomen agudo, con antecedente de amenorrea de 9 semanas y prueba de embarazo positiva. Se llevó a cabo laparotomía exploradora de urgencia, con reporte de embarazo ectópico intersticial roto, de localización derecha, con hemoperitoneo de 3500 mL. Se realizó resección del cuerno uterino, pero al visualizar tejidos friables, desgarros en el útero y la salpíngex se optó por histerectomía total abdominal, con empaquetamiento pélvico y utilización de 3 compresas. El sangrado total fue de 4300 mL. Se aplicó tratamiento hemodinámico y de la vía aérea,

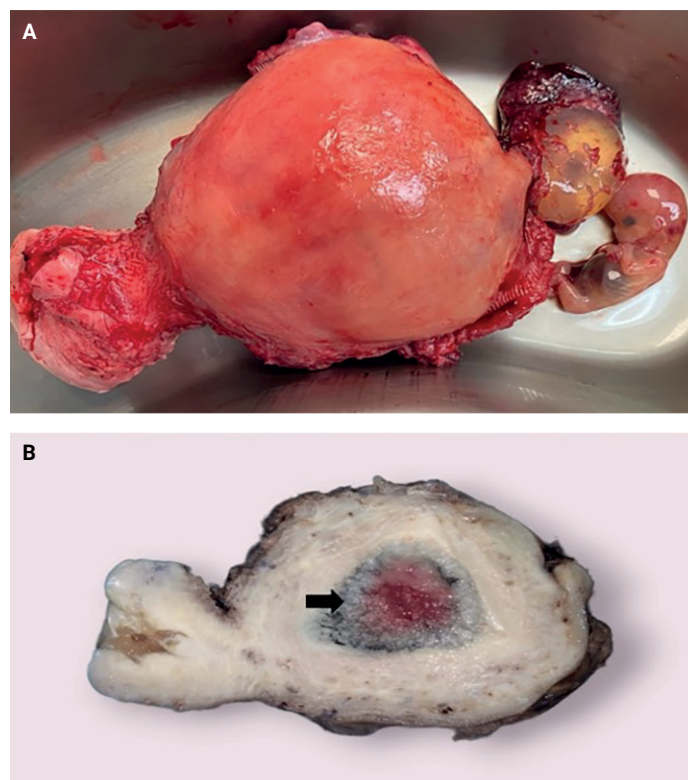


Figura 1. A) Útero de 13 cm, con cambios gestacionales y feto de 10 semanas de gestación. **B)** Útero en corte longitudinal, que muestra la cavidad uterina de 4.5 x 3 cm, de forma triangular-irregular, con tejido blanco-rojizo esponjoso y áreas de necrosis, sin evidencia de tejido trofoblástico.

con hemotransfusión de seis paquetes globulares y tres plasmas frescos congelados, y posterior envío al hospital donde fue atendida.

En la Unidad de cuidados intensivos se mantuvo en tratamiento con sedación, analgesia y tratamiento de la vía aérea por 48 horas hasta su estabilización; posteriormente se efectuó desempaquetamiento pélvico, con reporte de ambos ovarios sin daño, cúpula vaginal íntegra, sin datos de sangrado, con despulmimento del intestino delgado y sangrado de 40 mL. Se colocó un drenaje Penrose, con gasto cuantificado de 210 mL después de 24 horas.

Durante su vigilancia se observó adecuada corrección de la anemia y evolución clínica satisfactoria, por lo que se dio de alta del hospital.

La **Figura 2** muestra los resultados del estudio histopatológico.

Caso 3

Paciente de 23 años, con antecedentes obstétricos de dos embarazos: 1 cesárea, en transcurso del embarazo de 30 semanas de gestación, valorada en un hospital externo. Acudió por dolor abdominal intenso de predominio en el epigastrio, con irradiación al hipocondrio derecho; hipertensión (130/90 mmHg), taquicardia y diaforesis. Los estudios de laboratorio informaron anemia grado III de la OMS (hemoglobina de 7 g/dL). El ultrasonido abdominal documentó abundante líquido libre en la cavidad abdominal, útero gestante, con frecuencia cardíaca fetal positiva, por lo que se practicó laparotomía exploradora, donde se encontró hemoperitoneo de 3000 mL. Se obtuvo una recién nacida de 30 semanas por Capurro. Durante la evaluación se informó embarazo en el cuerno uterino izquierdo, con desgarro de 1.3 cm, en estrecha relación con el lecho placentario, por lo que se llevó a cabo histerectomía obstétrica, con posterior ingreso a la Unidad de cuidados intensivos por 48 horas. Luego de su estabilización hemodinámica fue enviada a la unidad médica donde recibió tratamiento. La paciente tuvo evolución favorable.

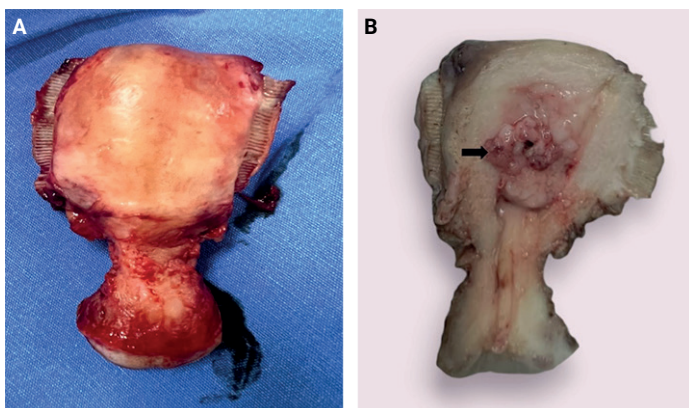


Figura 2. A) Útero después de la histerectomía. **B)** Útero en corte sagital; cavidad uterina irregular, con tejido blanco esponjoso, sin evidencia de tejido (flecha negra).

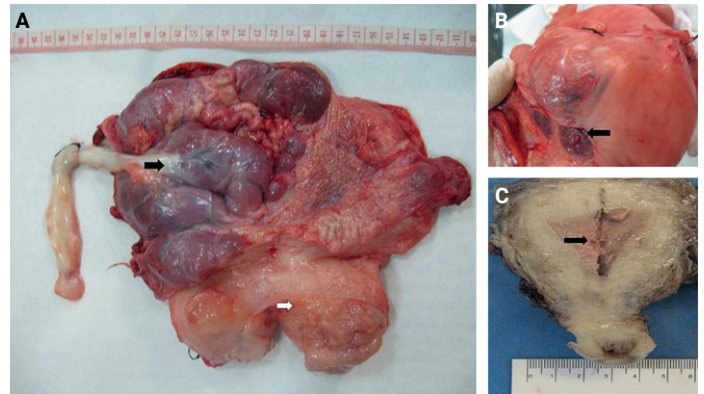


Figura 3. A) Útero en la parte superior izquierda, placenta en la región intersticial, con cotiledones irregulares (flecha negra); en la parte inferior y por separado se encuentra la cavidad uterina (flecha blanca). **B)** Superficie serosa donde se trasluce la placenta; en la parte inferior se advierte una zona con desgarro uterino de 1.3 cm, en estrecha relación con el lecho placentario (flecha negra). **C)** Cavidad uterina de 4.2 x 3.1 cm, triangular-irregular a expensas de tejido blanco amarillento, esponjoso, sin evidencia de tejido trofoblástico.

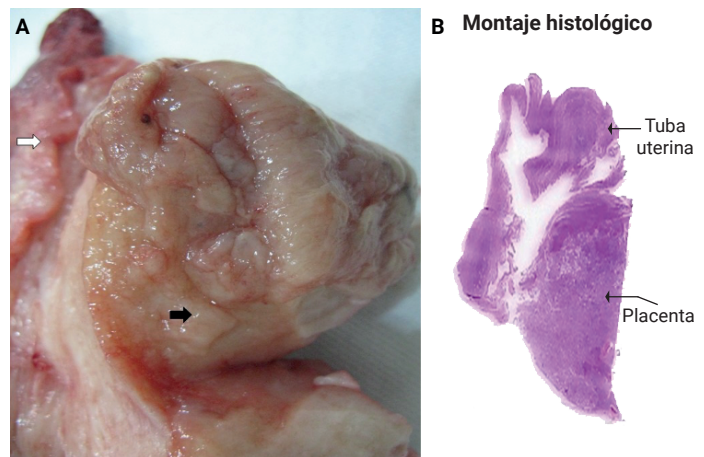


Figura 4. A) Continuidad estrecha de la pared tubaria-mucosa salpingeana (flecha blanca), con lecho placentario (flecha negra). **B)** Corte histológico que muestra la estrecha relación de la salpinge con la implantación placentaria.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de embarazo intersticial roto. **Figuras 3 y 4**

DISCUSIÓN

El embarazo intersticial es un tipo de embarazo ectópico que acontece cuando el blastocisto se implanta en la porción intersticial de la trompa de Falopio,⁷ cuya medida normal es de 0.7 mm de ancho y 1-2 cm de largo, revestida por mucosa endometrial.⁸

La incidencia de embarazo intersticial es baja (2 al 3% del total de embarazos extrauterinos) y la mortalidad varía de un 2 a 2.5%, lo que representa el 20% de las defunciones por embarazo ectópico.⁹ Dentro de los factores de riesgo se encuentran: cirugía tubárica, fertilización in vitro, inducción de la ovulación y enfermedades de transmisión sexual.⁸ Los casos informados en esta serie no se asociaron con los factores de riesgo expuestos.

Las pacientes con embarazo intersticial no suelen manifestar síntomas al inicio de la gestación. Las principales manifestaciones incluyen: amenorrea, dolor abdominal o pélvico, y sangrado transvaginal.¹⁰ El embarazo ectópico roto suele

ocurrir entre las 12 y 16 semanas de gestación, en la unión de los vasos uterinos y ováricos, lo que provoca una descompensación hemodinámica que puede afectar de la vida de la paciente.¹¹ Del 20 al 50% de los casos se diagnostican durante el procedimiento quirúrgico de urgencia, mediante los signos y síntomas de abdomen agudo, en pacientes embarazadas a finales del primero y segundo trimestres.¹²

El estudio de Gao y su grupo, en pacientes con seguimiento de 8 años, informó síntomas negativos en un 47.8%, dolor abdominal en 39.1% y sangrado transvaginal en 23.9%.¹³ Comparado con nuestras pacientes, el caso 1 manifestó dolor abdominal y el caso 2 tuvo choque hipovolémico, ambos con ruptura del saco gestacional; respecto al caso 3, los principales síntomas fueron dolor abdominal intenso y choque hipovolémico, debido a hemorragia abdominal.

Los criterios ecográficos para establecer el diagnóstico de embarazo intersticial son:¹⁴

1. Cavidad uterina vacía.
2. Saco coriónico separado (menos de 1 cm) del borde lateral de la pared uterina.
3. Capa miometrial delgada, menor o igual de 5 mm, que rodea el saco coriónico.
4. Signo de la línea intersticial, que se encuentra desde la cavidad endometrial hasta la región cornual, colindando con el saco gestacional o la masa intersticial

Estos criterios suponen un 80% de sensibilidad y 98% de especificidad para el diagnóstico de embarazo intersticial.¹¹

El tratamiento depende de la edad gestacional al momento del diagnóstico, si existe ruptura del saco gestacional y deseo de fertilidad de la paciente. El protocolo médico incluye: metotrexato en monodosis, multidosis, solo o combinado por vía sistémica, o administración directa en el saco gestacional, por vía vaginal o laparoscópica.^{15,16} Cuando la dosis de β -HCG sérica excede las 20,000 UI/L es probable que exista una reacción deficiente al metotrexato, y justifica el tratamiento quirúrgico adicional,¹⁷ con cirugía conservadora o radical como última opción.⁶

El procedimiento quirúrgico también depende del momento en que se establece el diagnóstico, si se integra antes de la ruptura del saco gestacional puede practicarse cirugía conservadora, con evacuación transcervical, salpingotomía o cornuostomía, resección cornual o en cuña, y escisión minicornual;^{18,19} dentro de estos procedimientos, la resección en cuña se asocia con mayor sangrado intraoperatorio, distorsión de la anatomía del útero y elevado riesgo de ruptura uterina en embarazos subsecuentes.⁴ Si por el contrario el diagnóstico se establece luego de la ruptura del saco gestacional, además de los procedimientos descritos anteriormente, puede optarse por tratamiento radical mediante histerectomía, que se reserva como tratamiento de última línea en pacientes con hemorragia incontrolable, embarazos intersticiales grandes, deseos reproductivos satisfechos o en quienes tengan otro tipo de alteración uterina.^{6,20} La paciente del caso 1 tuvo sangrado persistente, incluso después de colocar suturas hemostáticas y paridad satisfecha, por lo que se realizó histerectomía abdominal. Los casos 2 y 3 reportaron hemoperitoneo de 3500 y 3000 mL, respec-

tivamente, además de choque hipovolémico, por lo que se practicó histerectomía.

La cirugía laparoscópica, comparada con la laparotomía, se asocia con menor tiempo quirúrgico y estancia intrahospitalaria, sin diferencias en cuanto a complicaciones quirúrgicas, sangrado y hemotransfusión.⁵

CONCLUSIÓN

El embarazo intersticial es una alteración con baja incidencia y complicaciones hemodinámicas graves luego de la ruptura del saco gestacional, por lo que es importante conocer las características clínico-patológicas y establecer el diagnóstico temprano, pues el blastocisto se implanta en la porción intersticial de la trompa de Falopio (localizado dentro de la pared muscular del útero). La ruptura puede acontecer, incluso, conforme avanza el embarazo, por lo que es importante integrar el diagnóstico oportuno, mediante criterios ultrasonográficos, que han demostrado alta sensibilidad y especificidad. El tratamiento conservador puede preservar la vida reproductiva de la paciente, pero si existe ruptura del saco gestacional y sangrado en la cavidad abdominal, con inestabilidad hemodinámica, es necesario practicar la cirugía de urgencia, con la finalidad de evitar complicaciones graves.

REFERENCIAS

1. Soriano D, Vicus D, Mashiach R, et al. Laparoscopic treatment of cornual pregnancy: a series of 20 consecutive cases. *Fertil Steril* 2008; 90 (3): 839-43. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.07.1288>
2. Slaoui A, Slaoui A, Zerai N, et al. A. Interstitial pregnancy is one of the most serious and uncommon ectopic pregnancies: Case report. *Int J Surg Case Rep* 2022; 95: 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107195>
3. Sherer DM, Roach C, Gerren A, et al. Sonographic diagnosis of an interstitial pregnancy in an asymptomatic patient at 7 weeks' gestation. *Radiol Case Rep* 2022; 17 (12): 4850-4. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2022.08.110>
4. Di L, Spina MR, Gustapane S, et al. Interstitial Pregnancy: From Medical to Surgical Approach—Report of Three Cases. *Case Rep Obstet Gynecol* 2018; 2018 (1): 1-5. <https://doi.org/10.1155/2018/2815871>
5. Marchand G, Taher A, Sainz K, et al. A systematic review and meta-analysis of laparotomy compared with laparoscopic management of interstitial pregnancy. *Facts Views Vis Obgyn* 2021; 12 (4): 299-308. <https://doi.org/10.22541/au.159060740.03134243>
6. Moawad NS, Mahajan ST, Moniz MH, et al. Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202 (1): 15-29. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.07.054>
7. Li X, Cai P, Ouyang Y, et al. Heterotopic Interstitial Pregnancy: Early Ultrasound Diagnosis of 179 Cases after In Vitro Fertilization-Embryo Transfer. *J Ultrasound in Med* 2023; 42 (4): 915-922. <https://doi.org/10.1002/jum.16103>
8. Brincat M, Smith AB, Holland TK. The diagnosis and management of interstitial ectopic pregnancies: a review. *Gynecological Surgery* 2019; 16 (2): 1-15. <https://doi.org/10.1186/s10397-018-1054-4>
9. Pérez J, Frías Z, Pantoja M, et al. Cornual ectopic pregnancy in a patient with two previous ipsilateral ectopic pregnancies. *Gynecol Obstet Mex* 2019; 87 (2): 133-8. <https://doi.org/10.24245/gom.v87i2.2535>
10. Alkatout, I, Honemeyer, U, Strauss, A, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2013; 68 (8): 571-581. <https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e31829cdbeb>

11. García MII, Jasso RS, Pérez MF, et al. 31-week cornual pregnancy with uterine rupture. A case report. *Ginecol Obstet Mex* 2022; 90 (8): 695-700. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i8.7023>
12. Villagómez EA, Tamayo A. Hemorragia obstétrica y rotura uterina por un embarazo intersticial. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2020; 88 (10): 707-12. <https://doi.org/10.24245/gom.v88i10.4160>
13. Gao MY, Zhu H, Zheng FY. Interstitial Pregnancy after Ipsilateral Salpingectomy: Analysis of 46 Cases and a Literature Review. *J Minim Invasive Gynecol* 2020; 27 (3): 613-7. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.04.029>
14. Finlinson AR, Bollig KJ and Schust DJ. Differentiating pregnancies near the uterotubal junction (angular, cornual, and interstitial): a review and recommendations. *Fertil Res y Pract* 2020; 6 (8): 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40738-020-00077-0>
15. Kampioni M, Chmaj K, Wszolek K, Wilczak M. Interstitial Ectopic Pregnancy—Case Reports and Medical Management. *Medicina* 2023; 59 (2): 1-9 <https://doi.org/10.3390/medicina59020233>
16. Allegrini M, Legendre G, Dabi Y, et al. Local injection of methotrexate ultrasound guided-transvaginal. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2022; 51 (7): 102419. <https://doi.org/10.1016/j.jogh.2022.102419>
17. Feng Q, Zhong J, Liu Y, et al. Surgical treatment of interstitial pregnancy without cornual resection: A case report. *Medicine (United States)* 2022; 101 (26): 1-3 <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000029730>
18. Bahall V, Cozier W, Latchman P, et al. Interstitial ectopic pregnancy rupture at 17 weeks of gestation: A case report and literature review. *Case Rep Womens Health* 2022; 36: 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.crwh.2022.e00464>
19. Ahlschlager LM, Mysona D, Beckham AJ. The elusive diagnosis and emergent management of a late-presenting ruptured interstitial pregnancy: a case report. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021; 21 (1): 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04026-7>
20. Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. *Fertil Res Pract* 2015; 1 (15): 1-20 <https://doi.org/10.1186/s40738-015-0008-z>