



## **EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL. PRESENTACION DE UN CASO. HOSPITAL VICTORIA. SEYCHELLES**

**Autores:** Leonel Guerra Rosales<sup>1</sup>, Jose Estrada Núñez<sup>2</sup>, Carmen Matos Osorio<sup>3</sup>,  
Cristina Guerra Frutos<sup>4</sup>, Leonela Cristina Guerra Frutos<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Especialista 1<sup>er</sup> grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Fé del Valle Ramos.  
Granma. Cuba. [leonelg@infomed.sld.cu](mailto:leonelg@infomed.sld.cu)

<sup>2</sup> Especialista 1<sup>er</sup> grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Fé del Valle Ramos.  
Granma. Cuba. Granma. Cuba.

<sup>3</sup> MSc. Profesor Auxiliar e Investigador Agregado. Facultad de Ciencias Médicas.  
Granma. Cuba.

<sup>4</sup> Especialista 1<sup>er</sup> grado en M.G.I. Hospital Celia Sánchez Manduley. Granma. Cuba

<sup>5</sup> Estudiante de 4<sup>to</sup> año de la Carrera de Medicina. Alumna ayudante de Medicina  
Física y Rehabilitación. Granma. Cuba.

### **Resumen**

**Introducción:** El embarazo ectópico abdominal es una anomalía excepcional que representa 1% de los embarazos ectópicos; se asocia con alta morbilidad y mortalidad materna y fetal. **Objetivo:** reducir el riesgo de mortalidad materna, ya que es 7 a 8 veces mayor que el de un embarazo ectópico tubario y es 90 veces mayor que el de un embarazo intrauterino. **Desarrollo:** Se reporta el caso de una paciente con un embarazo ectópico abdominal diagnosticado mediante ecografía abdominal en el segundo trimestre. **Conclusiones:** Se trató con éxito mediante laparotomía exploradora con extracción del feto y la placenta completa.

**Palabras clave:** embarazo ectópico, embarazo abdominal, diagnóstico, laparotomía.



## **INTRODUCCIÓN**

La incidencia de embarazo ectópico abdominal varía de 1:10,000 a 1:30,000 según la localización geográfica y nivel socioeconómico, es más común en países en vías de desarrollo. Representa 1% de los embarazos ectópicos.<sup>1, 2</sup>

El riesgo de mortalidad materna por un embarazo ectópico abdominal es 7 a 8 veces mayor que el riesgo de un embarazo ectópico tubario y es 90 veces mayor que el de un embarazo intrauterino.<sup>2, 3</sup> 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 que van de 30 a 90%.<sup>3</sup> 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.<sup>4, 5</sup>

Comparte los mismos factores de riesgo que con la localización tubaria: antecedente de infección pélvica, embarazo ectópico previo, endometriosis, operación uterina previa y técnicas de reproducción asistida. El embarazo ectópico abdominal no tiene relación aparente con la edad de la paciente ni con la paridad, puede surgir en cualquier momento de la vida sexual de multíparas y nulíparas.<sup>1, 2, 6</sup>



## DESARROLLO

La clínica es muy variable según la localización y evolución del cuadro, lo que puede dificultar el diagnóstico clínico. Síntomas: náusea, vómito, diarrea por irritación peritoneal, datos de sub oclusión intestinal, movimientos fetales dolorosos, disminución de los mismos y referencia en el abdomen alto.<sup>5</sup>

A la exploración física puede encontrarse: molestia a la palpación abdominal, partes fetales fácilmente percibidas por debajo de la piel, no existen contracciones de Braxton-Hicks y el estímulo externo de la pared uterina no está seguido del aumento de tono, como normalmente ocurre. Hay situaciones y presentaciones viciosas, masa pélvica independiente del útero y no suele haber datos de shock, como sucede en la localización tubaria con ruptura de la trompa de Falopio y hemoperitoneo.<sup>6</sup>

Para poder determinar el diagnóstico de embarazo ectópico abdominal, aparte de valorar los aspectos clínicos junto con una exploración ginecológica, existen pruebas como la determinación en orina de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana; el diagnóstico se confirma mediante su cuantificación sérica y la valoración ultrasonográfica de la pelvis, ante la ausencia de saco gestacional intrauterino y sin evidencia de saco en los anexos.

Otras pruebas complementarias que pueden ayudar a confirmar o descartar el diagnóstico, son la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética.<sup>7,8</sup>

Las complicaciones por embarazo ectópico abdominal incluyen: absceso pélvico, peritonitis y sepsis por restos trofoblásticos retenidos. El desprendimiento placentario y la hemorragia son poco frecuentes en estos casos.<sup>1-3</sup>



## CASO CLÍNICO

Paciente de 22 años de edad con antecedentes de salud y obstétricos de G2 P1 A0 con fecha de última menstruación imprecisa pero referida del mes de Abril. Remitida del Hospital nacional de Praslim por sangramiento vaginal escaso sin otro síntoma y diagnóstico de amenaza de aborto.

APP: no refiere

APF: no refiere

### EXAMEN FÍSICO AL INGRESO

**Mucosas:** coloreadas y húmedas

**A Cardio- Respiratorio:** sin alteración

**Abdomen:** blando, depresible, no doloroso a la palpación, no reacción peritoneal

**Signos vitales:** TA 141/95      **Temperatura:** 36.4

**Pulso:** 91

- Espéculo: Cuello central, cerrado, escasa cantidad de sangre en el fondo del saco de Douglas. No sangramiento activo.
- Tacto Vaginal: cuello central, blando, cerrado. Útero grávido de 9 semanas. Anejos no tactables.

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

**Hematología:** HB: 13.4 g/dl, **Leucos:** 6.2x 10<sup>9</sup>/ul, **Plaquetas:** 277x 10<sup>9</sup>/ul,

**USS:** Gestación intrauterina de 10.2 semanas. Sin alteración. Se egresa de la institución el día 5/8/19 y seguimiento por la consulta de atención prenatal.\*Refiere dolor en epigastrio y vómitos. No otros síntomas



## **EXAMEN FÍSICO**

**Abdomen:** Blando depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, no reacción peritoneal, no contractura abdominal. **Espéculo:** cuello central, cerrado, no pérdidas vaginales. **TV:** útero grávido de 14- 15 semanas. Anejos libres.

**Signos vitales:** TA 103/88      **Temperatura:** 36.5

**Pulso:** 100

Ingresa con diagnóstico de Gestación de 15 semanas. Epigastralgia.

Se indica tratamiento y complementarios que incluye USS

**Resultados:** **HB:** 8.2 g/dl, **Leucos:** 10.3x10<sup>9</sup>/ul, **Plaquetas:** 376x10<sup>9</sup>/ul, **USS:** informa feto y placenta fuera de cavidad uterina con abundante líquido libre en cavidad abdominal.

## **DISCUSIÓN**

Se establece el diagnóstico de Embarazo ectópico abdominal complicado y se anuncia para Laparotomía exploradora de urgencia. Se realiza la misma encontrándose embarazo ectópico abdominal de 15 semanas, con abundante sangre libre en cavidad, saco gestacional integro con feto en su interior y placenta adherida a fondo uterino, asas intestinales y fondo del saco de Douglas. Se extrae saco gestacional con feto y placenta en múltiples fragmentos.

Se realiza hemostasia de vasos sangrantes. Se dejan empaquetamiento con dos compresas en la zona quirúrgica para hemostasia por compresión y drenaje en cavidad abdominal. Se traslada el caso a la unidad de terapia intensiva donde evoluciona favorablemente y pasadas 48 horas se re interviene quirúrgicamente, retirando el empaquetamiento con compresas comprobando hemostasia y se cierra definitivamente el abdomen por planos. Tras evolución favorable es egresada del hospital al séptimo día con seguimiento por consulta.



**Fig.1.** Maniobras quirúrgicas de extracción fetal.



**Fig.2.** Feto.

## TRATAMIENTO

El dilema en cuanto al tratamiento es la decisión entre la interrupción quirúrgica del embarazo, y con ello disminuir la mortalidad materna, y la conducta expectante con la intención de lograr un resultado exitoso materno y fetal.<sup>11</sup>

El tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica mediante laparoscopia o laparotomía exploradora. Lo más recomendable es interrumpir el embarazo tan pronto como se establezca el diagnóstico; sin embargo, cuando está cercano a la viabilidad, la posibilidad de nacimiento de un recién nacido vivo puede justificar el retraso de la intervención.

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 ligando el cordón cerca de su inserción, y la placenta se deja in situ y posteriormente se indica metotrexate.

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 mortalidad que ocasionaría la extracción de la placenta.<sup>7</sup>



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 hemorragia intensa que puede poner en riesgo la vida de la paciente. El tratamiento recomendado es con metotrexate, que produce degeneración trofoblástica, reducción del tamaño y vascularización.<sup>7</sup>

Las modalidades terapéuticas con metotrexate incluyen: una dosis única intramuscular de 50 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal, con la que se ha reportado 96.7% de éxito, sin efectos secundarios; otro esquema consiste en administrar 1 mg/kg de peso corporal cada 48 horas en cuatro ocasiones (el 1, 3, 5, 7 día). A este esquema se le agrega como tratamiento de rescate ácido fólico a dosis de 1 mg/kg con el propósito de disminuir los efectos adversos del metotrexate.<sup>5</sup>

## **CONCLUSIONES**

El embarazo abdominal es una anomalía poco frecuente que plantea un desafío clínico, diagnóstico y terapéutico. 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 para poder llegar a un diagnóstico certero y oportuno que permita tomar conductas adecuadas y minimizar los riesgos para la paciente. La disminución en los errores diagnósticos se logrará siempre y cuando se establezca una correlación entre la clínica y los auxiliares diagnósticos. La presentación de esta implantación ectópica poco frecuente requiere tratamiento multidisciplinario.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bullaín Menoz, Morales F. Rev Chilena Ginecol Obstet[Internet]. 2019[citado 5 Oct 2019];65(2):[aprox.5p.]. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.lob/pdf/rch/v65n2/a11vjk2.pdf>
2. Yildizhan R, Kurdoglu M, Kolusari A, Erten R. Primary omental pregnancy. Saudi Med J 2008 Apr;29(4):606-9.
3. Ludwig M, Kaisi M, Bauer O, Diedrich K. The forgotten child--a case of heterotopic, intra-abdominal and intra-uterine pregnancy carried to term. Hum Reprod 2009 May; 14(5):1372-4.
4. Moya Toneut C. Embarazo ectópico [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017 [citado 12 Nov 2019]. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/libros/embarazo\\_ectopico/embarazo%20\\_ectopico\\_completo.pdf](http://bvs.sld.cu/libros/embarazo_ectopico/embarazo%20_ectopico_completo.pdf)
5. Benítez Guerrero, M, Colinas Filio, M. Embarazo eptopico. Reporte de un caso. (STFF). Rev. Peruana de Ginecología y Obstetricia[Internet].2016[citado 16 Dic 2019];62(3):[aprox.5p.]. Disponible en :  
<https://www.revonstrink.com/pdf/3234/323442608011.pdf>
6. Botella Llusía J, Claveo Núñez JA. Tratado de Ginecología: fisiología, obstetricia, perinatología, ginecología, reproducción. Madrid: Edición Díaz de Santos; 2013. p. 391-400.
7. Martin JN Jr, Sessums JK, Martin RW, Pryor JA, Morrison JC. Abdominal pregnancy: current concepts of management. Obstet Gynecol 2008 Apr;71(4):549-57.
8. Cavalier L, Valdés Fuñiga J, Quintín E. Complicaciones del embarazo ectopico: claves para el diagnóstico y tratamiento. [Internet].2016[citado 5 Dic 2019]; 27(2):[aprox. 8p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-diagnostico-prenatal-327-pdf-S2173412712000674>