

## Embarazo ectópico en muñón de trompa residual

### Ectopic Pregnancy in Residual Tubal Stump

Carlos Moya Toneut<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5017-8777>

Robinson Borges Fernández<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6633-7330>

Lumey Hernández Niebla<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7736-9821>

<sup>1</sup>Hospital Provincial General Universitario Mártires del 9 de abril. Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [carlosmt@infomed.sld.cu](mailto:carlosmt@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** El embarazo ectópico se produce cuando el óvulo fecundado se implanta fuera del útero. Aproximadamente la mitad de las mujeres que lo padecen no muestran factores de riesgo conocidos; sin embargo, su localización principal son las trompas de Falopio. También puede producirse en lugares atípicos como el muñón de una trompa residual.

**Objetivo:** Descripción de un caso de embarazo ectópico de localización atípica.

**Presentación del caso:** Paciente de 36 años con antecedente de embarazo tubario izquierdo y salpingectomía parcial derecha por técnica de Pomeroy. Acudió al Hospital Provincial General Universitario Mártires del 9 de abril, de Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba, con amenorrea imprecisa, sangrado genital anormal y molestias en el bajo vientre. Se le diagnosticó un posible embarazo ectópico complicado con estabilidad hemodinámica. Se sometió a una laparotomía exploratoria de urgencia,

en la que se comprobó un hemoperitoneo de mediana cuantía y un embarazo ectópico en el muñón residual.

**Conclusiones:** Se demostró la existencia de embarazos ectópicos en un muñón de trompa residual, lo que obliga a los profesionales de la salud a considerar esta posibilidad diagnóstica.

**Palabras clave:** embarazo ectópico; muñón de trompa residual.

## ABSTRACT

**Introduction:** Ectopic pregnancy occurs when the fertilized egg implants outside the uterus. Approximately half of the women who suffer from it show no known risk factors; however, its main location is the fallopian tubes. It can also occur in atypical sites such as the stump of a residual tube.

**Objective:** To describe a case of ectopic pregnancy of atypical location.

**Case presentation:** 36-year-old female patient with a history of left tubal pregnancy and right partial salpingectomy by Pomeroy technique. She attended the *Hospital Provincial General Universitario Mártires del 9 de abril, Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba*, with vague amenorrhea, abnormal genital bleeding and discomfort in the lower abdomen. She was diagnosed with a possible complicated ectopic pregnancy with hemodynamic stability. She underwent an emergency exploratory laparotomy, in which a medium hemoperitoneum and an ectopic pregnancy in the residual stump were found.

**Conclusions:** The existence of ectopic pregnancy in a residual tube stump was demonstrated, which obliges health professionals to consider this diagnostic possibility.

**Keywords:** ectopic pregnancy; residual tubal stump.

Recibido: 02/04/2024

Aceptado: 16/06/2024

## Introducción

El embarazo ectópico (EE) se define como la implantación del producto de la concepción fuera de la cavidad endometrial. Un embarazo es ectópico o intrauterino cuando el óvulo fecundado se implanta y se desarrolla en su lugar habitual: el endometrio del revestimiento de la cavidad uterina. Si se produce en cualquier otro lugar, el embarazo es ectópico.<sup>(1,2)</sup> Se trata de una patología enigmática e importante debido a su presentación engañosa, lo que la convierte en una enfermedad peligrosa, ya que puede causar la muerte materna por complicaciones como la anemia aguda y el shock hipovolémico si se produce su ruptura y el diagnóstico es tardío. Aproximadamente, el 75 % de las muertes durante el primer trimestre y el 9 % de todas las muertes relacionadas con el embarazo son por embarazo ectópico<sup>(3)</sup> El EE tiene una etiología multifactorial.<sup>(1,2,3)</sup> Esta enfermedad ha ido en aumento debido a la utilización más frecuente de técnicas de reproducción asistida, 4 entre otras causas.

Cuba no está exenta de esta pandemia gineco-obstétrica que ha convertido el embarazo ectópico: entre los años 2000 y 2020, se ha producido al menos una muerte por esta causa en cada uno de ellos, lo que hace un total de 95 muertes maternas por esta causa en esta etapa.<sup>(2,5)</sup>

Debido a las peculiaridades del embarazo ectópico en esta paciente, se presenta el caso con el objetivo de valorar los aspectos clínicos relacionados con el embarazo ectópico de localización atípica.

## Presentación del caso

Los datos demográficos de la paciente son: mujer de 36 años con antecedentes de cervicitis crónica y seguimiento en consulta de patología del cuello.

Como historia de la enfermedad actual (HEA), dentro de la obstétrica se encontró: cuatro partos, cero abortos espontáneos, dos cesáreas (recién nacidos vivos, a término, de buen peso y Apgar), la última hacía dos años, en la que se le realizó una salpingectomía parcial derecha, según la técnica de Pomeroy. Previamente, tuvo un aborto tubárico espontáneo.

Acude a los servicios médicos por un sangrado genital anormal de más o menos dos meses de evolución y molestias en el bajo vientre. Previamente había sido atendida en dos ocasiones en la atención primaria de salud por un cuadro similar, que fue interpretado como enfermedad inflamatoria pélvica, y por el que realizó tratamiento médico en dos ocasiones. Se decidió su ingreso hospitalario y se indicaron exámenes complementarios de urgencia.

El motivo de ingreso (MI) fue sangrado genital anormal y molestias en el bajo vientre.

Dentro de los antecedentes patológicos personales (APP) se encontraron: no patologías, no alergia a medicamentos; no transfusiones, sin antecedentes patológicos familiares y las operaciones, salpingectomía parcial izquierda por EE, dos cesáreas y salpingectomía parcial derecha.

Como antecedentes obstétricos y ginecológicos se constató: la menarquía a los 13 años, primeras relaciones sexuales a los 16; eumenorreica fórmula menstrual irregular; fecha de última menstruación imprecisa; seguimiento en Consulta de Patología de Cuello (cervicitis crónica); y las gestaciones y operaciones mencionadas.

Durante el examen físico se observó estado general conservado, piel y mucosas húmedas, ligeramente hipocoloreadas; murmullo vesicular conservado, no se auscultaron estertores; frecuencia cardíaca (FC) de 16/min; ruidos cardíacos, rítmicos, bien golpeados, y no se auscultaron soplos; tensión arterial (TA) de 110/80 mmHg FC: 84 lat/min; temperatura de 36,2 °C; en el abdomen no hubo cambio de coloración, siguió los movimientos respiratorios; suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa ilíaca derecha e hipogastrio. No existieron signos de reacción peritoneal y no visceromegalia.

Durante el tacto vaginal (previa embrocación vaginal) se encontró vagina húmeda, elástica y no hipertérmica; útero discretamente aumentado de tamaño, con cervix de consistencia disminuida y muy doloroso a la movilización. Hacia la porción del anejo derecho, y formando cuerpo con el útero y parte de la cara posterior, se tactó un proceso T de, aproximadamente, 5 cm de longitud, de consistencia dura e irregular, que resultaba muy doloroso al tacto. Se observó un fondo de saco

posterior que impresionó ocupado y muy doloroso al tacto. El dedo del guante se manchó de sangre oscura y escasa que recordó a la borra del café.

La paciente estaba consciente y orientada sensorio presente, y motilidad conservada.

El tejido celular subcutáneo estaba no infiltrado.

Los datos de los exámenes complementarios mostraron: hemoglobina: 84g/L, leucograma:  $11,4 \times 10^9/L$ , polimorfonucleares 064 y linfocitos 036 %, tiempo de coagulación de 8 min, tiempo de sangrado de 1 min, conteo de plaquetas:  $290 \times 10^9/L$ , grupo sanguíneo y Rh: A positivo, test de embarazo en orina dudoso.

El ultrasonido ginecológico señaló que el útero era de tamaño normal y el endometrio fino; y el ovario izquierdo normal. En la región del anejo derecho se observó una imagen heterogénea que ocupaba también la zona del parametrio de ese lado y el fondo del saco de Douglas, que rechaza el útero hacia delante. Medía, aproximadamente, 8 x 6 cm, tenía áreas de degeneración en su interior y presentaba líquido alrededor e interasas.

Se diagnosticó posible embarazo ectópico complicado (con estabilidad hemodinámica) que se planteó por la edad de la paciente, el antecedente de EE previo, las dos cesáreas y la salpingectomía izquierda, la amenorrea no bien precisada, el discreto dolor en la hipogastrio y la fosa ilíaca derecha, los hallazgos en el examen físico vaginal y los resultados de las pruebas complementarias, como el test de embarazo en orina dudoso, los hallazgos ultrasonográficos y la anemia. Como conducta se indicó laparotomía exploratoria de urgencia.

Durante el transoperatorio, previa anestesia espinal con lidocaína hiperbárica, se realizó una celiotomía media suprapúbica; se liberaron adherencias intraabdominales en gran cantidad; se comprobó hemoperitoneo de mediana cuantía; se constató la presencia de un útero discretamente aumentado de tamaño y un embarazo ectópico de muñón residual de trompa de Falopio derecha roto y adosado a la cara lateral derecha y posterior del útero, que se extendía hasta el fondo del saco posterior. Se liberó (fig. 1) y se realizó una salpingooforectomía derecha con la que se logró hemostasia. La paciente se sometió sometida a una hemotransfusión durante el transoperatorio y salió del salón de operaciones con un estado hemodinámico estable y orinas claras.



**Fig. 1** – Presencia de embarazo ectópico en muñón de trompa residual derecha.

La anatomía patológica de la porción de trompa y ovario derecho (fig. 2). Desde el punto de vista macroscópico se trata de una pieza quirúrgica correspondiente a anejo derecho producto de anexectomía derecha, que mide la porción de la trompa 5,1 x 3,2 cm. Es serosa, oscura grisácea, y al corte seriado presenta luz dilatada con un área pardo clara, con adherencias totales de la superficie de la trompa, compuesta por seis fragmentos.

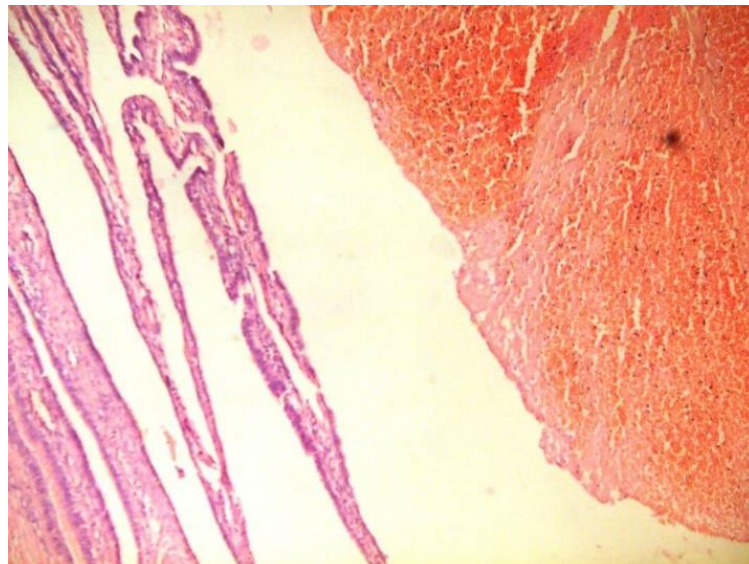
El ovario derecho medía 3,3 x 3,2 cm, es de color pardo claro, y al corte está constituido por tejido ovárico con presencia de formaciones quísticas y contenido translúcido, 7fc/r.



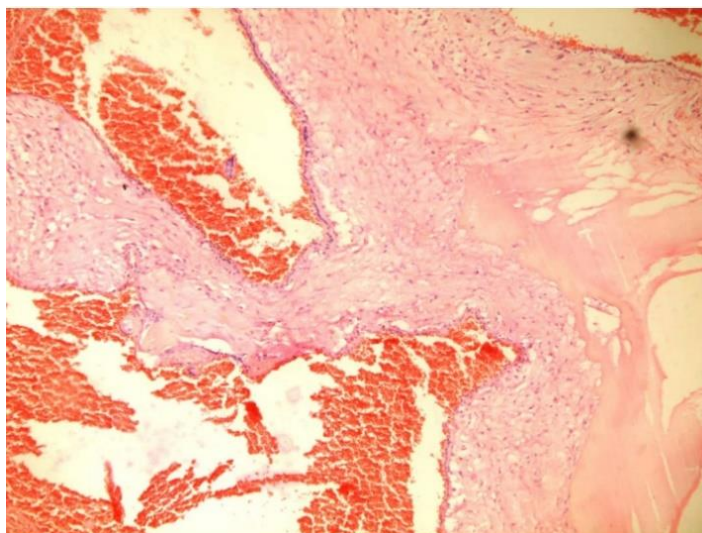


**Fig. 2** – Porción de trompa con embarazo ectópico y ovario derecho (aspecto macroscópico).

La conclusión diagnóstica fue anexectomía derecha que mostró embarazo ectópico en muñón de trompa residual derecho y cuerpos blancos del ovario (figs. 3 y 4).



**Fig. 3** –Aspecto microscópico: presencia de fragmento de trompa de Falopio.



**Fig. 4** – Aspecto microscópico: presencia de vellosidad coriónica a nivel del segmento tubárico que confirman embarazo ectópico.

## Discusión

En el caso presentado la paciente estuvo gran parte del tiempo oligosintomática, lo que coincide con lo planteado por varios autores,<sup>(1,2,4,6,7)</sup> quienes señalan que en las etapas iniciales del EE, la paciente se comporta como un embarazo ectópico, es decir, asintomática o con escasos síntomas.

La presentación clínica del embarazo ectópico no ofrece datos específicos. El profesor *Botella Llusíá* señala lo siguiente: “la clínica del embarazo ectópico con una sintomatología única es un empeño inútil”.<sup>(8)</sup>

La mitad de las mujeres afectadas por un EE no presentan factores de riesgo conocidos para esta enfermedad.<sup>(1,2,4,9,10)</sup> La paciente en cuestión tenía como factores de riesgo para la entidad la edad, cirugías gineco-obstétricas previas y embarazo ectópico previo, factores señalados por algunos autores como de riesgo de embarazo ectópico.<sup>(1,9,10,11)</sup>

Los Protocolos de Medicina Maternofetal de Barcelona de 2022 plantean que el riesgo se eleva al 12,5 % con un EE previo y al 76,6 % con  $\geq$  dos gestaciones ectópicas.<sup>(12)</sup> *Peña Abrahany* otros<sup>(13)</sup> señalan que su presencia como antecedente incrementa entre siete y 13 veces la posibilidad de un embarazo ectópico



subsiguiente. Por su parte, *Logroño* y otros, señalan una recurrencia de hasta el 10 %.<sup>(14)</sup>

La implantación del embarazo ectópico puede tener lugar en la trompa de Falopio, el cuello o el cuerno uterino, la cicatriz de una cesárea, el intramural (de ahí que dicho embarazo no pueda ser sinónimo de extrauterino), el ovario, la cavidad abdominal, donde se han descrito casos de embarazo ectópico hepático, esplénico y mesentérico. También se han reportado embarazos ectópicos retroperitoneales.<sup>(1)</sup>

El colectivo de autores del Protocolo de Medicina Maternofetal de Barcelona (PMMFB)<sup>(12)</sup> refiere un 95 % de gestaciones tubáricas, concretamente en la región ampular (80 %), y un 5 % restante de origen no tubárico.

*Alonso Llanes* y otros<sup>(10)</sup> afirman que la mayoría de los EE (98 %) son tubarios: el 65 % ampular, el 20 % ístmico, el 13 % del pabellón, el 2 % intersticial, y, excepcionalmente ováricos (1 %), abdominales (1 %), endocervicales (0,1 %), o desarrollados sobre un divertículo intramiometrial (0,03 %).

Sobre los casos ubicados en un muñón de trompa residual existen, reportados en la literatura mundial de embarazos ectópicos con posterioridad a una esterilización quirúrgica, aunque se desconoce la incidencia exacta. El dolor pélvico agudo tras la ligadura de las trompas rara vez se tiene en cuenta en los diagnósticos diferenciales. Se especula sobre los posibles mecanismos que provocan esta afección, al referir la técnica de esterilización quirúrgica y a la transmigración intrauterina.<sup>(1,6,15)</sup>

Los autores defienden que el embarazo ectópico en un muñón de trompa residual constituye una entidad rara, pero posible, y que, ante cualquier mujer con amenorrea, dolor pélvico y sangrado genital anormal hay que considerar esta posibilidad diagnóstica, sobre todo si los medios auxiliares de diagnóstico evidencian la sospecha clínica. Además, es importante recordar que la laparotomía exploratoria es un método eficaz para diagnosticar el embarazo ectópico en caso de dudas. En palabras del profesor *Botella Llusíá*:<sup>(8)</sup> en la duda, es un error más grave ignorar un embarazo ectópico, que diagnosticarlo sin que exista.

## Consideraciones finales

En esta paciente coincidieron varios factores de riesgo como la edad, los antecedentes de embarazo ectópico tubario, dos cesáreas y salpingectomía parcial de la trompa restante. Recibió un tratamiento erróneo en dos ocasiones en la atención primaria de salud como una enfermedad inflamatoria pélvica, lo que conllevó un diagnóstico tardío de embarazo ectópico complicado. Este caso demuestra la importancia de considerar siempre la posibilidad diagnóstica de embarazo ectópico en toda mujer con dolor abdomino-pélvico, amenorrea y sangrado genital anormal.

## Referencias bibliográficas

1. Moya Toneut C. Embarazo ectópico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017 [acceso 13/03/2024]. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu/2017/09/19/embarazo-ectopico/>
2. Moya Toneut C, Cruz Rodríguez J, Sarduy Nápoles MR. Un dilema clínico, el diagnóstico del embarazo ectópico. Acta Médica del Centro. 2024 [acceso 13/03/2024];18(1). Disponible en: <http://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1905>
3. Hu Liang H, Sandoval Vargas J, Hernández Sánchez AG, Vargas Mora J. Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Rev Clín Esc Med UCR-HSJD. 2019 [acceso 13/03/2024];9(1):28-36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
4. Espinoza Garita S, Garnier Fernández JC, Pizarro Alvarado G. Generalidades sobre embarazo ectópico. Rev Méd Sinerg. 2021 [acceso 13/03/2024];6(5):e670. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms215c.pdf>
5. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2020. La Habana: Minsap; 2021 [acceso 13/03/2024]. Disponible en:

<https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2021/08/11/anuario-estadistico-de-salud-2020/>

6. Corona Barsse G, Guadarrama Sánchez FR. Embarazo ectópico. En: Guadarrama Sánchez FR, Batiza Reséndiz VA, Sierra Lozada N, Zamora Escudero R. Obstetricia y temas selectos de medicina materno fetal. El feto como paciente. Guadalajara: Editorial Cuellar Ayala; 2020 [acceso 13/03/2024]. Disponible en: [http://flasog.org/wp-content/uploads/2022/03/LIBRO-OBSTETRICIA-TEMAS-SELECTOS-2020\\_compressed.pdf](http://flasog.org/wp-content/uploads/2022/03/LIBRO-OBSTETRICIA-TEMAS-SELECTOS-2020_compressed.pdf)

7. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo de localizaciones poco frecuentes del embarazo ectópico. Rev Chil Obstet Ginecol. 2020 [acceso 13/03/2024];85(6):709-24. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000600709&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000600709&script=sci_arttext)

8. Botella Llusía J, Clavero Núñez JA. Embarazo ectópico. En: Botella Llusía J, Clavero Núñez JA. Tratado de Ginecología: fisiología, obstetricia, perinatología, ginecología. 14 ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.;1993. p. 391. Disponible en:

[https://books.google.com.cu/books?id=CydfAhqjG1IC&printsec=frontcover&vq=Ginecolog%C3%ADa&output=html\\_text&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0](https://books.google.com.cu/books?id=CydfAhqjG1IC&printsec=frontcover&vq=Ginecolog%C3%ADa&output=html_text&source=gbs_ge_summary_r&cad=0)

9. Carvajal Cabrera JA. Manual de obstetricia y ginecología. Cap. 64. Embarazo ectópico 2023. Chile: Editorial Pontificia Universidad Católica de Chile [acceso 15/05/2024]; XIV Edic. p 628. Disponible en: [https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL\\_compressed.pdf](https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL_compressed.pdf)

10. Alonso Llanes Y, Piloto Padrón M, Santisteban Alba SR. Sangrado en obstetricia. En: Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y Ginecología. 4ta ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023 [acceso 16/05/2024]:392-432. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu/2023/02/17/obstetricia-y-ginecologia-cuarta-edicion/>

11. Embarazo ectópico. En: Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, eds. Williams. Obstetricia, 24e. McGraw-Hill Education; 2015 [acceso 23/02/2024]. Disponible en:

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525&sectionid=100458429>

12. Protocolo: Gestación ectópica tubárica y no tubárica. Protocolos de Medicina Maternofetal de Barcelona. 2022 [acceso 23/02/2024]. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/gestacion-ectopica.pdf>

13. Peña Abrahan MM, Blanco Carreño J, Vitón Castillo AA, Ordóñez Álvarez LY. Embarazo ectópico abdominal con feto vivo en el Hospital Provincial de Bié, Angola. Medident Electrón. 2023 Mar [acceso 5/06/2024];27(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432023000100015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432023000100015&lng=es). Epub 01-Ene-2023.

14. Logroño D, Ramírez J, Campoverde A. Prevalencia de embarazo ectópico en el Hospital Carlos Andrade Marín, 2017 a 2019. Revista MetroCiencia. 2020;28(1). DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol28/1/2020>

15. Kyejo W, Rubagumya D, Fidaali Z, Jusabani A, Kaguta M, Jaiswal S. Bilateral tubal ectopic gestation: Complication in a patient with previous ectopic pregnancy, rare case report. International Journal of Surgery Case. Reports. 2022 [acceso 23/02/2024];97(107470). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210261222007167?via%3DiHub>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.