

Medicent Electrón. 2023 ene.mar.;27(1)

Informe de Caso

Embarazo ectópico abdominal con feto vivo en el Hospital Provincial de Bié, Angola

Abdominal ectopic pregnancy with a live fetus in Bié Provincial Hospital, Angola

Migdalia de las Mercedes Peña Abrahan^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3955-293X>

Joel Blanco Carreño¹ <https://orcid.org/0000-0002-2991-8590>

Adrián Alejandro Vitón Castillo² <http://orcid.org/0000-0002-7811-2470>

Lázaro Yohán Ordoñez Álvarez² <http://orcid.org/0000-0001-9605-4369>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital General Docente «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas « Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna».

*Autor para correspondencia. Correo electrónico: galeno@infomed.sld.cu

RESUMEN

El embrión, en condiciones normales, es concebido en la trompa y migra al útero. Un pequeño porcentaje que no llega a completar esta migración, se convierte en embarazo ectópico. Se presentó el caso de un embarazo ectópico abdominal con feto vivo; paciente femenina de 32 años de edad, multigesta con 4 partos eutócicos a término. A las 37 semanas de edad gestacional se remitió al Hospital Provincial de Bié por presentar dolor abdominal difuso, de moderada intensidad, que se exacerbaba con los



movimientos fetales. Se realizó la cesárea, se encontró un embarazo ectópico abdominal con feto vivo y placenta implantada en fondo uterino, epiplón y colon transverso. Se dejó placenta *in situ* para un posterior seguimiento.

DeCS: embarazo ectópico; embarazo abdominal; cesárea.

ABSTRACT

The embryo, under normal conditions, is conceived into the fallopian tube and migrates to the uterus. A small percentage of the embryos that do not complete this migration become an ectopic pregnancy. We present a 32-year-old female patient with multiple gestation pregnancies and 4 normal term deliveries who had an abdominal ectopic pregnancy with a live fetus. She was referred to Bié Provincial Hospital at 37 weeks' gestation due to diffuse abdominal pain of moderate intensity, which was exacerbated by fetal movements. A cesarean section was performed; an abdominal ectopic pregnancy with a live fetus and the placenta implanted in the uterine fundus, omentum, and transverse colon was found. The placenta was left *in situ* for further follow-up.

MeSH: pregnancy, ectopic; pregnancy, abdominal; cesarean section.

Recibido: 8/12/2021

Aprobado: 20/07/2022

El embrión, en condiciones normales, es concebido en la trompa y migra al útero. Un pequeño porcentaje de embriones no llega a completar esta migración, se convierten en un embarazo ectópico, del griego *ektopos* (fuera de lugar), que se refiere a la implantación del huevo fertilizado en cualquier otro tejido fuera de la cavidad endometrial,^(1,2) lo que constituye una urgencia obstétrica que, a largo o corto plazo traerá complicaciones, tanto para la madre como para el producto de la concepción.

En su localización los más comunes son tubáricos, aproximadamente el 98 %; se reporta que un 1 % son ováricos, otro 1 % son abdominales.⁽³⁾ Algunos estudios determinan que



el 95 % de todas las implantaciones extrauterinas se producen en las trompas de falopio y, dentro de esta, la localización ampular en el 55 % de los embarazos tubáricos. Con menos frecuencia ocurre la implantación en los ovarios, cuernos del útero, cuernos y cavidad peritoneal.^(4,5,6)

En la tasa actual, que se calcula estadísticamente contra el número total de embarazos, se incluyen nacidos vivos, abortos legales y embarazos ectópicos. La incidencia del embarazo ectópico se ha elevado desde la década del 70 y actualmente es de un 16 %, que representa un incremento en cinco veces; la tasa más alta se reporta en mujeres mayores de 35 años. Su presencia como antecedente incrementa de 7 a 13 veces la posibilidad de un embarazo ectópico subsiguiente.⁽⁷⁾

La variedad abdominal, una de las menos frecuentes, tiene una incidencia de una en diez mil nacidos vivos y el riesgo de muerte es 7,7 veces mayor que en los embarazos tubáricos y 90 veces mayor que en uno normal. La mortalidad materna es de 0,5 a 18 % y la fetal es de 40 a 95 %.⁽³⁾

El embarazo abdominal primario ocurre cuando se implanta directamente sobre la superficie peritoneal, y es secundario por implantación abdominal luego de la rotura de un embarazo tubárico. Citado por Tang Ploog Le y otros,⁽⁸⁾ Studderford, en 1942 estableció tres criterios para definir el embarazo ectópico abdominal: trompas y ovarios normales, no evidencia de fístulas uteroplacentarias y embarazo exclusivamente sobre la superficie peritoneal, incluidos sobre cicatrices uterinas previas.

En el Hospital Provincial de Bié, Angola, las proporciones de embarazo ectópico son infrecuentes, uno de cada 500 partos en los últimos tres años, según el Departamento de Registros Médicos del Centro. El objetivo es describir el caso clínico de una paciente con embarazo ectópico abdominal que alcanzó el término de la gestación.

Presentación del paciente

Paciente femenina de 32 años de edad que labora en una finca familiar, con los siguientes antecedentes de salud: multigesta con 4 partos eutócicos a término, el último parto en el año 2006; los dos últimos recién nacidos resultaron ser de bajo peso: 2 210



gramos y 2180 gramos respectivamente y un aborto (espontáneo). Como antecedentes personales refiere haber utilizado dispositivo intrauterino (DIU) por tres años, historia de menstruaciones regulares, fecha de última menstruación desconocida, embarazos con la misma paternidad. Se retiró DIU en febrero 2011 por presentar sangramientos irregulares y mucho dolor en bajo vientre, no se le había hecho ecografía, con fecha probable de parto determinada, se le había diagnosticado el embarazo de aproximadamente 20 semanas por una partera tradicional a la que acude por presentar gran decaimiento y dolores abdominales difusos que la había impedido asistir a sus labores cotidianas. No se le realizó seguimiento del embarazo hasta las 28 semanas cuando llegan los médicos cubanos a su aldea natal; en esa zona no existía equipo de ultrasonido. Como no se precisaba fecha de última menstruación, el médico de asistencia la llevó al Hospital Provincial de Bié; le indicó ultrasonido que confirmó embarazo de 28 semanas. Solo tuvo tres controles prenatales debido a que el trabajo que realizaba en el campo para el sustento familiar le dificultaba asistir de forma regular a las consultas programadas.

A las 37 semanas de edad gestacional, desde Shinguare, su aldea natal, se remitió al Hospital Provincial de Bié porque estuvo durante cuatro días con dolores en el abdomen que se fueron incrementando y que se caracterizaban por ser difusos, de moderada intensidad, que se exacerbaban con los movimientos fetales, con la deambulación o al incorporarse después de estar en decúbito y, en general, con los cambios de posición. Refirió, además, que al tercer mes de falta menstrual presentó dolor abdominal difuso, semejante a este episodio, durante dos meses aproximadamente; percibió los movimientos fetales desde el quinto mes de gestación; no presentó modificación cervical. Al realizar el examen obstétrico minucioso, se constató foco fetal en 142 latidos por minutos, se le indicó ultrasonografía y se decidió el ingreso con diagnóstico de alta sospecha de placenta previa, porque se observaba feto único, en posición pelviana, con placenta ubicada delante de la presentación, sin poder precisar topografía exacta, según segmento inferior, presentó oligohidramnio severo.



Antecedentes obstétricos

- Menarquía: 11 años.
- Primeras relaciones sexuales: 12 años.
- Menstruaciones regulares. FM: 3/ 28. Utilizó DIU durante 3años.

Examen físico al ingreso

Paciente que al ingreso se encontraba con buen estado general, dolores difusos en abdomen y bajo vientre; mucosas húmedas y normocoloreadas, con temperatura de 36°C.

Sistema respiratorio: murmullo vesical normal. No estertores. Frecuencia respiratoria: 16/min

Sistema cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos. No se auscultó soplo

Tensión arterial: 110/70 mm Hg

Frecuencia cardíaca: 76/min

Abdomen: blando, no depresible por presencia de contracciones irregulares, doloroso a la palpación superficial y profunda; con reacción peritoneal. Se palpó tumoración abdominal, irregular, dolorosa, que impresionaba la existencia de esta y el embarazo. (Figura 1)



Figura 1. Embarazo ectópico abdominal.

Altura uterina: 30 cm Feto único

Presentación: Difícil de precisar (por el dolor que presenta la paciente, quien no coopera). Frecuencia fetal: 142 latidos por minutos

DI DU: Irregular. Llamó la atención la facilidad de palpar las partes fetales y la percepción de sus movimientos con gran nitidez.

Sistema nervioso central: Consciente, bien orientada en tiempo, espacio y persona.

Tacto bimanual: No aportó muchos datos, pues no se pudo precisar si el útero estaba aumentado de tamaño y si formaba parte de la tumoración. El dolor que presentaba la paciente dificultó el proceder. Cuello uterino de multípara muy blando, permeable a dos dedos; guante manchado de sangre oscura, no fétida.

Estudios analíticos

Hemograma: Hemoglobina: 10,0 g/L

Hematocrito: 0,32 %

Leucograma: $11,2 \times 10^9/$

Linfocitos: 18,1 %

Plaquetas: $216 \times 10^9/L$

Tiempo de coagulación: 7 Min

Tiempo de sangramiento: 1 min

Coágulo retráctil.

Virus de inmunodeficiencia humana: No reactiva.

VDRL: No reactiva

Parcial de orina: Negativo.

Ecografía del ingreso (9/3/2012): Feto único de presentación pelviana. Latido cardíaco presente. Placenta que se visualizó delante de la presentación. A la derecha de la presentación, se observó otra tumoración de 52 mm; ambos son independientes y están separados por una pared, por lo que se presumió que se trataba de un útero doble.



A pesar de que la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, se decide realizar cesárea, debido a que se trataba de una presentación pelviana, con intensas contracciones, sin modificación cervical.

Al realizar la cesárea, se constataron como hallazgos: embarazo ectópico abdominal, con membranas ovulares íntegras que, al romperlas, se produjo la salida de líquido amniótico serohemático de 400 mL (Figura 2); feto vivo, femenino, peso de 1 400 gramos (Figura 3); placenta implantada en fondo uterino, epiplón y colon transverso, se dejó placenta *in situ* para un posterior seguimiento con β HCG (fracción beta de la gonadotropina coriónica humana) cuantitativa y utilización de metotrexate; anejos normales; útero de consistencia blanda con mioma en cara anterior de 2 cm. No hubo complicaciones, el sangrado transoperatorio fue normal (Figura 4).

El posoperatorio inmediato tuvo una evolución satisfactoria; se siguió la terapia antimicrobiana posoperatoria: ceftriaxona 1g endovenoso cada 12 horas por tres días. La paciente fue egresada a los 21 días de operada, al culminar el tratamiento con metrotexate. Se le realizó seguimiento durante tres meses con ultrasonografía seriada mensual, hasta observar la involución completa de la placenta que se había dejado *in situ*.





Figura 2. Salida de líquido amniótico serohemático.



Figura 3. Feto en cavidad abdominal libre.



Figura 4. Extracción de feto vivo.

Comentario

El aumento de casos de embarazo ectópico obedece a razones complejas y aún no muy aclaradas: aumento de las infecciones pélvicas y tubáricas, fundamentalmente las de transmisión sexual, entre ellas la infección por *Chlamydia (Trachomatis)*; el aborto; el desarrollo de la cirugía pélvica en mujeres infértiles; el aumento de la esterilización tubárica y las nuevas técnicas de fertilización asistidas, son también factores que lo explican.⁽⁴⁾

Gutiérrez Hernández M y otros,⁽⁹⁾ reportan el caso de una paciente de 32 años de edad con 17 semanas de edad gestacional, fue remitida de su área por ecografía con diagnóstico de embarazo gemelar, con un saco anembrionico. Se realizó laparotomía exploradora y, como hallazgos se observó hemoperitoneo de 400 mL, embarazo tubario derecho de 17 semanas, fisurado en región ampular, anejo izquierdo normal, útero de consistencia blanda con mioma de dos centímetros en la cara anterior del útero. Se realizó anexectomía derecha; se observó hemoperitoneo, y ambos se reportaron sin complicaciones postquirúrgicas.

Es importante destacar que los niveles hormonales de estrógenos, progestágenos y gonadotropinas son similares a un embarazo normal y la placenta puede mostrar actividad hormonal hasta siete semanas posparto, cuando es dejada *in situ*.⁽¹⁰⁾

El embarazo ectópico es una situación clínica de alta morbimortalidad, lo que obliga a pensar siempre en su existencia; en algunos casos, el diagnóstico requiere cierta pericia, sobre todo cuando la localización es atípica. No es raro que el embarazo busque implantarse sobre cicatrices uterinas previas, sobre todo por vía endometrial, lo que en algunos casos ocasiona el acretismo placentario. El tratamiento deberá basarse en la localización, edad gestacional, tamaño de la tumoración, deseo de fertilidad futura y otras consideraciones propias de cada caso.⁽⁸⁾

Sólo el 10 % al 30 % llega a cirugía con diagnóstico preoperatorio de embarazo abdominal, debido básicamente a la falta de familiaridad del ginecoobstetra con este tipo de casos, por la baja frecuencia de los mismos. Sin embargo, hay varios elementos que pueden llevar a sospechar o diagnosticar este padecimiento.⁽¹⁰⁾

En el estudio individual de toda enfermedad, un buen interrogatorio y examen físico favorece, en gran medida, el diagnóstico, por muy difícil que este sea. Seguir los pasos del método clínico para obtener un diagnóstico certero y oportuno, el examen físico a una paciente con sospechas de embarazo ectópico resulta importante, pero si se domina la fisiopatología de la afección, se pueden encontrar elementos de gran valor en el interrogatorio y la exploración.⁽¹¹⁾

El elemento más importante de diagnóstico es la ecografía, la cual solo logra diagnosticar el 60 % de los casos y, en ocasiones, puede desorientar. Los hallazgos ecográficos más frecuentes son: partes fetales separadas del útero, falta de visualización de la pared uterina entre el feto y la vejiga, mayor aproximación entre partes fetales y pared abdominal materna, feto en posición excéntrica y dificultad para una adecuada visualización placentaria.⁽¹⁰⁾

El blastocisto se implanta dentro del segmento de la trompa que penetra en la pared del útero, o entre el ostium tubario y la porción proximal del segmento ístmico. La rotura puede ser más tardía, entre la octava y décima semanas, pero la hemorragia puede ser mortal por la cercanía de las arterias uterinas en su rama ascendente.⁽³⁾

Las complicaciones maternas están relacionadas, principalmente, con el sangrado en el momento de la cirugía y uno de los problemas mayores es el manejo de la placenta, su



remoción depende de la implantación, por lo que varía desde un manejo conservador, hasta la resección intestinal concomitante. En la paciente, la placenta fue quirúrgicamente extirpable, sin complicaciones hemorrágicas; evolucionó satisfactoriamente en el postoperatorio hasta el egreso.⁽³⁾

La cirugía conservadora, aspiración del contenido u ordeño tubárico se realiza solo cuando la otra trompa está dañada, obstruida o ausente y la paciente tenga necesidad de procrear, pero se corre el riesgo del sangramiento transoperatorio y postoperatorio, de recidivas de embarazos en el mismo sitio y de que queden tejidos residuales. También existe el tratamiento del embarazo con citostáticos como alternativa de cirugía conservadora, además de laparotomía laparoscópica.⁽¹²⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hunt SP, Talmor A, Vollenhover B. Management of non-tubal ectopic pregnancies at a large tertiary hospital. *Reprod Biomed Online* [internet]. 2016 [citado 10 ene. 2020];33:[aprox. 5 p.]. Disponible en:

https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1472648316300396.pdf?locale=es_ES

2. Mahmoud MS. Technique for the laparoscopic management of a cornual ectopic pregnancy. *J Minim Invasive Gynaecol* [internet]. 2016 [citado 10 ene. 2020];23(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en:

<https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1553465016000352?returnurl=null&referrer=null>

3. Torres Rojas KL, González Rivero R, Brito Rodríguez A. Embarazo abdominal avanzado con feto vivo. *Rev Electrón* [internet]. 2016 [citado 10 ene. 2020];41(6)[aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/782>



4. Matos Quiala HA, Rodríguez Lara O, Estrada Sánchez G, Martínez Enfedaque M, Saap Nuño A, Osorio Rodríguez M, *et al.* Caracterización de embarazo ectópico. *Rev Inf Cient* [internet]. 2018 [citado 25 ene. 2020];97(6):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601100&lng=es
5. El -Agwany AS, El-badawy ES, El-habashy AE, El-gammal H, Abdelnaby M. Secondary advanced abdominal pregnancy after suspected ruptured cornual pregnancy with good maternal outcome: a case with unusual gangrenous fetal toes and ultrasound diagnoses managed by hysterectomy. *Clin Med Insights Womens Heal* [internet]. 2016 [citado 15 ene. 2020];9:[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26862301/>
6. Sargin MA, Tug N, Ayas S, Yassa M. Is interstitial pregnancy clinically different from cornual pregnancy? A case report. *J Clin Diagn Res* [internet]. 2015 [citado 5 ene. 2020];9(4):[aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26023605/>
7. Cabezas Cruz E, Oliva Rodríguez JA, Ortega Blanco M, Piloto Padrón M. Embarazo Ectópico: Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. p.132-134.
8. Tang Ploog LE, Bonilla Vargas S, Kong Wong VP. Embarazo ectópico sobre serosa uterine, ¿abdominal primario?. *Rev Perú Ginecol Obstet* [internet]. 2017[citado 6 ene. 2020];63(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322017000100013&script=sci_abstract
9. Gutiérrez Herrera M, Martínez Pinillo Á, Couret Cabrera MP, Alonso Llanes Y, Santisteban Alba S. Embarazo ectópico del segundo trimestre. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [internet]. sep. 2017 [citado 25 ene. 2020];43(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300014&lng=es
10. Botella Llusíá, Clavero Núñez, J.A: Tratado de Ginecología.17ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2015. p. 833-844.



11. Moya Toneut C. Embarazo Ectópico. La Habana: ECIMED; 2017. p. 50.
12. Shao EX, Hopper K, McKnoulty M, Kothari A. A systematic review of ectopic pregnancy after hysterectomy. Int J Gynecol Obstet [internet]. 2018 [citado 15 ene. 2020];141(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en:
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12385>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

