

Caso	(240) TC con energía dual en patología ginecológica urgente.
Autores	Rubén Viveros, Pablo Corujo Murga, Luis Martínez Camblor, Pablo Noriega Menéndez, Natalia Sordo Alonso, Helena Cigarrán Sexto.
Centro	Hospital Universitario Central De Asturias.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 41 años, portadora de DIU y sin otros antecedentes acude por dolor abdominal insidioso y progresivo de 4 días de evolución, de predominio en FID con irritación peritoneal y tendente a la hipotensión (118/62).

Presenta leucocitosis ($16,20 \times 10^3/\mu\text{L}$), neutrofilia y disminución de la Hb en urgencias en 4 horas, de 10,1 g/DL a 8,6 g/DL.

Ecografía abdominopélvica urgente: Masa heterogénea en FID y líquido libre perihepático/subhepático.

Se pauta TC abdominopélvico con contraste intravenoso y energía dual: Líquido libre peri y subhepático de densidad intermedia (30 UH) y colección hiperdensa en FID/anexo derecho con lesión quística de paredes hipercaptantes .

Mediante la energía dual obtenemos una fase sin contraste virtual que evidencia el hematoma en FID y un mapa de iodo que nos ayuda a detectar la extravasación de contraste que nos traduce sangrado activo.

Se solicita al servicio de urgencias la petición de una prueba de embarazo urgente con BHCG positiva >2409 UI/L.

Se realiza laparoscopia exploradora obteniendo abundante hemoperitoneo, coágulo anexial derecho con trompa de Falopio dilatada y desgarró en la fimbria. El informe anatomopatológico evidencia cambios deciduales en la fimbria tubárica con células trofoblásticas sugestivo de zona de implantación.

DISCUSIÓN

Hematoma en FID con sangrado activo secundario a rotura de embarazo ectópico anexial.

El embarazo ectópico es la causa de mortalidad y de hemorragia más importante del primer trimestre del embarazo con incidencia del 1 al 2 %

Los principales factores de riesgo son episodio previo, ligadura tubárica, enfermedad inflamatoria pélvica, fertilización in vitro, DIU, endometriosis y anomalías uterinas.

Una historia clínica de amenorrea de 5 a 9 semanas, dolor pélvico leve o sangrado vaginal nos debe hacer sospechar de un embarazo ectópico. Dolor más acusado y progresivo con hipotensión y anemización orienta a complicación del mismo como rotura ectópica.

Las localizaciones ectópicas por orden de frecuencia incluyen las trompas de falopio, y de ellas la región ampular; intersticial cornual, ovarios, cérvix, abdomen, sobre cicatriz previa o heterotópico.

Ante una sospecha clínico-radiológica de una complicación ectópica, la detección de la β -hCG en orina confirma el diagnóstico, normalmente obteniendo valores menores de 2000 UI.

Los hallazgos radiológicos del embarazo ectópico roto de origen tubárico son: Líquido libre o hemoperitoneo en fondo de saco de Douglas que puede distribuirse por el resto de espacios, hematoma adyacente al sitio de implantación, masa anexial compleja visualizada en el 89-100% de las gestaciones tubáricas y saco gestacional con anillo hiperecoico hipervascular e hipercaptante (signo del anillo tubario) presente en un 40-70% y que representa invasión trofoblástica e hipervascularización para lograr mantener viable al embrión.

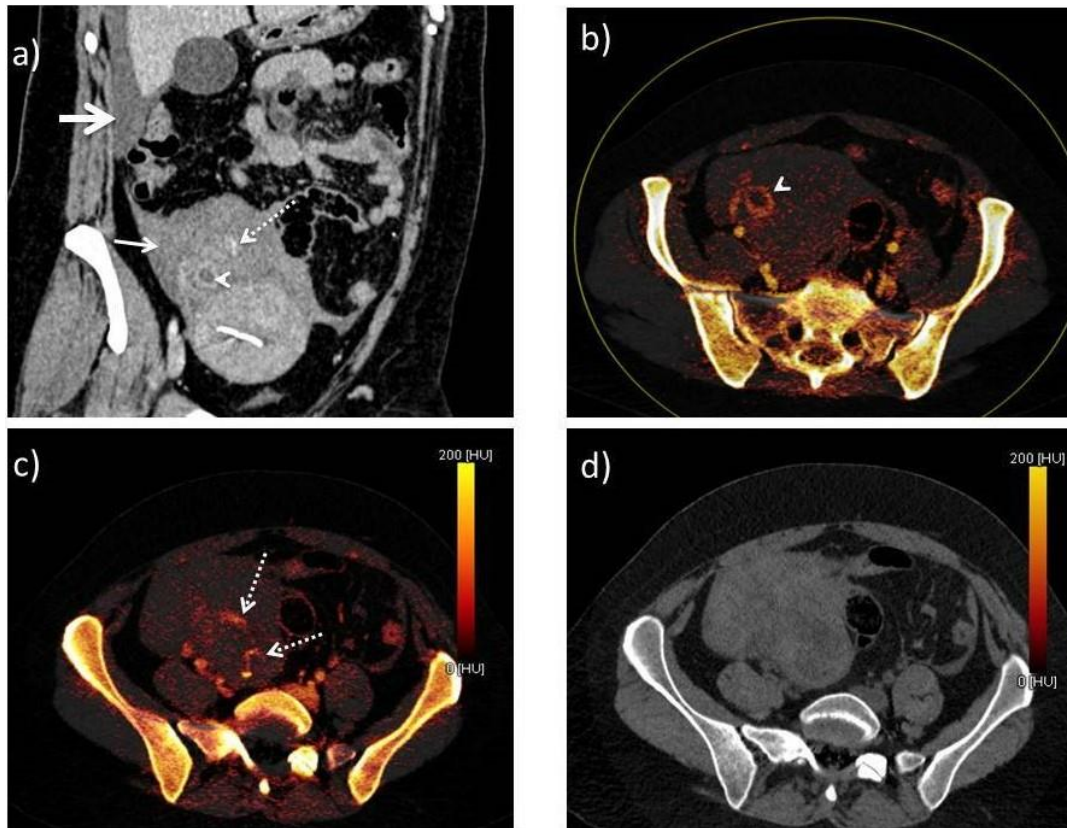
En sangrados activos podemos observar extravasación de contraste, evidenciado en nuestro caso por técnica con energía dual.

Cabe recalcar que la presencia de líquido libre en un embarazo ectópico no es específico para rotura ectópica ya que se presenta en un 37% de embarazos tubáricos intactos.

El tratamiento urgente de la rotura ectópica es quirúrgico mediante técnica laparoscópica o laparotomía exploradora.

CONCLUSIÓN

La rotura de un embarazo ectópico es una complicación potencialmente letal en la que el radiólogo debe conocer los factores de riesgos, resultado hormonal y los hallazgos de un embarazo ectópico así como el de su complicación, con especial mención en la localización tubárica al ser el sitio de implantación ectópico más frecuente. El AngioTC es el estudio de elección ante la sospecha de complicación, y al ser una patología que se presenta en mujeres en edad fértil, el TC con energía dual juega un papel importante al permitirnos evitar irradiación y aportarnos un mapa sin contraste virtual y un mapa de yodo, necesarios para descartar sangrados activos que pongan en riesgo la vida de la paciente.



TC abdominopélvico con contraste intravenoso (A) y TC con energía dual con mapa de yodo (B y C) y sin contraste virtual (D). En A se observa líquido libre perihepático (flecha gruesa), un hematoma en FID en región anexial (flecha) con una lesión quística de paredes hipercaptantes (punta de flecha) en relación con el saco gestacional y una pequeña imagen lineal hiperdensa en el seno del hematoma (flechas discontinuas). En el mapa de yodo adquirido con la energía dual observamos el saco gestacional con pared hipercaptante (signo del anillo tubario) y la imagen lineal observada en el estudio con contraste en fase venosa y que al no estar representada en el estudio sin contraste “virtual” es compatible con extravasación de contraste que traduce sangrado activo.

BIBLIOGRAFÍA

- Edward P. Lin, Shweta Bhatt, Vikram S. Dogra. Diagnostic Clues to Ectopic Pregnancy. *RadioGraphics* 2008; 28:1661-1671. <https://doi.org/10.1148/rg.286085506>.
- Stephanie N. Histed , Monica Deshmukh, Rinat Masamed, Cecilia M. Jude, Shaden Mohammad, Maitraya K. Patel. Ectopic Pregnancy: A Trainee’s Guide to Making the Right Call: Women’s Imaging. *RadioGraphics* 2016; 36:2236-2237. <https://doi.org/10.1148/rg.2016160080>
- C.E. Capristo, M.P. Cassino, M.F. Sisu Di Pizio. Signo del anillo tubario. *RevArgentRadiol.*2017;81(1):59---61. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2016.03.003>