

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

CERTEZA DE LOS SIGNOS ECOGRÁFICOS EN EL DIAGNÓSTICO
PRESUNTIVO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL GENERAL JAÉN, 2022

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

Obsta. YESENIA MEDALIT GONZALES ZUÑE

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica

TACNA- PERÚ

2023

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

Certeza de los signos ecográficos en el diagnóstico presuntivo de
embarazo ectópico en el Hospital General Jaén, 2022

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

Obsta. YESENIA MEDALIT GONZALES ZUÑE

Para optar el título de segunda especialidad profesional en

Monitoreo fetal y ecografía obstétrica

Aprobado por unanimidad ante el siguiente jurado:



.....
Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo

PRESIDENTE



.....
Mgr Soledad Carmen Sotelo Gonzales

SECRETARIO (A)



.....
Dra. Iris Eufemia Paredes Gonzales

VOCAL



.....
Mgr Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar

ASESOR

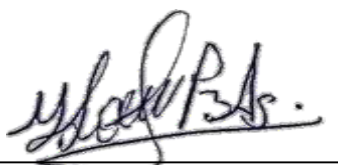
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar, en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N°11491 -2022 FACS-UNJBG del trabajo académico titulado: **“Certeza de los signos ecográficos en el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico en el Hospital General Jaén, 2022”**

Presentado por la estudiante: **Obsta. YESENIA MEDALIT GONZALES ZUÑE** con código de matrícula N° 2020- 298022, para optar el título de segunda especialidad profesional en Monitoreo fetal y ecografía obstétrica.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual Turnitin cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 11%. Por lo que **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** del Trabajo académico está de acuerdo al nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio Institucional**.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención del grado/ título/ especialidad.



FIRMA DEL ASESOR

DNI: 41196108

Nombre y apellidos del asesor: Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

A mi asesora Mg. Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar por su orientación y ayuda que me brindo para la realización de este trabajo.

A mis docentes que en base a su experiencia y sabiduría han sabido direccionar mis conocimientos.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a la universidad por permitir convertirme en un profesional en lo que tanto me apasiona.

A mi familia maravillosa quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo.

Al personal del hospital que facilito la ejecución de este trabajo de investigación con las facilidades en el recojo de información de forma rápida.

A mis docentes que hicieron parte de este proceso integral de formación que deja como producto la titulación en la segunda especialidad de monitoreo electrónico fetal y ecografía obstétrica.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la certeza de los signos ecográficos en el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico. **METODOLOGIA:** El estudio aplicó el análisis de caso clínico. **RESULTADOS:** Paciente gestante de 32 años de edad que ingreso por emergencia el día 30/05/2022 con dolor abdominal intenso desde hace 15 horas a nivel de hipogastrio posteriormente generalizándose, en muy mal estado general. Con una atención prenatal, tiene como antecedente enfermedad pélvica inflamatoria recurrente. Al realizarle la ecografía transvaginal los hallazgos intrauterinos son: Endometrio en 11.80 mm heterogéneo, y los hallazgos extrauterinos: Anexo derecho con tumoración +- de 34x 30 x 33 mm heterogéneo en relación a embarazo ectópico, así mismo se evidencia espacio de Morrison con hemoperitoneo, por lo que se presume embarazo ectópico complicado con hemoperitoneo masivo. Al examen físico se muestra hipotensa, taquicárdica, en mal estado general. Por lo que se la programa de inmediato para una laparotomía exploratoria con previa transfusión de un paquete globular. En el informe operatorio se confirma el diagnóstico de embarazo ectópico ampular lado derecho más hemoperitoneo de 2000 ml. **CONCLUSIÓN.** Se determinó que los signos ecográficos cumplen un papel preponderante al ser realizados con calidad, permite que el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico sea acertado.

PALABRAS CLAVE: Embarazo ectópico, signos ecográficos, ecografía en el primer trimestre, hemoperitoneo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the accuracy of the ultrasound signs in the presumptive diagnosis of ectopic pregnancy. **METHODOLOGY:** The study applied the clinical case analysis. **RESULTS:** A 32-year-old pregnant patient who was admitted by emergency on 05/30/2022 with intense abdominal pain for 15 hours at the level of the hypogastrium later generalizing, in very poor general condition with prenatal care, has a history of pelvic disease. recurrent inflammation. When performing the ultrasound, intrauterine findings were found: Endometrium in 11.80 mm heterogeneous, and in the extrauterine findings: A tumor +- of 34x 30 x 33 mm heterogeneous in relation to ectopic pregnancy is visualized in the right annex, likewise Morrison's space is evidenced with hemoperitoneum, so it is presumed ectopic pregnancy complicated by massive hemoperitoneum. On physical examination, she is hypotensive, tachycardic, in poor general condition. Therefore, she was immediately scheduled for an exploratory laparotomy with a prior transfusion of two red blood cells. The surgical report confirms the diagnosis of ampullary ectopic pregnancy on the right side plus 2000 ml hemoperitoneum. **CONCLUSION:** It was determined that the ultrasound signs play a preponderant role when being performed with quality allows the presumptive diagnosis of ectopic pregnancy to be accurate.

KEYWORDS: ectopic pregnancy, ultrasound signs, ultrasound in the first trimester, hemoperitoneum.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	12
CAPITULO I.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1. Descripción del problema.....	13
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Justificación e importancia.....	14
1.4. Objetivos:.....	15
1.4.1. Objetivo general.....	15
1.4.2. Objetivos específicos.....	15
CAPITULO II.....	16
MARCO CONCEPTUAL.....	16
2.1. PATOLOGÍA: EMBARAZO ECTÓPICO.....	16
2.2. DEFINICIÓN.....	16
2.3. CLASIFICACIÓN.....	16
LA LOCALIZACIÓN ANATOMICA DEL EMBARAZO ECTÓPICO.....	16
a) ECTÓPICO TUBARICO.....	17
b) ECTÓPICO INTERSTICIAL:.....	17
c) ECTÓPICO CERVICAL.....	18
d) EMBARAZO EN CICATRIZ DE CESÁREA.....	19
e) EMBARAZO HETEROTÓPICO.....	20
2.4. INCIDENCIA.....	21
2.5. ETIOLOGÍA.....	21
2.6. FACTORES DE RIESGO.....	21
2.6.1. FACTORES TUBULARES.....	21
2.6.2. FACTORES OVULATORIOS.....	22
2.6.3 FACTORES UTERINOS.....	22
2.7. FISIOPATOLOGÍA.....	22
2.8. SÍNTOMAS CLÍNICOS.....	23
2.9. EXÁMENES AUXILIARES.....	23

2.10. TRATAMIENTO.....	24
2.11. COMPLICACIONES.....	25
2.12. ULTRASONIDO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE	26
CAPITULO III.....	30
MARCO METODOLOGICO	30
3.1 Anamnesis:.....	30
3.1.1. Filiación.....	30
3.1.2 Enfermedad actual	30
3.1.3 Antecedentes	30
3.1.4. Examen Físico.....	31
3.1.5. Impresión diagnóstica:.....	32
3.1.6. Tratamiento y evolución	33
3.1.7. Exámenes auxiliares:	38
3.1.8. Otros exámenes auxiliares:	40
3.1.8 Epicrisis.....	42
CAPITULO IV	44
4.1 DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. HEMOGRAMA	38
TABLA 2. OTROS EXÁMENES EN SANGRE	38
Tabla 3. EXÁMEN DE ORINA COMPLETO	39
Tabla 4. HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. La localización anatómica del embarazo ectópico	16
Figura 2. Embarazo intersticial.....	18
Figura 3. Saco gestacional en el canal cervical.....	19
Figura 4. Saco gestacional con presencia de saco vitelino a nivel ístmico	20
Figura 5. Dos sacos gestacionales. Un primer saco a nivel de cicatriz de cesárea	20
Figura 6. Imágenes de úteros en planos sagitales (A) y (B) se visualiza presunto líquido endometrial con sospecha de ser ectópicos. El término seudosaco se emplea cuando se visualiza líquido endometrial en asociación con una gestación ectópico.	27
Figura 7. En esta imagen se evidencia la presencia de líquido libre en el saco de Douglas en un plano sagital del útero en ultrasonido transvaginal así mismo el espesor endometrial (calibradores amarillos)	28
Figura 8. Ambas imágenes son a través de ecografía transvaginal. Donde se visualiza el anillo ecogénico y el centro anecoico (apariciencia rosquilla) ambas imágenes son de gestaciones ectópicos	29
Figura 9. Ecografía de ovario derecho.....	40
Figura 10. Ecografía de hemoperitoneo.....	41
Figura 11. Ecografía de espacio de Morrison	41
Figura 12. Ecografía de útero y endometrio	42

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico sigue siendo una causa importante de mortalidad durante el embarazo, este ocurre cuando el blastocisto en vías de desarrollo se implanta en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina. El cuadro clínico típico de sangrado transvaginal, amenorrea y dolor abdominal no siempre está presente por lo que el diagnóstico requiere de técnicas de imagen precisas que logren identificar la masa anexial. El diagnóstico temprano permite que el manejo médico pueda considerarse como una opción de tratamiento (1).

Gracias a los avances tecnológicos y a la formación en ecografía obstétrica, es posible diagnosticar por imagen un embarazo ectópico en etapas cada vez más precoces. En este proceso de cambio, el ultrasonido ha cumplido un papel preponderante para hacer el diagnóstico precoz de esta enfermedad y propiciar el tratamiento oportuno y conservador (2).

No hay duda que el ultrasonido transvaginal ha revolucionado la evaluación en obstetricia y especialmente en el primer trimestre del embarazo. Lo que permite brindar una atención segura al binomio madre niño, al reducir las posibles complicaciones que se suscitan como shock hipovolémico en embarazo ectópico y que pueda conllevar a una muerte materna (3).

Este trabajo de investigación tiene como principal propósito determinar la certeza de los signos ecográficos en el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo ectópico es una patología obstétrica que provoca mortalidad materna en un 10 a 15% a nivel mundial. A consecuencia del aumento de los factores de riesgo hay un incremento en la tasa de embarazos ectópicos, como, por ejemplo: el aumento de los avances en reproducción asistida, tabaquismo, cirugías realizadas en las trompas de Falopio y el uso de dispositivos intrauterinos, predisponen la implantación del óvulo fuera de la cavidad endometrial (1).

El 1.4% del total de los embarazos corresponde a su forma ectópica en EE. UU; 20 de cada 1000 nacimientos vivos se reporta en Alemania; 30 mujeres con embarazo ectópico al día, esto corresponde aproximadamente a 12 000 casos al año en el Reino Unido (2).

La incidencia de embarazo ectópico en la población general es del 2 % de todos los embarazos. Diagnosticada comúnmente en el primer trimestre del embarazo, entre las 6 a 10 semanas. Se presenta en diferentes formas clínicas: Tubárica (95%), ampular (75%), Ovárico, abdominal y cervical (3).

En el Perú, los estudios realizados de embarazo ectópico son escasos entre los años 1948 y 1952, se halló una incidencia de 0,16%. Posteriormente, se ha encontrado incidencias de 1 cada 767 embarazos en el Hospital San Bartolomé, 1/156 embarazos en el Hospital María Auxiliadora, 1/183 partos en el Hospital Edgardo Rebagliati, 1/130 en el Hospital Hipólito Unanue, 1/126 en el Hospital Cayetano Heredia, 3/1 000 embarazos en el Instituto Materno Perinatal, en el año 2001(4).

En un estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre los años 1998 Y 2002 que incluyó 203 casos, se encontró una frecuencia de

embarazo ectópico de 0.55%. Al igual que lo encontrado en la bibliografía internacional, el 97.04% de los casos fueron embarazos ectópicos tubáricos (5). Sin embargo, en un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el 2002 que contó con una población de 70 casos, reportó una incidencia de 3.3 por 1000 embarazos (3).

Según registros del servicio de gineco obstetricia del Hospital General De Jaén en el año 2021 se ha reportado 23 casos de embarazos ectópicos y en el año 2022, 20 casos.

Siendo el embarazo ectópico una patología que no tiene una presentación clínica definida, fácilmente puede ser mal diagnosticada es por ello que el ultrasonido transvaginal tiene una sensibilidad y especificidad muy alta para detectar casos de embarazo ectópico tubárico. Siendo posible diagnosticarlo en etapas tempranas. El estudio debe iniciarse por vía abdominal, pero es imprescindible completarla con vía transvaginal, con un ecógrafo de alta resolución y utilizando el zoom para engrandecer las zonas a estudiar, siendo minuciosos con la cavidad endometrial y anexos (6).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la certeza de los signos ecográficos como diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

En la práctica obstétrica existen situaciones que no presentan el cuadro clínico clásico de un embarazo ectópico y pueden representar un desafío para el profesional. En algunos casos es posible que las pacientes o el especialista confundan esta situación con la eliminación de restos. Encontrar en el ultrasonido un útero vacío puede hacer pensar equivocadamente en un aborto completo. Las complicaciones agudas de no ser diagnosticado a tiempo el embarazo ectópico

pueden ser choque hipovolémico, necrosis tubular renal, insuficiencia renal aguda; entre otras. Los casos mortales son poco excepcionales si el especialista lo detecta y trata de manera oportuna, he allí la importancia de la certeza de los signos ecográficos para el diagnóstico y tratamiento oportuno (7).

Gracias a la ayuda de instrumentos de apoyo al diagnóstico como la ecografía se logra la mejora de la eficacia y la calidad de la atención sanitaria, puesto que se realiza diagnósticos oportunos y por ende tratamientos que benefician a la disminución de la mortalidad materna. Por ello la importancia de abordar el análisis de este tema.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Determinar la certeza de los signos ecográficos en el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar los factores de riesgo de la paciente estudiada para embarazo ectópico
- Conocer los hallazgos de signos ecográficos tanto intrauterinos como extrauterinos.
- Relacionar los signos ecográficos con los hallazgos quirúrgicos.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1. PATOLOGÍA: EMBARAZO ECTÓPICO

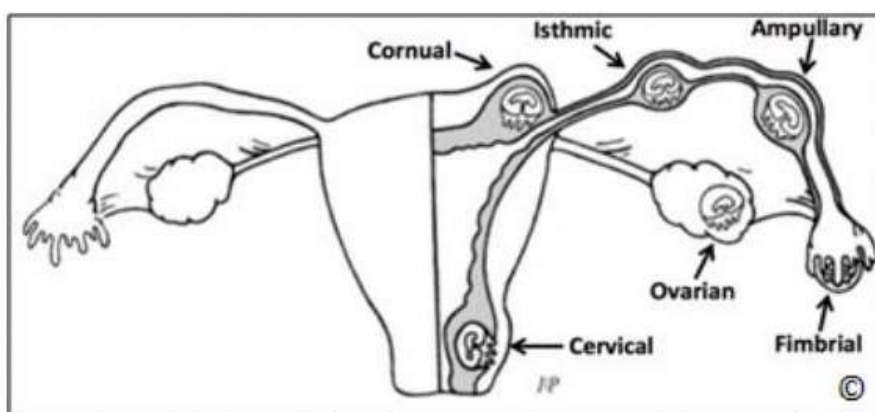
2.2. DEFINICIÓN:

La implantación del embrión fuera de la cavidad uterina, recibe el nombre de embarazo ectópico, en la población general se produce en el 1% a 2% de todos los embarazos y en 2% a 5% de las pacientes con reproducción asistida (6).

2.3. CLASIFICACIÓN:

LA LOCALIZACIÓN ANATOMICA DEL EMBARAZO ECTÓPICO

La porción ampular e ístmica son la más frecuencia es en la trompa de Falopio. Las localizaciones raras incluyen el área cornual y la fimbria. El embarazo ectópico intersticial merece estudio especial puesto que frecuentemente se presentan en una etapa más avanzada de la gestación y se asocian con hemorragia grave y shock materno. Los embarazos ectópicos cervicales ocurren en menos del 1% (8).



Fuente Rabih Chaoui M, Philippe Jeanty M, Dario Paladini M. en su libro ultrasonido en obstetricia y ginecología: Un abordaje práctico (8).

Figura 1. La localización anatómica del embarazo ectópico

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS POR TIPOS DE EMBARAZO

a) ECTÓPICO TUBARICO:

Debe tenerse en cuenta lo siguiente en una ecografía transvaginal:

1. Presencia de reacción decidual en ausencia de saco gestacional. El valor discriminatorio de la HCG es de 99% con 3510 UI/L.
2. De no observarse saco gestacional se debe considerar un embarazo de ubicación indeterminada a d/c gestación ectópico.
3. Visualización de líquido libre en saco de Douglas.
4. De estar en duda con el diagnóstico esperar 48 horas y tomar una nueva medición de hCG-B antes de iniciar cualquier tratamiento.
5. La β -HCG aumenta como mínimo en una gestación viable cada 48 h :
>49% si hCG inicial es <1500 UI/L; >40 % si hCG está entre 1500 a 3000 UI/L; y >33% si hCG es >3000 UI/L.(7).

b) ECTÓPICO INTERSTICIAL:

Es aquel que se ubica en la porción intersticial o intramural de la trompa de Falopio a nivel del cuerno, es por ello que también se le denomina como embarazo cornual.

Criterios de Timor-Tritsch:

- 1) Cavidad uterina vacía.
- 2) Saco coriónica separados por lo menos 1 cm del borde lateral de la cavidad uterina.
- 3) Una fina capa de miometrio (< 5 mm) que rodea el saco gestacional(7).



Fuente: Carpio Guzman Luis Alberto. Revista Peru Investig Matern Perinat 2021(7).

Figura 2. Embarazo intersticial

c) ECTÓPICO CERVICAL

En el año 1996 Ushakov relata los criterios ultrasonográficos para su diagnóstico:

- 1) Saco gestacional ubicado en el canal endocervical, entre el orificio cervical interno y el orificio cervical externo, por debajo de la entrada de las arterias uterinas.
- 2) Cuidad uterina vacía y con reacción decidual.
- 3) Invasión trofoblástica del tejido cervical confirmado con Doppler color.
- 4) Útero en reloj de arena o cérvix en forma de barril visto por vía abdominal
- 5) Presencia de embrión o feto con latidos cardiacos presentes que lo diferencia de un aborto en curso. (7).



Fuente: Carpio Guzman Luis Alberto.Revista Peru Investig Matern Perinat 2021(7).

Figura 3. Saco gestacional en el canal cervical

d) EMBARAZO EN CICATRIZ DE CESÁREA

El incremento de los partos por cesáreas ha propiciado el incremento de estos embarazos el cual fue reportado por primera vez en el año 1978 por Larsen, su incrementado notablemente su incidencia, siendo actualmente la 2d ubicación de embarazo ectópico luego de la tubárica.

En el año 2000 vial describe los siguientes criterios ultrasonográficos:

- 1) Formación del trofoblasto entre la vejiga y la cicatriz de la cesárea.
- 2) Cavity uterina y canal cervical vacíos.
- 3) Abombamiento de la pared a nivel del istmo uterino visto por vía abdominal(7).



Fuente: Carpio Guzman Luis Alberto.Revista Peru Investig Matern Perinat 2021(7).

Figura 4. Saco gestacional con presencia de saco vitelino a nivel ístmico

e) EMBARAZO HETEROTÓPICO

El la existencia simultánea de un embarazo intrauterino y embarazo ectópico extrauterino. La incidencia es de aproximadamente 1 en 8,000 a 1 en 30,000 gestaciones. La ubicación más frecuente extrauterina es la trompa de Falopio, siguiendo en frecuencia la cicatriz de cesárea, la cervical y la intersticial(7).



Fuente: Carpio Guzman Luis Alberto.Revista Peru Investig Matern Perinat 2021(7).

Figura 5. Dos sacos gestacionales. Un primer saco a nivel de cicatriz de cesárea.

2.4. INCIDENCIA:

El embarazo ectópico es la causa más común de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo. La incidencia de la entidad ha aumentado en los últimos 30 años de 0,5% en la década de 1970 a 1,1% en la actualidad. El aumento de los embarazos ectópicos se debe a una mayor proporción de embarazos ectópicos diagnosticados y también al aumento de varios factores de riesgo, entre ellos: el aumento del número de pacientes sometidas a procedimientos de reproducción asistida, el uso de métodos anticonceptivos como dispositivo intrauterino, aumento de enfermedad pélvica inflamatoria, pacientes con embarazo ectópico previo, pacientes con cirugía abdominal , especialmente cirugía de trompas de Falopio, infertilidad, endometriosis o tabaquismo, etc(9).

2.5. ETIOLOGÍA:

Abarca cualquier factor que impide o dificulta la migración normal del óvulo a la cavidad endometrial uterina(3).

2.6. FACTORES DE RIESGO

2.6.1. FACTORES TUBULARES:

- a) Inflamación pélvica: dentro encontramos a la salpingitis gonocócica. tuberculosis genital y salpingitis postaborto. Debilitan la función y la motilidad de las trompas de Falopio y crean adherencias en la mucosa de la trompa de Falopio que conducen al estrechamiento. (2).
- b) Cirugía tubárica por infertilidad y cirugía conservadora por ectópico previo
- c) Cirugía tubárica por esterilidad permanente, especialmente si se realiza con electrocoagulación.

- d) Endometriosis tubárica
- e) Anomalías congénitas: hipoplasias (observadas con exposición intrauterina a dietilestilbestrol) o trompas excesivamente largas y tortuosas.
- f) Cambios funcionales en el peristaltismo tubárico o la función ciliar como resultado tanto del hipo contractilidad como del espasmo tubárico(2).

2.6.2. FACTORES OVULATORIOS:

- a) Anidación temprana del huevo, ya sea por huevos demasiado pesados que maduran rápidamente y no pueden avanzar, o por desprendimiento temprano de la capa superficial del huevo, que permite la implantación.
- b) Transmigración: se ha propuesto la hipermigración ovocitaria y su implantación en la trompa contralateral.
- c) Técnicas de fecundación asistida(2).

2.6.3. FACTORES UTERINOS:

- a) Exposición intrauterina a dietilestilbestrol (DES), que genera malformación del tracto reproductivo y por ende infertilidad
- b) Uso de dispositivos intrauterinos (DIUs)(2).

2.7. FISIOPATOLOGÍA

Las contracciones musculares de la trompa de Falopio y los movimientos de los cilios facilitan el transporte del embrión desde la trompa de Falopio hacia la cavidad uterina, existen varios constituyentes que afectan este proceso natural: Las cirugías de las salpinges que distorsionan la anatomía normal. El tabaquismo porque reduce el número de cilios de las células del epitelio tubárico. Los procesos infecciosos e inflamatorios que alteran la fisiología, el tener como antecedente una enfermedad pélvica inflamatoria acrecienta considerablemente el riesgo de embarazo ectópico, en particular las infecciones ascendentes por Mycoplasma, Neisseria Gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis están fuertemente asociadas(6).

2.8. SÍNTOMAS CLÍNICOS:

- No deben ser manejados exclusivamente para el diagnóstico, puesto que los síntomas clínicos de los embarazos ectópicos no son específicos.
- Para considerar embarazo ectópico se tiene que tener una prueba de embarazo positiva acompañada de dolor y/o sangrado vaginal. Así mismo encontrar al examen físico una masa anexial.
- En la mitad de los pacientes con embarazo ectópico está presente la triada clínica de dolor, sangrado y masa anexial, la ubicación de dolor puede variar(8).

Es necesario considerar en el diagnóstico diferencial de una mujer en edad reproductiva que presenta dolor abdominal bajo y sangrado vaginal:

- Gestación normal
- Aborto inevitable o amenaza de aborto
- Gestación ectópica
- Masa ovárica sintomática (quistes hemorrágicos, dermoides o torsión)
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Sangrado uterino anormal
- Origen gastrointestinal
- Origen urinario(6).

2.9. EXÁMENES AUXILIARES

- a) **Ultrasonido:** Significativo para la evaluación y diagnóstico del embarazo ectópico. Una ecografía bien realizada puede distinguir entre un embarazo intrauterino y un embarazo ectópico bien definido. Encontrar una masa extra membranosa en el endometrio vacío es sospechoso de un embarazo ectópico, especialmente si el valor de β -hCG está por encima de lo normal. Sin embargo, el hallazgo de una masa anexial en el saco gestacional y la frecuencia cardíaca fetal confirman el diagnóstico de embarazo ectópico. Si se ha determinado un embarazo ectópico, se puede ver líquido anecoico en el fórnix de Douglas.

- b) **Laparoscopia:** En el pasado, la laparoscopia se usaba con frecuencia para diagnosticar embarazos ectópicos. Sin embargo, actualmente se reemplaza por un examen de ultrasonido.
- c) **Legrado:** Es de utilidad para confirmar o excluir un embarazo ectópico. Esto se hace cuando se encuentran hallazgos ecográficos o de laboratorio que no confirman. Cuando se examina la patología para embarazo intrauterino o aborto, se observan vesículas coroideas, hay alta sospecha de embarazo ectópico al a ver ausencia de estas.
- d) **Culdocentesis:** En este procedimiento se introduce una aguja en el fondo de saco posterior y se toma muestra del líquido por ecografía, con esto se confirma la presencia de hemoperitoneo. Se hace cada vez menos porque la sensibilidad de los ultrasonidos ha mejorado considerablemente.
- e) **Resonancia magnética:** Es útil además de la ecografía en casos en los que se sospecha un embarazo ectópico inusual(2).

2.10. TRATAMIENTO

a) MANEJO MÉDICO

Al realizar un diagnóstico temprano, la mayoría de las mujeres con embarazo ectópico pueden tratarse con metotrexato (MTX). La tasa de éxito del tratamiento farmacológico para mujeres correctamente seleccionadas es de casi el 90%. En la mayoría de los casos de embarazo ectópico tubárico, una sola dosis de metotrexate 50 mg/m² por vía intramuscular es suficiente. Puede ser necesaria una segunda dosis de metotrexate y se debe advertir a los pacientes acerca de esta dosis de antes del tratamiento. La terapia multidosis es la mejor opción en caso de embarazo ectópico cervical o intersticial. Los candidatos ideales para la terapia con metotrexato son aquellos que son hemodinámicamente

estables, capaces de realizar un seguimiento posterior al tratamiento, tienen niveles de hCG por debajo de ≤ 5000 mUI/mL y no tienen función cardíaca fetal. Una masa ectópica de menos de 3 cm también se usa a menudo como criterio, pero no se ha validado como un predictor de un buen éxito del tratamiento. Las contraindicaciones para MTX incluyen inestabilidad del paciente; síntomas graves como dolor abdominal intenso o persistente, enfermedad renal o hepática, inmunodeficiencia, enfermedad pulmonar activa, úlcera péptica, hipersensibilidad al MTX, sospecha de embarazo intrauterino, lactancia o vivir lejos de un centro médico (4).

b) TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se considera adecuado, las directrices del Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) recomiendan un abordaje laparoscópico en lugar de la laparotomía, en pacientes hemodinámicamente estables que requieren cirugía. La cirugía laparoscópica se comparó con la cirugía abierta en 228 mujeres en tres ensayos controlados aleatorios. Los procedimientos laparoscópicos se asociaron con un tiempo operatorio más corto, menos sangrado intraoperatorio, una estancia hospitalaria más corta y una menor necesidad de analgesia. No hubo diferencias en el rango de permeabilidad tubárica entre los dos abordajes. Cuando el paciente tiene signos de shock hipovolémico la terapia médica no es esencial en el tratamiento o sospecha del embarazo ectópico (1).

2.11. COMPLICACIONES

Si se omite el diagnóstico de embarazo ectópico o si no se realiza el tratamiento adecuado de la patología, aparecen riesgos importantes en la salud de la mujer. Por ello es importante considerar el diagnóstico de embarazo ectópico en mujeres en edad fértil que presentan dolor abdominal.

El embarazo ectópico complicado se asocia a sangrado importante que conduce a hemoperitoneo que produce inestabilidad hemodinámica, por lo que la salud materna se ve comprometida (9).

Siendo una de las principales causas de muerte materna durante el primer trimestre del embarazo y debe sospecharse en toda mujer con embarazo no visualizable en la cavidad uterina (2).

2.12. ULTRASONIDO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE:

Esta ecografía es importante pues confirma que la gestación sea intrauterina, así mismo la vitalidad del embrión y determinar la edad gestacional con exactitud (10).

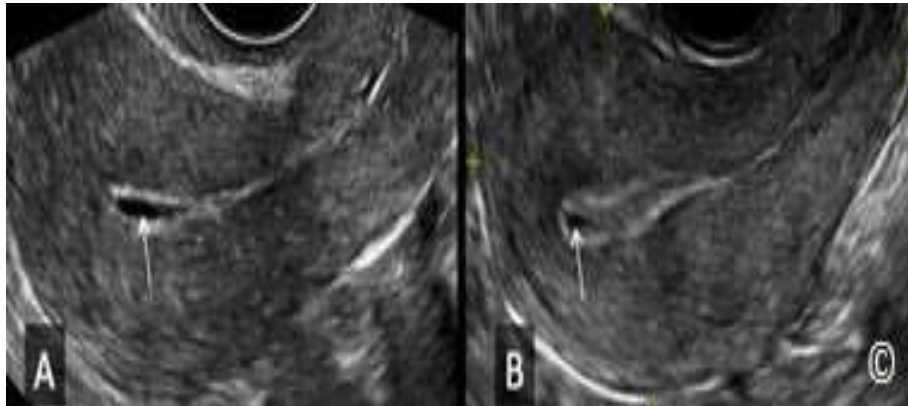
PASOS A SEGUIR PARA EL DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO:

Lo primero a realizar es una adecuada anamnesis y examen físico exhaustivo. Contando primero con una prueba de embarazo positiva. El abordaje paso a paso por ecografía se describe a continuación. Realizándolo por la vía transvaginal (10).

PASO UNO: VALORACIÓN DE LA CAVIDAD ENDOMETRIAL PARA IDENTIFICAR LA PRESENCIA DE UN SACO GESTACIONAL:

Lo que descarta un embarazo ectópico es la presencia de un saco gestacional en la cavidad endometrial.

Lo que diferencia al saco gestacional de acumulación de líquido o sangre en la cavidad endometrial son los bordes ecogénicos. El saco gestacional intrauterino se visualiza como un anillo grueso de tejido ecogénico(10).



Fuente Rabih Chaoui M, Philippe Jeanty M, Dario Paladini M. en su libro ultrasonido en obstetricia y ginecología: Un abordaje práctico (8).

Figura 6. Imágenes de úteros en planos sagitales (A) y (B) se visualiza presunto líquido endometrial con sospecha de ser ectópicos. El término pseudosaco se emplea cuando se visualiza líquido endometrial en asociación con una gestación ectópico.

PASO DOS: EVALUAR EL SACO DE DOUGLAS

La apariencia de líquido en el saco puede sugerir un embarazo ectópico o un quiste ovárico roto. El saco de Douglas se debe evaluar en plano sagital por ecografía transvaginal. Se debe utilizar Doppler para la confirmación de flujo vascular dentro de los coágulos. Encontrar cierta cantidad de contenido en el saco de Douglas es algo frecuente y es parte de los cambios fisiológicos del ciclo menstrual, sin embargo, hallar cierta cantidad considerable de líquido en el saco de Douglas en una paciente con sospecha de gestación ectópico debe ser preocupante por la posibilidad de una hemorragia intra- abdominal y este hallazgo debe ser considerada en el tratamiento de la paciente(10).

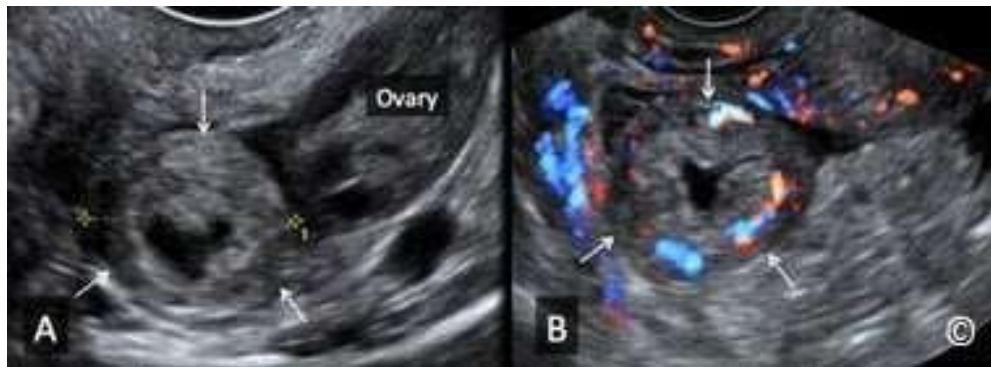


Fuente Rabih Chaoui M, Philippe Jeanty M, Dario Paladini M. en su libro ultrasonido en obstetricia y ginecología: Un abordaje práctico (8).

Figura 7. En esta imagen se evidencia la presencia de líquido libre en el saco de Douglas en un plano sagital del útero en ultrasonido transvaginal así mismo el espesor endometrial (calibradores amarillos).

VALORAR LA REGION ANEXIAL PARA UN SACO ECTOPICO GESTACIONAL

Realizar una evaluación exhaustiva de ambas zonas anexiales en los planos transversal y sagital. Donde se evalúa los ovarios y las regiones anatómicas adyacentes en búsqueda de saco gestacional ectópico, líquido y sangre. Con frecuencia el saco gestacional ectópico se localiza en la trompa de Falopio. Este es de forma redonda, tiene un anillo ecogénico y un centro anecoico. No debe confundirse un cuerpo lúteo con un saco gestacional ectópico, que frecuentemente se encuentra en el ovario del mismo lado. El Doppler color no es de utilidad en el diagnóstico diferencial dado el solapamiento del flujo del cuerpo lúteo y los diferentes grados de los patrones de flujo de sangre en los embarazos ectópicos(10).



Fuente Rabih Chaoui M, Philippe Jeanty M, Dario Paladini M. en su libro ultrasonido en obstetricia y ginecología: Un abordaje práctico (8).

Figura 8. Ambas imágenes son a través de ecografía transvaginal. Donde se visualiza el anillo ecogénico y el centro anecoico (apariencia rosquilla) ambas imágenes son de gestaciones ectópicas.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 ANAMNESIS

3.1.1. Filiación:

Paciente gestante de 32 años de edad ingresa por el servicio de emergencia en mal estado general el día 30/05/2022 a horas 20:03. De nivel educativo superior universitaria completa, procedente de Jaén.

3.1.2 Enfermedad actual:

Tiempo de enfermedad: 15 horas

Paciente ingresa por emergencia en compañía de hermana, refiere que desde hace 15 horas inicia dolor abdominal intenso a nivel de hipogastrio posteriormente generalizándose, ingresando en muy mal estado general.

3.1.3 Antecedentes:

PERSONALES:

Niega intervenciones quirúrgicas, transfusiones sanguíneas, alergia a medicamentos y refiere padecer de enfermedad pélvica inflamatoria recurrente.

GINECO OBSTÉTRICOS:

G1 P0000 FUR:14/04/2022 **FPP:**21/01/2023 **E.G:** 6 semanas 4 días

PAP: NUNCA **MAC:** PRESERVATIVO **Menarquía:** 15 AÑOS

Régimen catamenial :5/30

a) Familiares:

Neoplasia de páncreas(madre).

b) Socioeconómicos

Vive en casa de material noble, cuenta con servicios básicos de agua, luz y desagüe.

c) Hábitos nocivos:

Niega alcohol, drogas, café y tabaco.

3.1.4. Examen Físico:

a) General

Aparente mal estado general, orientada en tiempo espacio y persona. Regular estado de hidratación.

b) Funciones vitales

PA: 80/60 mmHg FR:22X' FC:112X' T: 36.6°C

c) Piel y faneras

Normo térmica, palidez +++, lisa de turgencia, elasticidad, grosor y movilidad normales, con buena higiene y sin lesiones. Pelo de color negro de implantación normal. Uñas cortas.

d) Cabeza

Anatómicamente normal, cabello normo inserto, abundante.

e) Cuello

Anatómicamente normal, sin adenopatías palpables.

f) Tórax

Simétrico, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares.

g) Mamas

Asimétricas, inspección normal areolas y pezones pigmentados, tumoraciones no palpables.

h) Cardiovascular

Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, no soplos.

i) Abdomen:

Distendido, doloroso a la palpación, reacción peritoneal.

j) Genitourinario

Genitales anatómicamente normales, se evidencia leucorrea amarillenta en regular cantidad.

k) Columna vertebral y extremidades

Columna vertebral con alineación sagital típica, extremidades superiores e inferiores anatómicamente normales sin edema ni varices.

l) Linfático

Ganglios no palpables.

m)Neurológico

Conservado.

n) Extremidades inferiores

Sin edema, sin varices.

o) Reflejos osteotendinosos

No evaluados.

3.1.5. Impresión diagnóstica:

- Embarazo Ectópico Complicado
- Hemoperitoneo Masivo

3.1.6. Tratamiento y evolución:

30/05/2022 HORA: 20:03

Paciente permanece en el servicio de emergencia, es reevaluada con exámenes auxiliares. Como resultado Hb 7.8 gr/dl. Ver ecografía en anexo figura N°26.

EXÁMEN FÍSICO:

Funciones Vitales: PA:80/60mmhg P: 112X´ R: 22X´ T: 36.6°C

Piel: Normo térmica, palidez +++

Abdomen: Distendido doloroso a la palpación, reacción peritoneal +++

Tacto vaginal: Dolor anexial y en fondo de saco anterior.

DX:

- 1) Embarazo ectópico complicado
- 2) Hemoperitoneo masivo
- 3) Anemia moderada

TRATAMIENTO:

1. NPO
2. Control de funciones vitales
3. Reposo absoluto
4. Cloruro de sodio al 9 x 1000 cc a chorro luego a 60 gotas x´
5. Cefazolina 2 gr endovenoso pre SOP
6. Transfusión de dos paquetes globulares compatibles, sin pruebas cruzadas
7. Sonda foley más bolsa colectora
8. Se programa para SOP
9. Clorfenamina 10 mg endovenoso STAT
10. Dexametasona 4 mg endovenoso STAT

HORA 20:30

Se administró dexametasona 4 mg más clorfenamina 10 mg endovenoso STAT.

Se envió programación para laparotomía exploratoria a sala de operaciones.

HORA 20:35

Se canaliza doble vía en brazo izquierdo.

HORA 20:40

Se inicia transfusión de primer paquete globular sin pruebas cruzadas.

HORA 21:00

Se coloca sonda foley más bolsa colectora.

HORA 21:30

Se administra cefazolina 2gr endovenoso pre SOP.

HORA 21:35

Culmino la transfusión de una unidad de sangre.

Paciente pasa a sala de operaciones con vía permeable de cloruro de sodio al 9x 1000 cc segundo frasco.

HORA 22:05

La paciente es intervenida quirúrgicamente realizándole laparotomía exploratoria más salpinguectomía derecha más lavado de cavidad.

LOS HALLAZGOS DURANTE LA OPERACIÓN

- Útero de más o menos 9 centímetros
- Trompa uterina derecha con embarazo ectópico roto a nivel ampular de más o menos 3 x 2.5 x 2 cm
- Trompa uterina izquierda anatómicamente normal
- Hemoperitoneo +- 2000 ml

31/05/2022 HORA: 03:25

EVOLUCION MEDICA

Paciente ingresa al servicio de hospitalización de gineco obstetricia procedente de sala de operaciones, post operada de laparotomía exploratoria y salpinguectomía derecha. Refiere dolor abdominal sobre en herida operatoria, niega otras molestias.

Al examen: Lucida orientada en tiempo, espacio y persona

- Abdomen: Anatómicamente normal, dolor a la presión. Apósito de herida seco.
- Genitales: Ginecorragia escasa

DX: Post operada de laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado

TRATAMIENTO

1. NPO por 8 horas
2. Control de funciones vitales más balance hídrico electrolítico
3. Cloruro de sodio al 0.9% de 1000 cc más metamizol 3 gr a 30 gotas por minuto I Y II frasco
4. Cefazolina 2 gr endovenoso c/8 horas
5. Metamizol 1 gr endovenoso c/8 horas
6. Tramadol 50 mg subcutánea c/12 horas
7. Transfusión de segundo paquete globular compatible
8. Hto, hb control
9. Si hto \leq 21% y /o hb \leq 7 gr/dl transfusión de dos paquetes compatibles.

EVOLUCIÓN OBSTETRICA

Se recoge paciente post laparotomía exploratoria de SOP, despierta, con dos vías, más sonda vesical 100 ml.

PA:92/59 mmHg FC:97 X' FR:21X' T:36.1°C SPO:97%

Al examen: Aparente regular estado general, orientada en tiempo y espacio.

- Piel y mucosas: Húmedas, palidez
- Mamas: Blandas asimétricas
- Abdomen: Blando depresible, doloroso a la palpación
- Herida operatoria: Cubierto con apósito limpio y seco
- Genitales externos: No se evidencia sangrado
- Miembros inferiores: Sin edema

Dx: Post laparotomía exploratoria más salpinguectomía derecha.

OBSERVACIONES:

Se trae muestras patológicas de SOP.

Se transfundió 02 paquetes globulares: una en emergencia y otra en sala de operaciones.

01/06/2022 HORA 07:30

EVOLUCIÓN MÉDICA

Paciente refiere tener nauseas, mareos, dificultad para deambular, no tolera la vía oral.

Signos vitales: PA: 85/46 mmHg P: 77X´ R:20X´ T:36.7°C SPO2:99%

Al examen: AREG- LOTEPE

- Piel y conjuntivas: Hidratadas, ligeramente hipocrómicas.
- Mamas: Anatómicamente normales.
- Abdomen: Blando depresible, ruidos aéreos presente, doloroso a la palpación. Herida operatoria: Afrontada, sin signos de flogosis, hematomas en tercio medio de herida, no dolor.
- Genitales externos: No se observan pérdidas
- Miembros inferiores: Sin edema, sin varices

DX:

- 1) Post laparotomía exploratoria de 1 día
- 2) Anemia moderada

TRATAMIENTO:

- 1) Dieta blanda hiperproteica rica en hierro y líquidos
- 2) Control de funciones vitales
- 3) Vía clorurada
- 4) Metamizol 1 gr endovenoso C/8 horas
- 5) Tramadol 50 mg subcutáneo condicional a dolor intenso
- 6) Sulfato ferroso 300 mg vía oral C/12 horas
- 7) Vigilar signos de alarma

- 8) Deambulaci3n
- 9) Dimenhidrinato 50 mg endovenoso condicional a nauseas

02/06/2022 HORA: 07:30 AM

EVOLUCI3N MEDICA

SIGNOS VITALES:

PA: 100/62 mmHg R:20X' P:79X' T:36.6°C SPO2:98%

Paciente deambula con normalidad, estable, tranquila, no refiere molestias con vfa clorada

Al examen: Aparente regular estado general, orientada en tiempo espacio y persona

- Conjuntivas: Normocr3micas
- Mama: Blandas sim3tricas
- Abdomen: Blando depresible
- Genitales externos: No se evidencia sangrado vaginal
- Miembros Inferiores: Sin edema, sin varices

DX: Post laparotomfa exploratoria m3s salpinguectomfa derecha m3s lavado de cavidad de dos dfa.

HORA: 09:50

Medico de turno indica alta con tratamiento.

TRATAMIENTO

- 1) Alta con indicaciones
- 2) Retirar vfa
- 3) Paracetamol 1 gr condicional a dolor intenso
- 4) Sulfato ferroso 300 mg vfa oral C/12 horas por 30 dfa
- 5) Consulta por ginecologfa en 7 dfa para retiro de puntos
- 6) No relaciones sexuales en 2 meses
- 7) Planificaci3n familiar

3.1.7. Exámenes auxiliares:

Tabla 1. HEMOGRAMA

FECHA Y HORA: 30/05/2022 08:36 PM

HEMATOLOGIA	
HEMOGRAMA	
DESCRIPCIÓN	RESULTADO
Leucocitos	9990
Neutrofilos	92.6
Linfocitos	5.5
Monocitos	1.7
Eosinófilos	0.1
Basófilos	0.1
Hematíes	2.66
HB	7.8
HTO	24.4
VCM	91.6
MCH	30.6
MCHC	33.4
PLAQUETAS	270000
TIEMPO DE SANGRIA	2
TIEMPO DE COAGULACION	5
GRUPO Y FACTOR	O RH +
TP INR	14.08
TPTa	38.33

Fuente: Historia clínica

TABLA 2. OTROS EXÁMENES EN SANGRE

GUCOSA	191
HIV PRUEBA RAPIDA	NO REACTIVO
B- HCG	1523.67

Fuente: Historia clínica

Tabla 3. EXÁMEN DE ORINA COMPLETO

MICROBIOLOGIA	
ORINA COMPLETA	
COLOR	Amarillo
ASPECTO	Lig. Turbio
REACCION	Acido 4.5-6.5
DENSIDAD	1.020
CUERPOS CETONICOS	Negativo
AC. ASCORBIC	Negativo
BILIRRUBINA	Negativo
UTOBILINOGENO	Negativo
NITRITOS	Negativo
SANGRE	Negativo
PROTEINAS	Negativo
LEUCOCITOS	Negativo
GLUCOSA	Negativo
CEL.EPITELIALES	Escasas
LEUCOCITOS	3-5
HEMATIES	2-4
CILINDROS	No se observa
CRISTALES	No se observa
GERMENES	Escasos
LEVADURAS	No se observa
FILAMENTOS MUCOIDES	No se observa

Fuente: Historia clínica

Tabla 2. HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO**FECHA 31/05/2022 HORA 05:15 AM**

HEMOGLOBINA	9.0
HEMATOCRITO	28.2

Fuente: Historia clínica

3.1.8. Otros exámenes auxiliares:

ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL Y ABDOMINAL 30/05/2021:

El estudio ecográfico realizado con transductor transvaginal y convexo muestra:

Útero: anteverso flexo de 82 x 40.8 x 55 mm

Endometrio: 11.80 mm heterogéneo

Anexo derecho: tumoración +- 34 x 30 x 33 mm heterogéneo en relación a embarazo ectópico tubárico

Fondo de saco más espacio de Morrison con hemoperitoneo

Conclusión:

- Signos ecográficos de embarazo ectópico complicado
- Hemoperitoneo masivo



Fuente: Historia clínica.

Figura 96. Ecografía de ovario derecho.



Fuente: Historia clínica.

Figura 70. Ecografía de hemoperitoneo.



Fuente: Historia clínica.

Figura 18. Ecografía de espacio de Morrison.



Fuente: Historia clínica.

Figura 92. Ecografía de útero y endometrio.

3.1.8 Epicrisis

Fecha de ingreso: 30/05/2022

Fecha de alta: 02/06/2022

Total de días internados: 4 días

Procedencia: Jaén

Dirección: Jaén

1. Anamnesis:

Paciente refiere estar estable, niega molestias. Ingreso el día 30/05/2022 por emergencia por embarazo ectópico complicado.

2. Examen físico:

Orientada en tiempo espacio y persona en aparente buen estado general

- Abdomen: Blando depresible ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso.
- Genitales externos: Sangrado escaso.

3. Exámenes auxiliares:

Hb 9.9 gr/dl

4. Terapéutica:

- Analgésicos
- Antibioticoterapia

5. Operaciones quirúrgicas: Laparotomía exploratoria

6. Condición de alta: Estable

7. Pronóstico: Bueno

8. Diagnóstico de ingreso:

- Embarazo ectópico complicado
- Hemoperitoneo masivo
- Anemia moderada

9. Diagnóstico de egreso:

- Post laparotomía exploratoria
- Anemia leve

10. Tipo de alta: Médica

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

El presente caso clínico, trata de una paciente gestante de 6 semanas, que ingresa al servicio de emergencia manifestando dolor abdominal intenso a nivel de hipogastrio desde hace 15 horas, es evaluada al ingreso y se encuentra una PA de 80/60 mmHg, P:112x', R:22 x', T:36.6°C, con un control prenatal previo a las 5 semanas de gestación, no se evidencia sangrado genital. Uno de los factores de riesgo identificado en la paciente fue la presencia de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) recurrente, evidenciándose además, durante la examen la presencia de leucorrea amarillenta en regular cantidad. Abdullah karaer et al en su estudio concluye que la EPI es el principal factor de riesgo de embarazo ectópico. Es bien sabido que los procesos infecciosos desempeñan un papel importante en el embarazo ectópico. Con OR de 2,0 y 7,5(11). Por otro lado Centers for Disease Control and Prevention (2015) menciona que la salpingitis aumenta el riesgo de embarazo tubárico(12).

Además, en este caso se puede observar que la paciente no tenía ninguna ecografía previa que confirme el embarazo intrauterino. En el protocolo del centro de medicina fetal y neonatal de Barcelona mencionan que la evaluación ecográfica debe hacerse en función de la prevalencia de gestación ectópica en el entorno que se aplica, no hay pruebas que apoyen el uso de la ecografía precoz en pacientes asintomáticas. Se recomienda ejecutarla antes de las 5 semanas de gestación en caso de síntomas moderados, o en pacientes con factores de riesgo(13). ISUOG en su revista del 2015 menciona que por vía transvaginal se puede ver la primera evidencia de embarazo intrauterino a las 4 semanas de gestación(10).

Al realizarle ecografía transvaginal a la paciente en el servicio de emergencia, se encuentra los siguientes hallazgos intrauterinos: Endometrio en 11.80 mm heterogéneo, y en los hallazgos extrauterinos: Se visualiza en anexo derecho tumoración +- de 34x 30 x 33 mm heterogéneo en relación a embarazo ectópico,

así mismo se evidencia espacio de Morrison con hemoperitoneo. Concluyendo con diagnósticos sugestivos de embarazo ectópico más hemoperitoneo masivo.

Aunque la tumoración en anexo derecho era < de 4 cm, el manejo medico quedó descartado por la presencia de hemoperitoneo en el espacio de Morrison, lo cual era el indicio de un embarazo ectópico complicado, por lo que el tratamiento indicado fue el quirúrgico, mediante una laparotomía exploratoria, previa transfusión sanguínea por encontrarse con 7.8 gr/dl de hemoglobina, llegando incluso a realizarse una salpinguectomía derecha.

Spinoso et al en el análisis de un caso clínico titulado diagnóstico mediante ecografía 3d y tratamiento de embarazo ectópico intersticial con metrotexato multidosis. Nos informa que es fundamental la realización de un diagnóstico precoz para evitar sus complicaciones y así disponer de un mayor abanico de opciones terapéuticas. En este estudio la utilización de la ultrasonografía 3D dio una imagen diagnóstica concluyente y muy clara de la patología(14).

En el reporte del informe operatorio se reporta un útero de más o menos 9 centímetros, la trompa uterina derecha con embarazo ectópico roto a nivel ampular de más o menos 3 x 2.5 x 2 cm, hemoperitoneo +- 2000 ml. Tal como se informa en la ecografía útero: Anteverso flexo de 82 x 40.8 x 55 mm, anexo derecho: Tumoración +- 34 x 30 x 33 mm heterogéneo en relación a embarazo ectópico tubárico y fondo de saco más espacio de Morrison con hemoperitoneo. Con ello se diagnostica y confirma el embarazo ectópico complicado más hemoperitoneo masivo. Se le realizó laparotomía exploratoria con salpinguectomía derecha más lavado de cavidad, posterior a ello la paciente ingresa al servicio de hospitalización sin mayor eventualidad saliendo de alta al cuarto día. Al séptimo día acude a su control por consultorio externo mostrando buen estado general y ningunas molestias.

La ecografía transvaginal de alta resolución, tiene una tasa de éxito del 80% y puede encontrar tumores anexiales de tan sólo 10 mm. En el 5% de los casos puede verse un saco gestacional y embrión en la masa anexial. Tiene una sensibilidad y especificidad del 95-99%, nos ofrece una evaluación exhaustiva de la cavidad endometrial, las regiones anexiales y nos permite detectar precozmente el embarazo ectópico(15). Con el fin de proporcionar diagnósticos precoces y

precisos y ofrecer terapias conservadoras, no quirúrgicas o mínimamente invasivas, hemos podido comprender mejor la historia natural del embarazo ectópico en sus múltiples localizaciones con el uso de la ecografía vaginal en tiempo real y los criterios ecográficos(7).

CONCLUSIONES

1. El factor de riesgo principal encontrado en el caso clínico que predispone a un embarazo ectópico es la enfermedad pélvica inflamatoria además por la presencia de leucorrea una vaginitis que agrava el cuadro.
2. Dentro de los hallazgos ecográfico tanto intrauterinos como extrauterinos encontrados tenemos un endometrio engrosado de 11.80 mm, tumoración de 34x30x33 mm en anexo derecho, el espacio de Morrison con hemoperitoneo.
3. En los hallazgos quirúrgicos se encuentra en trompa uterina derecha embarazo ectópico a nivel ampular de 3x2.5x2 cm, además hemoperitoneo de +- 2000 ml. Tal como se informa en la ecografía útero: Anteverso flexo de 82 x 40.8 x 55 mm, anexo derecho: tumoración +- 34 x 30 x 33 mm heterogéneo en relación a embarazo ectópico tubárico y fondo de saco más espacio de Morrison con hemoperitoneo.
4. Se determinó la certeza de los signos ecográficos al compararlos con los hallazgos quirúrgicos. Claro está que va depender mucho de factores como: las destrezas del personal de salud al realizar los cortes precisos, el adecuado manejo del ecógrafo como la optimización de la ganancia, el zooms, la profundidad. Contar con equipos de última generación también es otro factor que permite que el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico sea más preciso.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de obstetricia: Realizar un tratamiento adecuado y oportuno de las infecciones de transmisión sexual, así como seguimiento para vigilar el cumplimiento del tratamiento por parte de la paciente y la pareja para evitar posibles complicaciones como embarazos ectópicos que puedan terminar en muerte materna o en morbilidad materna extrema.
2. Al personal de obstetricia del primer nivel: Enfatizar en todas las primeras atenciones prenatales la importancia de la toma de una primera ecografía lo más precoz posible, que permita diagnosticar la vitalidad y localización del embarazo.
3. Al director del hospital: Impulsar la adquisición de equipos modernos de última generación que nos permiten contar con buenas imágenes ecográficas para un diagnóstico más temprano del embarazo ectópico.
4. Al Jefe del departamento de gineco obstetricia: Impulsar la capacitación especializada para la realización de exámenes ecográficos, debido a que, la destreza y entrenamiento del ecografista es importante en el diagnóstico, el cual debe de realizar los cortes precisos, la optimización de la imagen, Para contar certeza en el diagnóstico presuntivo del embarazo ectópico, permitiendo disminuir la morbilidad materna extrema y por ende la mortalidad materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo Moron eli P, Tejada Martinez G, Oliva Garcia AB, Gutierrez Salas N. Embarazo cornual. Presentación de un caso de evolución inusual con dosis única de metotrexato. Rev Peru Ginecol Obstet. 2020;66(1):63-88.
2. Garita SE, Fernández JCG, Alvarado GP. Generalidades del embarazo ectópico. Rev Medica Sinerg. 1 de mayo de 2021;6(5):e670-e670.
3. Guevara Rios E, Sanchez Gongora A, Luna Figueroa A, Ayala Peralta FD, Mascaró Sanchez PA, Carranza Asmat C agosto, et al. Guías de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología instituto nacional materno perinatal [Internet]. Gráfica Delvi S.R.L; 2018. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe>
4. Zapata B, Campos G. La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico. 30 Setiembre Al 3 Oct 2014. 2014;6.
5. Yglesias canova E. Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010. diciembre de 2011;Vol 15(3):6.
6. Guadrrama Sanchez FR, Batiza resendiz V, Zamora escudero R, Sierra Lozada N. Obstetricia y temas selectos de medicina materno- fetal. El feto como paciente 2020 [Internet]. 1ª edición. Mexico; 2020. 580 p. Disponible en: info@cempro.org.mx
7. Carpio Guzman Luis Alberto. Criterios ultrasonográficos del embarazo ectópico | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 26/11/2021. 26 de noviembre de 2021;10(3):42-6.
8. Rabih Chaoui M, Philippe Jeanty M, Dario Paladini M. Ultrasonido en obstetricia y ginecología: Un abordaje práctico. 1º Edición. Alfred abuhamas; 2014. 328 p.
9. Edurne Morea Colmenares. Hemoperitoneo asociado a embarazo ectópico, a propósito de un caso clínico. marzo de 2021;Vol. XVI(5):199.
10. ISUOG. Entrenamiento Básico Ecografía Ginecológica: Los Conceptos Básicos [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.isuog.org/static/e62226dc-44f4-46bb-865a1b0acde47bc4/Lecture-25-traduccin-The-basics-of-a-gynecological-ultrasound.pdf>
11. Abdullah KARAER, Filiz A. AVSAR, Sertac BATIOGLU. Factores de riesgo del embarazo ectópico: un estudio de casos y controles. 2006. 46:521-7.
12. Edwards Núñez, Oscar Pant. Enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico previo y antecedente de cirugía tubárica como factores de riesgo de embarazo ectópico. 2018. 14(3):89-95.

13. M Larroya, A Goncé, M Muñoz. Protocolo sobre gestación de localización incierta. 2021. 16(2):1-9.
14. Spinoso Cruz V, Gil Melgosa L, Colecha Morales M, Revuelta Lopez A. Diagnostico mediante ecografía 3D y tratamiento de embarazo ectópico intersticial con metrotexato multidosis. presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Rev Atalaya Medica. 2021;nº 20:25-33.
15. Meraz, M., Porras, H. Signos ecográficos del embarazo ectópico. 2013. Julio-Septiembre;2(17):9-13.

ANEXOS

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia

GRC
GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA

INFORME ECOGRÁFICO

Nombre del Paciente: _____
Edad: 32 A Fecha: 30 / 5 / 22

Indicación: _____
Estudio: Ecografía TV + ABDOMINAL

INFORME

- UTERO AUF ± 82x40.8x55 mm.
- ENDOMETRIO: 11.80 mm HETEROGÉNEO
- ANEXO DERECHO: TUMORAL ± 34x20x33 mm HETEROGÉNEO CU RELACION A EC. PLACENTA.
- FONDO DE SACO ± PRODUCTOS + ESPACIO DE TUMORAL CON HETEROGÉNEO

Conclusión:

1. EMBARAZO ectópico Complicado.
2. HETEROGÉNEO MASA

Recomendaciones:

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

GRC
GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA

Firma _____

Av. Pakamuros Cdra. 12
Jaén - Cajamarca
Perú

HOSPITAL GENERAL JAÉN



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

INFORME DE ALTA

1.- Nombres y apellidos del paciente: [Redacted]

2.- N° de HC: [Redacted] Edad: 32 Sexo: F Servicio: G-0

3.- Fecha de Ingreso: 30-05-22 Fecha de Alta: 02-06-22

4.- Diagnóstico de Ingreso:

+ Amniotico Estorpio Complejado
+ Hemorragia -> Materna

5.- Procedimientos efectuados:

+ Curación en ED
+ Administración medicamentos
+ Preparación para SEP
+ Laparotomía exploratoria

6.- Tratamiento:

+ Analgesia
+ Antibiótico

7.- Diagnóstico de Alta:

+ Post laparotomía exploratoria
Bueno test

8.- Pronóstico:

Bueno

9.- Recomendaciones para el manejo de la enfermedad, problema o condición del paciente que ameritó la hospitalización:

usar indicaciones médicas

10.- Nombres y Apellidos, firma, sello y colegiatura del médico tratante



"La comunicación desempeña un papel importante en el éxito de una estrategia de servicio"