

Embarazo ectópico abdominal a término

Abdominal Ectopic Pregnancy at Term

Rodolfo Hernández Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-4792-0870>

Pedro Rafael Casado Méndez^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-4988-9475>

Aracelis Hernández Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0001-5814-1007>

Rafael Salvador Santos Fonseca¹ <https://orcid.org/0000-0003-4771-2083>

Zito Sambú³ <https://orcid.org/0000-0002-6014-3447>

Fernando Karel Fonseca Sosa¹ <https://orcid.org/0000-0002-2820-7025>

¹Hospital Provincial Universitario “Celia Sánchez Manduley”. Manzanillo, Granma, Cuba.

²Hospital General Mariano Pérez Balí. Bartolomé Masó. Granma, Cuba.

³Hospital Regional de Bafata. Guinea Bissau.

*Autor para la correspondencia: pcasado@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El embarazo ectópico abdominal es una anomalía excepcional con una alta morbilidad y mortalidad materna asociada.

Objetivo: Presentar un caso, que resulta muy poco frecuente en la atención obstétrica.

Presentación del caso: Paciente con embarazo actual de 32 semanas aproximadamente, sin control prenatal previo, que acude a consulta por dolor abdominal intenso. El dolor fue asociado a inminencia de rotura uterina con sufrimiento fetal al palparse partes fetales y no constatarse contracciones uterinas. La paciente fue tratada con éxito mediante laparotomía, con extracción del feto vivo y la placenta completa.

Conclusiones: El embarazo abdominal es raro, de difícil diagnóstico y requiere la extracción quirúrgica del feto en los casos donde la extracción de la placenta resulte un punto controvertido en su manejo.

Palabras clave: embarazo; embarazo abdominal; embarazo ectópico.

ABSTRACT

Introduction: Abdominal ectopic pregnancy is an exceptional anomaly with high associated maternal morbidity and mortality.

Objective: To report a very rare case in obstetric care.

Case report: Patient with a current pregnancy of approximately 32 weeks, without prior prenatal control, who came to the clinic for severe abdominal pain. This pain was associated with imminent uterine rupture with fetal distress when fetal parts were palpated and no uterine contractions were observed. The patient was successfully treated by laparotomy, with removal of the live fetus and the complete placenta.

Conclusions: Abdominal pregnancy is rare, difficult to diagnose, and requires surgical removal of the fetus in cases where the placenta removal is a controversial point regarding its management.

Keywords: pregnancy; abdominal pregnancy; ectopic pregnancy.

Recibido: 16/01/2020

Aceptado: 01/02/2020

Introducción

En condiciones normales el blastocito se implanta en el revestimiento endometrial de la cavidad uterina. Su implantación en cualquier otro sitio se considera un embarazo ectópico.^(1,2,3) Su incidencia se estima entre 1, 6 y 3 embarazos ectópicos por cada 100 nacimientos, con índices de mortalidad materna de 9 %. 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 que, además, es una de las primeras causas de muerte materna.^(4,5)

Los embarazos ectópicos suelen ser mayormente tubáricos (98 %), a veces cornuales, intersticiales, ováricos, peritoneales y en cérvix, pero pueden sorprender por implantarse incluso fuera de los órganos reproductivos femeninos, en aproximadamente una de cada 10 mil gestaciones, lo cual hace a veces difícil el diagnóstico al no sospecharse.^(3,6)

El embarazo ectópico abdominal es el segundo más raro después del cornual, la implantación abdominal es un reto para el ginecobstetra debido a la escasa incidencia y experiencia que existe para su atención.^(2,7)

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 posoperatoria 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.^(4,5)

El riesgo de mortalidad materna por un embarazo ectópico abdominal es de 7 a 8 veces mayor que el riesgo de un embarazo ectópico tubario y es 90 veces mayor que el de un embarazo intrauterino.^(1,8) La mortalidad fetal es elevada (40 - 95 %) y existen algunos informes de embarazos abdominales a término, con una frecuencia muy alta de malformaciones congénitas (30 – 90 %).⁽⁴⁾

Actualmente el embarazo ectópico abdominal marca una tendencia a incrementarse debido al auge de los procedimientos de fertilización asistida, y su gestión depende de la edad gestacional y del sitio del implante de la placenta. Debido a que el embarazo abdominal a término con feto vivo constituye una condición rara y poco común se decide presentar este caso. Para su presentación se obtuvo el consentimiento informado y se cumplieron las normas bioéticas para la publicación de este trabajo.

Presentación del caso

Paciente de procedencia rural, piel negra, 29 años de edad, con desnutrición proteica-energética importante y antecedentes obstétricos de 6 gestaciones, 3 partos (dos de ellos por cesárea) y 2 abortos espontáneos con embarazo, y el actual, de 32 semanas, aproximadamente, sin control prenatal previo.

El motivo de consulta fue dolor abdominal intenso, 29 horas de evolución, con sensibilidad generalizada en el segmento inferior que hace muy difícil el examen físico.

Examen abdominal: Altura uterina de 36 cm, circunferencia abdominal de 100 cm, dorso derecho, pelviano, dinámica uterina de 0/10, no contracciones uterinas, frecuencia cardíaca fetal de 183 x minutos y palpación que impresiona partes fetales. Al tacto

vaginal se palpa un cuello alto, no borrado, engrosado, sin dilatación cervical y sin sangre.

Complementarios: Se constató una hemoglobina de 10,1 g/L, hematocrito de 0,33 %, coagulograma con tiempo de sangramiento de 1 minuto, coágulo retráctil y un conteo de plaquetas de $238 \times 10^9/L$, glucemia en 91 mg/dL y grupo sanguíneo O positivo (O⁺).

Al examen ultrasonográfico se informa abdomen grávido con feto único, pelviano, dorso derecho, latidos cardíacos presentes, diámetro biparietal (DBP) 71mm, longitud del fémur (LF) 60mm, y líquido amniótico (LA) marcadamente disminuido, placenta posterior con maduración grado II-III sin signos de desprendimiento prematuro placentario.

Se planteó un síndrome de inminencia de rotura uterina, con sufrimiento fetal asociado. Debido al antecedente de cesáreas anteriores y al cuadro clínico actual la paciente es ingresada y transferida al salón de partos para practicarle una cesárea de urgencia.

El acto quirúrgico comenzó una vez administrada anestesia regional con lidocaína hiperbárica. La vía de acceso fue una incisión media con resección de la cicatriz anterior y al ingresar a la cavidad se constató un feto masculino, vivo, libre en la cavidad abdominal el cual fue extraído rápidamente previa ligadura y sección del cordón umbilical (Fig. 1).



Fig. 1- Extracción de feto único vivo libre en cavidad abdominal.

El feto tuvo un peso de 2140 gramos y una puntuación de Apgar 7/9. Al extraer el feto se constató una placenta casi totalmente envuelta en una membrana y adherida al mesenterio solo en una pequeña porción donde fue posible realizar ligadura de los vasos y separación completa de la misma (Figs. 2 y 3).



Fig. 2 - Separación del mesenterio de la placenta mediante ligaduras.



Fig. 3 - Extracción desde la cavidad abdominal de la placenta en su totalidad.

La pérdida de sangre en el transoperatorio fue de aproximadamente 300 mL. Se constata un útero ligeramente aumentado de tamaño, en posición central, con cicatriz de cesárea anterior íntegra, trompas de aspecto tortuoso y ovarios de aspecto normal. Luego del secado de la cavidad y el conteo completo de compresas e instrumental se realizó síntesis de la pared. La paciente sale del salón de operaciones consciente, orientada, con diuresis amplia y clara y frecuencia cardíaca de 74 latidos por minuto. Se decide no realizar transfusión de glóbulos rojos y se implementa tratamiento antimicrobiano de amplio espectro. Al término de 10 días la paciente es egresada. Presentó como complicación una infección superficial de herida quirúrgica en franca resolución.

Discusión

El embarazo ectópico abdominal sigue siendo una entidad poco frecuente y de alta morbilidad y mortalidad materna asociada.⁽⁶⁾ La forma complicada de esta urgencia obstétrica sigue cobrando vidas por lo que aún es un problema no resuelto por el sistema de salud. Presenta sintomatología inespecífica con marcado dolor abdominal de origen inexplicable.^(3,9)

El presente caso no tuvo seguimiento prenatal por lo que su diagnóstico precoz nunca fue posible hacerlo. Autores como *Chirino Acosta* y otros⁽⁶⁾ reconocen que el diagnóstico de un embarazo ectópico abdominal se dificulta mucho y la ecografía sólo diagnostica el 60 % de los casos. Estos autores consideran que el diagnóstico en estos casos es muy difícil, ya que no se tiene una sintomatología clara como en un embarazo ectópico tubárico, sin embargo, con una buena anamnesis es posible reconocer algunos antecedentes, que pueden de alguna manera orientar al diagnóstico.

Moya Toneut y otros⁽¹⁰⁾ señalan 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.

Bravo Torres y otros⁽⁴⁾ informan 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 de la placenta completa y se realiza histerectomía total con doble anexectomía. Este caso se correspondió con un feto muerto y macerado grado 3. *Chirino Acosta* y otros⁽⁶⁾ reportan un caso de embarazo ectópico abdominal a término, diagnosticado igualmente en el tercer trimestre. Se realiza la extracción de un recién nacido a término muerto y de gran parte de la placenta.

Otros autores como *Teran Mendizabal* y otros⁽⁹⁾ reportan un caso de un embarazo ectópico abdominal, de 38 semanas, donde se logró la supervivencia del feto con una morbilidad materna asociada importante, que requiere de la realización de histerectomía subtotal y omentectomía parcial. *Escobar Vidarte* y otros⁽⁵⁾ reportan dos casos similares con buenos resultados perinatales, que necesitan en ambos casos una histerectomía total por acretismo placentario en cara anterior y posterior del útero en uno de ellos y adherencias a la serosa uterina, asas intestinales y lecho vesical en el otro. *Rejón Estrada*

y otros⁽⁸⁾ reportan una paciente de 35 años con embarazo a término, que finalizó mediante laparotomía con la extracción de feto vivo y donde se decidió dejar la placenta *in situ*, debido al riesgo de hemorragia por su remoción.

Coincidimos con *Ruíz Campo* y otros⁽⁷⁾ cuando afirma que el tratamiento del embarazo ectópico abdominal consiste en laparotomía. Se considera el requerimiento de transfusión de hemoderivados, en caso de hemorragia obstétrica. Algunos estudios describen el acceso laparoscópico, siempre y cuando el diagnóstico se haya establecido oportunamente. Antes de evaluar la viabilidad fetal (semana 24) no se justifica la conducta expectante, pues supone un alto riesgo para la paciente y escasa supervivencia para el feto.

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*, posteriormente, se indica metrotexate.^(4,6) Esta conducta es la más recomendable porque la implantación de la placenta suele ser multifocal, lo que hace imposible su remoción completa.^(2,7) 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.^(3,5) 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.⁽⁴⁾

Escobar Vidarte y otros⁽⁵⁾ en una revisión del tema recuperaron 228 referencias que informaban un total de 74 pacientes con embarazo ectópico abdominal mayor o igual a 20 semanas de gestación. En cuanto a la edad gestacional al momento del parto se obtuvo una mediana de 32 y un rango entre 20 y 43 semanas. En 46 pacientes el diagnóstico de embarazo abdominal se hizo al momento del parto, en tanto que en 25 el parto se retrasó por manejo médico expectante. El promedio de tiempo entre la edad de diagnóstico y el parto fue de 6 a 12 semanas. Se describió el sitio de implantación de la placenta en todos los casos reportados, en 37 de ellos la placenta estuvo implantada en un solo lugar, en cinco pacientes se localizó en la cavidad peritoneal sin que el lugar específico de implantación fuera mencionado. De los 37 pacientes de implantación única, 14 (37,84 %) se unieron al intestino y 11 (32,35 %) al fondo del útero. Los sitios de implantación menos frecuentes incluyen omento, 6 (16,22 %); hígado, 3 (8,11 %); fondo de saco de

Douglas, 3 (8,11 %), y paredes uterinas o de cavidad abdominal, 2 (5,41 %). De los 32 casos restantes, 28 presentaron compromiso de dos sitios de implantación y cuatro, compromiso de tres o más.

Autores como *Gutiérrez Samperio* y otros⁽²⁾ consideran que actualmente el consenso es no insistir en extraer la placenta, ligar el cordón umbilical y hacer hemostasia por medio de un taponamiento transitorio que requerirá su posterior movilización y extracción. Solamente en los casos en los que la placenta sea factible de extirpar junto con el sitio de implantación como es el epiplón, se llevará a cabo su extirpación junto con las membranas que son avasculares.

Escobar Vidarte y otros⁽⁵⁾ informan en cuanto al manejo de la placenta, que de 72 pacientes, en 29 de ellas la placenta se dejó in situ. De estas 29,5 % recibieron metotexate, 6 requirieron remoción quirúrgica durante una segunda intervención y una recibió los dos manejos. La placenta fue removida quirúrgicamente en 42 pacientes y de estas, dos requirieron histerectomía o salpingo-ooforectomía unilateral, y fue la hemorragia la principal complicación. Estos autores cierran su estudio con el análisis de la mortalidad que resultó en 4,1 % de muertes maternas y 43 % de muertes fetales.

Aunque el número de embarazos ectópicos abdominales es muy bajo su manejo tiene tres puntos críticos que determinan la mortalidad y morbilidad materna y fetal: su detección precoz a través de sus signos y síntomas, la intervención quirúrgica oportuna y el manejo de la placenta.

Conclusiones

El embarazo abdominal es raro, de difícil diagnóstico, y requiere de la extracción quirúrgica del feto en los casos donde la extracción de la placenta resulte un punto controvertido en su manejo.

Referencias bibliográficas

1. 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 [citado 27/04/2019];82(3):338-44. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000300338&lng=es

2. Gutiérrez Samperio C, Plascencia Moncayo N. Embarazo extrauterino abdominal. Una sesión clínica insólita. Cirujano General. [Internet]. 2018 [citado 27/04/2019];40(2):132-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2018/cg182k.pdf>
3. Tang Ploog LE, Bonilla Vargas S, Kong Wong VP. Embarazo ectópico sobre serosa uterina, ¿abdominal primario? Rev. Perú. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2017 [citado 27/04/2019];63(1):93-6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000100013&lng=es
4. Bravo Torres Y, Cardet Niebla Y, Machado Rojas F, Camacho Hernández O. Embarazo ectópico abdominal. Informe de caso. Acta Médica del Centro. [Internet]. 2018 [citado 27/04/2019];12(2):176-83. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/903>
5. Escobar Vidarte MF, Caicedo Herrera G, Solarte Erazo JD, Thomas Pérez LS, Dávalos Pérez DM, López Tenorio J, Orrego Gaviria J, Forero Ladino AM. Embarazo ectópico abdominal avanzado: reporte de casos y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol. [Internet]. 2017 Ene-Mar [citado 27/04/2019];68(1):71-82. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342017000100071&lng=en
6. 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 27/04/2019];19(3):540-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000300016&lng=es
7. Ruíz Campo L, Abad Rubio C, Hernández Aragón M, Sánchez Lalana E, Lafalla Bernad O, Pérez Ruíz FJ. Embarazo ectópico abdominal en una paciente histerectomizada. Ginecol. Obstet. Méx. [Internet]. 2018 [citado 27/04/2019];86(10):675-81. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018001000675&lng=es
8. 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.

[Internet]. 2019 [citado 11/07/2019];87(3):196-201.

<http://ginecologiayobstetricia.org.mx/descarga/13023/>

9. Teran Mendizábal R. Embarazo ectópico abdominal de término con feto vivo. Revista Médica Cochabamba. [Internet]. 2010 [citado 11/07/2019];21(1):80-5.

http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rmcba/v21n1/a13_v21n1.pdf

10. Moya Toneut C, Rodríguez Alemán O, Rangel Roque I, Méndez Rodríguez A, Arechavaleta Machado J, Moya Arechavaleta N. Embarazo ectópico ovárico. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado 11/07/2019];45(1):[aprox. 0 p.].

Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/422>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses que impida la publicación de este trabajo.

Contribución de los autores

Rodolfo Hernández Rodríguez (recogida de datos y discusión del caso clínico, elaboración de la versión original del artículo).

Pedro Rafael Casado Méndez (concepción y diseño del artículo, recogida de datos y discusión del caso clínico, elaboración de las versiones original y final del artículo).

Aracelis Hernández Rodríguez (recogida de datos y discusión del caso clínico).

Rafael Salvador Santos Fonseca (elaboración de las versiones original y final del artículo).

Zito Sambú (participación en la discusión y en la revisión crítica de la versión final del artículo).

Fernando Karel Fonseca Sosa (participación en la discusión y en la revisión crítica de la versión final del artículo).