

EMBARAZO ECTÓPICO EN ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

CASE REPORT: ECTOPIC PREGNANCY IN ADOLESCENT

Claudia Aracelli Urbina Alvarez¹, Luis Joel Figueroa Alvarado², Edith Maritza Paz Carrillo³, Melissa Carolina Mariluz Cuadros⁴, Claudia Aracelli Urbina Alvarez⁵.

RESUMEN

Un embarazo ectópico (EE) se presenta en el 1 a 2% de todos los embarazos y es la causa más común de muerte en mujeres embarazadas en el primer trimestre. El EE ocurre cuando la implantación y el desarrollo del embrión se dan por fuera de la cavidad uterina con riesgo de mortalidad, es un tipo infrecuente de embarazo en las adolescentes. Su diagnóstico preoperatorio sigue siendo un desafío, ya que se presenta de manera bastante similar a los quistes ováricos complicados. Presentamos el caso de una nulípara de 14 años que acude a la emergencia por dolor abdominal y sangrado transvaginal, se le diagnostica correctamente mediante ecografía y se confirmó positivamente durante la laparotomía y la histología de embarazo ectópico tubárico.

Palabras Clave: (DeCS): embarazo ectópico, embarazo tubárico, adolescente

MeSH: Pregnancy, Ectopic; Pregnancy, Tubal ; Adolescent

ABSTRACT

Ectopic pregnancy (EP) accounts to 1 to 2% of pregnancies and it is the leading cause of morbidity and mortality for women during the first trimester of pregnancy. EP occurs when the fertilized ovum becomes implanted and grows outside the uterine cavity with high risk of mortality. Being rarely presented in adolescents, the preoperative diagnose remains still as a challenge, for it resembles the symptoms presented in complicated ovarian cysts. The case presents a 14-year-old nullipara who enters de Emergency Department referring abdominal pain and transvaginal bleeding, correctly diagnosed through ultrasound, and confirmed with exploratory laparotomy and histologically diagnosed as tubal ectopic pregnancy.

Key words: (DeCS): Ectopic Pregnancy, Tubal Pregnancy, Adolescent

MeSH: Pregnancy, Ectopic; Pregnancy, Tubal; Adolescent

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) se define como la implantación y desarrollo del saco gestacional fuera de la cavidad uterina. La incidencia de EE es aproximadamente de 1 a 2% de todos los embarazos y causa más común de muerte en mujeres embarazadas en el primer trimestre. ⁽¹⁾ La localización más frecuente es en la trompa de Falopio (90-95%), preferentemente la porción de la ampolla. Otros sitios de implantación son a nivel cervical (0,15%), ovárico (0,15-3%), abdomen (1.3%) y heterotópico (1-3%).⁽²⁾

En el Perú el porcentaje de madres adolescentes (15 a 19 años) es mayor en el área rural (15,6%) frente al área urbana (8,7%), las adolescentes son un grupo etéreo de riesgo y tienen mayores complicaciones incluso en un embarazo normal como son la presión arterial alta, anemia, recién nacido con bajo peso al nacer o prematuros. ^(3,4) La frecuencia de embarazo ectópico en adultos es mayor que en adolescentes; sin embargo, el embarazo ectópico ocurre en 1,5 a

¹ Instituto de Salud del niño. Médico Ginecólogo. ORCID 0000-0002-6928-4377. Correo: claudiaurbina_alvarez@yahoo.es

² Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y Docente de la Universidad Privada del Norte. Médico Ginecólogo. ORCID 0000-0003-3850-6376. Correo: luisjoedoc@gmail.com

³ Médico Patólogo del Instituto de salud del niño Breña. ORCID 0000-0003-2740-0867. Correo: epaz@insn.gob.pe

⁴ Médico Residente de tercer año de Pediatría del Hospital Vitarte. ORCID 0000-0002-0149-2014. Correo: mcmc8_4@hotmail.com

⁵ Calle Engels 134, la Calera, Surquillo-Lima. Correo: claudiaurbina_alvarez@yahoo.es, Celular 997361822. Departamento de cirugía, servicio de Ginecología del instituto de salud de Breña.

2% y representa el 6% de las muertes maternas. ^(1,3) Se ha estimado que la tasa de embarazo ectópico en mujeres de 15 a 19 años es de 0,3%.⁽⁴⁾ Aunque la mortalidad ha ido disminuyendo, persisten las disparidades raciales, con mayor incidencia y tasas de mortalidad para las mujeres afroamericanas y es considerado como diagnóstico diferencial aquellos que presentan sangrado anormal y dolor pélvico.^(5,6,7) El EE roto es la causa más común de morbilidad y mortalidad en mujeres jóvenes en el primer trimestre del embarazo. ⁽⁸⁾

En este artículo, se tiene como objetivo describir el caso de embarazo tubárico en una adolescente que se diagnosticó como abdomen agudo quirúrgico en la emergencia, patología poco frecuente en adolescentes, se realizó el diagnóstico clínico, ecográfico, laboratorio y se confirmó con los hallazgos de la cirugía apoyados en el resultado de anatomía patológica.

En el Instituto de Salud del niño en el 2018 se presentó un caso de embarazo ectópico, 2 abortos incompletos y una mola hidatiforme, En el 2019 un embarazo ectópico tubárico como patología del primer trimestre en gestante adolescente y 15 supervisiones de embarazos adolescentes de alto Riesgo.

REPORTE DEL CASO

El presente caso es relevante por que el diagnóstico temprano del embarazo en adolescentes es de suma importancia y evitar complicaciones.^(1,2) El EE tubárico sigue siendo un desafío porque es similar a las manifestaciones clínicas de los quistes ováricos complicados como las náuseas, vómitos, sangrado y dolor pélvico. Otras condiciones que pueden tener presentaciones similares incluyen apendicitis, aborto espontáneo, torsión ovárica, enfermedad inflamatoria pélvica, ruptura del quiste del cuerpo lúteo, absceso tubo-ovárico y cálculos urinarios. En los últimos 5 años en el instituto de salud del niño que atendió a la población menor de 18 años solo se ha presentado 1 caso de embarazo ectópico de 14 años, se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo quirúrgico en las adolescentes que acuden al instituto pediátrico para un manejo oportuno .

Adolescente de 14 años de sexo femenino con antecedente de peso al nacer 3 750 gramos producto de una segunda gestación, menarquía a los 9 años y hace un año con diagnóstico de ovario poliquistico, nulípara, fecha de última menstruación 3/04/2019. Paciente ingresa por emergencia el

día 11/04/2019, manifiesta 2 días de enfermedad, caracterizada por dolor pélvico de moderada intensidad asociado a sangrado vaginal hace 8 días, además de deposiciones líquidas y alza térmica. Asimismo, trae evaluación ecográfica de hospital particular con diagnóstico de tumor anexial de 6x4 cm por lo que es evaluada inicialmente por cirugía como quiste complejo de ovario. En la ampliación de sus antecedentes refiere haber tomado anticonceptivo oral de emergencia el día 9/03/2019 ,sexualmente activa.

Al examen físico la adolescente se encontraba despierta, pálida, piel tibia, elástica con llenado capilar menor de 3 segundos, hemodinámicamente estable, Frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto (taquicardia), presión arterial de 120/60 mmHg, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto y temperatura de 37,7 °C ,aparato cardíaco y respiratorio dentro de lo normal. Al examinar el abdomen se encuentra blando, depresible, doloroso a la palpación en flanco izquierdo. Además, se evidencia sangrado vaginal activo de regular cantidad y al tacto vaginal se percibe aumento de volumen del anexo izquierdo y dolor a la movilización del cérvix, por ello, la adolescente es diagnosticada con un abdomen agudo quirúrgico con presunción de EE izquierdo complicado.

Los exámenes de laboratorio reportan en la citometría hemática anemia leve con Hemoglobina 9,7 mg/dl, BHCG cualitativa positiva, tiempo de protrombina 15,8 segundos y fibrinógeno 354 mg/mL. Examen de orina no patológico. Grupo sanguíneo O positivo. La inmunoserología para hepatitis B, C, virus de inmunodeficiencia humana y Chlamydia Trachomatis son negativos.

El estudio de imagen priorizado es la ecografía transvaginal, donde se evidencia útero antroverso flexo 6x3x3 cm con endometrio en 11 mm, ovario derecho 2x1,3x1,8 cm y ovario izquierdo con presencia de masa heterogénea de 5x4x5 cm con volumen de 67cc. Fondo de saco de Douglas con presencia de líquido aproximadamente 120 cc. (Ver Figura 1)

En su evolución, ingresa a sala de operaciones para laparotomía exploratoria, los hallazgos operatorios son: hemoperitoneo aproximado de 300cc más coágulos de 200cc, útero de 7 cm, trompa y ovario derecho normal. Sin embargo, en el anexo izquierdo se evidencia una trompa Falopio distorsionada, dilatada en tercio medio, con solución de continuidad y adherida al ovario. Se le realiza

una salpingectomía izquierda y se envía la muestra al servicio de anatomía patológica (ver figura 2). La evolución postoperatoria de la adolescente es favorable, se le realiza orientación por servicio social, psicológica y al alta se concerta la colocación de un implante subdérmico como anticonceptivo. Durante el seguimiento por consultorios externos, el informe de anatomía patológica confirma el embarazo ectópico tubárico en la trompa izquierda de Falopio (ver figura 3) y la adolescente continúa asintomática con un proyecto de vida concreto.

COMENTARIO

En los últimos años se ha incrementado la incidencia de EE, esto se puede explicar por la enfermedad pélvica inflamatoria (particularmente por *Chlamydia trachomatis*), tecnologías de reproducción asistida y cesáreas; sin embargo, en la mitad de las mujeres no se identifican factores de riesgo y en las adolescentes los factores clásicos tiene baja prevalencia, excepto el tabaquismo y la infección de trompas fuertemente asociados a EE.^(9,10) Las infecciones causadas por *Chlamydia trachomatis* son particularmente preocupantes; pues, los antecedentes de infección se asocian al doble de riesgo de EE, tiene un transmisión eficiente entre parejas sexuales (70%) y estos casos son asintomáticos.^(8,11) Las niñas que alcanzan la menarquia antes de los 11 años se consideran personas de maduración muy temprana y tienen un mayor riesgo de embarazo ectópico.⁽⁹⁾ Las adolescentes corren el riesgo de presentar embarazo ectópico y deben ser evaluadas adecuadamente ante la sospecha de amenorrea, dolor o sangrado vaginal. Los hallazgos clínicos clásicos (amenorrea, dolor pélvico y sangrado vaginal) se presentan en menos del 50% de los pacientes EE confirmado; por ello, el diagnóstico temprano del embarazo en adolescentes es de suma importancia y evitar complicaciones.⁽¹²⁾

Nuestro caso no tuvo Chamydehea ni endometriosis, no fumaba, solo una pareja sexual y poco tiempo de inicio sexual.

El diagnóstico precoz se ve favorecido por un alto nivel de sospecha, Además, debemos considerar que hasta el 30% de las pacientes con EE no tienen sangrado vaginal, solo el 10% tiene una masa anexial palpable y hasta el 10% tiene exámenes pélvicos negativos.⁽⁸⁾ Se debe considerar la rotura y el hemoperitoneo en caso de hipotensión, taquicardia, abdomen peritoneal y fiebre baja.⁽¹³⁾ Por ello, se requiere determinar mediante el dosaje sérico de

la hormona gonadotropina coriónica, la ecografía transvaginal y, en centros de acceso inmediato, la laparoscopia juega un rol importante por sus beneficios y diagnóstico diferencial.⁽¹⁴⁾

En nuestro caso, inicialmente fue evaluada por el cirujano de turno que solicito ecografía pélvica y diagnosticó quiste complejo de ovario, realizando posteriormente una interconsulta a ginecología. Hacer una adecuada historia clínica ayuda a diagnosticar y tratar precozmente.

El EE se presenta en 6-16% de las mujeres embarazadas que acuden a una sala de emergencias con sangrado o dolor pélvico, el ultrasonido permite el diagnóstico más temprano; sin embargo, sólo en 75% de los EE son localizados en la primera exploración. En la trompa de Falopio, la ampolla es el sitio de implantación más común del EE (70%), el istmo (12%) y fimbria (11%) y el valor predictivo positivo en paciente sintomático es más del 90% con una masa anexial móvil, B hCG positiva y sin embarazo intrauterino.⁽¹⁰⁾ La sensibilidad varía en 87% a 99% y la especificidad en 94% a 99% para la ecografía transvaginal.⁽⁶⁾ En circunstancias de hallazgo de una masa pélvica en adolescentes no definida debemos tener en cuenta que el origen podría ser no ginecológico (riñón pélvico) o afecciones como absceso tubárico, tumor de ovario (el 10% de las masas ováricas en menores de 18 años son malignas) y quistes de ovario. Estos últimos en su mayoría son quistes simples y funcionales que se resuelven en 2 o 3 ciclos menstruales.⁽¹⁵⁾

Los cirujanos experimentados pueden tratar a estos pacientes por vía laparoscópica, pero la laparotomía también es aceptable con la finalidad de asegurar rápidamente la hemostasia. La salpingectomía se recomienda con EE mayor a 5 cm de diámetro, daño tubárico extenso y/o rotura con sangrado.⁽¹⁾ En la opción de la salpingostomía lineal se reporta tejido trofoblástico persistente en el 4 a 15% de todos los casos, principalmente en peritoneo (44%), epiplón (32%), intestino (12%) y ligamento uterosacro (4%).⁽¹⁴⁾ nosotros realizamos laparotomía exploratoria y salpigectomia.

Por las características de los adolescentes con el uso confiable de las formas de anticoncepción hay una tendencia a los anticonceptivos reversibles de larga duración (etonogestrel), especialmente si consideramos que las madres adolescentes tienen altas tasas de embarazos repetidos 25% dentro de 1 año del parto y 35% dentro de 2 años.^(16, 12) En

la prevención, tiene un rol fundamental el soporte socio-familiar y el especialista de ginecología infanto juvenil puede apoyarse en las redes sociales para la educación de actitudes sobre el desarrollo sexual, anatomía del cuerpo, inicio sexual, planificación familiar básica, comportamientos de

riesgo, anticoncepción moderna, prevención de infecciones de transmisión sexual o abuso sexual. (17),nuestra adolescente se le brindo un método de larga duración , implante subdérmico , que en dos años ha sido bien tolerado ,solo con un episodio de sangrado con manejo medico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brady PC. New Evidence to Guide Ectopic Pregnancy Diagnosis and Management. *Obstet Gyne Surv.* 2017 Oct;72(10):618-625. doi: 10.1097/OGX.0000000000000492. PMID: 29059454.
2. Rana P, Kazmi I, Singh R, Afzal M, Al-Abbasi FA, Aseeri A, Singh R, Khan R, Anwar F. Ectopic pregnancy: a review. *Arch Gynecol Obstet.* 2013 Oct;288(4):747-57. doi: 10.1007/s00404-013-2929-2. Epub 2013 Jun 21. PMID: 23793551.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Maternidad en las adolescentes de 15 a 19 años de edad: Sobre la base de los resultados de los censos nacionales 2017: XII de población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Colección poblaciones vulnerables. Lima: INEI; 2018. https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjV0-Cwi-PsAhUAILkGHbSmBIAQFjACegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.inei.gob.pe%2Fmedia%2FMenuRecursivo%2Fpublicaciones_digitales%2FEst%2FLib1443%2FLibro.pdf&usq=AOvVaw1-ktlB1FpliQRdQ_8qrXBOW.
4. Ouellette L, Wigstadt S, Nicholson A, Zamarripa A, Jones J. Emergency department utilization by newly pregnant adolescents: A community-based study. *Am J Emerg Med.* 2019 Feb;37(2):358-360. doi: 10.1016/j.ajem.2018.06.028. Epub 2018 Jun 13. PMID: 29929889.
5. Vickers H, Jha S. Adolescent gynaecology. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2019;29(3):80–5. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2019.01.007>
6. Grover SR. Gynaecology problems in puberty. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2019 Jun;33(3):101286. doi: 10.1016/j.beem.2019.06.002. Epub 2019 Jun 14. PMID: 31278062.
7. Stankovic ZB, Tridenti G, Liassides M, Wood PL, Roos EJ; European Association of Paediatric and Adolescent Gynaecology (EURAPAG) and European Board And College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). The future of paediatric and adolescent gynaecology in Europe. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019 Apr;235:121-124. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.08.025. Epub 2018 Aug 18. PMID: 30361166.
8. Vichnin M. Ectopic pregnancy in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008 Oct;20(5):475-8. doi: 10.1097/GCO.0b013e32830d0ce1. PMID: 18797271.
9. Wang PS, Rodgers SK, Horrow MM. Ultrasound of the First Trimester. *Radiol Clin North Am.* 2019 May;57(3):617-633. doi: 10.1016/j.rcl.2019.01.006. PMID: 30928081.
10. Menon S, Sammel MD, Vichnin M, Barnhart KT. Risk factors for ectopic pregnancy: a comparison between adults and adolescent women. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007 Jun;20(3):181-5. doi: 10.1016/j.jpag.2007.01.007. PMID: 17561187.
11. Wiesenfeld HC. Screening for chlamydia trachomatis infections in women. *N Engl J Med.* 2017;376(8):765–73. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1412935>
12. Leftwich HK, Alves MV. Adolescent Pregnancy. *Pediatr Clin North Am.* 2017 Apr;64(2):381-388. doi: 10.1016/j.pcl.2016.11.007. Epub 2017 Jan 3. PMID: 28292453.
13. Phillips CH, Wortman JR, Ginsburg ES, Sodickson AD, Doubilet PM, Khurana B. First-trimester emergencies: a radiologist's perspective. *Emerg Radiol.* 2018 Feb;25(1):61-72. doi: 10.1007/s10140-017-1556-9. Epub 2017 Sep 25. PMID: 28948411.
14. Schyum AC, Rosendal BB, Andersen B. Peritoneal reimplantation of trophoblastic tissue following laparoscopic treatment of ectopic pregnancy: A case report and review of literature. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019 Mar;48(3):213-216. doi: 10.1016/j.jogoh.2018.08.019. Epub 2018 Sep 3. PMID: 30189254.
15. Mondragón A, Viáfara G, Vinuesa B. Laparoscopia ginecológica en adolescentes

en tres instituciones de Cali, 1998-2003. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2004, 55(4): 315-320. <https://doi.org/10.18597/rcog.586>

16. Samuels-Kalow M, Mollen C. Acute pelvic pain in the adolescent: a case report. Clin Pediatr Emerg Med. 2015;16(2):119-124.

doi:10.1016/j.cpem.2015.04.00

17. Torriente Vizcaíno Leandro. Caracterización de adolescentes ingresadas en el servicio de Ginecología (2011- 2013). Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2016 Jun [citado 2020 Oct 10] ; 42(2): 147-157. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>

ANEXOS:

Figura N° 1

Imagen heterogénea en anexo izquierdo de 32x31 mm, presencia de líquido libre en fondo de saco de Douglas.



Figura N° 2

Trompa uterina izquierda rota, dilatada y congestiva.



Figura N° 3

Vellosidades coriales dentro del coágulo sanguíneo en la luz de la trompa uterina.

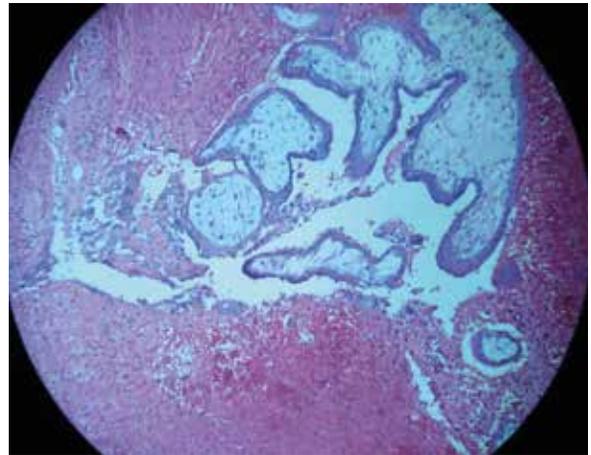


Figura N° 4

Corte microscópico que muestra pared (P) y epitelio (E) de trompa uterina, presencia de hemorragia (H) y vellosidades coriales (VC) del primer trimestre de gestación.

