

INFORME DE CASO

Embarazo ectópico abdominal. Informe de caso

MSc. Dra. Yarima Bravo Torres¹, MSc. Dr. Yoel Cardet Niebla², MSc. Dr. Fernando Machado Rojas³, MSc. Dr. Orlando Camacho Hernández⁴

Hospital Ginecoobstétrico “Mariana Grajales”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

El embarazo ectópico abdominal es una anomalía excepcional que representa el 1% de los embarazos ectópicos; se asocia con alta morbilidad y mortalidad materna y fetal. El riesgo de mortalidad materna es de siete a ocho veces mayor que el de un embarazo ectópico tubario y 90 veces mayor que el de un embarazo intrauterino. Se trata de un cuadro de difícil diagnóstico que, en muchas ocasiones, se establece tardíamente. Se informa el caso de una paciente con un embarazo ectópico abdominal diagnosticado mediante laparotomía en el tercer trimestre. Se trató con éxito mediante laparotomía con extracción del feto y la placenta completa. Se revisó la bibliografía relacionada con los factores de riesgo de embarazo ectópico abdominal, los métodos diagnósticos y las opciones terapéuticas.

Palabras clave: embarazo ectópico; embarazo abdominal; diagnóstico; laparotomía

ABSTRACT

Abdominal ectopic pregnancy is an exceptional anomaly that represents 1% of the ectopic pregnancies; It is associated with high maternal and fetal morbidity and mortality. The risk of maternal mortality is seven to eight times higher than that of a tubal ectopic pregnancy and 90 times greater than that of an intrauterine pregnancy. It is a difficult diagnosis that, in many cases, it is established late. It reports the case of a patient with an abdominal ectopic pregnancy diagnosed by laparotomy in the third trimester. It was successfully treated by laparotomy with extraction of the fetus and the entire placenta. It was reviewed the bibliography related to the risk factors of abdominal ectopic pregnancy, the diagnostic methods and the therapeutic options.

Key words: pregnancy ectopic; pregnancy abdominal; diagnóstico; laparotomy

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico constituye un problema mundial de salud; se considera en el mundo una de las principales causas de muerte materna, incluidos países desarrollados.¹ Es, por definición, la implantación del producto de la concepción fuera de la cavidad endometrial. Un embarazo es eutópico o intrauterino cuando el huevo anida y se desarrolla en su lugar habitual, el endometrio de revestimiento de la cavidad uterina. La anidación en cualquier otro lugar resulta en un embarazo ectópico.²

Su incidencia se estima en 1,6 a dos embarazos ectópicos por cada 100 nacimientos, con índices de mortalidad materna del 9%.³

Los cambios en las prácticas sexuales y el incremento consecuente de la incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria, así como la mayor aplicación de las técnicas de reproducción asistida son, entre otras, las causas del aumento

de la incidencia de embarazo ectópico en las últimas décadas (de uno a 2% de las gestaciones) que, además, es una de las primeras causas de muerte materna (muchas veces aparece como la primera causa).²

El embarazo abdominal se refiere a un embarazo que se ha implantado en la cavidad peritoneal, externo a la cavidad uterina y a las tubas uterinas. La incidencia estimada es de uno por cada 10 000 nacimientos y el 1,4% de los embarazos ectópicos; existen informes de embarazo abdominal que ocurren después de la histerectomía. Los sitios potenciales incluyen el epiplón, la pared pélvica, el ligamento ancho, el fondo de saco posterior, los órganos abdominales (por ejemplo: el bazo, el intestino y el hígado), los grandes vasos pélvicos, el diafragma y la serosa uterina. No se sabe si los embarazos abdominales son el resultado de la implantación secundaria de un embarazo ectópico abortado o el resultado de la fertilización intraabdominal con implantación primaria en el abdomen.⁴

Los embarazos abdominales se interrumpen al momento del diagnóstico, la posibilidad de un recién nacido sano es pobre y los riesgos de complicaciones maternas altos; si el feto es viable se extrae por laparotomía. La conducta expectante para ganar madurez fetal se ha intentado y ha tenido éxito en algunos casos, pero el enfoque óptimo para la extracción del feto no se ha determinado; con facilidad, principalmente para el manejo de la placenta, se prefiere el manejo conservador y dejar la placenta *in situ* o la intervención activa mediante embolización arterial o administración de metrotexate para acelerar la involución placentaria.^{4,5}

El riesgo de mortalidad materna por un embarazo ectópico abdominal es de siete a ocho veces mayor que el riesgo de un embarazo ectópico tubario y es 90 veces mayor que el de un embarazo intrauterino. Aún cuando la mortalidad fetal es elevada (40 a 95%) existen algunos informes de embarazos abdominales a término con una frecuencia muy alta de malformaciones congénitas (30 a 90%).⁶

La clasificación actual aceptada es la de Studdiford (1942), que divide el embarazo abdominal en primario y secundario y establece criterios para cada uno. Los requisitos para el primario son: trompas de Falopio y ovarios normales, localizado exclusivamente en la superficie peritoneal, ausencia de fístula uteroplacentaria, sin dehiscencia postoperatoria de la herida uterina si hubo cesárea anterior. El embarazo ectópico abdominal secundario es más frecuente y es consecuencia de la rotura de un embarazo en la trompa o de un aborto tubario con implantación posterior en el abdomen.^{2,6-8}

Debido a que el embarazo abdominal constituye una enfermedad rara y poco común, pero con tendencia a incrementarse debido al auge de los procedimientos de fertilización asistida, se decidió presentar este caso.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de 35 años de edad, femenina, de piel blanca. Gesta 5, para 3 (eutócicos, a término) y un aborto espontáneo. No hacía uso de la planificación familiar y desconocía la fecha de su última menstruación, pero tenía conciencia de su embarazo. Acudió al Cuerpo de Guardia del Hospital Ginecoobstétrico Docente "Mariana Grajales" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, por ausencia de movimientos fetales. No había recibido controles

prenatales previos. Se le realizó un ultrasonido obstétrico que constató la ausencia de latidos cardíacos (en ese momento no se precisó ninguna alteración que hiciera sospechar un embarazo abdominal). Se le indicaron complementarios de urgencia.

Antecedentes patológicos personales: no enfermedades, no alergia a medicamentos, no operaciones, no transfusiones.

Antecedentes patológicos familiares: nada a señalar.

Datos al examen físico:

Estado general conservado

Piel y mucosas húmedas y ligeramente hipocoloreadas

Murmullo vesicular conservado. No se auscultan estertores

Ruidos cardíacos rítmicos, bien golpeados. No se auscultan soplos

Tensión arterial: 110/80mmHg

Temperatura: 36,3°C

Frecuencia cardíaca: 88xminuto

Frecuencia respiratoria: 16xminuto

Altura uterina (AU): impresiona 34cm

Cefálica, dorso derecho, frecuencia cardíaca fetal: ausente

Líquido amniótico: impresiona clínicamente disminuido

Palpación fácil de las partes fetales

Dinámica uterina: 0/10minutos

Tacto vaginal (previa embrocación vaginal): cuello de multípara, posterior, de $\pm 2,5$ cm de longitud, permeable a un dedo orificio cervical externo.

Fondo de saco de Douglas doloroso, no abombado y no ocupado por presentación fetal. No sangramiento genital

Resultados de los complementarios:

Hemoglobina: 100g/l

Hematocrito: 030vol%

Tiempo de coagulación: 8xminuto

Tiempo de sangramiento: 1xminuto

Conteo de plaquetas: 230×10^9 /l

Grupo sanguíneo y Rh: O positivo.

Ultrasonido obstétrico: feto único, cefálico, dorso derecho, latido cardíaco ausente, diámetro biparietal (DBP) 89mm (cabalgamiento de los huesos del cráneo y halo pericraneal), longitud del femur (LF) 70mm, circunferencia abdominal (CA) 300mm, líquido amniótico (LA) marcadamente disminuido, placenta anterolateral derecha con maduración grado III. No se evidenciaron signos de desprendimiento prematuro placentario y ni movimientos fetales espontáneos ni a la estimulación del abdomen.

Impresión diagnóstica:

1- Embarazo a término (amenorrea imprecisa).

Planteado por la ausencia de la fecha de la última menstruación precisa, la medición de la AU, la biometría fetal y el grado de madurez placentaria desde el punto de vista ultrasonográfico.

2- Óbito fetal.

Planteado por la abolición de los movimientos fetales referidos, la ausencia de latido cardíaco a la auscultación fetal y por los hallazgos ultrasonográficos (ausencia de latido cardíaco y de movimientos fetales, cabalgamiento de los huesos del cráneo y halo pericraneal).

Conducta:

La paciente fue ingresada y llevada a la sala de prepartos; se discutió colectivamente el caso y se decidió la inducción del parto por embarazo a término con óbito fetal de varios días de evolución (se tuvieron en cuenta los hallazgos ultrasonográficos).

Durante todo el tiempo de inducción (12 horas) no se lograron dinámica uterina ni modificaciones cervicales (el cérvix permanecía invariable con relación al examen vaginal inicial); se decidió la interrupción de la gestación por la vía transparietoabdominal, previa discusión en colectivo. Durante todo el tiempo de inducción la paciente tuvo parámetros vitales normales y buen estado general.

Transoperatorio: previa anestesia espinal con lidocaína hiperbárica se realizó una incisión transversa suprapúbica, al llegar a la cavidad abdominal se constató la presencia de un embarazo abdominal, se extrajo un feto macerado grado 3, impregnado en meconio, con un peso de 3 750gramos; en el alumbramiento manual se observó un hematoma retroplacentario que ocupaba un tercio de la cara materna de la placenta. La bolsa amniótica tenía un grosor de más o menos 1cm y estaba adherida al útero a nivel de su cara lateral derecha y por detrás al epiplón y a las asas intestinales. Fue necesario decolar todas estas estructuras para poder realizar la histerectomía, los ovarios de ambos anejos estaban presentes, pero sangraban; se decidió realizar una anexectomía bilateral. El útero, aumentado discretamente de tamaño, se encontraba rechazado hacia la fosa iliaca derecha, por detrás del embarazo. El transoperatorio transcurrió sin complicaciones y la paciente salió del salón hemodinámicamente estable, con buena diuresis transoperatoria y orinas claras.

Postoperatorio: se le aplicó tratamiento antibiótico endovenoso y recibió una transfusión con 500cc de glóbulos. Tuvo una evolución hospitalaria muy satisfactoria y fue egresada la los cinco días de la intervención quirúrgica, con indicación de ingreso domiciliario por el médico de familia.

Anatomía patológica (macroscópica):

Útero y bolsa amniótica (figura 1)

Abertura de la bolsa amniótica por la que se extrajo el feto (figura 2)

Feto macerado grado 3 (figura 3).



Figura 1. Útero y bolsa amniótica

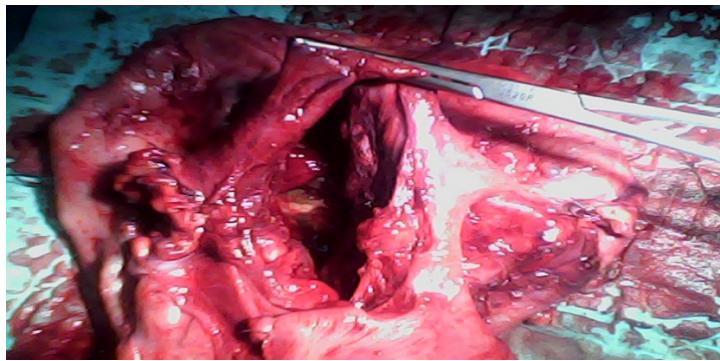


Figura 2. Abertura de la bolsa amniótica por la que se extrajo el feto



Figura 3. Feto macerado grado 3

DISCUSIÓN

A la paciente nunca se le hizo captación del embarazo, que cursó oculto, lo que constituye una deficiencia de la atención prenatal; en la atención hospitalaria no se realizaron el diagnóstico clínico ni el sonográfico del embarazo abdominal hasta el momento de la laparotomía, por lo que fue un hallazgo

transoperatorio. Afortunadamente, y gracias a la destreza y a la habilidad de los profesionales participantes en la intervención, se logró un transoperatorio normal y, como única secuela para la paciente, la privación de su capacidad reproductiva.

El embarazo ectópico abdominal no tiene relación aparente con la edad de la paciente ni con la paridad y puede surgir en cualquier momento de la vida sexual de multíparas y nulíparas.^{2,6}

Moya Toneut señala que el embarazo ectópico no se presenta con un cuadro clínico específico pues sus síntomas son muy variables y dependen del momento de su evolución y de su localización anatómica; no hay que olvidar que existen embarazos ectópicos tan silenciosos en su evolución que solo se hacen manifiestos cuando su crecimiento resulta incompatible con la capacidad y la tolerancia del lugar de implantación.²

La manipulación de la placenta es motivo de controversia, se piensa que solo debe extraerse cuando pueda aislarse su aporte sanguíneo y ligarse con facilidad, de lo contrario deberá evitarse la manipulación placentaria, ligarse el cordón cerca de su inserción y dejar la placenta *in situ*^{6,9} y, posteriormente, se indica metrotexate. Esta conducta es la más recomendable porque la implantación de la placenta suele ser multifocal, lo que hace imposible su remoción completa. Si bien existen complicaciones como necrosis, infección, abscedación, problemas mecánicos intestinales y, más remotamente, malignización, estas jamás superarán la morbilidad y la mortalidad que ocasionaría la extracción de la placenta. El mayor peligro que ofrece su desprendimiento es la hemorragia aguda porque la placenta del embarazo abdominal posee vasos gruesos, anatómicamente anómalos y penetrantes a estructuras vecinas, que carecen del mecanismo hemostático de la contracción miometrial, lo que puede ocasionar una hemorragia intensa que puede poner en riesgo la vida de la paciente.⁶

Chirino Acosta y colaboradores presentaron un caso con un desenvolvimiento muy similar a este, en el que el diagnóstico se realizó en el transoperatorio.⁸

La herramienta más importante para el diagnóstico del embarazo abdominal es la ecografía, con una sensibilidad de hasta el 99% en manos expertas. Los hallazgos ecográficos descritos en los casos de embarazo abdominal son: demostración del útero vacío adyacente a la vejiga, demostración de feto fuera del útero, reconocimiento del feto en aproximación estrecha con la pared abdominal materna, ausencia de miometrio alrededor del feto, posición fetal inusual, pobre definición de la placenta y oligohidramnios. Adicional a la valoración ecográfica, la resonancia magnética complementaria permite mejor visualización de las partes fetales, la placenta y el útero y es útil a la hora de planear la intervención quirúrgica.⁹

Diversos autores han coincidido en plantear cuán elevada es la incidencia de errores diagnósticos en esta enfermedad nosológica. Al respecto De Lee expresó: "No hay afección ginecológica que haya provocado más errores diagnósticos que el embarazo ectópico no complicado".^{2,10}

A pesar de todo lo expuesto, con mucha autoridad y razón, Botella Llusíá expresó: "En la duda, es un error más grave ignorar un embarazo ectópico, que diagnosticarlo sin que exista".¹¹

Se informa sobre esta paciente porque, a pesar de lo infrecuente, es un ejemplo de que el embarazo ectópico abdominal existe, de que para hacer el

diagnóstico hay que pensar en él y de que hay que agotar todos los recursos clínicos para luego ponerlos en manos de la ultrasonografía y poder llegar a un diagnóstico certero y oportuno que permita tomar conductas adecuadas y minimizar los riesgos para la paciente.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración especial de Carmen de las Mercedes López Bravo, estudiante de Medicina en la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, en la realización de esta publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Virelles Pacheco A, Bonet Fonseca R, Santiesteban Vázquez R. Factores relacionados con el embarazo ectópico. *Multimed* [Internet]. 2017 Mar-Abr [citado 12 Oct 2017]; 21(2): [aprox. 11p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/486>
2. Moya Toneut C. Embarazo ectópico [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017 [citado 12 Oct 2017]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros/embarazo_ectopico/embarazo%20ectopico_completo.pdf
3. Campechano López JM, Carranza Bernal ML, Juanico Morales G, Reyes Gil MR. Respuesta exitosa del ERI en un caso de embarazo ectópico cervical. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2016 [citado 16 Oct 2017]; 54(6): 787-92. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im1660.pdf>
4. Vargas Hernández VM, Hernández Fierro MJR, Ventura Quintana V, Tovar Rodríguez JM. Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2017 Jun [citado 16 Oct 2017]; 82(3): 338-344. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262017000300338&script=sci_arttext
5. Oneko O, Petru E, Masenga G, Ulrich D, Obure J, Zeck W. Management of the placenta in advanced abdominal pregnancies at an East african tertiary referral center. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Jul; 19(7): 1369-75. doi: 10.1089/jwh.2009.1704.
6. Puch Ceballos EE, Vázquez Castro R, Osorio Pérez AI, Ramos Ayala M, Villarreal Sosa CO, Ruvalcaba Rivera E. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2015 [citado 16 Oct 2017]; 83(7): 454-460. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom157j.pdf>
7. Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1942 [citado 20 Oct 2017]; 44: 487-491. Disponible en: <http://www.ajog.org/article/S0002-9378%2842%2990488-5/abstract>
8. Chirino Acosta PA, Sarmiento Vitón AM, González Linares MA, Cabrera Rumayor A, Soto Paez N. Embarazo ectópico abdominal. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2015 May-Jun [citado 20 Oct 2017]; 19(3): 540-548. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v19n3/rpr16315.pdf>
9. Mora Enríquez JA, Arreaza Graterol M, Nossa Moreno HH, Rodríguez Ortiz JA. Embarazo abdominal avanzado: diagnóstico y manejo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2014 [citado 20 Oct 2017]; 65(3): 256-261. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n3/v65n3a07.pdf>

10. Cavanagh D. Hemorragia al comienzo del embarazo. En: Urgencias obstétricas. Barcelona: Editorial Salvat; 1982. p. 145-190.
11. Botella Llusía J, Claveo Núñez JA. Tratado de Ginecología: fisiología, obstetricia, perinatología, ginecología, reproducción. Madrid: Edición Díaz de Santos; 1993. p. 391-400.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Recibido: 31-10-2017

Aprobado: 10-2-2018

Yarima Bravo Torres. Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Avenida 26 de Julio. Reparto Escambray. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200
Teléfono: (53)42272245 yarimabt@infomed.sld.cu