

Embarazo ectópico abdominal de 23 semanas en primigestante. Reporte de caso

Abdominal ectopic pregnancy at 23 weeks prime pregnant. Case report

Susana Soto-López¹; Karen Isabel González-Montenegro²; Cinthya Zamora-López³

¹Especialista en ginecoobstetricia, subespecialista en medicina materno fetal, médico adscrito Femme Prenatal Center, Universidad Latinoamericana, Cuernavaca, México. Correo electrónico: susysoto25@exalumno.unam.mx.

²Especialista en ginecoobstetricia, subespecialista en medicina materno fetal, Hospital Bertha Calderón Roque, profesora especialidad de Ginecología y Obstetricia, Managua, Nicaragua.

³Especialista en ginecoobstetricia, Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, Nicaragua.

Recibido: 25 de noviembre de 2021 - Aceptado: 18 de septiembre de 2022

ISSN: 0121-0319 | eISSN: 1794-5240



Resumen

El embarazo ectópico abdominal es una patología poco frecuente, la cual consiste en un embarazo con implantación dentro de la cavidad abdominal y fuera del útero y sus anexos; siendo el menos frecuente de los embarazos ectópicos, y representando el 1 % de los casos. Sin embargo, cuando se presenta, la tasa de mortalidad materno-fetal es alta, por lo que representa una urgencia médica con complicaciones graves como hemorragia obstétrica. El diagnóstico requiere un alto grado de sospecha, debido a que el sangrado menstrual regular puede estar presente. Se presenta el caso de una paciente primigestante con embarazo ectópico abdominal en segundo trimestre, con manejo definitivo quirúrgico y posterior evolución materna favorable al postquirúrgico, sin embargo, con resultado perinatal adverso para el recién nacido. La importancia de este caso radica en su diagnóstico oportuno, por el cual se logró evitar complicaciones que pusieran en riesgo la vida de la paciente.

Palabras clave: Embarazo ectópico. Embarazo abdominal. Ultrasonografía. Muerte perinatal. Hemorragia.

¿Cómo citar este artículo?: Soto-López S, González-Montenegro KI, Zamora-López C. Embarazo ectópico abdominal de 23 semanas en primigestante. Reporte de caso. MÉD.UIS. 2022; 35(3):27-33. DOI: <https://doi.org/10.18273/revmed.v35n3-2022003>

Abstract

Abdominal ectopic pregnancy is a rare pathology, it is expressed by a pregnancy with implantation inside the abdominal cavity and outside the uterus and its annexes, being specifically the least frequent of ectopic pregnancies, representing 1% of cases. When it occurs, the maternal-fetal mortality rate is high¹. The diagnosis requires a high degree of suspicion, due to regular menstrual bleeding may be present. It is a medical emergency with serious complications such as obstetric hemorrhage. We present the case of a prime pregnant patient with abdominal ectopic pregnancy in the second trimester with definitive surgical management, and subsequent maternal evolution favorable to post-surgery, however, with adverse perinatal outcome for the newborn. The importance of this case lies in its timely diagnosis, by which it was possible to avoid complications that put the patient's life at risk.

Keyword: Ectopic pregnancy. Abdominal pregnancy. Ultrasound. Perinatal death. Hemorrhage

Introducción

El embarazo ectópico (EE) describe cualquier situación en la cual el óvulo fecundado se implanta en cualquier sitio diferente de la cavidad uterina¹. El embarazo ectópico abdominal es una patología poco frecuente, la cual consiste en un embarazo con implantación dentro de la cavidad abdominal y fuera del útero y sus anexos; siendo concretamente, el menos frecuente de los embarazos ectópicos, pues representa el 1 % de los casos². La mayoría de los embarazos son tubáricos (95 %), sin embargo, los no tubáricos pueden incrementar la morbilidad y la mortalidad de las pacientes³; en este último grupo encontramos el embarazo ectópico abdominal⁴.

Los síntomas pueden ir desde que la paciente se encuentre asintomática hasta presentar dolor abdominal agudo súbito y difuso, lo que hace que sea complejo diagnosticar y establecer diagnóstico diferencial con otros cuadros dolorosos abdominales⁵. El examen físico abdominal puede estar enmascarado por otras situaciones como hemoperitoneo, dolor en anexos o masas pélvicas⁶. La ecografía representa una herramienta útil para el diagnóstico⁷. También se utiliza la resonancia magnética nuclear como método diagnóstico. El ultrasonido permite identificar un útero vacío con la presencia de una masa anexial, que debe diferenciarse de leiomioma, útero en retroversoflexión o embarazo ectópico de localización cervical o intramural.

La detección de un embarazo ectópico abdominal implica demostrar el saco gestacional fuera del

útero, así como la visualización cercana del feto con la pared abdominal y la localización de la placenta fuera de los confines de la cavidad uterina⁸. Entre los factores de riesgo identificados para esta condición se encuentran patología tubárica, endometriosis, cirugía pélvica previa, falla de la salpingoclasia, ser portadora de dispositivo intrauterino e infecciones por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*⁹. En el caso particular del embarazo ectópico abdominal, hay diferentes teorías acerca de su fisiopatología, por ejemplo, la fertilización en el fondo de saco posterior o por una ovulación cercana a la menstruación, y debido a un flujo retrógrado, la implantación puede darse en diferentes ubicaciones peritoneales o se puede producir migración embrionaria a través de canales linfáticos⁸.

Para diagnosticar un embarazo ectópico abdominal se emplean los criterios de Studdiford, estos son: la presencia de ambos oviductos normales y ovarios sin la evidencia de embarazo pasado o reciente; no evidencia de fístula uteroperitoneal; la presencia de embarazo relacionado exclusivamente con la superficie peritoneal, lo suficiente temprano para eliminar la posibilidad de una implantación secundaria posterior a la nidación primaria tubaria¹⁰.

Caso clínico

Paciente femenina de 23 años procedente de zona rural, primigesta, sin antecedentes patológicos conocidos. Acude por primera vez a revisión médica a las 23 semanas de gestación sospechando embarazo con base en amenorrea, para iniciar su control

prenatal; asintomática, sin contar con ultrasonidos previos ni exámenes de laboratorio y con fecha de última menstruación aparentemente confiable.

Se le realiza ultrasonido obstétrico para datar edad gestacional confiable, sin embargo, se detecta feto fuera de la cavidad uterina, con una fetometría promedio de 26 semanas, peso fetal estimado de 880 gramos, presentación cefálica, dorso derecho. Se deriva a tercer nivel de atención para valoración especializada, donde se confirma la presencia de embarazo abdominal. Se ingresa a sala de alto riesgo obstétrico para continuar estudios; se realiza tomografía axial de abdomen para confirmar la sospecha diagnóstica, debido a que el hospital no cuenta con resonancia magnética nuclear; se observa feto longitudinal en espacio subhepático. La placenta no se logra visualizar (ver figuras 1 y 2). En su segundo día de estancia, la paciente presenta dolor abdominal con escala análoga del dolor de 9 de 10 de localización difusa que aumenta en intensidad de forma gradual, con difícil control con analgésicos. Al examen físico, hay datos de irritación peritoneal, signo de rebote positivo, con feto vivo y frecuencia cardíaca fetal normal.



Figura 1. Reconstrucción 3D de abdomen materno con feto en espacio subhepático. En este momento no se logra visualizar placenta en su totalidad; se evidencia que el feto no se encuentra en hueco pélvico.

Fuente: autores.



Figura 2. Imagen tomográfica del feto y su relación con los órganos abdominales internos maternos.

Fuente: autores.

Por deterioro del cuadro clínico materno, asociado a los datos de abdomen agudo quirúrgico, se decide finalizar la gestación. La paciente es llevada a la sala de operaciones bajo intervención de equipo multidisciplinario conformado por anestesiología, cirugía general, neonatología, obstetricia, medicina materno-fetal y banco de sangre.

Nace bebé masculino por vía abdominal, Apgar 6/9, 990 g de peso, membrana amniótica rota con presencia de líquido amniótico de aspecto meconial

en cavidad abdominal. La placenta se observa adherida a epiplón y mesenterio ileal sin compromiso de la serosa intestinal. Se decide remoción placentaria mediante ligadura y sección de pedúnculos vasculares; no se presenta ninguna complicación mayor en el transquirúrgico (ver figura 3). Las pérdidas hemáticas fueron estimadas en 600 cc. La paciente evoluciona favorablemente en su puerperio sin datos de sepsis intraabdominal. El recién nacido fallece en las primeras 12 horas de vida por múltiples malformaciones congénitas y prematuridad (ver figura 4).

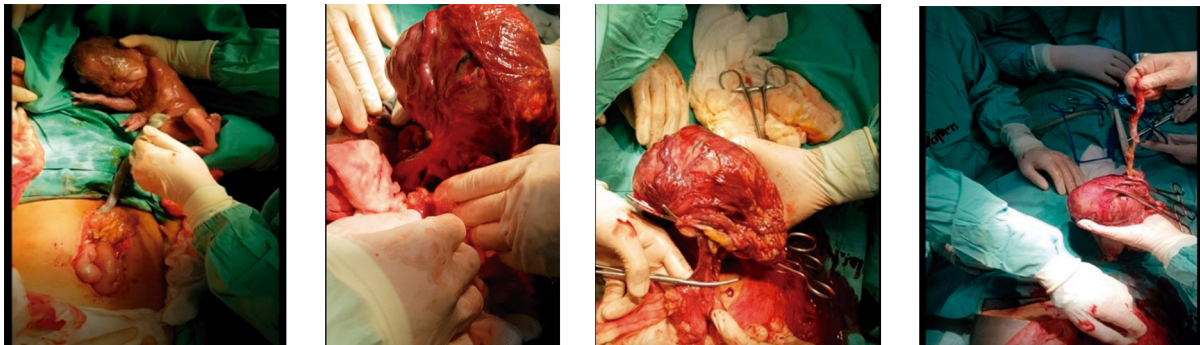


Figura 3. Nacimiento de bebé sexo masculino por vía abdominal. Se pinza cordón umbilical y se sigue el trayecto de este para localizar colchón placentario. Placenta adherida a epiplón y mesenterio ileal sin compromiso de la serosa intestinal. Se realiza remoción quirúrgica total.

Fuente: autores.



Figura 4. Feto con malformaciones craneofaciales y en extremidades superiores e inferiores. Fallece a las 12 horas de vida.

Fuente: autores.

Discusión

El embarazo ectópico es un problema de salud mundial, asociado con hemorragia del primer trimestre. Su incidencia se estima en 1,6 a 2 embarazos ectópicos por cada 100 nacimientos¹¹. Entre los factores de riesgo se encuentra el daño inflamatorio de las trompas de Falopio, antecedente de cirugía tubaria previa o embarazo ectópico previo¹².

La mortalidad materna relacionada con el embarazo abdominal ha sido calculada en 5 por cada 1000 casos¹³. La causa más frecuente de muerte en estas pacientes se presenta al momento de la separación de la placenta del órgano abdominal donde se haya implantado, como intestino o epiplón, lo que provoca sangrado y choque hemorrágico. Además, existe el riesgo de óbito fetal hasta en un 50 % de los casos¹⁴. El embarazo abdominal también se ha asociado con un incremento de malformaciones congénitas fetales (33-55 %), debido a la presencia de bandas amnióticas o peritoneales, o por los efectos mecánicos que provoca la compresión con órganos maternos. La viabilidad fetal es ocasional y se acompaña de restricción del crecimiento intrauterino (75 al 90 %), así como oligohidramnios¹⁵.

Las molestias más frecuentes referidas por las pacientes son dolor abdominal severo, náuseas o vómitos que persisten más allá del segundo o tercer trimestre del embarazo, movimientos fetales enérgicos, localización de los síntomas a nivel del abdomen superior materno y ausencia de contracciones de Braxton Hicks. Se ha mencionado también la tríada sintomática de dolor abdominal severo, hemorragia transvaginal y palpación de tumor abdominal a la exploración física¹⁶. En la exploración física podemos encontrar hiperestesia abdominal al momento de la palpación. En el caso presentado por Yildizhan y cols., la paciente debutó con dolor abdominal bajo¹⁷, que es la presentación más frecuente. En el reporte de caso de Fessehay y cols., la paciente presentó sangrado transvaginal de 3 días de evolución¹⁸. En nuestro caso, la paciente se presentó asintomática y en el control prenatal, a través del ultrasonido, fue como se realizó el diagnóstico previo a la presentación de síntomas.

En los embarazos avanzados, el feto frecuentemente se encuentra en situación transversa alta, y el útero suele ser pequeño, ubicado en la cavidad pélvica¹⁹. La ecografía transvaginal y la determinación de las

cifras de fracción beta de la hormona gonadotrofina coriónica (beta-HCG) sérica han permitido mejorar el diagnóstico temprano²⁰.

Los hallazgos ecográficos descritos en los casos de embarazo abdominal son: evidencia del útero vacío adyacente a la vejiga, feto fuera del útero y localización de este en aproximación estrecha con la pared abdominal materna, además de ausencia de pared miometrial alrededor del feto, posturas fetales anómalas, así como pobre definición de la localización placentaria y presencia de oligohidramnios²¹.

Adicional a la valoración ecográfica, el estudio de imagen complementario es la resonancia magnética nuclear, la cual permite mejor visualización de las partes fetales, la placenta y el útero, además, es de gran utilidad para la planeación de la intervención quirúrgica²². En caso de no contar con este recurso, se ha utilizado la tomografía axial computarizada²³.

El tratamiento del embarazo ectópico abdominal consiste en laparotomía, por lo que es importante considerar la necesidad de transfusión de hemoderivados. Algunos estudios describen el acceso laparoscópico como una opción en edades gestacionales tempranas²⁴.

En caso de que el sitio de implantación placentaria no permita la remoción quirúrgica, debido al riesgo de hemorragia, se prefiere el manejo conservador que consiste en dejar la placenta en el sitio de implantación, la cual se caracteriza por ser en la mayoría de las veces multifocal dentro de la cavidad abdominal, o el manejo activo mediante embolización arterial o administración de metotrexate para acelerar la involución placentaria²⁵.

La situación más grave al desprender la placenta es la hemorragia aguda, debido a que la placenta en el embarazo abdominal posee vasos gruesos, que penetran a otras estructuras vecinas y se consideran anatómicamente anómalos. Solamente en los casos en los que la placenta sea factible de retirar, junto con el sitio de implantación como es el epiplón, se llevará a cabo su extirpación junto con las membranas que son avasculares⁵.

En los casos de placenta *in situ*, se recomienda el tratamiento con metotrexate, aunque la experiencia es limitada. El metotrexate es un antagonista del ácido fólico, que produce degeneración trofoblástica,

reducción del tamaño y la vascularización²⁶. No se ha podido demostrar que la administración por vía local de otras sustancias tales como prostaglandinas, actinomicina D, glucosa hiperosmolar, anticuerpos monoclonales, o la simple aspiración, sean más eficaces que la de metotrexate. Se ha comparado en estudios la administración local de metotrexate contra prostaglandinas, sin embargo, no se han reportado mayores beneficios con la administración de estas últimas²⁷.

El seguimiento de las pacientes se lleva a cabo mediante estudio ecográfico y determinaciones seriadas de beta-HCG para comprobar la disminución de sus concentraciones²⁸. Es importante la orientación acerca del tiempo medio en que desaparecen los niveles de la beta-HCG detectables en sangre, el cual puede ser de 19 a 129 días; además, la imagen ecográfica de la placenta puede persistir casi por un año²⁹. Se recomienda anticoncepción los primeros 6 meses después de la última dosis de metotrexate, esto debido al efecto teratogénico del mismo.

El embarazo ectópico abdominal es una entidad rara que representa aún hoy un desafío tanto para el diagnóstico precoz como para su manejo, especialmente respecto al retiro de la placenta. En nuestro caso, la placenta de la paciente no presentaba gran invasividad a otros órganos, y, además, su suministro vascular estaba en dependencia de vasos colaterales, lo cual facilitó ligarlos para extraer los anexos ovulares sin afectar otros órganos; esta situación permitió su extracción en el mismo acto quirúrgico, sin necesidad de tratamiento médico complementario. Con una adecuada disección quirúrgica de la placenta de los órganos intestinales se disminuye el riesgo de complicaciones, tal como en el caso presentado por Yildizhan y colaboradores¹⁷.

Conclusión

El embarazo ectópico representa un reto diagnóstico para el médico, y tiene una amplia gama de síntomas que van a depender de las condiciones individuales de cada paciente. Es de suma importancia que a todas las pacientes con dolor abdominal o irregularidad menstrual se les realice un estudio de ultrasonido para determinar la presencia de un embarazo intrauterino. En el caso del embarazo ectópico abdominal, aunque su frecuencia es baja, requiere manejo multidisciplinario para evitar complicaciones asociadas con el riesgo de hemorragia obstétrica, ya

que casos no diagnosticados pueden poner en riesgo la vida de la paciente. Al contar con un diagnóstico temprano, la paciente puede ser atendida en una unidad de tercer nivel y puede contar con el equipo médico y transfusional, en caso de que lo amerite, de forma oportuna.

Financiación

Los autores no tienen financiación.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Mahi M, Boumdin H, Chaouir S, Salaheddine T, Attioui D, Amil T, et al. A new case of abdominal pregnancy. *J Radiol.* 2002;83(7-8):989-92.
2. Mengistu Z, Getachew A, Adefris M. Term abdominal pregnancy: a case report. *J. Med. Case Rep.* 2015;9:168.
3. Okafor I, Ude A, Aderibigbe A, Amu O, Udeh P, Obianyo N, et al. Abdominal pregnancy-a case report. *J West Afr Coll Surg.* 2011;1(1):121-30.
4. 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.* 2015;83(7):454-460.
5. Matovelo D, Ng'walida N. Hemoperitoneum in advanced abdominal pregnancy with a live baby: A case report. *BMC Res Notes.* 2014; 7(1):1-3.
6. Audifred-Salomón JR, Herrera-Ortiz A, González-Medrano MG, Estrada-Rivera SF. Embarazo ectópico intraligamentario. *Ginecol Obstet Mex.* 2013; 81(4):211-214.
7. Campechano-López JM, Carranza-Bernal ML, Juanico-Morale G, Reyes-Gil MR. Respuesta exitosa del ERI en un caso de embarazo ectópico cervical. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016; 54(6):787-792.
8. Agarwal N, Odejinmi F. Early abdominal ectopic pregnancy: challenges, update and review of current management. *Obstet. Gynecol.* 2014;16(3):193-198.
9. Marion L, Rodney G. Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors. *Clinic Obstet Gynecol.* 2012;55(2):376-386.

10. Kar S. Primary abdominal pregnancy following intra-uterine insemination. *J Hum Reprod Sci.* 2011;4(2):95-99.
11. Barnhart K. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med.* 2009; 361:379-387.
12. Escobar M, Caicedo G, Solarte J, Thomas L, Dávalos D, López J, et al. Embarazo ectópico abdominal avanzado: reporte de casos y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2017;68(1):71-82.
13. Naim NM, Ahmad S, Siraj HH, Ng P, Mahdy ZA, Razi ZR. Advanced abdominal pregnancy resulting from late uterine rupture. *Obstet Gynecol.* 2008;111(2):502-504.
14. Marcellin L, Ménard S, Lamau MC, Mignon A, Aubelle MS, Grangé G, et al. Conservative management of an advanced abdominal pregnancy at 22 weeks. *AJP Rep.* 2014;4(1):55-60.
15. León-Cid I, Rodríguez-Iglesias G, Segura-Fernandez A, Atienza-Barzaga AM. Abdominal ectopic pregnancy with liver implantation. *Rev Cub Med Mil.* 2011;40(3-4):302-310.
16. Miranda-Ruiz O, Goyes-Ortega R. Embarazo ectópico abdominal: caso reportado en Ambato (Ecuador). *Horiz Med.* 2015;15(3):74-77.
17. Yıldızhan R, Kulusari A, Adali F, Adali E, Kurdoglu M, Ozgokce C, et al. Primary abdominal ectopic pregnancy: a case report. *Cases J.* 2009;2(1):1-4.
18. Winder S, Reid S, Condous G. Ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy. *Australas J Ultrasound Med.* 2011;14(2):29-33.
19. Fessehaye A, Gashawbeza B, Daba M, Arusi M, Terefe T. Abdominal ectopic pregnancy complicated with a large bowel injury: a case report. *J Med Case Rep.* 2021;15(1):1-5.
20. González C, Salas PI, Hernández A, De Santiago J. Embarazo ectópico ovárico: experiencia en 10 años del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. *Rev chil obstet ginecol.* 2012;77(1): 50-54.
21. Mora JA, Arreaza M, Nossa HH, Rodríguez JA. Embarazo abdominal avanzado: diagnóstico y manejo. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2014;65(3):256-61.
22. Köroğlu M, Kayhan A, Soylu FN, Erol B, Schmid-Tannwald C, Gürses C, et al. MR imaging of ectopic pregnancy with an emphasis on unusual implantation sites. *Jpn J Radiol.* 2013;31(2):75-80.
23. Nishino M, Hayakawa K, Iwasaku K, Takasu K. Magnetic resonance imaging findings in gynecologic Asssist Tomogr. emergencies. *J Comput* 2003; 27(4):564-577.
24. Ruiz L, Abad C, Hernández M, Sánchez E, et al. Embarazo ectópico abdominal en una paciente hysterectomizada. *Ginecol Obstet Mex.* 2018;86(10):675-681.
25. Vargas V, Hernández M, Ventura V, et al. Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2017; 82(3):338-344.
26. Barnhart K, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical management of ectopic pregnancy: a metaanalysis comparing "single dose" and "multidose" regimens. *Obstet Gynecol.* 2003; 101(4):778-784.
27. Bansgsgaard N, Lund C, Ottesen B, Nilas L. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol.* 2003; 110(8):765-770.
28. Saad E, Saadeh J, Ghulmiyyah L, Hitti E. Late post-hysterectomy ectopic pregnancy. *Emer Med Australas.* 2012; 24(3):239-243.
29. Timor-Tritsch I, Monteagudo A, Bennet T, Foley C, Ramos J, Agten A. A new minimally invasive treatment for cesarean scar pregnancy and cervical pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(3):351.e1-351.e8
30. Tanaka K, Baartz D, Khoo S. Management of interstitial ectopic pregnancy with intravenous methotrexate: An extended study of a standardised regimen. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2015;55(2):176-180.