

Dolor axilar como forma de presentación del embarazo ectópico

R. Ruiz Mesa^a, P. Mesa Suárez^a, E. Zapata Zapata^a, L. Mendoza Torres^a y C. Prosper Taujourns^b

^aMédico Adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital de Llerena. Badajoz. España.

^bMédico Adjunto. Servicio de Toco-ginecología. Hospital de Llerena. Badajoz. España.

El embarazo ectópico es una patología grave cuya incidencia está aumentando en los últimos años debido a las técnicas para el tratamiento de la infertilidad. Puede llegar a ser la primera causa de muerte entre las gestantes.

Se presenta el caso de una paciente de 27 años, vista en la sala de urgencias de un hospital comarcal por presentar dolor torácico irradiado a axila derecha de cuatro días de evolución. En la anamnesis destaca el ser portadora de prótesis mamarias y una escasa metrorragia, desconociendo su situación gestacional.

La inexistencia de un síntoma guía claro y la poca especificidad de las pruebas complementarias (eco-transvaginal y fracción- β de la gonadotropina coriónica humana) obliga a los médicos de urgencias a sospechar el embarazo ectópico en mujeres con dolor abdominal y/o torácico.

Palabras clave: embarazo, ectópico, dolor, axilar.

Ectopic pregnancy must be considered in all cases of vaginal bleeding in early pregnancy, as it is by far most lethal condition to be considered. Its incidence is particularly high in patients who have undergone infertility treatment.

The case report of a 27-year-old female seen in the Emergency Department with chest, abdominal, and right shoulder pain of four days duration is presented.

Standing out in the anamnesis are the following: she had a breast prosthesis and mild vaginal bleeding. Her gestational situation was unknown.

The non-existence of a clear guiding symptoms and little specificity of the complementary tests (echo-transvaginal and β fraction of the human chorionic gonadotropin) led the Emergency care physicians to suspect ectopic pregnancy in women having abdominal and/or thoracic pain.

Key words: pregnancy, ectopic, pain, underarm.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) es aquel en el que la implantación se produce fuera de la cavidad endometrial. La localización más frecuente es la porción ampular de la trompa de Falopio (78%); en ovario tan solo ocurre en el 1-2% de los casos.

Su frecuencia es del 1-2%. En su etiología existe un denominador común que es el retraso en el transporte del óvulo, implantándose allí donde se encuentre en los días 6-7 posfecundación. Su incidencia parece estar aumentando en relación a las técnicas de tratamiento de la infertilidad.

Son factores favorecedores de EE todos los siguientes:

- Antecedentes de gestación ectópica.
- Cirugía tubárica.

- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Endometriosis.
- Ligadura de trompas.
- Técnicas de reproducción asistida.
- Infertilidad.
- DIU.
- Concepción durante período de lactancia materna.

La presentación clínica del EE es muy inespecífica. Se ha llegado a hablar de una tríada típica: dolor en un anejo o en la pelvis, más metrorragia, más amenorrea. No hay ningún dato semiológico patognomónico, aunque en la historia clínica se suele hacer referencia a sangrado vaginal oscuro, escaso e intermitente. A la exploración física hay dolor a la movilización cervical, y se puede encontrar un ovario aumentado de tamaño y doloroso. El útero suele ser de mayor tamaño que el que corresponde al tiempo de amenorrea. Existe la posibilidad de presentarse como un dolor intenso, con signos de peritonismo y de hemorragia interna, sospechándose entonces una rotura tubárica; esta es la forma de presentación del 90% de los casos. Tras esta rotura el dolor se puede aliviar, pero la gravedad persiste hasta que se repare el daño de la trompa. Hasta en un

Correspondencia: R. Ruiz Mesa.

C/ Bodegones, n.º 30, 1.º A.

06900 Llerena. Badajoz.

Correo electrónico: rorume04@yahoo.es

Recibido el 01-06-05; aceptado para su publicación el 16-02-06.

10% de los casos puede haber resolución espontánea de la gestación ectópica, hablándose entonces de aborto tubárico.

Se han descrito formas de presentación atípicas que dificultan el diagnóstico en la sala de urgencias. Algunas de las recogidas en la literatura son: dolor en el hombro (por la irritación peritoneal producida por el hemoperitoneo), dorsalgia, rectorragia, epigastralgia, taquicardia, e incluso una muerte súbita. Por supuesto también se describen casos en los que falta el dolor abdominal en la historia clínica, e incluso exploraciones ginecológicas anodinas, sin dolor a la movilización del cuello.

Con lo visto anteriormente es normal que el diagnóstico diferencial incluya, entre otros:

- Apendicitis aguda.
- Diverticulitis aguda.
- Adenitis mesentérica.
- Torsión ovárica, o neoplasia ovárica.
- Endometriosis.
- Enfermedades infecciosas: tanto la enfermedad pélvica inflamatoria como la tuberculosis o la actinomicosis, esta última relacionada con el uso del DIU como método anticonceptivo.
- Hematoma abdominal postraumático, que se debe sospechar en el contexto de posibles malos tratos físicos a la mujer.

El primer escalón diagnóstico, una vez sospechado, es la ecografía transvaginal, que en un 5% de los casos demuestra la existencia de un saco gestacional, con embrión y latido cardíaco, en la trompa. Cuando haya dudas diagnósticas podemos recurrir a la laparoscopia con toma de muestra para anatomía patológica. La culdocentesis (punción del saco de Douglas) se ha abandonado. En el hemograma se puede detectar anemia por el sangrado e incluso leucocitosis, que nos pueden hacer dudar de nuestra sospecha. A veces en la radiografía de abdomen, al igual que en otras patologías, podemos ver asas de intestino delgado o el ciego dilatado ("asa fija"). Disponemos en el laboratorio de la determinación de la fracción beta (β) de la gonadotropina coriónica humana (β -HCG), una hormona de síntesis placentaria, que se puede medir en sangre desde la tercera semana de gestación y en orina desde la quinta semana. En el embarazo ectópico aumenta más despacio que en las gestaciones uterinas, en las que se duplica su valor cada 48 horas. Debido a la falta de especificidad clínica y a los posibles falsos positivos (hasta de un 40%) tanto de la ecografía, muy relacionado con la habilidad del médico que hace el estudio, como de la β -HCG, se recomienda el ingreso para estudio seriado (ecografía+ β -HCG) de las pacientes con sospecha hasta que se pueda descartar el EE como motivo de su clínica.

Con respecto al tratamiento existen tres opciones:

1) La primera es mantener una conducta expectante, solo cuando la localización es tubárica, con un diámetro ecográfico < 4 cm y con una β -HCG decreciente. Si estas condiciones se cumplen haremos ecografías y determinaciones de β -HCG seriadas. Se resuelven con éxito hasta un 75% de los casos.

2) La segunda opción es el tratamiento médico con metotrexate. Se indica cuando las condiciones son las mismas que para la conducta expectante, aunque en este caso lo podemos emplear también en gestaciones extratubáricas. Se puede administrar el fármaco por vía oral, parenteral o incluso intra-saco embrionario.

3) La tercera y última de las opciones es el tratamiento quirúrgico en sus dos modalidades: la salpingostomía lineal o la salpinguectomía total. Nos decantaremos por esta última en caso de que la trompa esté muy dañada, o la gestación ectópica sea recurrente, o cuando los deseos genésicos de la madre estén cumplidos. Estas intervenciones se harán vía laparoscópica, aunque en caso de inestabilidad hemodinámica recurriremos a la laparotomía urgente.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 27 años de edad, sin alergia medicamentosa conocida, con antecedentes personales de amigdalectomía, exfumadora de 7-8 cigarrillos al día desde hace dos meses, intervenida de aumento de pecho con prótesis de silicona un año antes y fecha de la última regla el 18/3/05 (17 días antes de la consulta en urgencias). Acude al servicio de urgencias de nuestro hospital remitida por su médico de Atención Primaria, por dolor torácico.

En la anamnesis la enferma refiere dolor de inicio súbito en epigastrio cuatro días antes, que la despierta de noche, irradiándose rápidamente a hemitórax derecho, concretamente a mama derecha y posteriormente a axila, que se intensifica con la respiración profunda, y de carácter cólico; no refiere antecedentes traumáticos ni haber realizado ejercicio físico fuera del habitual. La enferma es atendida ese día en su Centro de Salud, diagnosticándose de contractura muscular; se le recomienda tratamiento con ibuprofeno 600 mg cada 8 horas y reposo relativo, mejorando relativamente. Acude de nuevo cuatro días después a su médico por intensificación del dolor en hemitórax derecho y haber comenzado con parestesias en brazo derecho y mano en comadrona. La enferma refiere también haber comenzado, una semana después de haber terminado con la regla, a manchar de nuevo con la misma intensidad de una regla normal y que sus reglas son dolorosas habitualmente.

A la exploración se aprecia paciente muy aquejada, ansiosa, con taquipnea, buen estado general, bien hidratada y perfundida, bien coloreada y en posición antiálgica, agarrándose el pecho derecho e inclinada hacia delante. Saturación arterial de oxígeno 100%, tensión arterial 134/81 mmHg, pulso 97 pulsaciones por minuto, y temperatura 36 °C. Cabeza y cuello normal, no adenopatías ni dolor a la movilización; aparato respiratorio con buen murmullo vesicular sin ruidos patológicos ni hipofonosis; aparato circulatorio: tonos rítmicos y puros, no soplos ni ruidos. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de hipocondrio derecho, fosa iliaca derecha e hipogastrio con Blumberg positivo débil. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. En tórax, dolor selectivo a la palpación de tercera y cuarta articulación condroesternal derechas, no se aprecian nódulos.

los ni signos de inflamación ni infección en mama derecha, siendo ambas mamas simétricas.

Entre las pruebas complementarias destacan: hemograma, con hematíes 3,86 millones/nl, hemoglobina 11,3 g/dl, hematocrito 34,2%, leucocitos 14.030 leucos/nl con fórmula normal, plaquetas 320.000 por nl; pruebas de coagulación normal; bioquímica, glucosa, proteína C reactiva, alanina-aminotransferasa (GPT), amilasa, creatinina, urea e iones normales; gasometría arterial, pH 7,66, pCO₂ 15 mmHg, pO₂ 119 mmHg, bicarbonato 17,2 mmol/l; orina normal, sedimento > 100 hematíes/campo. Se interroga a la paciente de nuevo, antes de realizar una radiografía de tórax y de abdomen, sobre la posibilidad de embarazo, negando la enferma dicha posibilidad aludiendo que utilizan métodos de barrera y además no suele tener relaciones con la regla, y como ha tenido dos reglas seguidas solo ha tenido una relación sexual. Las radiografías realizadas son normales, por lo que se pide una prueba de gestación, que es positiva. Se remite a la enferma al servicio de ginecología para su exploración y descartar patología urgente, destacando en la exploración un sangrado vaginal como una regla y cervix cerrado. En la ecografía ginecológica se aprecia útero en antero-versión con endometrio de 6 mm de espesor; en anexo derecho se aprecia una estructura quística de 38 mm de diámetro y abundante líquido libre en Douglas, quedando ingresada la paciente en el servicio de ginecología con la sospecha diagnóstica de EE. Se repite el hemograma una hora después habiendo bajado un punto el hematocrito y pasando a quirófano para realización de laparotomía exploradora y salpinguectomía derecha, confirmando la existencia de embarazo en trompa derecha y rotura de ovario derecho; la paciente evoluciona favorablemente tras la intervención y desaparece el dolor en hemitórax derecho y axila.

DISCUSIÓN

El EE es una patología frecuente dentro de la casuística de tocología. Lo interesante del caso que nos ocupa es lo atípico de la clínica que presentaba la paciente. Algunas series colocan el EE como la primera causa de muerte materna en el mundo. Hay descritas formas de presentación atípica, pero no hemos encontrado ninguna que haga re-

ferencia al dolor en hemitórax derecho irradiado a axila. El hecho de que la mujer, que consultó por dolor en mama y axila, fuera portadora de prótesis de silicona, podía haber orientado el caso a patología derivada de la prótesis, pero gracias a una historia clínica más amplia aparecieron otros datos clínicos que colocaban al EE como uno de los diagnósticos diferenciales.

Debido a la falta de especificidad tanto de la semiología como de las pruebas complementarias, se exige un alto grado de sospecha clínica para poder diagnosticar un EE desde la sala de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Botella Llusia J, Clavero Nuñez JA. Embarazo ectópico. Tratado de Ginecología, 14.^a ed. Madrid: 1993;31:391-9.
- Botella Llusia J. Embarazo ectópico, revisión de conjunto. Acta ginecológica. 1991;48-51.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Manejo urgente del dolor abdominal agudo. Medicina de urgencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 2.^a ed. Madrid: 1999;30:273-90.
- Ramos JM, Torroba A, García Santos JM, Marín MC. A 41 year old female with abdominal pain and fever of 24 hours. An Med Interna. 2004;21(10):507-13.
- Ibekwe PC. Ruptured advanced tubal ectopic pregnancy simulating uterine rupture: a case report. Niger J Med. 2004;13(2):196-8.
- Barnhart KT, Sammel MD, Rinaudo PF, Zhou L, Hummel AC, Guo W. Symptomatic patients with an early viable intrauterine pregnancy: HCG curves redefined. Obstet Gynecol. 2004;104(1):50-5.
- Chan LY, Fok WY, Yuen PM. Pitfalls in diagnosis of interstitial pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003;82(9):86-70.
- Di Serio C, Caccavale C, Borriello M, Rotondi M, Di Serio M, Rotondi M, et al. Unusual case of cervical pregnancy after curettage for a presumptive diagnosis of intrauterine blighted ovum. Clin Exp Obstet Gynecol. 2003;30(1):67-9.
- Duce MN, Ozer C, Egilmez H, Apaydin FD, Yildiz A, Kara E. Heterotopic pregnancy: case report. Abdom Imaging. 2002;27(6):677-9.
- Barnhart KT, Katz I, Hummel A, Gracia CR. Presumed diagnosis of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol. 2002;100(3):505-10.
- Savey L, Colau JC. Acute pelvic pain in women. Rev Prat. 2001;51(15):1657-60.
- Nelson SF. An unusual cause of pelvic mass. Tenn Med. 2001;94(6):205-7.
- Pietrzak Z. Ectopic pregnancy. II. Evaluation of the clinical value of a diagnostic algorithm for ectopic pregnancy. Ginekol Pol. 2001;72(1):7-11.
- Wong E, Suat SO. Ectopic pregnancy –a diagnostic challenge in the emergency department. Eur J Emerg Med. 2000;7(3):189-94.