

CASO CLÍNICO

Embarazo ectópico intersticial: ¿variedad de incidencia incrementada?

Interstitial ectopic pregnancy: a variety of increased incidence?

MsC. Viviana Pascual López, MsC. Abelardo Toirac Lamarque, y MsC. Milagros Ibarra Madrazo

Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describen 6 casos clínicos de mujeres con embarazo ectópico intersticial --de menor incidencia entre las formas de la variedad tubárica--, tratadas en el Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider" de Santiago de Cuba. Esta entidad clínica ha mostrado un incremento inusual en la población asistida (7,59 %) que resulta, 2,57 veces mayor que la media (2,95 %) del intervalo notificado en la bibliografía médica (1,9-4 %). Se exponen las historias individuales de las pacientes en forma tabulada y, asimismo, los autores ofrecen sus consideraciones a propósito de estas experiencias.

Palabras clave: embarazo ectópico intersticial, hemorragia intraabdominal, hemorragia genital, salpingectomía, hospital ginecoobstétrico.

ABSTRACT

Six case reports of women with interstitial ectopic pregnancy --of lower incidence among the forms of tubaric variety -- treated in "Tamara Bunke Bider" Teaching Gynecological and Obstetrical Hospital from Santiago de Cuba are described. This clinical entity has shown an unusual increase in the assisted population (7.59%), which is 2.57 times higher than the mean (2.95%) of the interval notified in the medical literature (1.9-4%). Tabulated individual medical records of the patients are exposed and, likewise, the authors offer their considerations concerning these experiences.

Key words: interstitial ectopic pregnancy, intra-abdominal hemorrhage, genital hemorrhage, salpingectomy, gynecological - obstetrical hospital.

INTRODUCCIÓN

Se ha denominado con el término gestación ectópica a la implantación del blastocisto fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina. Al respecto, Albucasis hizo la primera descripción anatómica de este estado en el año 963 d.C., Bussiere (1693) identificó, en una necropsia, un embarazo extrauterino con saco íntegro. La primera salpingectomía por embarazo ectópico, con supervivencia de la afectada, la practicó Lawson en 1884, pocos años después que Gutzweiller (1873) describiera las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico simultáneo o combinado, "rebautizado" como heterotópico.¹⁻⁴

La implantación peritoneal se ha aceptado con los criterios de Studdiford (1942), Conill (1960), Henderson y Wilson (1964), así como de Lagar y Prieto (1976), en tanto, Spiegelberg caracterizó la localización ovárica. Por otro lado, la nidación cervical muestra un útero en forma de reloj de arena, con cuerpo desocupado y cuello reblandecido, a modo de campana abierta en sentido caudal. Finalmente, la gestación ectópica bilateral, notificada en 1918, se expresa mediante un cuadro clínico abigarrado que requiere, con frecuencia, medios auxiliares para su diagnóstico.^{3,5,6}

Por otra parte, la causa y los factores de riesgo vinculados a esta noxa son múltiples, de expresión casi siempre inespecífica y, no pocas veces, interdependientes; pueden citarse: "liberalismo sexual" (precocidad y promiscuidad), prácticas sexuales no protegidas, infecciones de transmisión sexual y sus secuelas, nidaciones ectópicas previas, infertilidad, bridas congénitas, cirugía pélvica previa, cirugía de trompas, disfunción de la motilidad tubárica causada por terapia hormonal, anticoncepción intrauterina, abortos provocados, técnicas de reproducción asistida, tabaquismo, alcoholismo y migración transperitoneal del óvulo.^{1,5}

Así, a partir de la década de los 60 del pasado siglo, y hasta la actualidad, el embarazo ectópico ha clasificado como un factor causal de indudable y altísimo riesgo de morbilidad extrema y mortalidad de la madre -- al tiempo que su incidencia asciende en la población cubana y mundial-- y, consecuentemente, de serios trastornos en el necesario equilibrio familiar y social. La expresión estadística de este fenómeno es convincente y se estima que produce 3,2 defunciones maternas por cada 10 000 nacimientos, y constituye la causa más frecuente de fallecimientos en el primer trimestre de la gestación y de 5-12 % del total de muertes maternas.³

CASOS CLÍNICOS

Durante el 2011 en la institución donde se efectuó este estudio se produjeron 3 196 nacimientos y, además, fueron diagnosticados y tratados 79 pacientes con gestaciones ectópicas, para razón (R) de 0,025 (79/3117) e índice de 2,534 (79/3117x100), de los cuales se identificaron 6 casos de la variedad intersticial que se describen de forma resumida en los cuadros A y B, y muestran porcentaje (P) de 7,59 (6/79x100). Dicho valor resulta 2,57 veces mayor que la media (2,95 %) del intervalo notificado en la bibliografía consultada^{1-3,7-10} de 1,9-4 %, lo cual se considera relevante para estudiarlo en forma prospectiva.

Cuadro A. Resumen de las historias clínicas de las pacientes

Caso	Edad	Historia obstétrica	Última menstruación (S)	Cuadro clínico	Ecografía
1	38	Paridad: 2 Abortos: 5	Sin precisar	- Síntomas de gravidez posaborto provocado	- SG, embrión vivo: 15 mm - Cuerno derecho
2	28	Paridad: 1 Abortos: 1	7,5	- Asintomática	- Fibromatosis uterina - SG, embrión vivo: 22 mm - Cuerno derecho
3	29	Paridad: 0 Abortos: 1	10,1	- Asintomática	- Cuerno derecho
4	33	Paridad: 1 Abortos: 1	Sin precisar	- Falta menstrual - PA: positiva - Choque hipovolémico	- No realizado - Emergencia extrema
5	26	Paridad: 1 Abortos: 3	5	- HG: "manchas" ¿hemorragia de implantación?	- SG, embrión vivo - CRL: 16 mm= 8 S - Cuerno izquierdo
6	37	Paridad: 2 Abortos: 1	10,1	- DBV - HG: "manchas oscuras"	- SG, embrión vivo - CRL: 31 mm =10 S - Cuerno derecho

Leyenda. PA: punción abdominal, HG: hemorragia genital, DBV: dolor en bajo vientre, SG: saco gestacional, CRL: longitud coronilla-rabadilla, S: semanas

Cuadro B. Resumen de las historias clínicas de las pacientes

Caso	Tratamiento	Diagnóstico clinico-histopatológico	Evolución
1	- Histerectomía total	- Embarazo ectópico intersticial - No complicado - B: 2011-813	- Satisfactoria - Hemoglobina: 114-108 gL (preoperada-posoperada) - Estadía: 5 d
2	- Histerectomía total - Salpingectomía derecha	- Embarazo ectópico intersticial - No complicado - B: 2011-1231	- Satisfactoria - Hemoglobina: 121-108 gL - Estadía: 5 d
3	- Histerectomía total - Salpingectomía derecha	- Embarazo ectópico intersticial - Complicado: HIP - B: 2011-2509	- Lesión vesical peroperatoria - Hemoglobina: 99-87 gL - Estadía: 10 d
4	- Histerectomía	- Embarazo ectópico	- Satisfactoria

	subtotal	intersticial	- Hemoglobina: 37-106 gL
	- Salpingectomía izquierda	- Complicado: choque hipovolémico	- Estadía: 5 d
		- B: 2011-2994	
5	- Histerectomía subtotal	- Embarazo ectópico intersticial	- Satisfactoria
	- Salpingectomía izquierda	- No complicado	- Hemoglobina: 110-102 gL
		- B: 2011-3315	- Estadía: 3 d
6	- Histerectomía subtotal	- Embarazo ectópico intersticial	- Satisfactoria
	- Salpingectomía derecha	- No complicado	- Hemoglobina: 114-110 gL
		- B: 2011-3712	- Estadía: 3 d

Leyenda. B: biopsia, HIP: hemorragia intraperitoneal, d: días

Es necesario reseñar, en síntesis, los parámetros de preeminencia en los casos estudiados:

- Estimación de mediana (Q_2): Edad de 31 años; paridad y abortos: 1/1; falta menstrual de 9,1 semanas; estadía de 5 días.
- Expresión clínica de amplitud extrema: Ausencia de síntomas y signos, cuadro clínico inespecífico, estado de choque hipovolémico.
- Ecografía: Muestra sus bondades en pesquisaje, confirmación diagnóstica y localización (4 en el lado derecho y 2 en el izquierdo).
- Criterios de tratamiento quirúrgico: Pueden y deben ser revisados, puesto que la histerectomía ha sido el procedimiento de elección, aún en casos no complicados.

COMENTARIOS

Las variedades reconocidas de gestaciones ectópicas con sus correspondientes frecuencias relativas son: tubárica² con 98,3 % (fímbrica: 6,2 %; ampular: 79,6 %; ístmica: 12,3 %; intersticial: 1,9-4 %), cornual,¹⁻¹⁰ casi indistinguible anatómicamente de la localización intersticial y considerada -- en conjunto -- desde el punto de vista estadístico en 2 a 3 %.¹ Asimismo, se describen otras variedades: ovárica, 0,15 %; cervical, 0,15 %; la peritoneal, 1,4 %; en tanto, de las heterotópicas: espontáneo, 0,003 - 0,008 % / en reproducción asistida, 1%; ectópico bilateral, 0,06-0,08 %.²⁻⁵

Su diagnóstico presuntivo puede y debe plantearse con tanta precocidad como lo permita la perspicacia y experiencia de los actuantes (virtudes que no deben faltar nunca ante esta posibilidad clínica). La inespecificidad de los síntomas clásicos: falta menstrual, dolor abdominal y sangrado vaginal atípico -- muy frecuentes en la mujer en edad reproductiva --, junto a otros: decaimiento, somnolencia y molestias digestivas, exige que se profundice en el interrogatorio de casos en riesgo, asintomáticos, o ambos, por cuanto su expresión depende de: a) sus formas de evolución, a saber: aguda y, más frecuentemente, subaguda y crónica; y b) sus variedades anatomoclínicas. En secuencia lógica, se dispondrá de los medios auxiliares de diagnóstico:

- Ecografía abdominal y transvaginal, Doppler color y pulsado transvaginal³
 - Tríada clásica: útero vacío, masa anexial y derrame peritoneal (saco de Douglas)²
 - Señal de alta velocidad y baja impedancia en área placentaria en ciernes
- Fracción beta de gonadotropina coriónica³
 - Intervalo de 0,5-10 mUI/mL: embarazos de 8-10 días posfecundación
- Progesterona sérica²

- Menor de 15 ng/mL: gestación ectópica; menor de 5 ng/mL: embarazos inviables (P=98-99 %)
 - Mayor de 5 ng/mL <15 ng/mL (si estabilidad hemodinámica): perfil de β HCG y ecografía
- d) Pruebas de embarazo en orina: ELISA (positividad de 90 % para embarazos ectópicos), inhibición de aglutinación en látex: diagnóstico de 15-60 %.³
- e) Culdocentesis: En desuso ante la ecografía, por la rapidez y cuasi infalibilidad de esta
- f) Laparoscopia: Recurso de carácter dual: diagnóstico y terapéutico.

Al respecto, el diagnóstico de un caso que aún no tenga complicaciones casi siempre resulta de un razonamiento lógico y bien estructurado, el cual es seguido por un criterio terapéutico consecuente. Sin embargo, el cuadro clínico preciso que alcance categoría de urgencia, por ejemplo, una hemorragia intraperitoneal sin cambios hemodinámicos y, aún más, la presencia de una situación de emergencia dada por un estado de choque hipovolémico, deben considerarse, en forma respectiva, situaciones de gravedad extrema o crítica que obligan a actuar en debida correspondencia.

De hecho, la terapéutica depende de diversos factores: edad, paridad, variedad de la afección, estado hemodinámico y, finalmente, se organiza en 2 direcciones: profiláctica y curativa. La primera se nutre de la identificación y acción inmediata sobre factores de riesgo y causalidad ya citados, en tanto, la segunda, combina la terapia medicamentosa (oral, intrasacular: metotrexato, actinomycin D, mifepristone), con la cirugía convencional y de mínimo acceso. Es imprescindible y de importancia extrema, garantizar la disponibilidad y calidad profesional que se requiere para la atención de urgencia y emergencia, que debe brindar el equipo multidisciplinario actuante en estos casos y, en particular, para prevenir o tratar adecuadamente el colapso hemodinámico-hipovolémico que en ocasiones se presenta en las féminas afectadas.²

Finalmente, los autores desean compartir algunas consideraciones a propósito de estas experiencias:

- I. La localización intersticial es considerada de menor incidencia en la variedad tubárica, pero resulta, particularmente, riesgosa por las características anatomofisiológicas de esta región del útero, a saber:
- El segmento intersticial es corto, estrecho y tortuoso.
 - El grosor y la distensibilidad del miometrio y la infiltración del trofoblasto son apreciables y la implantación del saco embrionario queda ahora estructurado por una capa sero-miometrial discontinua que yace sobre un rico patrón vascular.
 - La pobre definición de su cuadro clínico dificulta su presunción diagnóstica y ensombrece el pronóstico en la mujer afectada.³
- II. En estos casos puede:
- Confundirse la lesión uterina con el signo de Piskacek, sobre todo en una gestante asintomática.
 - Deformarse el cuerno izquierdo en caso de que ahí anide el embrión y ofrezca la falsa apariencia clínica de una gestación de mayor tiempo que el referido o estimado.
 - Producirse la ruptura tardía del saco de la octava a la décima semanas e, incluso, más adelante.
 - Tener lugar un sangrado profuso, de volumen impredecible y que pudiera ser letal por la vecindad y volumen de perfusión de las arterias uterinas (sus ramas ascendente y terminal) y las adyacentes del arco vascular de Ricci.
 - Verificarse el criterio clínico de inmediato, por medio de ecografía:³
 - Cavity uterina vacía.
 - Saco que sobrepasa el borde lateral de la cavity uterina en el cuerno.
 - Halo de tejido sero-miometrial discontinuo que rodea al saco gestacional.

III. El embarazo ectópico de localización intersticial, que ha mostrado inusual frecuencia en la población asistida, evolución "indefinida" y marcado impacto negativo sobre la integridad de la mujer, a juicio de los autores no admitiría - sin consecuencias- la postergación de una visita necesaria al médico, tampoco una imprecisión diagnóstica ni una eventual vacilación terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Haut JC, Rouse DJ, Spong CY. Ectopic pregnancy. En su: Williams Obstetrics. 23 ed. New York: The McGraw-Hill Companies; 2010.
2. Moura P. Cuadros hemorrágicos de la gravidez inicial: Gravidez ectópica. En: Mendes de Graca L. Medicina materno-fetal. 3 ed. Lisboa: Lidel; 2005; V2. p. 349-59.
3. Valera Valero CA, Sánchez Casas Y, González Lucas N, Fernández Rodríguez F. Diagnóstico del embarazo ectópico. AMC. 2003 [citado 18 Mar 2011]; 7(3). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7n3/681.htm>
4. Toirac Lamarque A, Momblanc Iranzo R, Garcia SR. Embarazo simultáneo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1977; 3(2): 109-14.
5. García Salvador R, Toirac Lamarque A, Oliva Alonso A. Embarazo peritoneal secundario con feto vivo a término. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1977; 3(4): 333-7.
6. Toirac Lamarque A, García Salvador R. Ecclesis ovárica y DIUC in situ: una asociación interesante. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1980; 6(3): 291-6.
7. Zepeda Zaragosa J, López Salas M, Briones Landa C, Domínguez Cortés S, Hernández Ruiz M, Padilla de la Paz K. Embarazo ectópico cornual, reporte de un caso y revisión de literatura. Rev Fac Med UNAM. 2009; 52(4): 182-4.
8. Ramírez Arreola L, Nieto Galicia LA, Escobar Valencia A, Cerón Saldaña MA. Embarazo ectópico cornual. Comunicación de un caso y revisión retrospectiva de cinco años. Ginecol Obstet Mex. 2007; 75: 219-23.
9. Navarro M, Espadas B. Ruptura de embarazo ectópico cornual en segundo trimestre de gestación. Clin Invest Ginecol Obstet. 2008; 35(6): 228-30.
10. Levine HR, O'Connor J, de Prisco G. Obstetrical emergency: an unusual case of an ectopic pregnancy. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2012; 25(1): 73-5.

Recibido: 29 de abril de 2012.

Aprobado: 10 de mayo de 2012.

Viviana Pascual López. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Tamara Bunke Bider", avenida Libertadores, entre 5 y 7, reparto Fomento, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: anavivi@medired.scu.sld.cu