

REPORTE DE CASO: EMBARAZO ECTÓPICO ESPLÉNICO PRIMARIO HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO Y NEONATAL “DR. JAIME SÁNCHEZ PÓRCEL” JUNIO DEL 2023 SUCRE-BOLIVIA

Case report: primary splenic ectopic pregnancy gynecology-obstetric and neonatal hospital “dr. Jaime sánchez pórcel” june 2023 sucre-bolivia

Autores:

1. Arancibia Humacata Ximena Alejandra
2. Ichazú García Álvaro Enrique

Filiación:

1. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia – Hospital Gineco-Obstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez Pórcel”
Correo electrónico : xime_203_90@hotmail.com
2. Médico Residente 3er año Ginecología y Obstetricia – Hospital Gineco-Obstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez Pórcel”

Resumen

El embarazo ectópico o extrauterino es aquel en el que el blastocisto se implanta en cualquier otro lugar que no sea el revestimiento endometrial de la cavidad uterina.¹

Su localización más frecuente es la trompa de Falopio (95-96%)¹. Sin embargo, existen otros posibles lugares de implantación, menos frecuentes pero que han estado cobrando cada vez más importancia debido al incremento de su presentación en los últimos años: ovárico, cervical, abdominal y en la cicatriz de cesárea anterior, en particular este último lugar.²

En cuanto a los embarazos ectópicos abdominales, el área de implantación más común dentro del abdomen es el fondo de saco posterior; se han confirmado embarazos en el mesosálpinx, omento e intestino delgado, hígado, bazo, pared abdominal y dentro del ligamento ancho. El embarazo ectópico abdominal está asociado con alta morbi-mortalidad, con un riesgo mortal siete a ocho veces mayor al de un embarazo tubárico y cincuenta veces mayor que el de un embarazo intrauterino.³

Se presenta el caso clínico de una paciente de 34 años de edad, segundigesta nulípara. Entre sus antecedentes se encuentra una salpinguectomía por embarazo ectópico tubárico hace 10 años. Otros antecedentes quirúrgicos no ginecológicos incluyen una osteosíntesis por fractura de clavícula hace 13 años y una mamoplastia hace 4 años; dentro de sus antecedentes heredo-familiares solamente refiere enfermedad de Parkinson en su madre y tíos maternos

Palabras clave: ectopic pregnancy, splenic pregnancy, spleen rupture, laparotomy..

Abstract

Ectopic pregnancy, or extrauterine pregnancy, is that in which the blastocyst implants in any other place that is not the endometrial lining of the uterine cavity.¹

Its most frequent localization is the Fallopian tube (95-96%). However, there are other possible implantation sites, less frequent, but have become more and more important over the last years: ovarian, cervical, abdominal and caesarean scar pregnancy, particularly this last one.²

As to abdominal ectopic pregnancies, the most common implantation site within the abdomen is the cul-de-sac; there were confirmed pregnancies at the mesosalpinx, omentum and bowel, liver, spleen, abdominal wall and within the broad ligament of the uterus. Abdominal ectopic pregnancy is associated with high morbidity and mortality, being its mortal risk 7 to 8 times the one of a tube pregnancy and up to 50 times the risk of an intrauterine pregnancy.³

We present the case of a 34-year-old patient, gravida 2, para 1. Among her antecedents she has a salpingectomy due to an ectopic tubal pregnancy 10 years ago. Other non-gynecological surgical antecedents include an osteosynthesis due to a clavicle fracture 13 years ago and an augmentation mammoplasty 4 years ago; family history reports only Parkinson disease of her mother and maternal uncles and aunts.

Key words: ectopic pregnancy, splenic pregnancy, spleen rupture, laparotomy.

Recepción 6 de octubre 2025
Aceptación 8 de diciembre 2025

CASO CLINICO

La paciente acude al departamento de emergencias de nuestro hospital presentando un cuadro clínico de 12 horas de evolución aproximadamente, caracterizado por dolor de inicio insidioso, localizado en hipogastrio e irradiado a fosa iliaca derecha, de tipo cólico, moderada intensidad. No describe atenuantes ni agravantes ni menciona automedicación. El cuadro se acompaña de sangrado transvaginal rojo oscuro, en escasa a moderada cantidad, presentando manchas al inicio; además refiere náuseas que no llegan al vómito.

Se le realiza el examen físico habitual y se reportan los siguientes hallazgos de relevancia: fondo de saco posterior ocupado al tacto vaginal bimanual y dolor intenso a la palpación del mismo (signo de Proust +), palpando un útero de tamaño normal, ligeramente doloroso y anexos palpables. También se describe dolor a la palpación abdominal en hipogastrio y fosa iliaca derecha, tanto superficial como profunda, evidenciando reacción peritoneal. Las constantes vitales se encuentran dentro de rango normal: PA 120/80 mmHg, FC 90 lpm, FR 20 rpm, T 36,7°C y SpO₂ 99%.

A su ingreso la paciente ya contaba con una ecografía transvaginal, la cual describe un anexo izquierdo con abundante líquido, sugestivo a embarazo ectópico (21.01.2024) y una HcG cuantificada en 3241,5 mUI/mL (18.01.2024). Se solicitan nuevamente exámenes complementarios. La nueva ecografía transvaginal reporta ovario derecho rodeado de ecogenicidad heterogénea que sugiere coágulo agudo, sólido, el área afectada compromete todo el anexo derecho incluye el territorio de la trompa derecha, mide 59x66x69 mm, volumen 140cc, sugiriendo considerar embarazo ectópico roto derecho de evolución aguda (imagen 1).

El hemograma de ingreso presenta una leucocitosis de 11.760/mm³ y neutrofilia de 74%. La cuantificación de β -HcG reporta 5.120 mUI/mL. (Tabla 1) El resto de la analítica se encuentra dentro de rango normal.

Ante la clínica y los exámenes con los que se contaba se establece el diagnóstico preoperatorio (abdomen agudo/embarazo ectópico izquierdo complicado) se

decide conducta quirúrgica, siendo el plan quirúrgico una laparotomía exploratoria. La paciente pasa a quirófano y el equipo quirúrgico ingresa a cavidad abdominal, observando presencia de hemoperitoneo abundante con coágulos negruzcos. Se aspiran y drenan los mismos, llegando a visualizar cavidad pélvica. Se evidencia más coágulos en la misma, próximos a útero y anexos; además de ausencia de tuba izquierda debido a antecedente de salpinguectomía. Tanto el anexo derecho como el útero se encuentran íntegros en su estructura anatómica, se revisa fondo de saco, y al no encontrar el origen del hemoperitoneo, se decide solicitar apoyo de cirugía general del Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés. El cirujano de guardia ingresa a quirófano y procede a buscar el origen del sangrado, explorando los cuatro cuadrantes. A nivel de colon ascendente, en el meso, en su cara parietocólica, a 5 cm del ciego se evidencia equimosis. Se continúa revisión y se llega así a ángulo esplénico, donde se halla remanente de débito hemático, se lava con solución fisiológica 2.000 cc y finalmente se encuentra ruptura esplénica, lineal, de 1 cm aproximadamente. Se deja esponja hemostática Hemocologen® y se verifica la hemostasia. Se deja drenajes en espacio parietocólico derecho, espacio recto-vesical y parietocólico izquierdo (cercano al lugar de la lesión). Se sutura herida quirúrgica por planos con éxito y concluye la cirugía.

La paciente es enviada al Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés para su rehabilitación. Es dada de alta a los cinco días, en buen estado general, sin repercusión hemodinámica durante el postquirúrgico y con buena evolución del débito a través de los drenes. Se cuenta con algunos exámenes complementarios de control, durante el postquirúrgico. (Tabla 1 e imágenes 2 y 3).

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico implica la mayor causa de mortalidad en el primer trimestre del embarazo. Hablando del embarazo ectópico en general y cuando este está localizado en el abdomen en particular, supone un gran reto diagnóstico por el amplio espectro de presentaciones clínicas, desde casos asintomáticas hasta el abdomen agudo y la inestabilidad hemodinámica. Hasta que se confirme la ubicación del em-

barazo, el diagnóstico sigue siendo un embarazo de ubicación desconocida. El diagnóstico involucra una combinación de la historia clínica y el examen físico con hallazgos clínicos que incluyen el laboratorio y datos obtenidos en el ultrasonido.³

Los casos de embarazo ectópico esplénico descritos son muy escasos. Casos similares al presentado no abundan en las diferentes bases de datos. Actualmente los embarazos ectópicos abdominales, cualquiera sea su lugar de implantación, se clasifican como primarios y secundarios. Se trata de un embarazo ectópico abdominal secundario cuando resulta de un aborto tubárico, ruptura de la trompa o menos frecuentemente una ruptura uterina, siendo estos los lugares primarios de implantación. Es primario cuando el lugar inicial de implantación está fuera de las trompas y ovarios, cumpliendo los criterios establecidos por Studdiford (tabla 2).³

Este autor publicó en la American Journal of Obstetrics and Gynecology (1942) el caso de una paciente resuelto por laparotomía y que inicialmente tuvo el diagnóstico postoperatorio de un embarazo ectópico intersticial, pero al tener una edad gestacional muy temprana (cuatro semanas) y puesto que los embarazos intersticiales suelen presentar ruptura a una edad más avanzada, tras el análisis microscópico y con microfotografía, se llegó a la conclusión de que se trataba de un embarazo ectópico peritoneal de anidación primaria. En ese año el autor menciona algunos casos reportados hasta la fecha como los descritos por

Gallabin (10 semanas localizado en fondo de saco posterior, 1896), Wittauer (embarazo ectópico abdominal localizado en el omento, secundario a una implantación en la región de las fimbrias, con posterior extrusión, 1903), Hirst y Knipe (embrión de 6 semanas encontrado en la hoja posterior del ligamento ancho, 1908), Hammacher (embarazo encontrado en la cara peritoneal externa de la trompa derecha, 1910), Maxwell, Eastman y Smetana (implantación en la superficie externa de una trompa izquierda aparentemente ocluida por completo, 1927). A la vez hace referencia a un caso descrito por Ray en 1921, localizado en la cara anterior del útero, justo encima del pliegue vesical, en el cual sin embargo se contó con

una muestra de anatomía patológica escasa e incompleta.⁴

Desde Studdiford en 1942 no son muchos los casos de embarazo ectópico abdominal publicados y menos aún los embarazos ectópicos esplénicos, siendo este uno de los menos frecuentes y con menos datos al respecto, por lo que resulta crucial reconocer efectivamente y tratar esta clase poco común de embarazo para disminuir las tasas de morbilidad.⁵

Algunas guías revisadas incluyen exámenes diagnósticos complementarios que deben ser solicitados por el médico a cargo para el diagnóstico de un embarazo ectópico esplénico, pero todas coinciden en que llegar a él es un reto y que se debe tener la sospecha hasta que no haya sido confirmada la localización del embarazo. Estos exámenes complementarios incluyen siempre el ultrasonido tanto abdominal como transvaginal y el monitoreo de los niveles de β -HcG.

No obstante, algunos autores describen casos en los que se usaron otros métodos además de los mencionados. Uno de ellos es la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética o incluso arteriografía. Estos fueron utilizados siempre de acuerdo a criterio médico, ante la falta de claridad con el examen clínico y los métodos tradicionales de diagnóstico.

En cuanto al manejo, está descrito que los embarazos ectópicos abdominales en general tienen un tratamiento quirúrgico. La mayoría coincide en que si la paciente cuenta con una estabilidad hemodinámica se debe optar por la laparoscopia para la resolución del caso, incluso ante la existencia de hemoperitoneo. En caso de shock se preferirá la laparotomía. El plan quirúrgico varía de acuerdo a los hallazgos. Existen casos descritos resueltos por esplenectomía, pero también se han tratado con resección del tejido y conservación del bazo. Otros describen la utilización de metotrexato en el lugar de implantación mediante laparoscopia e incluso está la opción utilizada por Pedrito, quien hizo uso de la embolización con coil a través de un catéter, además de tratamiento con metotrexato por vía IM. El esquema a utilizar en caso de este fármaco continúa siendo de controversia, teniendo varias opciones. Una de las guías encontradas sugiere el uso de un esquema de dos dosis, pero

de la misma manera hay muchos casos publicados con esquemas monodosis o incluso de dosis múltiple. Cualquiera sea el tratamiento, desde el más radical hasta el más conservador o mínimamente invasivo, y se haya utilizado o no metotrexato, se lleva un control adecuado de los niveles de β -HcG luego de la instauración del tratamiento, además de controles ecográficos, usando ultrasonido tanto abdominal como transvaginal.⁶

CONCLUSIÓN

El caso presentado sin duda significa un reto para el ginecólogo y/o el equipo médico que se enfrente a este tipo de situaciones. Su rareza resultó en que su diagnóstico fuera un hallazgo incidental en nuestro hospital. Se debe hacer énfasis en una revisión literaria y actualización en métodos diagnósticos y terapéuticos que logren detectar y resolver este tipo de embarazo ectópico de frecuencia tan baja de presentación.

REFERENCIAS

- 1 Hoffman Barbara L MD, Schorge John O MD, Halvorson Lisa M MD et al. Williams Gynecology. 4ed. Mc. Graw Hill. Nueva York, EEUU. 2020
- 2 Long Y, Zhu H, Hu Y, Shen L, Fu J, Huang W. Interventions for non-tubal ectopic pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 7. Art. No.: CD011174. Disponible en: DOI: 10.1002/14651858.CD011174.pub2.
- 3 Berek Jonathan S. MD, MMS. Berek & Novak's Gynecology. 16ed. Wolters Kluwer. Philadelphia, PA. 2020
- 4 Studdiford W. E. Primary peritoneal pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology; 1942. 44 (3) 487-491.
- 5 Strakšyte, V.; Mikšytė, R.; Kulnickaitė, U.; Gu-delevicius, S. Minimally Invasive Management and Diagnosis of Ectopic Splenic Pregnancy. Medicina 2024, 60, 470.
- 6 Po, L., Thomas, J., Mills, K., Zakhari, A., Tulandi, T., Shuman, M., Page, A. Guideline N°414: Management of Pregnancy of Unknown Location and Tubal and Nontubal Ectopic Pregnancies. Journal of Obstetrics and Gynecology Canada. 43 (5). 614 – 630. 2021

Reglamento de Publicaciones para Autores

“Archivos Bolivianos de Medicina”, es la Revista Oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Es una publicación semestral, cuyo propósito es de fomentar difundir la investigación científica, histórica y la actividad académica actualizada en el área de la salud, a través de un marco teórico estructurado, con diseño práctico, siendo un nexo de comunicación, punto de intercambio de ideas, experiencias y vehículo de formación continua de la Facultad de Medicina y otras instituciones del área. Se publica artículos de las especialidades médicas, odontológicas, bioquímico-farmacéuticas o relacionadas con ellas, previa aprobación del Comité Editorial.

Los trabajos deben ser inéditos y suministrados exclusivamente a la Revista. Su reproducción total o parcial debe contar con la aprobación del Director a través de y dar crédito a la publicación original.

Los trabajos deben ser remitidos al Director de la Revista, en dos copias, interlineado sencillo y 4 cm de margen izquierdo. Debe adjuntarse al trabajo una carta de aprobación de todos los autores.

Cada sección del trabajo debe iniciarse en una nueva página de acuerdo a la siguiente secuencia: página del título, resumen y palabras claves, texto resumen en inglés (summary), agradecimientos, bibliografías, tablas (cada tabla en página separada con título y notas) y leyendas para las figuras.

Estructura y características que deben tener los trabajos presentados a la Revista:

Artículo Original

Son trabajos de investigación realizados por el/los autor/es relacionados con cualquier área dentro de las

Ciencias Biomédicas: Básicas, Clínicas, Quirúrgicas, Especialidades y Salud Pública.

Texto del Artículo

- Título (español e inglés) debe ser corto y reflejar el contenido del artículo.
- Debe incluir el nombre del autor/es y sus colaboradores, consignando sus respectivos títulos académicos, su procedencia, nombre de la institución a la cual pertenecen. Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada al trabajo. Se especifican las fuentes de ayuda para la realización del trabajo en forma de subvenciones, equipo y drogas.
- El resumen de no más de 250 palabras, deberá ser estructurado: Debe enunciar el problema, el objetivo general, la metodología, principales resultados y las conclusiones.
- El Resumen en Inglés (Summary) debe contener los mismos puntos del resumen en español.
- Palabras claves entre 3 y 10, o frases cortas, según descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).
- El texto debe incluir los siguientes aspectos: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión. Las abreviaturas deben explicarse y su uso debe ser limitado.
- Las Referencias Bibliográfica se debe enumerar con numeración arábica y se escribe interlineado sencillo, debe ir acorde a la aparición de la cita en el texto:
 - I En caso de revistas: apellidos e iniciales del nombre del autor y sus colaboradores (si son más de cinco, puede escribirse después de los tres primeros “et al” o/y “col”); título completo del artículo; nombre de la revista abreviado al estilo del INDEX MEDICUS; año de publicación; página inicial y final.

- II En caso de libros; apellidos e iniciales de todos los autores, título de libro, edición, casa editora, ciudad, año, Página inicial y final.
- III En caso de capítulos de libros: apellidos e iniciales de los autores del capítulo, título del capítulo, autores o Editores del libro, título del libro, edición, casa editora, ciudad, página inicial y final, año.

Para una mejor colaboración en el asentamiento bibliográfico se ofrece las siguientes páginas web de consulta: www.amegmadrid.org/.../NORMAS_DE_VANCOUVER.pdf

- Las tablas y cuadros se denominan tablas, y deben llenar numeración arábica de acuerdo al orden de aparición y sus leyendas. El título correspondiente debe estar en la parte superior de las hojas y las notas en la parte inferior. Los símbolos para unidades deben aparecer en el encabezamiento de las columnas.
- Las fotografías, gráficas, dibujos y esquemas se denominan figuras, se enumeran según el orden de aparición y sus leyendas se escriben en hojas separadas. Al final de la Leyendas de las microfotografías se debe iniciar la colaboración y el aumento utilizado.

Si una figura o tabla ha sido previamente publicada, se requiere permiso escrito del editor y debe darse crédito a la publicación original. Si se utiliza fotografías de personas, éstas no deben ser identificadas; en caso contrario, debe obtenerse un permiso escrito para utilizarlas.

El Comité Editorial seleccionará como principal de cada número, aquel trabajo que merezca destacarse por su calidad y su importancia.

Caso Clínico

Corresponde a una comunicación médica, son observaciones registradas cuidadosamente para producir conocimiento sobre un caso en particular. El caso clínico debe ser original, ya sea por el caso concreto que presenta el paciente, el diagnóstico, el tratamiento o algún aspecto relacionado con el propio caso o que el autor considere de interés especial.

El caso para ser considerado caso clínico sujeto a publicación debe estar referido a:

- Una condición o enfermedad nueva.
- Una condición rara, infrecuente y poco comunicada.

- Una presentación inusual de una enfermedad en común.
- La asociación inesperada entre síntomas o signos infrecuentes.
- La evolución inusual o evento inesperado en el curso de una observación o tratamiento.
- El impacto del tratamiento de una condición en otra.
- Las complicaciones inesperadas de procedimientos o tratamientos (efectos colaterales no descritos).
- Los tratamientos o procedimientos diagnósticos nuevos y “únicos”.

Texto del Artículo

- Título (español e inglés) debe ser corto y reflejar el contenido del artículo.
- Debe incluir el nombre del autor/es y sus colaboradores, consignando sus respectivos títulos académicos, su procedencia, nombre de la institución a la cual pertenecen. Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada al trabajo.
- El resumen de no más de 150 palabras, deberá ser estructurado: Debe enunciar el problema, el objetivo general, la metodología, principales resultados y las conclusiones.
- El Resumen en Inglés (Summary) debe contener los mismos puntos del resumen en español.
- Palabras claves, o frases cortas 5 como máximo, según descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).
- Debe incluir: Introducción al caso, Presentación del Caso (Anamnesis – Historia Clínica), Exploración Clínica. Pruebas complementarias, Diagnóstico diferencial y definitivo, tratamiento y Evolución, Discusión y Conclusiones.
- Las Referencias Bibliográficas se debe enumerar con numeración arábica y se escribe interlineado sencillo, debe ir acorde a la aparición de la cita en el texto.

Artículo de Revisión o Actualización

Se consideran artículos de revisión o actualizaciones, aquellos que sean fruto de una revisión bibliográfica de los adelantos recientes sobre temas relevantes y de actualidad en las Ciencias Biomédicas.

Texto del Artículo

- Título (español e inglés) debe ser corto y reflejar el contenido del artículo.
 - Debe incluir el nombre del autor/es y sus colaboradores, consignando sus respectivos títulos académicos, su procedencia, nombre de la institución a la cual pertenecen. Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada al trabajo. Se especifican las fuentes de ayuda para la realización del trabajo en forma de subvenciones, equipo y drogas.
 - El resumen de no más de 250 palabras, deberá ser estructurado: Debe enunciar el problema, el objetivo general, la metodología, principales resultados y las conclusiones.
 - El Resumen en Inglés (Summary) debe contener los mismos puntos del resumen en español.
 - Palabras clave, o frases cortas 4 como máximo, según descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).
 - El texto debe incluir los siguientes aspectos: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión. Las abreviaturas deben explicarse y su uso debe ser limitado.
- Las Referencias Bibliográficas se debe enumerar con numeración arábica y se escribe interlineado sencillo, debe ir acorde a la aparición de la cita en el texto.

Cartas al Editor

Son observaciones científicas y de opinión personal formalmente aceptables sobre trabajos publicados en fecha reciente en la revista, o sobre temas en el ámbito de la salud de relevancia y actualidad.

Texto de la Carta

- Debe incluir el nombre del autor/es y sus colaboradores, consignando sus respectivos títulos académicos, su procedencia, nombre de la institución a la cual pertenecen. Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada al trabajo.
- La comunicación debe llevar un título.
- Su extensión no debe ser mayor a cuatro páginas.
- Solo una tabla y un gráfico
- Máximo de 5 referencias bibliográficas.