

Embarazo ectópico abdominal secundario

Secondary Abdominal Ectopic Pregnancy

Yoan Hernández Cabrera^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-8373-9446>

Alberto Antonio Sosa Osorio² <http://orcid.org/0000-0001-8111-6942>

Ana Leyda Pacheco Bermúdez¹ <http://orcid.org/0009-0005-4848-8548>

Edislaimy Suárez Rosales³ <http://orcid.org/0000-0002-5568-5276>

¹Maternidade Municipal do Uíge. Angola.

²Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Raúl Dorticós Torrado. Cienfuegos, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yoanhcabrera@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Un embarazo abdominal es por definición aquella implantación embrionaria ectópica que ocurre en la cavidad peritoneal, y cuya incidencia varía entre 1:10 000 y 1:30 000 gestaciones, siendo 7,7 veces más letal que el resto de los embarazos ectópicos.

Objetivo: Describir el caso de una paciente con embarazo ectópico abdominal secundario.

Presentación del caso: Se presenta paciente de 22 años de edad, que acudió a urgencias refiriendo amenorrea de 20 semanas, dolor en hipogastrio y sangrado vaginal escaso con pequeños coágulos. La ecografía pélvica y transvaginal mostró un útero con endometrio heterogéneo sin gestación intrauterina y una imagen mixta sugerente a un saco gestacional con esbozo embrionario de 13,1 semanas, sin latidos cardíacos. La laparotomía exploratoria de urgencia constató un embarazo ectópico abdominal como consecuencia de la ruptura del cuerno uterino izquierdo. Luego se practicó remoción placentaria de la porción correspondiente al útero y fondo de saco de Douglas. La paciente fue egresada

siete días después de la intervención quirúrgica con una evolución clínica satisfactoria y sin complicaciones.

Conclusiones: Al tener el embarazo abdominal una mortalidad superior en relación al resto de las gestaciones ectópicas, supone de antemano un reto para el obstetra. Su diagnóstico tardío debe constituir una señal de alarma para los sistemas de salud a nivel mundial y el tratamiento quirúrgico es el procedimiento resolutivo de elección en pacientes con cuadro comprometedor. De su eficaz y precoz manejo dependerá el resultado posterior, que estará siempre encaminado a disminuir la morbimortalidad materna por esta causa.

Palabras clave: embarazo abdominal; embarazo ectópico; histerectomía; laparotomía.

ABSTRACT

Introduction: By definition, an abdominal pregnancy is that ectopic embryonic implantation occurs in the peritoneal cavity, whose incidence varies between 1: 10,000 and 1: 30,000 pregnancies, and it is 7.7 times more lethal than the rest of ectopic pregnancies.

Objective: To describe the case of a patient with secondary abdominal ectopic pregnancy.

Case report: We report a 22-year-old patient who came to the emergency room complaining of 20-week amenorrhea, pain in the hypogastrium, and scant vaginal bleeding with small clots. Pelvic and transvaginal ultrasound showed a uterus with heterogeneous endometrium without intrauterine gestation and a mixed image suggestive of a gestational sac with an embryonic outline of 13.1 weeks, without heartbeat. Emergency exploratory laparotomy confirmed an abdominal ectopic pregnancy as a consequence of the rupture of the left uterine horn. Subsequently, placental removal was performed from the portion corresponding to the uterus and Douglas cul-de-sac. The patient was discharged seven days after surgery with satisfactory clinical course and no complications.

Conclusions: Since abdominal pregnancy has higher mortality in relation to the rest of ectopic pregnancies, it represents a challenge for the obstetrician in advance. Its late diagnosis should constitute an alarm signal for health systems worldwide. Therefore, the subsequent result will depend on its effective and early management, the objective of which will always be aimed at reducing maternal morbidity and mortality due to this cause.

Keywords: abdominal pregnancy; ectopic pregnancy; hysterectomy; laparotomy.

Recibido: 22/02/2024

Aceptado: 13/03/2024

Introducción

La aparición de un embarazo abdominal constituye una patología rara. Es definido como una implantación embrionaria ectópica que ocurre en la cavidad peritoneal⁽¹⁾ y cuya incidencia varía entre 1:10 000 y 1:30 000 embarazos. Exhibe una tasa elevada de mortalidad, siendo 7,7 veces mayor, respecto al resto de los embarazos ectópicos.⁽²⁾ La causa más frecuente de muerte materna es la separación espontánea de la placenta, que conduce a hemoperitoneo y choque hemorrágico.⁽³⁾

En gestaciones avanzadas, se ha descrito que la mortalidad fetal es del 45 al 90 %^(4,5,6) y existen reportes de embarazos abdominales a término, con una creciente frecuencia de anomalías congénitas (30 - 90 %).⁽⁵⁾

Studdiford,⁽⁷⁾ hacia la cuarta década del pasado siglo describía el primer caso de embarazo ectópico abdominal primario roto, surgiendo así la clasificación de embarazo abdominal primario o primitivo y secundario. El primario corresponde a trompas de Falopio y ovarios normales, localizado en la superficie peritoneal, con ausencia de fístula útero placentaria, sin dehiscencia de histerorrafia. Mientras que el secundario es el más frecuente, siendo consecuencia de la rotura de un embarazo tubario o de un aborto tubario con implantación posterior en el abdomen.

La ultrasonografía constituye el estándar de oro para el diagnóstico de sospecha de un embarazo ectópico,⁽¹⁾ la cual detecta la presencia o ausencia de saco gestacional dentro o fuera del útero, teniendo una especificidad del 94 % y una sensibilidad del 87 %.^(1,3)

El presente estudio comunica la experiencia de un caso poco habitual en la práctica obstétrica, cuyo objetivo consistió en describir una paciente con embarazo ectópico abdominal secundario a ruptura del cuerno uterino izquierdo.

Presentación del caso

Se presenta una paciente de 22 años de edad, con historia obstétrica de gesta 5, partos 0, abortos 4 (espontáneos), que acude a urgencias por presentar amenorrea de aproximadamente 20 semanas sin seguimiento prenatal, dolor en hipogastrio, sangrado vaginal escaso con pequeños coágulos y *test* de gravidez positivo. Se interpretó inicialmente como diagnóstico presuntivo de una amenaza de aborto.

- Valoración de riesgo materno fetal. Nulípara, abortadora habitual, enfermedad inflamatoria pélvica a repetición y anemia moderada (9,8 g/l).
- Examen físico al ingreso

Mostró palidez cutáneo mucosa ligera, taquicardia leve (106 latidos por minutos), signos de reacción peritoneal y presencia de una tumoración en hipogastrio de más o menos 20 cm dolorosa a la movilización. El examen vaginal evidenció cuello lateralizado hacia la izquierda, con orificio cervical externo cerrado y metrorragia escasa y oscura. Al tacto vaginal se constató la tumoración antes descrita, que ocupa el fondo de saco de Douglas e impresiona incluir al útero y el anexo izquierdo.

La ecografía pélvica y transvaginal detectó los siguientes resultados (fig. 1): útero que mide 71 x 62 x 53 mm, con endometrio heterogéneo de 6 mm, sin gestación intrauterina y desplazado hacia la derecha por una imagen compleja en la proyección del fondo uterino, cuerno y anexo izquierdo de 108 x 93 mm.

Se observó, además, una imagen mixta hacia la periferia del proceso, que recuerda la presencia de un saco gestacional, esbozo embrionario con una longitud céfalo raquídea (CRL) de 71 mm para 13,1 semanas de gestación, sin latidos cardíacos fetales y acompañada de líquido libre en la cavidad abdominal.

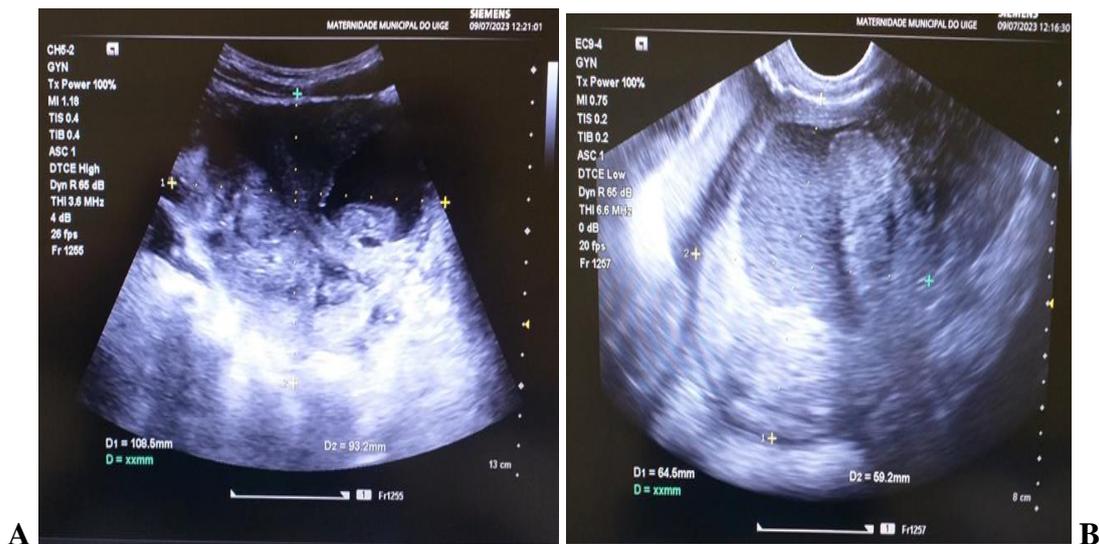


Fig.1- A) Ecografía pélvica; B) Ecografía transvaginal realizada que muestra un endometrio heterogéneo sin gestación intraútero.

Se realizó culdocentesis y se extrajeron 10 mL de sangre que no coagula. Se decidió realizar laparotomía exploratoria ante la sospecha de un embarazo ectópico complicado.

Durante el acto quirúrgico se evidenció hemoperitoneo de 2000 mL, como consecuencia de otra rotura antigua del cuerno izquierdo del útero, presencia de una placenta de aproximadamente 16 cm insertada en el fondo de saco de Douglas y parcialmente en la serosa de la cara anterior del recto sigmoides, cordón umbilical de aproximadamente 15 cm de longitud y feto libre en la cavidad abdominal de aproximadamente 14 semanas, sin latidos cardíacos y con estructuras anatómicas superpuestas con características macroscópicas de malformación congénita fetal (presumiblemente óbito fetal antiguo al no corresponderse con el tamaño de la placenta) (fig. 2).

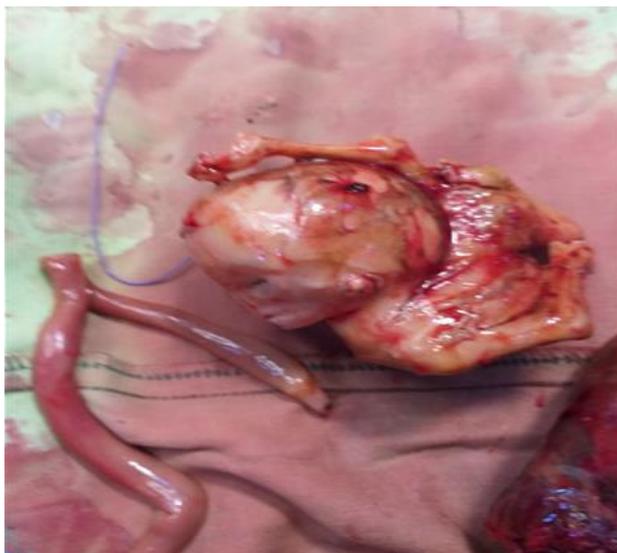


Fig. 2 - Feto de 13,1 semanas, posterior a la extracción quirúrgica.

Se diagnostica un embarazo ectópico abdominal secundario y rotura del cuerno uterino izquierdo. Inicialmente se efectuó cirugía conservadora del útero mediante la resección en cuña del cuerno izquierdo para preservar la fertilidad, lo cual no garantizó la hemostasia adecuada del sitio quirúrgico, ni la estabilidad hemodinámica de la paciente. Debido a esto se realizó histerectomía total abdominal con anexectomía izquierda. Se realizó también remoción placentaria de la porción correspondiente al útero y fondo de saco de Douglas (fig. 3).

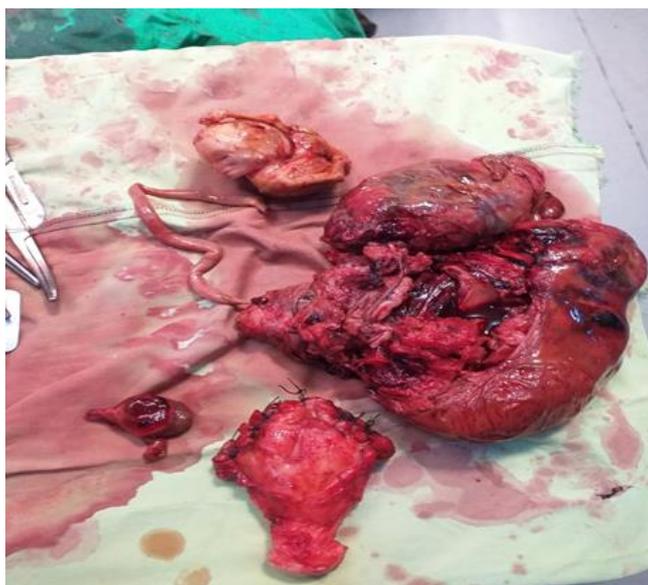


Fig. 3 - Placenta, útero y feto.

Se concluye el procedimiento sin complicaciones. Se indicó terapéutica antimicrobiana de amplio espectro y profilaxis de la enfermedad tromboembólica. La paciente fue egresada siete días posterior a la intervención con una evolución clínica satisfactoria y sin inconvenientes.

Discusión

El cuadro clínico de un embarazo ectópico abdominal es diverso y su manifestación estaría en correspondencia al tiempo de gestación. Va desde la forma asintomática hasta referir sintomatología inespecífica, o dolor abdominal agudo y sangramiento vaginal, como se presentó en la paciente. Esto hace difícil la realización de un diagnóstico certero.⁽⁸⁾

Lara y otros⁽⁹⁾ informaron un caso similar de embarazo ectópico abdominal secundario, de 16 semanas, en el cual se obtuvo como hallazgos operatorios: hemoperitoneo de 1500 cc, feto en fosa ilíaca izquierda, hematoma retroplacentario que se extendía por toda la cara posterior de útero, anexos derechos, intestino delgado y colon transversal, con infiltración trofoblástica de la serosa intestinal. Se extrajo feto con actividad cardíaca y se practicó salpingectomía izquierda por ruptura de la trompa, disección del tejido trofoblástico, omentectomía y apendicectomía.

Entre los principales factores de riesgo vinculados a dicha enfermedad se encuentran las lesiones localizadas a nivel de la luz de la salpinge, anomalías congénitas, uso de dispositivo intrauterino, endometriosis, multiparidad, color de piel negro, antecedente de abortos, así como de enfermedad pélvica inflamatoria, tuberculosis, embarazo ectópico, hábito de fumar, pacientes sometidas a fertilización *in vitro* y edad entre 35-44 años.^(10,11,12) En relación al caso tratado resultan en común a lo anterior el color de piel negro, los antecedentes personales de enfermedad inflamatoria pélvica y la condición de ser abortadora habitual. Sin embargo, presentó características singulares respecto a las que refiere la literatura, como son la edad (22 años) y la nuliparidad.

Es común establecer el diagnóstico mediante ecografía abdominal en etapas precoces del embarazo, ya que en períodos avanzados pierde valor, siendo necesario en esos casos recurrir a la resonancia magnética como estudio de elección, según disponibilidad.^(13,14,15)

En 1981 *Allibone* y otros⁽¹⁶⁾ describieron los siguientes criterios ecográficos para definir el diagnóstico: demostración de feto o saco gestacional fuera del útero, o demostración

de una masa abdominal o pélvica identificable, útero separado del feto, falla para ver una pared uterina entre el feto y la vejiga, reconocimiento de la cercanía del feto con la pared abdominal y localización de la placenta fuera de la cavidad uterina.

Las opciones de tratamiento aceptadas actualmente son: farmacológico (metotrexato), quirúrgico y combinado. En aquellas gestantes cuyo cuadro es comprometedor, fracasa el tratamiento farmacológico o se encuentran hemodinámicamente inestables debe elegirse la terapéutica quirúrgica con reposición volumétrica.⁽¹⁰⁾

El tratamiento quirúrgico es el de elección, cuya intervención inmediata o conducta expectante obedecerá a la edad gestacional y viabilidad fetal.⁽¹³⁾ Es así como en embarazos superiores a las 20 semanas, con feto sano, implantación placentaria alejada al hígado y al bazo (por el alto riesgo de sangrado), estabilidad clínica materna y posibilidad de seguimiento hospitalario, se recomienda mantener una conducta expectante. Mientras que en gestaciones menores de 24 semanas, es justificable la intervención inmediata con laparotomía o laparoscopia,^(13,17,18,19) tal y como ocurrió en nuestro caso en el cual se practicó laparotomía exploradora con culminación exitosa.

La manipulación de la placenta es un punto de divergencias. No es recomendable su remoción durante la cirugía debido al alto riesgo de sangrado. Numerosas investigaciones expresan que la mejor indicación es mantener la placenta *in situ*, con posterior aplicación de metotrexato para proporcionar la reabsorción de esta, dos semanas luego de la intervención quirúrgica, con el propósito de atenuar el riesgo de necrosis placentaria masiva.^(5,13)

Por otra parte, *Elías-Estrada* y otros⁽¹⁾ aseveran que el metotrexato para el manejo posoperatorio de la reducción placentaria es debatido. Por lo que, a criterio de los especialistas se prefiere intentar la extracción placentaria, la cual es posible entre el 55 y el 70 % de los casos. Se ha descrito esta como única instancia en que se justifica la remoción de la placenta, al aislarse su aporte sanguíneo y ligarse con facilidad.^(5,13,20,21)

En este caso se decidió realizar la remoción placentaria de la porción correspondiente al útero y fondo de saco de Douglas por no encontrarse adherida a ningún órgano vital.

Dejar la placenta *in situ* involucra complicaciones tales como hemorragia, hipofibrinogenemia, preeclampsia/eclampsia, perforación intestinal, obstrucción intestinal, reacciones febriles, septicemia, peritonitis, formación de abscesos y posibilidad remota del desarrollo de coriocarcinoma. De igual manera han sido encontradas infección intraabdominal, retención placentaria, obstrucción intestinal y ascitis.^(21,22)

Conclusiones

El hecho de que el embarazo abdominal presente una mortalidad superior en relación al resto de las gestaciones ectópicas, supone de antemano un reto para el obstetra. Su diagnóstico tardío debe constituir una señal de alarma para los sistemas de salud a nivel mundial y el tratamiento quirúrgico es el procedimiento resolutivo de elección en pacientes con cuadro comprometedor, como lo fue este caso. De su eficaz y precoz manejo dependerá el resultado posterior, cuyo objetivo estará siempre encaminado a disminuir la morbimortalidad materna por esta causa.

Al tener el embarazo abdominal una mortalidad superior en relación al resto de las gestaciones ectópicas, supone de antemano un reto para el obstetra. Su diagnóstico tardío debe constituir una señal de alarma para los sistemas de salud a nivel mundial y el tratamiento quirúrgico es el procedimiento resolutivo de elección en pacientes con cuadro comprometedor. De su eficaz y precoz manejo dependerá el resultado posterior, que estará siempre encaminado a disminuir la morbimortalidad materna por esta causa.

Referencias bibliográficas

1. Elías-Estrada JC, Huerta-Sáenz IH, Campos-Del Castillo KB, Coronado-Arroyo JC, Flórez-Mendoza A. Embarazo ectópico abdominal: reporte de dos casos. Rev Peru Ginecol Obstet. 2021;67(1):1-4. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2306>
2. Calderón-León MF, Molina-Sabando VP, Pincay-Holguín NG, Ugarte-Vega ME, Lugmania-Sánchez PM, Rodríguez-Díaz PR, *et al.* Embarazo ectópico abdominal accidentado, presentación de caso clínico. Mediciencias UTA. 2023 [acceso 07/11/2023];7(2):35-40. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1992>
3. Escobar-Vidarte MF, Caicedo-Herrera G, Solarte-Eraza JD, Thomas-Pérez LS, Dávalos-Pérez DM, López-Tenorio J, *et al.* Embarazo ectópico abdominal avanzado: reporte de casos y revisión de la literatura. Rev. colomb. obstet. ginecol. 2017;68(1):71-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.2983>
4. Villagómez-Mendoza EA, Sotelo-Rubio AC. Embarazo extrauterino en el epiplón. Reporte de caso. Ginecol Obstet. Mex. 2021;89(5):420-3. DOI:

<https://doi.org/10.24245/gom.v89i5.4060>

5. Hernández-Rodríguez R, Casado-Méndez P, Hernández-Rodríguez A, Santos-Fonseca R, Sambú Z, Fonseca-Sosa F. Embarazo ectópico abdominal a término. Rev. Cubana de Obstet Ginecol. 2020 [acceso 07/11/2023];46(2):1-10. Disponible en:

<https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/501>

6. Peña-Abraham MM, Blanco-Carreño J, Vitón-Castillo AA, Ordoñez-Álvarez LY. Embarazo ectópico abdominal con feto vivo en el Hospital Provincial de Bié, Angola. Medicentro Electrónica. 2023 [acceso 07/11/2023];27(1):13. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930432023000100015&lng=es

7. Studdiford W. Primary peritoneal pregnancy. AJOG. 1942 [acceso 07/11/2023];44(3):487-91. Disponible en:

<https://www.ajog.org/article/S0002937828422990488-5/abstract>

8. Crespo-Hinojosa HA. Embarazo-Ectópico Abdominal. Gac Med Bol. 2022;45(1):67-8. DOI: <https://doi.org/10.47993/gmb.v45i1.229>

9. Lara-Croes A, Rivero-Fraute A, Galiffa D, Castillo J, Peña L. Embarazo ectópico abdominal secundario. Reporte de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 2020 [acceso 07/11/2023];80(3):258-62. Disponible en:

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322020000300258&lng=es

10. Herrera-Ortiz A, Rodríguez-Cervantes MA, Niebla-Cárdenas D, Torres-Barragán PA, Heredia MS. Embarazo ectópico abdominal: protocolo de tratamiento combinado. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2019;87(4):262-7. DOI:

<https://doi.org/10.24245/gom.v87i4.2787>

11. Cabrera-Chávez LE, Rojas-Ruíz JC, Collantes-Cubas J. Embarazo abdominal a término con recién nacido vivo sin malformaciones. Reporte de caso: revisión de la bibliografía. Ginecol. Obstet. Méx. 2022;90(10):844-9. DOI:

<https://doi.org/10.24245/gom.v90i10.4574>

12. Alonso-Llanes Y, Gutiérrez-Herrera M, Couret-Cabrera MP, Ferro Montes S, Pino Rivera G, Rodríguez E. Embarazo ectópico intraligamentario del tercer trimestre. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2020 [acceso 07/11/2023];46(1):1-13.

<https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/585>

13. Rejón-Estrada LG, Haro-Cruz JS, Villa-Villagrana F, García-Morales E, Angulo - Castellanos E, Gutiérrez-Padilla JA. Embarazo ectópico abdominal de término con

- neonato vivo: caso clínico y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex.* 2019;87(3):196-201. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2493>
14. Tang-Ploog LE, Bonilla-Vargas S, Kong-Wong VP. Embarazo ectópico sobre serosa uterina ¿abdominal primario? *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017 [acceso 07/11/2023];63(1):93-6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000100013&lng=as
15. Rivera-Casas AM, Rueda-Barrios AP. Embarazo abdominal: caso clínico y revisión de literatura. *Biociencias.* 2016 [acceso 07/11/2023];11(2):103-7. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/2589>.
16. Allibone GW, Fagan CJ, Porter SC. The sonographic features of intra-abdominal pregnancy. *J Clin Ultrasound.* 1981;9:383-7. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcu.1870090706>
17. Salazar-Garcés DK, Ortiz-Sandy A, Betancourt-Karina I. Embarazo ectópico abdominal a propósito de un caso. *Pentaciencias.* 2023 [acceso 07/11/2023];5(2):327-36. Disponible en: <http://www.editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/460>
18. Ruíz-Campo L, Abad-Rubio C, Hernández-Aragón M, Sánchez-Lalana E, Lafalla-Bernad O, Pérez-Ruiz FJ. Embarazo ectópico abdominal en una paciente hysterectomizada. *Ginecol Obstet Mex.* 2018;86(10):675-81. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i10.1623>
19. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo de localizaciones poco frecuentes del embarazo ectópico. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2020;85(6):709-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000600709>
20. Gélvez-Téllez S. Embarazo abdominal avanzado con feto vivo: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2015;66(1):61-6. DOI: <https://doi.org/10.18597/rcog.9>
21. Bravo-Torre Y, Cardet-Niebla Y, Machado-Rojas F, Camacho-Hernández O. Embarazo ectópico abdominal. Informe de caso. *Acta Médica del Centro.* 2018 [acceso 07/11/2023];12(2):7. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/903>
22. Ramírez-Cabrera JO, Zapata-Díaz BM, Campos-Siccha GJ, Mejía-Cabrera FS, Mendoza-Solórzano PR. Embarazo abdominal postérmino. Reporte de un caso. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2019;65(2):209-12. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2176>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Yoan Hernández Cabrera, Alberto Antonio Sosa Osorio, Ana Leyda Pacheco Bermúdez.

Curación de datos: Yoan Hernández Cabrera, Alberto Antonio Sosa Osorio, Ana Leyda Pacheco Bermúdez.

Análisis formal: Yoan Hernández Cabrera, Alberto Antonio Sosa Osorio, Ana Leyda Pacheco Bermúdez, Edislaimy Suárez Rosales.

Investigación: Yoan Hernández Cabrera, Alberto Antonio Sosa Osorio, Edislaimy Suárez Rosales.

Metodología: Yoan Hernández Cabrera, Alberto Antonio Sosa Osorio, Ana Leyda Pacheco Bermúdez.

Administración del proyecto: Yoan Hernández Cabrera, Alberto Antonio Sosa Osorio.

Supervisión: Yoan Hernández Cabrera, Alberto Antonio Sosa Osorio, Ana Leyda Pacheco Bermúdez, Edislaimy Suárez Rosales.

Redacción-borrador original: Yoan Hernández Cabrera, Alberto Antonio Sosa Osorio.

Redacción-revisión y edición: Yoan Hernández Cabrera, Alberto Antonio Sosa Osorio, Ana Leyda Pacheco Bermúdez, Edislaimy Suárez Rosales.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del artículo.