



Avances en Biomedicina

E-ISSN: 2244-7881

avanbiomed.idic@ula.ve

Universidad de los Andes  
Venezuela

Reyna-Villasmil, Eduardo; Torres-Cepeda, Duly; Santos-Bolívar, Joel; Labarca-Acosta,  
María

Embarazo ectópico crónico

Avances en Biomedicina, vol. 5, núm. 3, diciembre, 2016, pp. 182-186

Universidad de los Andes  
Mérida, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331349259010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Embarazo ectópico crónico (Chronic ectopic pregnancy)

Eduardo Reyna-Villasmil<sup>1</sup>✉, Duly Torres-Cepeda<sup>1</sup>, Joel Santos-Bolívar<sup>1</sup>, María Labarca-Acosta.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología-Maternidad "Dr. Nerio Beloso" Hospital Central "Dr. Urquizaona". Maracaibo,  
Estado Zulia. Venezuela

Recibido: 16 de Abril de 2016.

Aceptado: 4 de Agosto de 2016.

Publicación online: 24 de Agosto de 2016.

### [CASO CLÍNICO]

#### Resumen (español )

El embarazo ectópico crónico es una forma de embarazo tubárico en el cual pequeñas roturas o el aborto de un embarazo ectópico en vez de un episodio de sangrado único produce una respuesta inflamatoria que lleva a la formación de un tumor pélvico. Sus hallazgos clínicos y evaluaciones de laboratorio son generalmente confusos. El diagnóstico de esta enigmática condición clínica generalmente se hace durante la cirugía. Se describe el caso de una mujer de 38 años de edad quien presentó dolor abdominal intermitente en bajo abdomen de 5 meses de duración. No había amenorrea previa y los ciclos menstruales eran normales. La prueba de gonadotropina coriónica fue negativa y los marcadores tumorales estaban dentro de límites normales. El ultrasonido y la tomografía pélvica revelaron un tumor anexial. La laparoscopia demostró adherencias densas en el área pélvica con y un hematosalpinx del dalo derecho organizado fijo al epiplón y fondo de saco de Douglas. Se realizó la salpingectomía derecha. La histopatología confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico crónico. El embarazo ectópico crónico debería ser considerado un diagnóstico diferencial entre las pacientes que consultan con una tumoración anexial y un cuadro clínico característico.

#### Palabras clave (español )

Embarazo ectópico crónico, embarazo ectópico; trompa de Falopio; diagnóstico

#### Abstract (english )

Chronic ectopic pregnancy is a form of tubal pregnancy in which minor ruptures or abortions of an ectopic pregnancy instead of a single episode of bleeding, produces an inflammatory response leading to a pelvic tumor formation. Its clinical features and laboratory evaluations are often confusing. Diagnosis of this enigmatic clinical condition is made during surgery. We describe a case of a 38-year-old woman who presented intermittent lower abdominal pain of 5 months duration. There was no preceding amenorrhea and previous menstrual cycles were regular. Chorionic gonadotropin test was negative and tumor markers were within normal limits. Pelvic ultrasound and tomography revealed an adnexal tumor. Laparoscopy showed dense adhesion in pelvic area with distorted anatomy with a right sided large organized hematosalpinx which was stuck to omentum and Douglas' pouch. Salpingectomy was performed. Histopathology confirmed the diagnosis of chronic ectopic pregnancy with. Chronic ectopic pregnancy should be considered in differential diagnosis among patients presenting with an adnexal mass and an evident clinical picture.

#### Keywords (english )

Chronic ectopic pregnancy; ectopic pregnancy; fallopian tube; Diagnosis

✉ Autor de correspondencia: Dr. Eduardo Reyna-Villasmil, Hospital Central "Dr. Urquizaona" Final Av. El Milagro. Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela. Teléfono: 584162605233. Email: [sippenbauch@gmail.com](mailto:sippenbauch@gmail.com)

## Introducción

El embarazo ectópico ocurre en 1.6 - 2,0% de todos los embarazos (1). Debido al potencial de complicaciones, todos los médicos deben pensar en el diagnóstico en aquellas pacientes en edad reproductiva con dolor abdominal o sangrado vaginal (2). Las estrategias diagnósticas se basan en pruebas de determinación de la hormona gonadotropina coriónica (HCG) para establecer el diagnóstico de embarazo (3). La ausencia de esta, fundamental para el embarazo, es generalmente muy útil para descartarlo. Existen informes de casos de embarazos ectópicos con HCG negativa (4,5).

El embarazo ectópico crónico (EEC) es una entidad clínico-patológica secundario a aborto tubárico o a pequeñas rupturas de un embarazo ectópico tubárico, que produce respuesta inflamatoria marcadas, adherencias extensas y formación de tumor con presencia de vellosidades coriónicas (6). El término "crónico" describe solo la presencia de tumor de origen gestacional y no la cronicidad del embarazo. Esta condición es difícil de diagnosticar y se presenta con dolor pélvico, estabilidad hemodinámica, alta incidencia de pruebas de HCG negativa, debido a la presencia de trofoblasto, y ciclos menstruales regulares (6,7). La ecografía convencional es poco específica. El diagnóstico correcto se obtiene durante o después de la cirugía. Se presenta un caso raro de la descripción y revisión de la literatura de EEC.

## Caso clínico

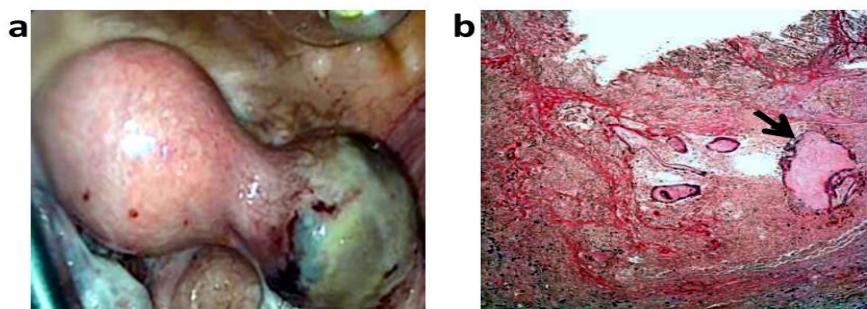
Se trata de paciente de 38 años de edad, III gestas, I para, I aborto, quien consulta por presentar dolor en hipogastrio y fossa iliaca derecha intermitente de leve a moderada intensidad de 5 meses de evolución. La paciente negaba cualquier antecedente personal de importancia. Las menstruaciones eran normales en los últimos 4 meses y la fecha de última menstruación fue 5 días antes de presentar la sintomatología. Los valores de presión arterial fueron 120 / 65 mm de Hg y de frecuencia cardiaca 81 latidos x minuto. En el examen físico se encontró que el abdomen estaba blando depresible con dolor leve en la fossa iliaca derecha sin dolor a la descompresión,

palpándose masa anexial blanda de aproximadamente 6 centímetros con útero de tamaño normal y ruidos hidroaéreos presentes. El examen ginecológico demostró útero móvil, no doloroso a la movilización del cuello uterino y sin abombamiento del fondo de saco de Douglas. Los hallazgos del tacto rectal estaban dentro de límites normales.

Las pruebas de hematología completa, pruebas de functionalismo renal, hepático y tiempos de coagulación estaban dentro de límites normales. La prueba de HCG fue negativo (sensibilidad > 25 UI/L). Las concentraciones de marcadores tumorales CA-125, alfafetoproteína y antígeno carcinoembriogénico estaban dentro de límites normales. La ecografía pélvica demostró presencia de tumoración anexial sólida de 5 x 4 x 5 centímetros adyacente al ovario derecho con endometrio fino y sin líquido libre en cavidad abdominal. La evaluación Doppler demostró que la tumoración tenía vasos aberrantes alta velocidad de flujo y baja impedancia con comunicaciones arteriovenosas. Las imágenes de tomografía abdomino-pélvica confirmaron la presencia de tumoración septada en anexo derecho y pequeños quistes en anexo izquierdo. Se decidió realizar la cirugía debido a la sintomatología de la paciente.

Durante la laparoscopia se encontraron adherencias densas en región pélvica con gran hematosalpinx de color violáceo, endurecido, congestivo, organizado y adherido a epiplón y fondo de saco de Douglas. No se observó presencia de sangre o coágulos en cavidad abdominal. Se realizó adherensiólisis y salpingectomía derecha (figura 1a). El útero, ovario y trompa izquierdo estaban macroscópicamente normales, al igual que el resto de los órganos pélvicos. La paciente se recuperó sin complicaciones y fue dada de alta al tercer día.

Al examen patológico macroscópico la tumoración media 6 centímetros con coloración rojiza de la superficie, llena de sangre y tejido necrótico con paredes ligeramente engrosadas. La evaluación histológica demostró fibrosis parietal, hiperplasia de fascículos musculares con amplias áreas de hemorragia, vellosidades coriónicas con cambios involutivos, depósitos hialinos e inflamación crónica (figura 1b). De acuerdo con los hallazgos clínicos e histológicos confirmó el diagnóstico de EEC.



**Figura 1.** **1a.** Hematosalpinx derecho después de la adherensiolisis. **1b.** Imagen microscópica del embarazo ectópico crónico. La flecha señala vellosidad coriónica necrótica en la capa muscular de la trompa de Falopio.

## Discusión

El EEC es un término que describe un embarazo ectópico que generalmente, pero no en forma exclusiva, se asocia con pruebas de HCG negativas y en el cual se consigue una tumoración inflamatoria formado por hematoma organizado, degeneración de las vellosidades y adherencias peritumorales (6,8,9). Los informes previos se han enfocado en la importancia de los valores negativos de HCG, pero recientemente se ha descrito como la presencia del tumor junto a adherencias inflamatorias (6,7,9,10).

Aunque algunos investigadores reportaron que 36 – 60% de los EEC se presentan con pruebas de HCG negativas, posteriormente se demostró que la tasa de falsos negativos es de 6 – 8%, debido a los avances en la detección del embarazo por pruebas de HCG más específicas desde la década de los 80 (6,7). Se considera que la fisiopatología de embarazo ectópico involucra crecimiento del trofoblasto en la mucosa tubárica, erosionando los vasos tubáricos con inflamación, formación de hematomas y dolor. Sin embargo, el EEC puede persistir sin rotura de la trompa de Falopio episodios repetidos de hemorragia menor en forma suficiente para que el trofoblasto degenera, deteniendo la producción de HCG, con reacción inflamatoria causada por el hematoma tubárico (7,9,10).

En los embarazos ectópicos con muerte y degeneración del embrión, el flujo dentro de la trompa de Falopio disminuye. Sin embargo, en el EEC esto es seguido por un proceso prolongado de formación de adherencias entre la trompa y otras estructuras cercanas. Estas adherencias densas incluyen epiplón, vejiga, íleon, ciego o colon sigmoideas. Este proceso incluye depósitos de fibrina acompañado de

angiogénesis con desarrollo de comunicaciones arteriovenosas (7). Una explicación alternativa para los cambios vasculares se obtiene de datos de embriones muertos retenidos. En esa condición existe intenso flujo entre miometrio, corion y/o decidua antes de la muerte del producto (9). Esto produce alteraciones similares a las que suceden en la trompa cuando el embrión no es viable y se retiene en forma crónica (10).

Los hallazgos clínicos del EEC difieren poco del cuadro agudo en la mayoría de los estudios, con amenorrea, dolor abdominal y sangrado vaginal anormal entre las manifestaciones comunes (7). Solo la presencia de tumoración durante el examen físico o ecográfico diferencia del cuadro agudo (6,7). Además, la duración de los síntomas y aparición del dolor más remota, junto con ausencia de retraso menstrual (7). Los hallazgos quirúrgicos de diferenciación más confiable son el hematosalpinx y las adherencias (6). Debido a que el EEC también puede romper la trompa de Falopio en forma aguda con sangre libre intraperitoneal, el momento del diagnóstico clínico de ambas entidades es importante.

La detección de HCG producida por el trofoblasto en desarrollo es la base para las pruebas hormonales de embarazo. Al momento de la primera falla menstrual (13 -14 días luego de la concepción), el cigoto mide menos de 1 milímetro y las concentraciones de HCG son de 50 - 300 UI/L, detectados por prácticamente todas las pruebas utilizadas en la práctica clínica (11). Normalmente, las concentraciones de HCG aumenta alrededor de 100 UI/L desde las 4 semanas hasta 100.000 UI/L al final del tercer trimestre. El embarazo ectópico, confirmado por cirugía, con pruebas de HCG negativa pueden deberse a uso de pruebas poco sensibles, presencia de EEC con trofoblasto degenerado o alteraciones en la producción de HCG (raro). Las pruebas para la determinación de HCG por inmunoensayo en orina

tiene sensibilidad de 99,4% y especificidad de 99,8% y en suero sensibilidad de 99,8% y especificidad de 99,4% (2).

Aunque los embarazos ectópicos tienen a producir menos HCG que los embarazos intrauterinos de edad gestacional similar, un valor único no es diagnóstico por la dificultad para establecer la edad gestacional en forma precisa, el rango (0 – 100.000 UI/L) y la variación en las concentraciones producidas por embarazos intrauterinos y ectópicos (12,13). En forma similar, la información de HCG cuantitativa no es útil en la predicción del estado de la trompa. Aunque las concentraciones se correlacionan con el tamaño del embarazo ectópico y el riesgo de rotura de la trompa, existen diferentes concentraciones que se solapan entre el embarazo ectópico roto y no roto que hace imposible su uso en la práctica clínica. Aunque de alguna manera se puede considerar que es poco probable la rotura de la trompa con concentraciones bajas de HCG, ciertamente puede producirse con concentraciones bajas. DiMarchi y colaboradores (5) demostraron que 10% de los embarazos ectópicos con concentraciones de HCG menores de 100 UI/L estaban rotos y 7% de las roturas ocurren con valores de HCG menores de 100 UI/L. Más aún, puede ocurrir hemoperitoneo significativo (500 mL) sin ruptura de la trompa (en 6 de 102 casos de embarazo ectópico no roto).

La ecografía, junto con la evaluación Doppler, es la principal técnica diagnóstica del embarazo ectópico. El patrón ecográfico del EEC es similar al de la enfermedad inflamatoria pélvica, endometrioma,

leiomioma, quiste de ovario complejo y neoplasia ovárica. El Doppler pulsado y color aumenta en forma considerable la capacidad diagnóstica de la ecografía en pacientes con alto riesgo de embarazo ectópico. La sensibilidad diagnóstica de la evaluación ecográfica inicial se incrementó con la evaluación Doppler de 71 - 87% a 99 - 100%, respectivamente. La alta velocidad y baja impedancia del flujo sanguíneo similar al observado en los embarazos intrauterinos son los principales hallazgos vasculares (10).

El tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico es la laparotomía o laparoscopia, dependiendo de las adherencias pélvicas y condiciones clínicas de la paciente. Existen informes de manejo de algunos casos por laparoscopia, en especial en aquellas pacientes que están hemodinámicamente estables (14). Debido al proceso adherencial pélvico denso, la cirugía en EEC es difícil y complicada, ya que puede involucrar otras estructuras pélvicas (7). El tratamiento médico con metotrexato es poco útil ya que el diagnóstico generalmente se realiza durante la cirugía. Una posible indicación para su uso puede ser en casos de retención de tejido placentario para acelerar su reabsorción (15).

El EEC puede ser resultado de un embarazo ectópico no diagnosticado y debería ser considerado en el diagnóstico diferencial en mujeres en edad reproductiva con dolor pélvico persistente y masa anexial palpable, aun con HCG negativa y menstruaciones normales.

## Referencias

- Micks T, Sue K. The occasional ectopic pregnancy. Can J Rural Med. 2015; 20: 139-44. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
- Vichnin M. Ectopic pregnancy in adolescents. Curr Opin Obstet Gynecol. 2008; 20: 475-8. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
- Crochet JR, Bastian LA, Chireau MV. Does this woman have an ectopic pregnancy?: the rational clinical examination systematic review. JAMA. 2013; 309: 1722-9. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
- Nerenz RD, Gronowski AM. Qualitative point-of-care human chorionic gonadotropin testing: can we defuse this ticking time bomb? Clin Chem. 2015; 61: 483-6. [\[PubMed\]](#)
- DiMarchi JM, Kosasa TS, Hale RW. What is the significance of the human chorionic gonadotropin value in ectopic pregnancy? Obstet Gynecol. 1989; 74: 851-5. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
- Üğur M, Turan C, Vicdan K, Ekici E, Oğuz O, Gökmən O. Chronic ectopic pregnancy: a clinical analysis of 62 cases. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1996; 36: 186-9. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
- Marion LL, Meeks GR. Ectopic pregnancy: History, incidence, epidemiology, and risk factors. Clin Obstet Gynecol. 2012; 55: 376-86. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
- Grynpberg M, Teyssedre J, Andre C, Graesslin O. Rupture of ectopic pregnancy with negative serum beta-hCG leading to hemorrhagic shock. Obstet Gynecol. 2009; 113: 537-9. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
- Nacharaju M, Vellanki VS, Gillemaludi SB, Kotha VK, Alluri A. A rare case of chronic ectopic pregnancy presenting as large hematosalpinx. Clin Med Insights Reprod Health. 2014; 8: 1-4. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
- Pham H, Lin EC. Adnexal ring of ectopic pregnancy detected by contrast-enhanced CT. Abdom Imaging. 2007; 32: 56-8. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
- Terwijn M, van Schie A, Blankenstein MA, Heijboer AC. Pregnancy detection by quantitative urine hCG analysis: the need for a lower cut-off. Clin Chim Acta. 2013; 424: 174. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
- Malek-Mellouli M, Zouch O, Ben Amara F, Neji K, Mbarki M, Nasr M, Youssef A, Reziga H. How to predict spontaneous resolution of early pregnancies? Tunis Med. 2013; 91: 304-9. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
- Orozco EM, Sánchez-Durán MA, Bello-Muñoz JC, Sagalá J, Carreras E, Roura LC. β-hCG and prediction of therapeutic success in ectopic pregnancies treated with methotrexate, results from a prospective observational study. J Matern Fertil. 2016; 30: 182-6. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)

- Fetal Neonatal Med. 2015; 28: 695-9.  
[\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
14. van Mello NM, Mol F, Ankum WM, Mol BW, van der Veen F, Hajenius PJ. Ectopic pregnancy: how the diagnostic and therapeutic management has changed. Fertil Steril. 2012; 98: 1066-73.  
[\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
15. Lesavre M, Curinier S, Capmas P, Rabischong B, Fernandez H. Treatment of tubal ectopic pregnancy by methotrexate. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015; 44: 212-9. [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)

**Como citar este artículo:**

Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D, Santos-Bolívar J, Labarca-Acosta M. Embarazo ectópico crónico. *Avan Biomed* 2016; 5: 182-6.