

De la sospecha de embarazo ectópico roto al hallazgo de EPI grado III: diagnóstico diferencial en abdomen agudo ginecológico

From suspected ruptured ectopic pregnancy to the finding of grade III pelvic inflammatory
disease: differential diagnosis in gynecological acute abdomen

Itzel Fernández Echeverría, Vicente Panameño Cruz, Dr. José Eugenio Guerra Cárdenas*

Resumen

El abdomen agudo ginecológico representa un reto diagnóstico significativo debido a la superposición clínica de diversas entidades potencialmente graves. El embarazo ectópico, definido como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial, y el absceso tubo-ovárico, generalmente secundario a enfermedad pélvica inflamatoria avanzada, comparten manifestaciones clínicas como dolor pélvico, irritación peritoneal y compromiso sistémico, lo que puede dificultar su diferenciación oportuna. El objetivo de este reporte fue describir un caso clínico de coexistencia entre absceso tubo-ovárico izquierdo y embarazo ectópico incipiente contralateral, destacando los retos diagnósticos y quirúrgicos en el manejo del abdomen agudo ginecológico. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo tipo reporte de caso, basado en la revisión del expediente clínico, estudios de gabinete y hallazgos quirúrgicos de una paciente femenina de 19 años atendida en un hospital de segundo nivel. La paciente ingresó con dolor hipogástrico y en fosa iliaca izquierda, sangrado transvaginal escaso y prueba inmunológica de embarazo positiva, lo que orientó inicialmente al diagnóstico de embarazo ectópico roto. Sin embargo, durante la laparotomía exploradora se identificó un absceso tubo-ovárico izquierdo secundario a enfermedad pélvica inflamatoria grado III, coexistiendo con un embarazo ectópico incipiente en la trompa contralateral. Este caso evidencia la complejidad diagnóstica del abdomen agudo ginecológico y subraya la importancia de una valoración integral, interpretación cuidadosa de los hallazgos clínicos y paraclínicos, así como una intervención quirúrgica oportuna para prevenir complicaciones sépticas y preservar la fertilidad.

Palabras clave: embarazo ectópico; absceso tubo-ovárico; abdomen agudo ginecológico; enfermedad pélvica inflamatoria; reporte de caso

Correspondencia: jguerra@docentes.uat.edu.mx

Fecha de recepción: 08/julio/2025 | **Fecha de aceptación:** 02/octubre/2025 | **Fecha de publicación:** 26/marzo/2026

*Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Abstract

Gynecological acute abdomen represents a significant diagnostic challenge due to the clinical overlap of various potentially life-threatening conditions. Ectopic pregnancy, defined as implantation of the blastocyst outside the endometrial cavity, and tubo-ovarian abscess, usually secondary to advanced pelvic inflammatory disease, share clinical manifestations such as pelvic pain, peritoneal irritation, and systemic involvement, which may hinder timely differentiation. The objective of this report was to describe a clinical case involving the coexistence of a left tubo-ovarian abscess and a contralateral incipient ectopic pregnancy, highlighting the diagnostic and surgical challenges in the management of gynecological acute abdomen. An observational, descriptive, and retrospective case report was conducted, based on a review of the medical record, imaging studies, and surgical findings of a 19-year-old female patient treated at a secondary-level hospital. The patient presented with hypogastric and left iliac fossa pain, scant transvaginal bleeding, and a positive immunological pregnancy test, initially suggesting a ruptured ectopic pregnancy. However, during exploratory laparotomy, a left tubo-ovarian abscess secondary to grade III pelvic inflammatory disease was identified, coexisting with an incipient ectopic pregnancy in the contralateral fallopian tube. This case illustrates the diagnostic complexity of gynecological acute abdomen and underscores the importance of comprehensive assessment, careful interpretation of clinical and paraclinical findings, and timely surgical intervention to prevent septic complications and preserve fertility.

Keywords: ectopic pregnancy; tubo-ovarian abscess; gynecological acute abdomen; pelvic inflammatory disease; case report



DE LA SOSPECHA DE EMBARAZO ECTÓPICO ROTO AL HALLAZGO DE EPI GRADO III: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO

Autores: Dr. Eugenio Guerra Cárdenas¹, Fernández Echeverría Itzel¹, Panameño Cruz Vicente²

Facultad de Medicina de Tampico "Dr. Alberto Romo Caballero", Universidad Autónoma de Tamaulipas

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se define como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial, con localización tubárica en la mayoría de los casos, y constituye una causa prevalente de abdomen agudo ginecológico durante el primer trimestre de gestación. El absceso tubo-ovárico, por su parte, corresponde a una colección purulenta anexa, generalmente secundaria a una enfermedad pélvica inflamatoria en estadio III, de etiología polimicrobiana. Ambas entidades pueden manifestarse con dolor pélvico intenso, signos de irritación peritoneal y compromiso sistémico. (1-3)

OBJETIVO

Describir un caso clínico de coexistencia entre absceso tubo-ovárico izquierdo y embarazo ectópico incipiente contralateral, destacando los retos diagnósticos y quirúrgicos en el manejo del abdomen agudo ginecológico.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo tipo reporte de caso, basado en la revisión del expediente clínico, resultados de estudios de gabinete y hallazgos quirúrgicos de la paciente atendida en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Tampico "Dr. Carlos Canseco", durante el mes de octubre del 2025. Durante la intervención quirúrgica, se documentaron los hallazgos anatómicos mediante registro fotográfico y descripción operatoria, confirmando absceso tubo-ovárico izquierdo secundario a enfermedad pélvica inflamatoria grado III y embarazo ectópico incipiente en trompa contralateral.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 19 años, soltera, religión negada, signos vitales: 120/70 mmHg, FR: 16, FC: 86 lpm, satO2 98%.

Antecedentes heredo-familiares: Madre finada 32 años desconoce motivo, padre vivo 35 años APS, crónico-degenerativas negadas.

Antecedentes personales no patológicos: Alcoholismo (+) inició a los 15 años, tabaquismo (+) inició a los 13 años, 5 cigarros al día, toxicomanías (+) inició a los 10 años, 10 cigarros de marihuana al día, cocaína desde hace 1 mes 2 veces a la semana. Alimentación balanceada 3 veces al día, tatuajes (+) 10 en múltiples zonas del cuerpo.

Antecedentes personales patológicos: sin datos de relevancia.

Antecedentes ginecoobstétricos:

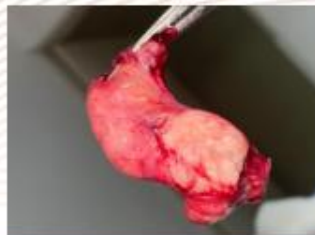
Menarca: 10 años, Ritmo regular 28x4, IVSA 14 años, NPS 6, MPF: negado, PAP (-), DOCMA (-), FUM 24.09.25 G1

Motivo de consulta: Acude al servicio de urgencias por dolor en hipogastro y fosa ilíaca izquierda de nueve días de evolución, de inicio súbito, progresivo, irradiado a región lumbar y sacra, sangrado transvaginal escaso y malestar general. Refiere prueba rápida de embarazo positiva previa a su ingreso. Niega fiebre, vómito o sangrado abundante.

Exploración física: Paciente consciente, orientada y hemodinámicamente estable, con abdomen blando y depresible, dolor intenso a la palpación profunda en fosa ilíaca izquierda, signo de Blumberg (+), defensa muscular localizada y dolor a la descompresión. En la exploración ginecológica, genitales de acuerdo a edad y sexo, se observa cérvix posterior, cerrado y formado, con escaso manchado hemático al guante, fondo de saco posterior abombado y dolor a la movilización cervical.

USG pélvico transvaginal: muestra útero en anteversoflexión de 7 x 3 mm, línea endometrial de 3.5 mm y abundante líquido libre en cavidad pélvica y fondo de saco de Douglas, con predominio en anexo izquierdo y engrosamiento tubario. **Se establece el diagnóstico de probable embarazo ectópico roto en trompa izquierda, por lo que se indica laparotomía exploradora urgente.**

RESULTADOS



DISCUSIÓN

La paciente ingresó con abdomen agudo, líquido libre en anexo izquierdo, signos de irritación peritoneal y prueba inmunológica de embarazo positiva (PIE), hallazgos que orientaron inicialmente hacia un embarazo ectópico roto en trompa izquierda. No obstante, durante la laparotomía se identificó un absceso tubo-ovárico izquierdo secundario a enfermedad pélvica inflamatoria grado III, coexistiendo con un embarazo incipiente en la trompa contralateral, lo que justificó la positividad de la PIE. Este caso resalta la complejidad diagnóstica del abdomen agudo ginecológico, donde la presencia simultánea de procesos inflamatorios e implantación temprana puede enmascarar la etiología real. La coexistencia de EPI avanzada y embarazo incipiente representa un desafío clínico significativo que exige una valoración integral, interpretación cuidadosa de los hallazgos clínicos y paraclínicos, y decisión quirúrgica oportuna para evitar desenlaces adversos.

CONCLUSIONES

La presencia simultánea de absceso tubo-ovárico y embarazo ectópico incipiente representa un reto diagnóstico importante. Este caso subraya la importancia de una evaluación integral, uso oportuno de imagenología y exploración quirúrgica temprana, especialmente en pacientes jóvenes con antecedentes de riesgo y cuadro clínico ambiguo. El reconocimiento temprano de patologías coexistentes puede evitar complicaciones sépticas y preservar la fertilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Mandal RC, Hoque IU, Pan A, Mondal M, Maity S, Anjali, Pramanik A, Banerjee M. Evaluation of clinical presentation and maternal outcome of ectopic pregnancy in a tertiary care hospital: An observational cross-sectional study. National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology. 2024 Sep;14(9):1596-1609.
- Godre PP, Darda MG, Modi DA, Ramji BD. A retrospective study on ectopic pregnancy: incidence, clinical presentation, risk factors, treatment and morbidity and mortality associated with ectopic pregnancy- one year study. Int J of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2023;2024
- Sanjana Paladugu, Santhiyasri, Panda. Clinical study of ectopic pregnancy in a tertiary care centre in Andhra Pradesh. Int J of Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2023;7(2):26-33