



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), Noviembre-Diciembre 2025,
Volumen 9, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6

EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO EN SEGUNDO TRIMESTRE EN PACIENTE CON ÚTERO DIDELFO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO

TUBAL ECTOPIC PREGNANCY IN THE SECOND TRIMESTER IN A
PATIENT WITH UTERINE DIDELPHYS: A DIAGNOSTIC CHALLENGE.
CASE REPORT

Kembly Montserrat Kantun Garrido
Universidad Autónoma de Yucatán, México

Mireya Martínez Vázquez
Universidad Autónoma de Yucatán, México

Ramiro Aguilar Acuña
Universidad Autónoma de Yucatán, México

Embarazo Ectópico Tubárico en Segundo Trimestre en Paciente con Útero Didelfo: Un Desafío Diagnóstico. Reporte de Caso

Kembly Montserrat Kantun Garrido¹montserrat_kantun@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0005-0221-3258>

Hospital General de Cancún

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Servicios de Salud del

Instituto Mexicano del Seguro Social para el

Bienestar - IMSS-BIENESTAR

Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Yucatán

México

Mireya Martínez Vázquezmireya-4991@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0005-3268-5096>

Hospital General de Cancún

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Servicios de Salud del

Instituto Mexicano del Seguro Social para el

Bienestar - IMSS-BIENESTAR

Universidad Autónoma de Yucatán

México

Ramiro Aguilar AcuñaRamiro.aguilar@anahuac.mx<https://orcid.org/0009-0007-9313-249X>

Universidad Autónoma de Yucatán

México

RESUMEN

Introducción/Antecedente. El embarazo ectópico tubárico que progresa al segundo trimestre es poco frecuente y su reconocimiento puede ser complejo en presencia de anomalías müllerianas como el útero didelfo, presentamos aquí el caso de una mujer de 31 años, sin control prenatal, que acudió por dolor abdominal, sangrado transvaginal y mareo. La ecografía abdominal sugirió un embarazo viable de 11,5 semanas en el hemicuerpo derecho de un útero didelfo. Horas después presentó inestabilidad hemodinámica. La laparotomía de urgencia identificó un embarazo ectópico tubárico derecho con feto de 14 semanas y hemoperitoneo de 1600 mL; se realizó salpingectomía derecha con evolución posoperatoria favorable. La histopatología confirmó embarazo ectópico tubárico derecho con edad gestacional estimada en 14 semanas por mediciones fetales, con vellosidades coriales de segundo trimestre, hemorragia placentaria extensa y deciduitis crónica xantomatosa, sin evidencia de malignidad. Conclusión. Este caso resalta la presentación inusual de un ectópico tubárico en el segundo trimestre y subraya la necesidad de confirmar la localización gestacional mediante ecografía transvaginal y de indicar intervención quirúrgica oportuna ante inestabilidad hemodinámica.

Palabras clave (MeSH): embarazo ectópico, útero didelfo, conductos de müller/anomalías, hemoperitoneo, segundo trimestre del embarazo

¹ Autor principal

Correspondencia: montserrat_kantun@hotmail.com

Tubal ectopic Pregnancy in the Second Trimester in a Patient with Uterine Didelphys: A Diagnostic Challenge. Case Report

ABSTRACT

Background. Second-trimester tubal ectopic pregnancy is uncommon, and recognition may be challenging when Müllerian anomalies such as uterine didelphys are present. **Case.** A 31-year-old woman without prenatal care presented with abdominal pain, vaginal bleeding, and dizziness. Abdominal ultrasound suggested a viable 11.5 week pregnancy in the right hemicavity of a didelphic uterus. Hours later she developed hemodynamic instability. Emergency laparotomy identified a right tubal ectopic pregnancy with a 14-week fetus and 1600 mL of hemoperitoneum; right salpingectomy was performed, with a favorable postoperative course. Histopathology confirmed a right tubal ectopic pregnancy with gestational age estimated at 14 weeks based on fetal measurements, showing second-trimester chorionic villi, extensive placental hemorrhage, and chronic xanthomatous deciduitis, with no evidence of malignancy. **Conclusion.** This case highlights the unusual presentation of a second-trimester tubal ectopic pregnancy and underscores the need to confirm gestational location via transvaginal ultrasound and to proceed with timely surgical intervention when hemodynamic instability is present.

Keywords (MeSH): pregnancy, ectopic, uterus, didelphys, müllerian, ducts/abnormalities, hemoperitoneum, pregnancy trimester, second

*Artículo recibido: 15 octubre 2025
Aceptado para publicación: 17 noviembre 2025*



INTRODUCCION

Antecedentes

El embarazo ectópico es una condición de alto riesgo en la que un óvulo fecundado se implanta fuera de la cavidad uterina¹; afecta aproximadamente al 1–2 % de todas las gestaciones y constituye una amenaza significativa para las mujeres en edad reproductiva². Es la principal causa de muerte materna durante el primer trimestre.³ La localización más frecuente continúa siendo la trompa de Falopio, con un 84,7 % de los casos.⁴

En este contexto, las malformaciones müllerianas se observan en torno al 5,5 % de la población femenina general⁵ y pueden modificar la anatomía pélvica, con impacto en la fecundación, la implantación y la interpretación de la imagen⁶. Según la American Fertility Society (1988), el útero didelfo corresponde a la anomalía tipo III, caracterizada por duplicación completa de cavidades uterinas y del cérvix⁷; por su parte, la clasificación ESHRE/ESGE (2013) lo incluye dentro de las formas de útero bicorpóreo (U3), siendo el didelfo equivalente al subtipo U3b o bicorpóreo completo⁸. Las anomalías müllerianas pueden complicar la caracterización ecográfica de la anatomía uterina; con frecuencia se requiere ultrasonido transvaginal tridimensional o resonancia magnética para definir con precisión la anatomía y, en consecuencia, confirmar con seguridad el sitio de implantación⁹.

Aunque la mayoría de los embarazos ectópicos se detectan en el primer trimestre, en casos excepcionales pueden progresar hasta el segundo trimestre, fenómeno atribuido a factores como elasticidad tubárica o invasión trofoblástica atípica.¹⁰ Esta posibilidad explica la presentación poco frecuente del caso que se comunica y justifica la necesidad de confirmar la localización gestacional con métodos de imagen adecuados antes de asumir una gestación intrauterina.

Objetivo general

Documentar un embarazo ectópico tubárico que progresó al segundo trimestre en una paciente con útero didelfo, describiendo la presentación clínica, los hallazgos diagnósticos, el manejo quirúrgico (salpingectomía) y la evolución.

Caso clínico

Paciente femenina de 31 años, gesta 2, con antecedente de salpingectomía en 2017 por embarazo ectópico izquierdo. Al momento de acudir desconocía que estaba embarazada y desconocía la malformación uterina.

Acudió a urgencias por dolor abdominal y sangrado transvaginal de seis horas, con mareo. Se encontraba alerta, con tensión arterial de 100/70 milímetros de mercurio y frecuencia cardiaca de 70 latidos por minuto. En la exploración abdominal presentó dolor en fosa ilíaca derecha sin datos de irritación peritoneal; al interrogatorio y la exploración, sin datos irritativos urinarios. En la especuloscopia se constató una vagina y un cérvix; al tacto bimanual se encontró un útero de 12 centímetros, anexos no abombados ni dolorosos, cérvix posterior, cerrado puntiforme, con sangrado escaso.

La prueba de embarazo resultó positiva. El ultrasonido abdominal evidenció doble cavidad uterina compatible con anomalía mülleriana (útero bicorpóreo o didelfo), con saco gestacional en el hemicuerpo derecho y embrión vivo de 11,5 semanas, además de hematoma subcoriónico; no se observó líquido libre. El hemicuerpo izquierdo mostró miometrio homogéneo y línea endometrial de 20 milímetros. La interpretación inicial fue de gestación intrauterina.

Se indicó hidratación intravenosa con cristaloides, con mejoría transitoria de la presión arterial, y vigilancia estrecha. No estaba disponible la medición cuantitativa de gonadotropina coriónica humana al momento de la valoración.

Durante su estancia intrahospitalaria presentó dolor abdominal súbito con tensión arterial de 69/28 milímetros de mercurio, frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto e índice de choque de 1,8. Se realizó ultrasonido focalizado para detección de líquido libre (FAST), que mostró abundante líquido libre en cavidad abdominal. Se practicó laparotomía exploradora, con hallazgo de hemoperitoneo de 1600 mL y embarazo ectópico tubárico derecho con feto de aproximadamente 14 semanas; se efectuó salpingectomía derecha. El diagnóstico definitivo fue embarazo ectópico tubárico derecho (Figuras 1-3).



La evolución posoperatoria fue favorable. Recibió dos concentrados eritrocitarios. En controles posteriores se documentó hemoglobina de 8,7 gramos por decilitro y hematocrito de 25,4 por ciento, sin requerimiento de transfusión adicional. Egresó al tercer día en condiciones clínicas estables.

Posteriormente, ya tras la resolución quirúrgica, la revisión del expediente confirmó que existía diagnóstico previo de anomalía mülleriana, desconocido por la paciente al ingreso. El estudio histopatológico confirmó embarazo ectópico tubárico derecho, con edad gestacional estimada en 14 semanas por mediciones fetales, vellosidades coriales de segundo trimestre, necrosis intervillosa, placenta con hemorragia extensa y deciduitis crónica xantomatosa, sin evidencia de malignidad.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico continúa siendo una de las principales urgencias obstétricas (1–2 % de las gestaciones), con riesgo de complicaciones potencialmente letales si no se diagnostica a tiempo. Su identificación se basa en la integración clínica con la ecografía preferentemente transvaginal y la cuantificación seriada de gonadotropina coriónica humana. Cuando existe inestabilidad hemodinámica, la intervención quirúrgica es prioritaria.

El embarazo ectópico tubárico que progresa hasta el segundo trimestre es poco frecuente y clínicamente desafiante. La coexistencia de una anomalía mülleriana con doble cavidad uterina añade complejidad diagnóstica, pues la anatomía puede mimetizar una gestación intrauterina en la evaluación abdominal y dificultar la identificación temprana del sitio real de implantación.

En la paciente, la impresión inicial fue de gestación intrauterina en una de las cavidades. La evolución con dolor súbito, sangrado y deterioro hemodinámico condujo a la revaloración inmediata y a la resolución quirúrgica. La laparotomía confirmó la localización tubárica derecha y permitió el control de la hemorragia; el estudio anatomopatológico corroboró el diagnóstico y la edad gestacional.

Los hallazgos se alinean con lo publicado sobre ectópicos tubáricos avanzados: se han descrito casos intactos a las 14 semanas con datación por biometría fetal (mediciones fetales)¹¹, así como embarazos rotos a las 15 semanas previamente interpretados como intrauterinos en el primer trimestre¹², y no rotos a las 16 semanas con feto vivo en localización ampular¹³. Estos reportes subrayan la rareza de la progresión tubárica al segundo trimestre y la posibilidad de interpretaciones iniciales equívocas, especialmente cuando la imagen sugiere otra localización.



Asimismo, se han documentado tubáricos no rotos a las 13 semanas¹⁰ y presentaciones a las 15+3 semanas¹⁴ que se consideraron abdominales hasta la confirmación intraoperatoria, lo que refuerza que la confirmación del sitio de implantación puede requerir cirugía cuando existe inestabilidad o incertidumbre diagnóstica. Nuestro caso comparte con estos informes la edad gestacional avanzada y la confirmación quirúrgica, pero se distingue por la presencia de útero didelfo, un factor anatómico que puede simular intrauterino y explicar la impresión inicial.

En suma, la doble cavidad uterina exige confirmar la localización con ecografía transvaginal y mantener alta sospecha clínica; en pacientes con antecedente de ectópico la vigilancia debe ser especialmente cuidadosa. Cuando aparece inestabilidad hemodinámica o persiste la duda diagnóstica con riesgo de hemorragia, la intervención quirúrgica oportuna cumple funciones diagnósticas y terapéuticas, tal como ocurrió en este caso.

Consideraciones éticas

Se obtuvieron los consentimientos informados para la realización de los procedimientos quirúrgicos descritos, así como la autorización para la toma y publicación de las fotografías, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos personales. Se siguieron los principios éticos de la Declaración de Helsinki y lo establecido en la Ley General de Salud, adoptando todas las medidas necesarias para proteger la identidad de la paciente mediante la eliminación de cualquier dato identificatorio.

CONCLUSIÓN

El embarazo ectópico tubárico que progresa al segundo trimestre es poco frecuente y, en presencia de una anomalía mülleriana con doble cavidad uterina, puede simular una gestación intrauterina. Este caso subraya la necesidad de confirmar el sitio de implantación mediante ecografía transvaginal y de indicar intervención quirúrgica oportuna ante signos de inestabilidad hemodinámica, lo que permitió controlar la hemorragia y obtener un desenlace favorable.

REFERENCIAS

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology.

ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018;131(3):e91–

e103.

doi:10.1097/AOG.0000000000002560.

Disponible

en:



https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2018/03000/acog_practice_bulletin_no_193_tubal_ectopic.46.aspx

Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. *Fertil Res Pract*. 2015;1:15. doi:10.1186/s40738-015-0008-z.

Disponible en:

<https://fertilityresearchandpractice.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40738-015-0008-z>

Mullany K, Minneci M, Monjazeb R, Coiado OC. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Womens Health (Lond)*. 2023;19:17455057231160349.

doi:10.1177/17455057231160349. Disponible en:

<https://doi.org/10.1177/17455057231160349>

Tang P, Li X, Li W, Li Y, Zhang Y, Yang Y. The trend of the distribution of ectopic pregnancy sites and the clinical characteristics of caesarean scar pregnancy. *Reprod Health*. 2022;19(1):182.

doi:10.1186/s12978-022-01472-0. Disponible en: [https://reproductive-health-](https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-022-01472-0)

[journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-022-01472-0](https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-022-01472-0)

Chan YY, Jayaprakasan K, Zamora J, Thornton JG, Raine-Fenning N, Coomarasamy A. The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review.

Hum Reprod Update. 2011;17(6):761-771. doi:10.1093/humupd/dmr028. Disponible en:

<https://academic.oup.com/humupd/article/17/6/761/873088>

Medina C, Aguirre J, Montecinos J, Schiappacasse G. Revisión pictográfica de las anomalías de los conductos de Müller por resonancia magnética. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2015;80(2):181–190.

doi:10.4067/S0717-75262015000200014. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000200014

American Fertility Society. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril*. 1988;49(6):944–955. doi:10.1016/S0015-

0282(16)59942-7. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028216599427>



- Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezio Sardo A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, et al. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Hum Reprod.* 2013;28(8):2032–2044. doi:10.1093/humrep/det098. Disponible en: <https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Position-statements/ESHRE-ESGE-Classification-HR-2013.pdf>
- Morales AR, Cagalawan RMG, Alcantara-Boquiren MJ. Case report on the management of ectopic pregnancy in uterine didelphys. *Philippine J Obstet Gynecol.* 2024;48(4):279-282. doi: 10.4103/pjog.pjog_53_24. Disponible en: https://journals.lww.com/pjog/fulltext/2024/10000/case_report_on_the_management_of_ectopic_pregnancy.10.aspx
- Ilea C, Ilie O, Marcu O, Stoian I, Doroftei B. The very first Romanian unruptured 13-weeks gestation tubal ectopic pregnancy. *Medicina (Kaunas).* 2022;58(9):1160. doi:10.3390/medicina58091160. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1648-9144/58/9/1160>
- Elmoheen A, Salem W, Eltawagny M, Elmoheen R, Bashir K. The Largest Tubal Pregnancy: 14th Week. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2020;2020:4728730. doi:10.1155/2020/4728730. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2020/4728730>
- Stremick JK, Couperus K, Ashworth SW. Ruptured Tubal Ectopic Pregnancy at Fifteen Weeks Gestational Age. *Clin Pract Cases Emerg Med.* 2019;3(1):62–64. doi:10.5811/cpcem.2019.1.40860. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6366386/>
- Mhaskar R, Harish M, Jaiprakash T. Unruptured ampullary ectopic pregnancy at 16-week period of gestation with live fetus. *J Obstet Gynaecol India.* 2014;64(1):73–74. doi:10.1007/s13224-012-0228-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3931900/>
- Wang Z, Zhang C. Rupture of fetal membrane in ectopic tubal pregnancy: a case report and literature review. *Medicine (Baltimore).* 2024;103(38):e39713. doi: 10.1097/MD.00000000000039713. Disponible en: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2024/09200/rupture_of_fetal_membrane_in_ectopic_tubal.23.aspx



ANEXOS

Pies de figura

Figura 1



Trompa uterina derecha con placenta implantada y extensa hemorragia, extraída íntegra durante la salpingectomía. La imagen fue capturada en campo operatorio inmediato sobre compresa estéril.

Fuente: Expediente clínico del Hospital General de Cancún “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”, julio 2025.

Imagen utilizada con fines académicos.

Figura 2



Producto de la gestación de aproximadamente 14 semanas, unido por cordón umbilical a la salpíngex perforada, con estructuras placentarias en desarrollo. Imagen obtenida intraoperatoriamente en un entorno quirúrgico estéril. Fuente: Expediente clínico del Hospital General de Cancún “Dr. Jesús

Kumate Rodríguez”, julio 2025. Imagen utilizada con fines académicos.

Figura 3



Feto ex útero de 14 semanas según mediciones fetales, con morfología conservada y cordón umbilical íntegro. Fuente: Expediente clínico del Hospital General de Cancún “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”, julio 2025. Imagen utilizada con fines académicos.