

Embarazo ectópico intraligamentario del tercer trimestre

Third Trimester Intraligamentary Ectopic Pregnancy

Yaima Alonso Llanes¹ <https://orcid.org/0000-0002-9789-9205>

Miguel Gutiérrez Herrera^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4073-3685>

Martha Patricia Couret Cabrera¹ <https://orcid.org/0000-0003-0000-7600>

Silvia Ferro Montes¹ <https://orcid.org/0000-0002-1001-265X>

Gwendolyn Pino Rivera¹ <https://orcid.org/0000-0001-6850-5572>

Rodolfo Enríquez Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0003-4021-3038>

¹Hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: miguel.gtrrez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El embarazo intraligamentario es una forma rara de embarazo ectópico abdominal. Excepcionalmente llega al término, y mucho menos se obtiene un recién nacido en buenas condiciones. El diagnóstico prequirúrgico es complicado.

Objetivo: Describir el caso clínico de una paciente con embarazo intraligamentario de 31 semanas, que obtuvo un recién nacido vivo.

Presentación de caso: Paciente de 29 años que acude a nuestra consulta remitida de su área de salud, con 31 semanas de gestación. Presenta diagnóstico de crecimiento intrauterino retardado, oligoamnios e imagen placentaria compatible con corioangioma, antecedente de alfafetoproteína elevada, embarazo gemelar con pérdida de uno de los fetos, y presencia de útero doble. Mediante ultrasonido se constata gran tumoración placentaria, muy vascularizada y compresión de partes fetales, con alfafetoproteína 69,6MoM y BHCG: 3281 u/I indicativos de posible coriocarcinoma sin evidencia de metástasis. Se realiza laparotomía cuyo hallazgo fue: embarazo ectópico intraligamentario con feto vivo masculino de 1300 g, Apgar 9/9, y partes fetales deformadas.

Según informe histopatológico se halló placenta compatible con embarazo ectópico ligamentario del III trimestre.

Conclusiones: El diagnóstico de embarazo ectópico en el ligamento ancho es infrecuente, así como la no presencia de síntomas. En este caso no se pudo establecer mediante la ultrasonografía previa a la cirugía. Tampoco se logró establecer que la tumoración placentaria diagnosticada fuese producto del embarazo ectópico o se correspondiera con un corioangioma, ya que los resultados histológicos no fueron concluyentes.

Palabras clave: embarazo ectópico; intraligamentario; corioangioma; coriocarcinoma; laparotomía.

ABSTRACT

Introduction: Intraligamentary pregnancy is a rare form of abdominal ectopic pregnancy. Rarely, it comes to term, and a good condition newborn is obtained. Presurgical diagnosis is complicated.

Objective: To describe the clinical case of a patient with 31 weeks intraligamentary pregnancy, with an alive newborn.

Case report: A 29-year-old patient, with 31 weeks of gestation, came to our clinic referred from her health area. She was diagnosed with intrauterine growth retardation, oligoamnios and a placental image compatible with chorioangioma, as well as history of elevated alpha-fetoprotein, a twin pregnancy with loss of one of the fetuses, and the presence of a double uterus. Ultrasound revealed a large placental tumor, highly vascularized and compression of fetal parts, 69.6MoM alpha-fetoprotein and BHCG: 3281 u/I indicative of possible choriocarcinoma with no evidence of metastasis. Laparotomy was performed, the finding of which was intraligamentary ectopic pregnancy with a live male fetus of 1300 g, Apgar 9/9, and deformed fetal parts. The histopathological report found that the placenta was compatible with ligament ectopic pregnancy of the third trimester.

Conclusions: The diagnosis of ectopic pregnancy in the broad ligament is rare, as well as the absence of symptoms. In this case, it could not be established by ultrasonography prior to surgery, nor was it possible to establish that the diagnosed placental tumour was the product of ectopic pregnancy or related to a chorioangioma, since the histological results were not conclusive.

Keywords: ectopic pregnancy; intraligamentary; chorioangioma; choriocarcinoma; laparotomy.

Recibido: 10/05/2019

Aceptado: 07/10/2019

Introducción

El embarazo ectópico (EE) es la implantación anormal del blastocito fuera de la cavidad corporal del útero o implantación del óvulo fecundado en cualquier lugar distinto al endometrio, que ha sido descrito desde el siglo XVII en 1863 por *Albucasis* y reportado por *Mauriceau*, donde los factores de riesgo han sido estudiados ampliamente en los últimos años.^(1,2,3)

La incidencia del embarazo ectópico se ha elevado desde la década del 70 y actualmente es de un 16 %, lo que representa un incremento en cinco veces. La tasa más alta se reporta en mujeres mayores de 35 años.⁽⁴⁾

El antecedente de embarazo ectópico incrementa de 7 a 13 veces la posibilidad de un embarazo ectópico subsiguiente.⁽²⁾ La tasa global de concepción después de un embarazo ectópico es de 60 - 80 %; en los próximos embarazos el aborto espontáneo ocurre en una sexta parte de ellos y aproximadamente una tercera parte son ectópicos recidivantes, sólo un tercio nacerá vivo.

Algunos autores han puesto de manifiesto la importancia de la enfermedad inflamatoria pélvica, del uso de los dispositivos intrauterinos, la infertilidad y sus procederes, el antecedente de cirugías correctoras, así como de la esterilización quirúrgica y el antecedente de embarazo ectópico como factores responsables del aumento de su incidencia.^(5,6,7,8)

El diagnóstico temprano del embarazo ectópico permite disminuir la morbilidad, mortalidad y preservar la fertilidad futura.⁽⁴⁾

Entre las localizaciones más frecuentes del embarazo ectópico están:⁽⁷⁾

- Trompa (97 %)
- Abdominal (0,8 %)

- Cervical (0,2 %)
- Ovario (2 %)

El embarazo abdominal es aquel que se presenta en las superficies peritoneales del abdomen, y ocupa la segunda localización más frecuentes del EE, con una incidencia de 9,2/1000. Presenta una mortalidad 7,7 veces mayor que los embarazos tubáricos y 90 veces mayor que uno normal. La mortalidad materna es de 0,5 a 18 % y la fetal es de 40 a 95 %.

El embarazo intraligamentario es una de las más raras formas de presentación, con una incidencia de 1/300.^(7,8,9) Suele producirse por la penetración trofoblástica de un embarazo tubárico a través de la serosa hasta el mesosálpinx con implantación secundaria entre las hojas del ligamento ancho. Es posible que ocurra también si se desarrolla una fístula uterina entre la cavidad endometrial y el espacio retroperitoneal como sucede en el embarazo abdominal.

El embarazo abdominal avanzado es aquel que tiene más de 20 semanas dentro de cavidad peritoneal, cuya frecuencia ocurre en 1 de cada 10 mil nacidos vivos, y constituye una complicación obstétrica poco frecuente, considerada de alto riesgo, ya que pone en peligro la vida materna y la del feto.^(7,8)

El ultrasonido es el método de elección para diagnosticarlo, sin embargo, cuenta con un margen de error entre 50 - 90 %. No existen síntomas característicos, la mayoría de las pacientes manifiestan dolor abdominal inexplicable y persistente, asociado a movimientos fetales.^(5,7)

En Cuba, el embarazo ectópico sigue siendo una de las primeras causas de muertes maternas en los últimos años. En el período de 2012 a 2014 se reportaron 17 defunciones maternas por esta causa.⁽⁴⁾ En la provincia cubana de Las Tunas, no existen antecedentes de casos reportados de embarazo abdominal avanzado, con madre y recién nacidos egresados con buenas condiciones de salud, lo cual es una situación obstétrica infrecuente, que generalmente acarrea problemas severos en el binomio materno. Constituyó nuestro objetivo la presentación y descripción de una paciente con embarazo intraligamentario de 31 semanas, que obtuvo un recién nacido vivo.^(3,4)

Presentación del caso

Paciente de 29 años de edad, aparentemente saludable, remitida de su área de salud al Hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro” en La Habana, por diagnóstico retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), donde fue intervenida por laparotomía a las 31-32 semanas de edad gestacional, en el mes de febrero del año 2017. La misma presentó tumoración placentaria compatible con corioangioma, sin evidencia de metástasis, oligoamnios severo y hallazgo quirúrgico de un embarazo ectópico intraligamentario que evolucionó hasta el tercer trimestre de la gestación.

Historia obstétrica: Gestaciones 1, partos y abortos 0, con fecha de última regla no confiable.

Se ingresa para estudio y vigilancia del bienestar materno fetal el 24 de febrero de 2017.

Examen físico: Tensión arterial 140/90 mm Hg. Abdomen: tono uterino normal, presentación pelviana, frecuencia cardiaca fetal 156 latidos por minuto. Altura uterina: 30 cm, movimientos fetales presentes. No edemas. Espéculo: cuello muy posterior, cerrado, corto y no se observa salida de líquido amniótico.

El estudio se efectuó conforme a las reglamentaciones y principios éticos existentes para la investigación en humanos y los estudios clínicos. No fue necesario que la paciente ofreciera su consentimiento informado para realizar la investigación.

Atención prenatal:

- Captación: Precoz 9,5 semanas
- No. de consultas: 5
- Curva de tensión arterial: Normotensa
- Curva de peso: Ganancia global de 4,5 kg (insuficiente)
- Peso inicial: 66,5 kg
- Peso al ingreso: 71 kg
- Curva de altura uterina: Acorde.

Evaluación de los resultados ultrasonográficos:

1. 12 de octubre/2016:
Longitud corono-rabadilla (CRL) 62 mm (12 semanas), Translucencia nucal (TN) 2,2 mm, Corion posterior. Embarazo gemelar biamniótico bicorial con un saco anembrionico que mide 71,8 mm (10 - 11 semanas). Columna: porción sacra que se observa con dificultad, impresiona espina bífida.
2. 17 de octubre/2016: Genética Provincial, La Habana. Cuba.
CRL 75 mm (13 semanas). TN 1,1. Hueso nasal (HN) presente. Corion posterior. Columna normal. Útero doble.
3. 23 de noviembre/2016: \pm 18 semanas según 1er ultrasonido de marcadores genéticos.
Diámetro biparietal (DBP) 42 mm (18 - 19 semanas). Longitud del fémur (LF) 28 (18 - 19 semanas). Circunferencia cefálica (CC) 154. Circunferencia abdominal (CA) 133 mm. Placenta posterior. Impresiona Útero doble.
4. 9 de enero/2017: Tiempo de gestación \pm 25 semanas según resultado del 1er ultrasonido de marcadores.
DBP 64 mm (25 semanas). LF 42 mm (23-24 semanas). CC 233 mm (24-25 semanas). CA 204 mm. Placenta posterior, vascularizada, que protege la cavidad amniótica. Impresiona coroangioma, que en su diámetro transversal mide 107 mm. Cervicometría: Vasos previos a nivel de cuello.
5. 9 de febrero/2017: \pm 29 semanas según 1er ultrasonido de marcadores.
DBP 72 mm (26 - 27 semanas). CC 276 mm. Pelviano. Coroangioma placentario grande.
6. 24 de febrero/2017: \pm 31 semanas según 1er ultrasonido de marcadores.
DBP 78 mm (31 semanas). LF 56 mm (29 - 30 semanas). CA 249 mm (29). Índice de líquido amniótico (LA) 2,7 cm. Pelviano. *Doppler* ICP 1,32. Se mantiene imagen del coroangioma que mide 129 X 122 mm.

Impresión diagnóstica al ingreso:

1. Gestación de 31-32 semanas por ultrasonografía.
2. Restricción del crecimiento intrauterino y oligoamnios severo.

3. Trastorno hipertensivo para su estudio.

Estudios complementarios de urgencia:

24 de febrero/2017: Al ingreso.

Hemoglobina: 9,8 mg/dL, Hematocrito: 31 %, TGO: 30,2 U/L, TGP: 25 U/L, Plaquetas: 170 x 10 /L. Ácido úrico: 186 mmol/L. Coagulograma: Normal. Creatinina: 95 mmol/L, Leucocitos: 8,2 x 10 /L.

27 de febrero/2017:

Ecografía: Circunferencia cefálica (CC) 286 mm (31-32 semanas). Circunferencia abdominal (CA) 233 (1200-1300 gr). Longitud del fémur (LF) 54 (28-29 semanas). Longitud del húmero 45 (27-28 semanas). Cálculo de peso 1200 - 1300 gr. (3er Percentil/32 semanas). Presentación pelviana. Índice de líquido amniótico (ILA) disminuido. Útero doble. Gran tumoración placentaria que se extiende hasta el orificio cervical interno que presenta flujo venoso al estudio *Doppler*. IP ACM 1,93 (5 Pc).

Rayos x de tórax y ultrasonido de hemi-abdomen superior sin evidencia de metástasis. Se indican realizar alfafetoproteína y β -HGC.

Cardiotocografía: Normal.

Interconsulta con el servicio de Oncología (28 de febrero/2017)

El servicio de Oncología analiza historia clínica dando importancia a un embarazo gemelar con pérdida de un feto y una alfafetoproteína elevada al inicio sin control ecográfico evolutivo; y ahora 2 ultrasonidos que informan corioangioma. En este centro se realiza ecografía de segunda opinión y se constata gran tumoración intraútero, muy vascularizada. Se indica repetir los análisis de alfafetoproteína y β -HCG. Se reciben resultados de alfafetoproteína en 69,6 mom y β -HCG en 3281 U/mL, indicativo de un posible coriocarcinoma. Se tiene en cuenta ultrasonido abdominal sin evidencia de posibles metástasis; se propone la finalización de la gestación y tratamiento según los resultados histopatológicos.

Conducta obstétrica

Se realiza laparotomía (28 de febrero/2017) por diagnóstico de embarazo de 31,6 - 32 semanas calculado por ultrasonido. Restricción del crecimiento intrauterino, oligoamnios y tumor placentario.

Hallazgos: Embarazo ectópico intraligamentario derecho. Útero de aspecto y tamaño normal, así como anejo izquierdo. Se extrae recién nacido vivo, masculino, 1300 gr, *Apgar* 9/9, líquido amniótico vinoso, cordón normal. Extracción de placenta, membranas y tejido circundante al saco gestacional (ligamento). Ligadura de arteria hipogástrica derecha. Salpingooforectomía derecha. Hemostasia de vasos sangrantes a este nivel. Se deja material hemostático en fondo de saco. Sangrado moderado, se repone el 25 % de la volemia. Se indican tratamiento antibiótico, oxitócicos y ergotínicos. Se envían placenta y membranas para estudio anatomopatológico. No accidentes.

Diagnóstico quirúrgico

Embarazo ectópico intraligamentario de 31 - 32 semanas por ultrasonido.

Resultados de Anatomía Patológica (09 de marzo/2017)

Placenta de embarazo ectópico ligamentario del III trimestre que muestra vellosidades maduras con fibrina intervellosa. Extenso infarto del corion. Hemorragia y calcificación del corion. Membranas amnióticas dentro de los límites histológicos normales. Resultados no concluyentes con respecto a tumoración placentaria.

Discusión

El embarazo ectópico es una alteración que puede poner en riesgo la vida de una mujer, con potenciales efectos negativos en la fertilidad futura, por lo que es imperativo el diagnóstico temprano. De acuerdo con los protocolos realizados, el mejor estudio diagnóstico es el ultrasonido transvaginal.⁽⁹⁾ Cuando se encuentra una masa anexial por ecografía transvaginal y ésta se combina con la cuantificación sérica de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica, la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo positivo aumentan al 97 %. En este caso la paciente presentó cifras de β -HGC en 3281 U/mL. Sin embargo, el diagnóstico prequirúrgico, específico de embarazo ectópico en el ligamento ancho, es difícil realizarlo incluso con ultrasonido.

Esta paciente presentó datos de una gestación intraútero con restricción del crecimiento fetal por debajo del tercer percentil, acompañado de oligoamnios severo y el único dato presuntivo fue la imagen de útero doble, con antecedente de embarazo gemelar con pérdida de un feto, al inicio de la gestación, además de una tumoración placentaria compatible con corioangioma que se mantiene hasta el III trimestre. En la bibliografía se describen datos como la tríada: amenorrea, dolor abdominal y masa pélvica, que se

manifiestan en 60 % de los casos; hemorragia transvaginal escasa o moderada en 65 – 80 %; dolor a la movilización uterina y masa palpable en 50 %. Cuando el embarazo ectópico se rompe, generalmente hay alteración hemodinámica, puede haber dolor en los hombros en 15 % y febrícula en menos de 10 %, sin embargo, en este caso se trató siempre como una gestación intraútero por lo que se dejó evolucionar y la paciente en ningún momento presentó los signos y síntomas presuntivos de un embarazo ectópico, ni falta de estabilidad hemodinámica.

Los estudios de laboratorio incluyen: biometría hemática con datos de hemoconcentración y gonadotropina coriónica, aunque en la mayoría de los casos el diagnóstico de embarazo ectópico no tubárico se realiza en la sala de operaciones, como ocurrió con esta paciente, en la cual el embarazo ectópico fue un hallazgo, ya que el diagnóstico prequirúrgico fue relacionado más bien con la tumoración placentaria.

Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento descrito es quirúrgico. La laparoscopia es un procedimiento que ofrece muchas ventajas, por ser más eficaz y menos invasivo para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico temprano; las únicas contraindicaciones son la inestabilidad hemodinámica de la paciente y la inexperiencia del cirujano tratante, en el caso de esta paciente con un embarazo avanzado. *Audifred* y otros⁽¹⁾ describen el caso de una mujer de 24 años de edad con antecedentes de legrado uterino instrumentado sin complicaciones, que acudió por dolor abdominal en la fosa iliaca derecha, de siete días de evolución y el ultrasonido reportó embarazo ectópico de localización hacia el anexo derecho de 15,2 semanas, con frecuencia cardiaca de 152 latidos por minuto. La paciente fue hospitalizada y se le realizó laparotomía exploratoria de urgencia que mostró embarazo ectópico paratubario derecho. El informe histopatológico reportó embarazo ectópico en el ligamento ancho; espécimen de 9 x 8 x 7,5 cm y 200 gramos.⁽¹⁾

La laparotomía exploratoria se realiza en la mayor parte de los embarazos ectópicos abdominales por el riesgo de hemorragia intraoperatoria masiva. El diagnóstico de embarazo ectópico no tubárico se realiza a finales del primer trimestre y principios del segundo, es difícil de realizar en el tercer trimestre, ya que se dificulta la visualización del útero por ultrasonido.⁽¹⁾ Además, hay informes de casos de embarazo abdominal e intraligamentario con fetos vivos. En esta paciente se realizó laparotomía y se obtuvo un feto vivo de 32 semanas, es decir que se diagnosticó en el III trimestre, con deformidades en su estructura ósea por la compresión placentaria, pero con un puntaje de *Apgar* 9/9. *Torres Farías* y otros⁽²⁾ reportan un caso clínico de una mujer de 29 años que ingresó con

31,3 semanas de amenorrea y se diagnosticó un embarazo abdominal un día antes de su ingreso. Presentó solamente dolor abdominal tipo cólico y movimientos fetales, control prenatal adecuado, el ultrasonido reportó embarazo intraabdominal de 30 semanas con retraso en el crecimiento intrauterino, asimétrico y oligoamnios, *Doppler* de arteria umbilical con ausencia de flujo diastólico, y se apreció un colchón placentario intraabdominal con flujo trofoblástico. Se realiza laparotomía y se encuentra embarazo ectópico intraabdominal.⁽²⁾

Es importante que los embarazos abdominales se resuelvan en hospitales de referencia y con personal experimentado, además de que cuenten con los mejores recursos materiales.⁽²⁾ El embarazo abdominal avanzado es supremamente raro ya que la mayoría de los fetos sucumben, cuando se diagnostica después de las 24 semanas. El tratamiento es expectante e intrahospitalario hasta esperar la viabilidad fetal, éste conlleva el riesgo de hemorragia súbita intraabdominal que puede poner en peligro la vida de la madre. Si la gestación es menor de 24 semanas es adecuado el tratamiento quirúrgico con extracción del feto debido a que la supervivencia fetal es extremadamente baja. Por lo anterior la incidencia del embarazo abdominal a término y exitoso es muy baja (1 de cada 25 mil nacimientos). En cuanto al manejo de la placenta los autores coinciden en extraerla si está implantada en un órgano no vital, de lo contrario se corta el cordón cerca de la placenta y se cierra posteriormente el abdomen.⁽³⁾ En nuestro caso se interrumpió la gestación con 31 - 32 semanas, y se retiró la placenta junto con parte del ligamento ancho y además se realizó ligadura de la arteria hipogástrica derecha y hemostasia.

De acuerdo con la bibliografía, un embarazo ectópico mayor de 3,5 cm, con cuantificación de hormona gonadotropina coriónica superior a 5000 mUI/mL, con embrión presente, tiene alto riesgo de fracaso terapéutico y no hay informes que apoyen el tratamiento de embarazo intraligamentario.⁽¹⁾

Es primordial además recalcar que en esta paciente el útero doble de la imagen ultrasonográfica estaba en relación a la apreciación de la placenta y que se interrumpió la gestación en beneficio materno y fetal, ya que se pensaba en un posible corioangioma vs coriocarcinoma asociado a la presencia de RCIU más oligoamnios severo. Sin embargo, en el informe histopatológico solo se diagnosticó el embarazo ectópico intraligamentario y con respecto a la tumoración placentaria solo fueron descritas alteraciones microscópicas compatibles con corioangioma en estadio degenerativo descritas por *Vázquez Camacho* y otros⁽⁷⁾ en el caso clínico de una paciente de 32 años de edad, originaria de Corea; con captación tardía (36 semanas) de primera gestación, que ingresó

con 38 semanas, con pródromos de trabajo de parto. En la revisión obstétrica se detectó fondo uterino de 32 cm, producto único vivo con FCF de 156, posición cefálica longitudinal, membranas íntegras. El trabajo de parto se culminó en transpelviano y eutócico. Se obtuvo un producto único vivo, con *Apgar* de 7/9 y peso de 2850 g, que se mantuvo en observación sin complicaciones.

El informe histopatológico reportó una placenta del tercer trimestre de la gestación, con peso de 900 g, corioangioma parcialmente infartado, con áreas de calcificación multifocal de 4 cm de eje mayor, infartos múltiples con fibrina intervellosa, congestión vascular acentuada y hemorragia multifocal,⁽⁵⁾ que coinciden con este caso, pero no ofrecen un diagnóstico definitivo, ya que el estudio histopatológico refiere las mismas características de vellosidades maduras con fibrina intervellosa, extenso infarto del corion, hemorragia y calcificación del corion.

Se busca en los archivos de anatomía patológica descripción de la misma, donde describe macroscópicamente placenta agrandada (no especifica medida), recubierta de tejido fibrótico y amarillento en cara materna, sin anomalía en cara fetal. *García Flores* y otros⁽⁸⁾ describieron otro caso correspondiente a una paciente de 23 años, sin antecedentes de importancia, a quien por ultrasonido realizado en la semana 20 de gestación se le identificó tumoración placentaria de 11,6 x 9,2 x 7 cm. En la semana 24 presentó actividad uterina intensa, con hipertonía uterina, ruptura prematura de membranas y sangrado transvaginal profuso que requirió operación cesárea de urgencia. Se obtuvo producto femenino de 670 g que falleció minutos después. El estudio histopatológico de la placenta indicó corioangioma placentario, histológicamente compatible con variedad degenerada ya que se describe placenta completa de 12 x 12 x 2 cm de superficie externa, anfractuosa con adherencias fibrosas, de aspecto esponjoso y consistencia blanda. En varios cortes se observaron vasos sanguíneos dilatados y trombosados, que formaban una masa de aspecto tumoral de color rojo vino, los que en su conjunto midieron 14 x 9 x 7 cm. En la descripción microscópica se reportó la presencia de vellosidades coriales del segundo trimestre con cambios degenerativos e hialinización severos, así como zonas de calcificación, trombos intervellosos y nudos sinciales. En el corion se observó tumoración benigna constituida por vasos capilares bien diferenciados que mostraron endotelio rodeado por una red de tejido fibroso y células coriónicas, que formaban espacios con sangre fetal en su interior. Además, se observaron trombos intervellosos.

El cordón umbilical no mostró alteraciones histopatológicas.⁽⁶⁾ Por este motivo no se pudo establecer en este caso si la tumoración placentaria de la paciente fue producto del

embarazo ectópico o correspondió a un corioangioma, ya que el servicio de Anatomía Patológica no presentó un diagnóstico concluyente en cuanto a la placenta, que tampoco describen como normal.

Conclusiones

El diagnóstico específico o sospecha de embarazo ectópico en el ligamento ancho es infrecuente, así como la no presencia de síntomas. No abundan publicaciones médicas sobre este tema. En este caso no se pudo establecer mediante la ultrasonografía previa a la intervención quirúrgica.

El embarazo ectópico intraligamentario diagnosticado en el tercer trimestre de la gestación con feto vivo es muy poco frecuente y resultó un hallazgo quirúrgico.

Es imprescindible la utilización del ultrasonido para su diagnóstico y localización, así como para poder realizar un diagnóstico diferencial con el embarazo abdominal, ya que el manejo médico y quirúrgico es diferente en cada caso. Tampoco se logró establecer que la tumoración placentaria diagnosticada fuese producto del embarazo ectópico o se correspondiera con un corioangioma, ya que los resultados histológicos no fueron concluyentes.

Referencias bibliográficas

1. Audifred Salomón JR, Herrera Ortíz A, González Medrano MG, Estrada Rivera SF. Embarazo ectópico intraligamentario. Rev. Mex Obstet Ginecol. 2013;81(4):211-4. ISSN-0300-9041.
2. Torres Farías E. Embarazo Abdominal primario avanzado. Comunicación de un caso. Rev. Mex Obstet Ginecol. 2008;76(9):558-61.
3. Díaz González M. Embarazo Abdominal a término: Reporte de un caso. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2002;53(1).
4. Médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de salud 2014. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección de registros. [Internet]. 2015. [citado 17/05/2017] Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>.
5. Gutiérrez Herrera M, Martínez Pinillo A, Couret Cabrera MP, Alonso Llanes Y, Santisteban Alba S. Embarazo ectópico del segundo trimestre. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 Sep [citado 17/05/2017];43(3):143-51.

6. Jiménez Puñales Sandi, Perdomo Cordido Belkis, Vega Betancourt Nuria. Tubal ectopic pregnancy in the second trimester: a case report. Mediacentro Electrónica [Internet]. 2016 Dic [citado 17/05/2017];20(4):314-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000400011&lng=es.
7. Vázquez Camacho EE, Sánchez Herrera R, García García G, Estrada L, Sánchez Lazcano NJ, Saules Bezanilla C. Corioangioma placentario. Rev. Mex Obstet Ginecol. 2007;75(7):404-7. ISSN-0300-9041.
8. García-Flores J. Corioangioma gigante. Presentación de caso. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2005;43(6):503-6.
9. González Merlo. Embarazo Ectópico. MADRID: Elsevier España; 2013 pp. 331-44.
10. Tejerizo A. Embarazo Ectópico. Concepto y Clasificación. Estudio de sus diversas formas. Madrid: SEGO; 2007. p. 443-56.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses para la presentación de este trabajo.

Contribución de los autores

Yaima Alonso Llanes (conceptualización y redacción del documento).

Miguel Gutiérrez Herrera y Rodolfo Enríquez Rodríguez (búsqueda bibliográfica).

Martha Patricia Couret Cabrera (revisión del documento final).

Silvia Ferro Montes (redacción del documento).

Gwendolyn Pino Rivera (revisión de historia clínica y entrevista al paciente).