

CASO CLÍNICO

1. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Lima, Perú
2. Clínica de Prevención Larco, EsSalud, Lima, Perú
 - a. Médico especialista en Anatomía Patológica. Medico Asistente del Servicio de Patología Quirúrgica y Necropsias <https://orcid.org/0000-0003-4708-8372>
 - b. Médico Residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. <https://orcid.org/0000-0003-3104-2708>
 - c. Médico especialista en Anatomía Patológica. Medico Asistente. <https://orcid.org/0000-0003-4962-6525>

Reconocimiento de autoría: los autores del presente caso consideramos como autor principal del presente reporte a la Dra. Angélica Yeyli Asencio Aguedo

Responsabilidades éticas: en el presente caso se mantuvo la conducta ética de una investigación

Confidencialidad de los datos: los datos de identificación de la paciente han sido reservados

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: se obtuvo la información de la historia clínica y del estudio histológico de la pieza quirúrgica; por tanto, no se requirió consentimiento de parte de la paciente

Fuente de financiamiento: autofinanciado.

Conflicto de intereses: los autores del presente reporte de caso declaran no tener conflicto de intereses.

Aportación original e importancia: la importancia de dar a conocer el presente caso se basa en que el diagnóstico de embarazo ectópico no suele considerarse cuando la paciente tiene el antecedente de histerectomía, lo que aplaza el tratamiento, dando lugar a complicaciones que ponen en riesgo la vida de la paciente

Recibido: 26 abril 2020

Aceptado: 15 junio 2020

Correspondencia:

Dra. Asencio Aguedo Angélica

Mz H lote 15 Brisas de Villa, Santiago de Surco

965008273

Dinaayala29@gmail.com

Citar como: Asencio Aguedo AY, Huaquipaco Polanco AR, Reyes Morales OL. Embarazo ectópico tubárico seis años después de una histerectomía supracervical. Reporte de caso. Rev Peru Ginecol Obstet. 2020;66(3). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2280>

Embarazo ectópico tubárico seis años después de una histerectomía supracervical. Reporte de caso

Tubal ectopic pregnancy six years after supracervical hysterectomy. A case report

Angélica Yeyli Asencio Aguedo^{1a}, Ana del Rosario Huaquipaco Polanco^{1b}, Omar Lorenzo Reyes Morales^{2c}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2280>

RESUMEN

El embarazo ectópico en pacientes histerectomizadas es un evento poco común y rara vez se considera en el diagnóstico diferencial en mujeres con esa condición. Se comunica el caso de una paciente de 30 años con antecedentes de histerectomía realizada hacía 6 años, que se presentó en el servicio de urgencias con evolución de tres días de dolor abdominal bajo. La ecografía mostró un saco gestacional con embrión y presencia de líquido libre en el fondo de saco Douglas. El examen histológico de la muestra operatoria reveló vellosidades coriónicas y un embrión dentro de la trompa uterina.

Palabras clave. Embarazo ectópico, poshisterectomía, Embarazo tubárico.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy in hysterectomized patients is an uncommon event and it is rarely considered in the differential diagnosis. We present the case of a 30-year-old patient with hysterectomy performed 6 years before who presented to the emergency service with a 3-day evolution of lower abdominal pain. Ultrasonography showed a gestational sac with embryo and the presence of free fluid in the Douglas sac. Histological examination of the surgical piece revealed chorionic villi and an embryo within the uterine tube.

Key words: Ectopic pregnancy, post hysterectomy, Tubal pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico ocurre en 1 a 2% de los embarazos⁽¹⁾ y es uno de los principales diagnósticos diferenciales en mujeres en edad fértil con cuadro clínico de dolor abdominal⁽²⁾. Este diagnóstico no suele ser considerado cuando la paciente tiene el antecedente de histerectomía, lo que aplaza el tratamiento, y da lugar a complicaciones que ponen en riesgo la vida de la paciente. Aunque es considerado un evento raro, hasta este momento existen aproximadamente 74 casos reportados en pacientes histerectomizadas^(3,4), y la mitad ha ocurrido años después de la histerectomía, como el caso que describimos a continuación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 30 años positiva al virus de inmunodeficiencia humana, desde hacía 5 años en tratamiento antirretroviral. Tenía antecedente de histerectomía subtotal convencional realizada hacía seis años por atonía uterina. Ingresó al nosocomio refiriendo un tiempo de enfermedad de tres días, caracterizado por dolor abdominal en hipogastrio, asociado a náuseas y vómitos. Al examen físico había dolor a la palpación del hipogastrio y a la movilización del cérvix. En la especuloscopia no se observó tumoraciones o sangrado vaginal. En la ecografía transvaginal se evidenció abundante líquido libre en el fondo de saco de Douglas y una masa paraovárica izquierda de 35 x 18 mm que contenía saco gestacional con embrión de 9,5 mm con actividad cardiaca (figu-



ra 1); fue catalogado como embarazo ectópico complicado. En el intraoperatorio se encontró hemoperitoneo de aproximadamente 300 mL, trompa uterina izquierda rota, ovario izquierdo adherido a la pared posterior y adherencias a la pared pélvica. Se realizó salpingoforectomía izquierda con liberación de adherencias y control de hemostasia. En el estudio histológico se halló vellosidades coriónicas que infiltraban la pared muscular de la trompa uterina y la presencia de un embrión en la luz tubárica (figura 2).

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico en pacientes hysterectomizadas se dió a conocer por primera vez en 1895⁽⁵⁾. Desde esa primera publicación hasta la actualidad, se han reportado 75 casos, incluyendo el presente. La mayoría están localizados en la trompa uterina, aunque existen reportes de otras localizaciones, como el abdomen⁽⁶⁾ y el muñón cervical^(7,8). Estos casos se han presentado tempranamente, usualmente dentro de los 2 a 3

FIGURA 1. ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL. A) TUMORACIÓN PARAOVÁRICA IZQUIERDA QUE CONTIENE SACO GESTACIONAL Y EMBRIÓN. B) LÍQUIDO LIBRE EN EL FONDO DE SACO DE DOUGLAS.

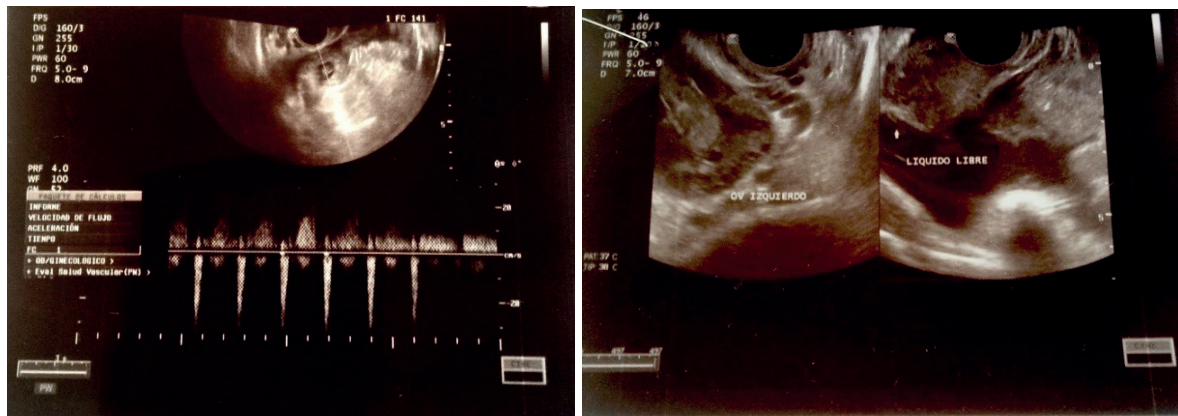


FIGURA 2. MICROSCOPIA. A) VELLOSIDADES CORIÓNICAS INFILTRAN LA PARED TUBÁRICA. B) EMBRIÓN AL LADO IZQUIERDO, VELLOSIDADES CORIÓNICAS A LA DERECHA.

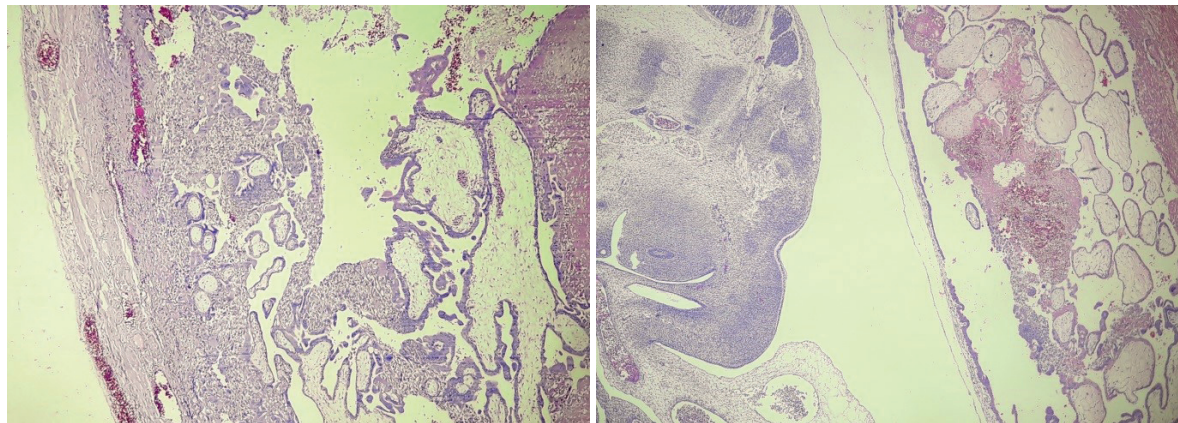
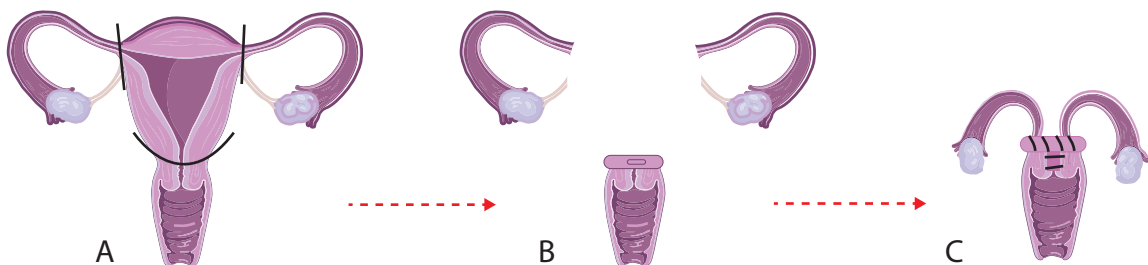


FIGURA 3. HISTERECTOMÍA SUPRACERVICAL. A) SE EXTRAJE EL ÚTERO. B) SE CONSERVA EL CÉRVIX Y LOS ANEXOS. C) SE APROXIMA EL PEDÍCULO TUBO-OVÁRICO AL MUÑÓN CERVICAL PARA UNA ADECUADA SUSPENSIÓN DEL PISO PÉLVICO Y SE CIERRA EL CANAL ENDOCERVICAL.





primeros meses posteriores a la histerectomía⁽⁹⁾, así como tardíamente, hasta 12 años después⁽¹⁰⁾.

En los casos que se presentan de manera temprana, se postula que el embarazo se produjo previamente a la cirugía. Por lo tanto, la intervención quirúrgica se realizó en la fase periovulatoria, cuando el esperma estaba en la trompa, o el óvulo fecundado se encontraba dirigiéndose a la cavidad uterina⁽³⁾; al extraerse el útero, se confinó el desarrollo de la gestación dentro de la trompa uterina. Cuando estos casos se manifiestan clínicamente, suelen ser confundidos con complicaciones posquirúrgicas⁽⁶⁾, como hematomas y/o abscesos pélvicos.

Los embarazos ectópicos que se manifiestan tardíamente, han sido reportados en periodos variables, que van de meses a años posteriores a la histerectomía, como el presente caso, que se presentó seis años después.

Algunos investigadores lo han relacionado al tipo de histerectomía, sugiriendo que ocurre mayormente en las de tipo vaginal, por el tipo de cierre quirúrgico que se realiza en estas, o debido a que los anexos son aproximados o incluso incorporados al muñón vaginal durante el cierre peritoneal para la suspensión de la cúpula vaginal. Otro factor importante asociado al desarrollo de un embarazo ectópico corresponde a la formación de una fistula vaginal producto de infecciones vaginales, hematomas del sitio quirúrgico o defectos en el proceso de la cicatrización del muñón vaginal. Si bien el 50% de los casos ocurre en pacientes con el antecedente de histerectomía vaginal, las publicaciones muestran que pueden suceder después de cualquier tipo de histerectomía, incluso una de tipo abdominal^(6,11), en las que el cierre quirúrgico deja alejados a los anexos del muñón vaginal.

Hasta el momento, 15 casos previos al actual se han presentado posteriores a una histerectomía supracervical^(3,7) (figura 3), la cual se realiza principalmente en situaciones en los que la pérdida de sangre es severa o existe una distorsión anatómica que limita la extensión de la disección⁽¹²⁾. Se cree que la formación del embarazo ectópico en estos casos obedece a la recanalización del canal endocervical que fue ocluido durante la cirugía, permitiendo de esta manera el paso del esperma hacia la cavidad peritoneal.

Resulta interesante hacer una asociación entre la ocurrencia de estos casos y los postulados teóricos de que la capacitación espermática se da en el tracto genital femenino. Esta capacitación se ha planteado como un proceso de cambios estructurales que sufren los espermatozoides desde que son depositados en la vagina y son transportados a través del canal endocervical, útero y trompa de Falopio hacia su encuentro con el óvulo⁽¹³⁾. En los casos descritos de embarazos ectópicos en pacientes con antecedente de histerectomía total, dicha capacitación espermática se encontraría mermada a dos niveles: cérvix y cuerpo uterino. Este hecho sugiere un rol más trascendente de la trompa de Falopio en el proceso de la capacitación espermática e invita a realizar investigaciones al respecto.

Presentamos este caso con el fin de dar a conocer que, aunque los casos tempranos son tratados de forma diligente asumiéndolos como complicaciones posquirúrgicas, los que suceden tardíamente pueden dar lugar a un retraso en el diagnóstico, constituyendo un error con posibles consecuencias nefastas para la paciente. En tal sentido, sugerimos que el embarazo ectópico sea considerado dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes en edad fértil con cuadros de dolor abdominal, a pesar del antecedente de histerectomía.

De otro lado, en lo concerniente al acto quirúrgico, sería recomendable evitar aproximar las trompas uterinas al muñón vaginal o cervical durante el cierre peritoneal, así como la realización de histerectomías durante la fase periovulatoria, y aconsejar a la paciente no mantener relaciones sexuales o usar métodos de barrera en los días previos a la cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACOG Practice Bulletin no. 94: Medical management of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2008;111(6):1479-85.
2. Body S, Phillips C. Gynaecological causes of abdominal pain. *Surgery.* 2018;36(5):252-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2018.03.009>
3. Fylstra D. Ectopic pregnancy after hysterectomy may not be so uncommon: A case report and review of the literature. *Case Rep Women's Health.* 2015;7:8-11. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.crwh.2015.04.001>
4. Ilea C, Stoian I, Caraleanu D, Socolov D. A case of ectopic tubal pregnancy eight years after a hysterectomy presenting as a diagnostic challenge. *Am J Case Reports.* 2019;20:1596-600. DOI: 10.12659/AJCR.918894



5. Wendler P. Ein fall con tubenschwangerschaft nach extirpation uteri vaginalis. *Monatsschr Geburtshilfe Gynakol.* 1985(Suppl.):210.
6. Fader AN, Mansuria S, Guido RS, Wiesenfeld HC. A 14-week abdominal pregnancy after total abdominal hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2007 Feb 1;109(2 Part 2 Suppl):519-21. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000243774.14606.64>
7. Ahmed D, Fetene A, Asres E, Mekonnen A, Mamuye H. Cervical stump pregnancy 6 years after subtotal hysterectomy: a case report. *J Med Case Reports.* 2019;13(1):135. DOI: 10.1186/s13256-019-2077-9
8. McDaniel JB, Jr, Gullo TV. Pregnancies after hysterectomies: a case report and review. *J Natl Med Assoc.* 1968;60:366-72.
9. Maheux AF, Kind S. Tubal ectopic pregnancy 12 weeks after laparoscopic supracervical hysterectomy and tubal ligation. *J Emerg Med Case Rep.* 2018;9:8-9. DOI: 10.5152/jemcr.2018.1986
10. Brown WD, Burrows L, Todd CS. Ectopic pregnancy after cesarean hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2002;99:933-4.
11. Cook S, Davies N. Ectopic pregnancy after total abdominal hysterectomy. *J Obstet Gynaecol.* 2014;34:90. doi: 10.3109/01443615.2013.830598
12. Rock JA, Jones HW. *Te Linde Ginecología Quirúrgica.* Vol 1. 10a ed. Filadelfia: Panamericana. 2017;733-9.
13. De Jonge C. Biological basis for human capacitation—revisited. *Hum Reprod Update.* 2017;23:289–99. doi: 10.1093/humupd/dmw048