

CASO CLINICO: EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO ROTO CON HEMOPERITONEO: RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA HOSPITAL UNIVERSITARIO; SUCRE-BOLIVIA; OCTUBRE DEL 2025

CLINICAL CASE: Ruptured tubal ectopic pregnancy with hemoperitoneum: laparoscopic resolution, University Hospital, Sucre, Bolivia, October 2025

Autor:

1. Gonzales Caba Antonio

Coautor:

2. Mauricio Díaz José
1. Docente de Cirugía General, Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, Sucre, Bolivia.; Especialista en Cirugía General y Laparoscopia.; Monitor de Cirugía General del Hospital Universitario San Francisco Xavier de Sucre, Bolivia; Miembro Titular de la Sociedad Boliviana de Cirugía., Miembro Titular de la Federación Latinoamericana de Cirugía y de la Asociación Latinoamericana de Cirugía Endoscópica.
Correo electrónico: gonzacaba@gmail.com
2. Especialista en Cirugía General y Laparoscopia, Hospital de Tercer Nivel de Chuquisaca, Sucre, Bolivia. Cirujano de Emergencias del Hospital de Tercer Nivel de Chuquisaca, Sucre, Bolivia.; Jefe de Departamento de Especialidades Quirúrgicas del Hospital de Tercer Nivel de Chuquisaca, Sucre, Bolivia

Recepción 20 de enero 2025
Aceptación 10 de marzo 2025

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El embarazo ectópico (EE) representa el 1-2% de todos los embarazos y es la principal causa de mortalidad materna en el primer trimestre. Presentamos un caso de EE tubárico roto posterior a legrado por probable embarazo anembrionario, destacando los desafíos diagnósticos.

CASO CLÍNICO: Mujer de 28 años con dolor abdominal intenso (EVA 8/10) y sangrado transvaginal 8 días post-legrado por probable embarazo anembrionario. Ecografía reveló masa paraanexial derecha con feto sin vida (33x22 mm) y líquido libre. Laparoscopia confirmó EE tubárico roto con hemoperitoneo (200 ml), realizándose salpingectomía derecha.

DISCUSIÓN: El diagnóstico de EE es complejo cuando coexiste con embarazo anembrionario. La persistencia de dolor post-legrado, hCG positivo y hallazgos ecográficos son claves. La laparoscopia exploratoria es una alternativa actual para resolución del EE rotos.

CONCLUSIÓN: Este caso enfatiza la necesidad de vigilancia activa post-legrado, especialmente con síntomas persistentes. El EE debe descartarse sistemáticamente en dolor pélvico agudo con antecedente reciente de aborto.

Palabras clave: Embarazo ectópico, legrado, anembrionario, hemoperitoneo, laparoscopia.

SUMMARY:

INTRODUCTION: Ectopic pregnancy (EP) accounts for 1-2% of all pregnancies and is the leading cause of maternal mortality in the first trimester. We present a case of ruptured tubal EP following curettage due to a probable anembryonic pregnancy, highlighting the diagnostic challenges.

CASE REPORT: A 28-year-old woman presented with severe abdominal pain (VAS 8/10) and transvaginal bleeding 8 days post-curettage due to a probable anembryonic pregnancy. Ultrasound revealed a right paraadnexal mass with a stillborn fetus (33x22 mm) and free fluid. Laparoscopy confirmed ruptured tubal EP with hemoperitoneum (200 ml), and a right salpingectomy was performed.

DISCUSSION: The diagnosis of EP is complex when it coexists with an anembryonic pregnancy. Persistent post-curettage pain, positive hCG, and ultrasound findings are key. Exploratory laparoscopy is a current alternative for the resolution of ruptured EP.

CONCLUSION: This case emphasizes the need for active post-curettage surveillance, especially with persistent symptoms. EE should be systematically ruled out in acute pelvic pain with a recent history of miscarriage.

Keywords: Ectopic pregnancy, curettage, anembryonic, hemoperitoneum, laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) constituye una de las principales urgencias ginecológicas. Se define como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial, siendo el 98% de los casos de localización tubárica, en especial en la porción ampular (1)., siendo los principales factores de riesgo: enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía tubárica previa, tabaquismo y técnicas de reproducción asistida (2).

Su incidencia se sitúa entre el 1% y el 2% de todas las gestaciones, pero representa hasta el 9% de la mortalidad materna en el primer trimestre (3).

Un escenario particularmente desafiante es el EE posterior a legrado por embarazo anembrionario, donde la falsa seguridad de haber resuelto el embarazo puede retrasar el diagnóstico. Estudios indican que hasta el 15% de los EE son inicialmente diagnosticados, como abortos incompletos (4). Este caso ilustra esta complejidad diagnóstica y enfatiza los criterios actuales de manejo según guías del American College of Obstetricians and Gynecologists (3).

La presentación clínica puede variar desde síntomas mínimos hasta cuadros de abdomen agudo con compromiso hemodinámico. La combinación de dolor abdominal, sangrado genital y amenorrea debe alertar sobre la posibilidad de EE, incluso si existen antecedentes recientes de aborto, como en el caso presentado. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones como la rotura tubárica, hemoperitoneo, y compromiso reproductivo.

El manejo laparoscópico se ha consolidado como el tratamiento de elección en pacientes hemodinámicamente estables, con múltiples beneficios frente a la laparotomía, como menor tiempo de hospitalización, menor dolor posoperatorio y recuperación más rápida (5).

Presentación del caso clínico. -

Paciente femenina de 28 años, procedente de Potosí y residente en Sucre, sin antecedentes patológicos relevantes, acude al servicio de emergencias quirúrgicas con dolor abdominal en fosa iliaca derecha e hipogastrio, de tipo cólico, de 48 horas de evolución,

con intensidad de 8/10 según EVA. Acompañado de sangrado transvaginal con contenido seroso escaso. Refiere legrado uterino realizado 8 días antes por diagnóstico probable de embarazo anembrionario.

Antecedentes personales y gineco-obstétricos

- Legrado uterino reciente por probable embarazo anembrionario.
- G0 P0 A0 C0; FUM: 21 de octubre de 2024.
- No antecedentes de infecciones ginecológicas, cirugías previas, tabaquismo ni uso de DIU, alergias/toxicológicos negados.

Exámen Físico al Ingreso

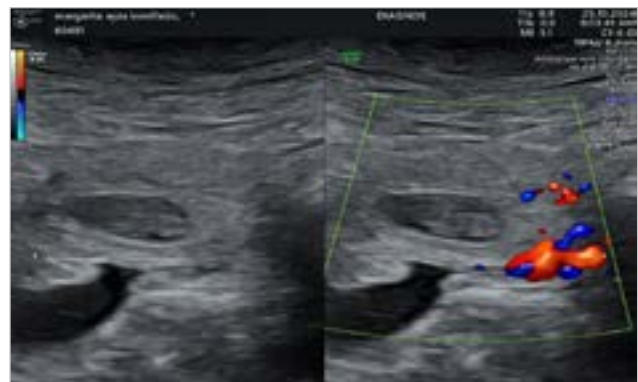
PA= 100/70 mmHg; FC= 72 lpm; FR= 20 rpm; Temp.=36 °C; Sat. O2=90%

Abdomen Blando, depresible, con dolor en fosa iliaca derecha e hipogastrio, sin signos francos de irritación peritoneal; Genitales; Escaso sangrado vaginal rojo claro

Exámenes Paraclínicos

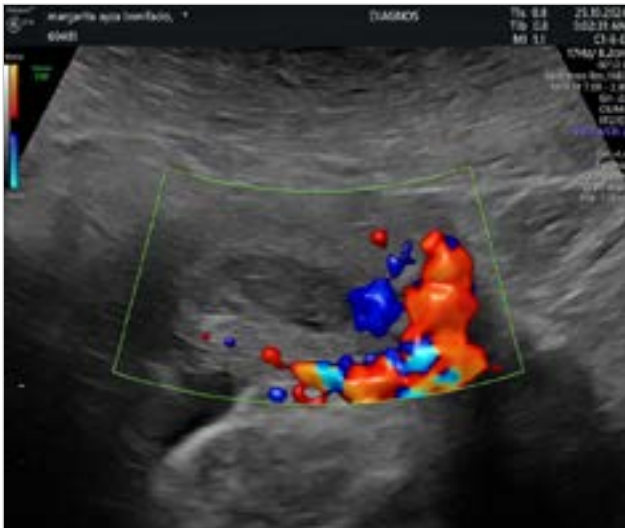
- **Laboratorios:** Leucocitos 10.940/mm³, Neutrófilos 72%, PCR: 12 mg/L, HCG cuantitativa positiva.
- **Ecografía Abdomino Pelvica:** imagen ecogénica redondeada (33x22 mm) en topografía paraanexial derecha, con feto sin latido y líquido libre en cavidad pélvica. Diagnóstico: embarazo ectópico tubárico derecho. (fig. 1 y 2)

Fig. 1 Ecografía Abdomino Pelvica



Fuente: Servicio de estadística Hospital Universitario de Sucre 2024

Fig. 2



Fuente: Servicio de estadística Hospital Universitario de Sucre 2024

DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO

- ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO.
- EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO DERECHO COMPLICADO.
- HEMOPERITONEO.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Justificación del Abordaje

Ante la sospecha de EE roto con hemoperitoneo y la estabilidad hemodinámica de la paciente, se decidió realizar laparoscopia exploratoria. La literatura indica que esta vía, en manos experimentadas, es segura incluso en presencia de sangrado intraabdominal, y permite una adecuada evaluación y tratamiento quirúrgico (6).

- **Procedimiento:** laparoscopia exploratoria (3 puertos)
- **Hallazgos Intraoperatorios:**
 - Hemoperitoneo moderado (200 ml)
 - Trompa derecha engrosada, edematizada y con rotura evidente

- Trompa izquierda y ovarios morfológicamente normales. (fig.3)

Técnica:

- Posición decúbito dorsal, lateralizado izquierdo con anestesia general.
- Colocación de tres trócares laparoscópicos.
- Insuflación de neumoperitoneo con CO₂.
- Aspiración de 200 ml de sangre libre en cavidad abdominal.
- Identificación de masa gestacional en trompa de Falopio derecha. (fig.4)
- Lavado peritoneal profuso con suero fisiológico.
- Ligadura extracorpórea y sección de trompa (salpingectomía derecha). (fig.5)
- Revisión de hemostasia y colocación de drenaje peritoneal. (fig. 6)
- Retiro de pieza operatoria en latex por puerto 1.

Fig. 3 Hemoperitoneo y ruptura de trompa de Falopio Derecha



Fuente: Servicio de estadística Hospital Universitario de Sucre 2024

Fig. 4 Identificación del Embarazo Ectópico



Fuente: Servicio de estadística Hospital Universitario de Sucre 2024

Fig. 5 Ligadura Extracorpórea de la Trompa de Falopio Derecha



Fuente: Servicio de estadística Hospital Universitario de Sucre 2024

Fig. 6 Revisión de Hemostasia



Fuente: Servicio de estadística Hospital Universitario de Sucre 2024

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

- ABDOMEN AGUDO DE ORIGEN GINECOLOGICO
- EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO ROTO
- HEMOPERITONEO

EVOLUCION POSTOPERATORIA

- **Antibioticoterapia:** Ceftriaxona 1g/12h + Metronidazol 1, 5 g/24h (72 h).
- **Analgesia:** Ketorolaco 60mg/8h + Tramadol 50mg/8h

Al tercer día se otorgó alta hospitalaria con tratamiento ambulatorio por vía oral:

- Cefixima 400 mg/día por 5 días.
- Metronidazol 500 mg c/8h por 5 días.
- Omeprazol 20 mg/día por 5 días.
- Quetorol sublingual 20 mg c/8h por 3 días.

Exámen Anatomopatológico

Presencia de vellosidades coriónicas en la muestra analizada, se puede observar la ruptura de la trompa y la presencia de sangre y coágulos en el tejido circundante.

Diagnostico de : Embarazo Ectópico

DISCUSIÓN

Complejidad diagnóstica en Embarazo Ectópico y Anembrionario

El embarazo ectópico es una patología frecuente en la urgencia, continúa representando un reto diagnóstico, especialmente en contextos donde se han realizado procedimientos ginecológicos recientes que pueden enmascarar el cuadro clínico.

En este caso, el antecedente de legrado por embarazo anembrionario reciente y el dolor abdominal bajo, generaron sospecha inicial de complicaciones post-

legrado. Sin embargo, la positividad de la HCG y los hallazgos ecográficos fueron decisivos para plantear el diagnóstico correcto.

En este caso, el EA pudo enmascarar un EE sincrónico no diagnosticado inicialmente. Estudios señalan que el 0.8% de los legrados por EA tienen EE coexistente (4).

La salpingectomía laparoscópica fué el tratamiento de elección, dado el estado de la trompa afectada y la presencia de hemoperitoneo. Si bien la salpingostomía puede considerarse en pacientes con deseo fértil y trompa contralateral lesionada, en este caso se eligió la salpingectomía por rotura franca, hemorragia activa y el tiempo de evolución.

El tratamiento quirúrgico por laparoscopia ha demostrado superioridad en términos de recuperación, complicaciones posoperatorias y reincorporación a la actividad habitual (2,3).

Claves Diagnósticas

- **β-hCG Positivo Post-Legrado:**
 - Niveles >1,500 UI/L sugieren EE si no hay tejido gestacional en útero (7).
- **Ecografía Transvaginal:**
 - Hallazgo de “anillo tubárico” con flujo Doppler periférico tiene 99% de especificidad para EE (2).
- **PCR Elevada:**
 - Valores >20 mg/L son predictores de ruptura tubárica (8).

Manejo Quirúrgico Actualizado

La laparoscopia es el *gold standard* para EE rotos, con ventajas en recuperación y fertilidad futura vs. laparotomía (3). En este caso, la salpingectomía fue indicada por:

- Ruptura tubárica.
- Daño estructural irreversible.

- Tiempo de evolución.

Controversias Relevantes

¿Embarazo Heterotópico? La coexistencia de EA intrauterino y EE es rara (1:30,000 embarazos) pero posible (9).

Manejo Expectante vs. Quirúrgico: EE no rotos con β-hCG <1,000 UI/L pueden manejarse con metotrexato (3). No aplicable aquí por ruptura.

CONCLUSIONES

- El embarazo ectópico debe considerarse ante todo dolor abdominal en mujeres en edad fértil, incluso con historia reciente de aborto o legrado.
- La ecografía transvaginal y la HCG sérica son esenciales para el diagnóstico temprano.
- La laparoscopia es el abordaje óptimo para EE rotos, con menor morbilidad y recuperación acelerada.
- Todo servicio de emergencias debe protocolizar la evaluación de **dolor pélvico en mujeres en edad fértil** con β-hCG obligatorio.
- El examen histopatológico de los ectópicos tubáricos resecados puede proporcionar información sobre la etiopatogenia del embarazo ectópico. En algunos casos, también puede contribuir al tratamiento para prevenir un embarazo ectópico recurrente.
- La salpingectomía está indicada en casos de rotura tubárica, hemorragia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Puly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study. Hum Reprod. 2002 Dec;17(12):3224-30.
2. Barnhart KT. Ectopic pregnancy. N Engl J Med. 2009 Jul 23;361(4):379-87

3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018 Mar;131(3):e91-e103.
4. Zhang J, Li C, Zhao W, Cui S, Meng Y. Ectopic pregnancy after infertility treatment: a meta-analysis. *Fertil Steril.* 2020 Sep;114(3):e32.
5. De Bennetot M, Rabischong B, Aublet-Cuvelier B, Belard F, Fernandez H, Pouly JL, et al. Fertility after tubal ectopic pregnancy: results of a population-based study. *Fertil Steril.* 2012 Nov;98(5):1271-6.e3.
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Embarazo ectópico. *Prog Obstet Ginecol.* 2007;50(5):323-33.
7. Kirk E, Papageorghiou AT, Condous G, Tan L, Bora S, Bourne T. The diagnostic effectiveness of an initial transvaginal scan in detecting ectopic pregnancy. *Hum Reprod.* 2007 Nov;22(11):2824-8.
8. Horrow MM. Ultrasound of pelvic pain in the first trimester of pregnancy. *Radiol Clin North Am.* 2020 Mar;58(2):317-30.
9. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, Finster M, Todd WD. Combined intrauterine and extrauterine gestations: A review. *Am J Obstet Gynecol.* 1983 Jun 1;146(3):323-30.