

PRESENTACION DE CASO

Embarazo ectópico abdominal. Presentación de un caso

Abdominal Ectopic Pregnancy. A Case Report

Dra. Tahiluma Santana Pedraza, ⁽¹⁾ Dr. Jorge Luis Estepa Pérez, ⁽²⁾ Dra. Bárbara Rafael Truy. ⁽³⁾

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesora Asistente. ² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de II Grado en Cirugía General. MSc. en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. ³ Especialista de I Grado en Anestesia y Reanimación. Profesora Auxiliar. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

¹ Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in General Surgery. Assistant Professor. ² Second Professional Degree in General Medicine. Terminal Professional Degree in General Surgery. MSc. in Medical Emergencies. Assistant Professor. ³ Second Professional Degree in Anesthesia and Reanimation. Associate Professor. Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital. Cienfuegos.

RESUMEN

El embarazo ectópico abdominal es una afección infrecuente, con muy pocos casos reportados en la literatura. Consiste en el implante del embarazo en algunas de las estructuras del abdomen por lo que se considera una variedad rara de embarazo ectópico, y que generalmente se asocia con una alta tasa de mortalidad materna y fetal; la mortalidad materna es siete veces mayor que en el embarazo tubárico y de hasta 90 veces más que en el embarazo normal. Se presenta el caso de una paciente con antecedentes de asma bronquial, que acudió al Departamento de Urgencia del centro asistencial de Montalbán perteneciente al municipio Libertador del distrito capital de la República Bolivariana de Venezuela por presentar dolor abdominal acompañado de náuseas y plenitud gástrica, la cual fue atendida en el proceso quirúrgico. Por laparotomía exploradora se detectó embarazo ectópico abdominal. Se realizó resección en cuña de la zona afectada del ovario derecho y excéresis del saco embrionario.

Palabras clave: embarazo abdominal; embarazo ectópico; informes de casos

Límites: humanos, adulto; femenino

ABSTRACT

Abdominal ectopic pregnancy is a rare condition, with very few cases reported in literature. It consists in the implantation of pregnancy in some of the structures in the abdomen by what is considered a rare variety of ectopic pregnancy, and is generally associated with a high rate of maternal and fetal mortality; in these cases maternal mortality is seven times higher than in the tubal pregnancy and up to 90 times higher than in normal pregnancy. We report the case of a patient with a history of bronchial asthma, who attended the Emergency Department of the health center of Montalbán, in the municipality Libertador, in the capital district of the Bolivarian Republic of Venezuela because of abdominal pain with nausea and gastric fullness. The patient was treated through surgical process. Through exploratory laparotomy, abdominal ectopic pregnancy was detected. Partial right oophorectomy was performed

Recibido: 15 de septiembre de 2011

Aprobado: 19 de septiembre de 2012

Correspondencia:

Dra. Tahiluma Santana Pedraza.

Avenida 16 Nro. 5506 e/55 y 57.

Cienfuegos. Cuba. CP: 55 100.

Dirección electrónica: tahiluma1972@yahoo.es

as well as exeresis of the embryony sac.

Key words: abdominal pregnancy; ectopic pregnancy; case report

Limits: humans; adult, female

INTRODUCCIÓN

En un embarazo ectópico, la implantación se produce fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina: la trompa de Falopio, el intersticio uterino, el cérvix, el ovario, la cavidad abdominal o pélvica. Conocido como "el gran simulador" en Ginecología, constituye un trastorno que puede causar la muerte de la mujer que lo padece, y el producto de la concepción casi siempre se pierde. ⁽¹⁾

Existe un aumento de la frecuencia del embarazo ectópico en el mundo, incluyendo a Cuba, de hasta 5 veces más cuando se compara con la década de los 70. ⁽¹⁾

El embarazo ectópico abdominal es una afección infrecuente, con muy pocos casos reportados. Terán y colaboradores, quienes citan a otros autores, expresan que la incidencia del embarazo ectópico abdominal se reporta con amplias variaciones; ellos refieren que, según Beacham, se presenta 1 en 3 337 nacidos vivos, y según Cattaneo y Sievers desde 1 en 10 000 nacidos vivos hasta 1 en 550 000 nacidos vivos. Estos registros con amplias diferencias se dan según la localización geográfica, estatus socioeconómico y nivel de desarrollo de las unidades de salud. El índice de mortalidad materna varía del 0,5 al 18 % y el peri natal del 40 al 95 %. El riesgo de muerte materna por embarazos abdominales es 7,7 veces mayor en relación con el embarazo ectópico tubárico y 90 veces mayor que en un embarazo normal, y la mortalidad neonatal se reporta de un 75 a 95 %. ⁽²⁾

Es posible que el embarazo abdominal sea primario o secundario. Para considerarlo primario se exigen los siguientes requisitos: ⁽³⁾

- a. Ambas trompas y ovarios deben estar normales.
- b. No debe existir evidencia de fístulas útero-peritoneales.
- c. El embarazo debe estar asociado exclusivamente con la superficie peritoneal sin relación con la fimbria tubárica.

En caso de ser secundario debe existir solución de continuidad de útero o trompas para su exteriorización a cavidad o que su implantación inicial en ovario se libere y se implante en cavidad abdominal. ⁽³⁾

Presenta sintomatología inespecífica con marcado dolor abdominal de origen inexplicable. Su diagnóstico se dificulta mucho y la ecografía sólo diagnostica el 60 % de los casos. ⁽²⁾

El diagnóstico en estos casos es muy difícil, por cuanto 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, tales como: las infecciones pélvicas (tuberculosis abdominal), anomalías congénitas, endometriosis, embarazos ectópicos previos, cirugías uterinas o tubáricas, reproducción asistida, fertilización *in vitro*, inducción de la ovulación, uso de dispositivos uterinos y otros. ⁽²⁾

Se han señalado elementos que influyen en su ocurrencia, a saber: nivel de desarrollo en salud, estatus económico y diferencias geográficas. Se señalan que su mayoría son secundarios a la ruptura de un embarazo tubárico u ovárico y los primarios, producto de la fertilización fuera de la trompa.

En cuanto al tratamiento, la cirugía resuelve fácilmente el problema de la extracción fetal, las interrogantes que se plantean están en relación con la placenta. Existen criterios controvertidos respecto a la conducta que se debe seguir, pues el mayor peligro que ofrece el desprendimiento, es la hemorragia aguda, ya que la placenta del embarazo abdominal posee vasos muy dilatados, mal conformados anatómicamente y muy penetrados en las estructuras vecinas, ocasionando hemorragias que pueden comprometer la vida de la paciente. Sin embargo la mayoría de los autores estudiados optan por su extracción cuando las condiciones son favorables, pero si es necesario dejar la placenta *in situ*, se recomienda el uso de metotrexate por 5 días a una dosis de 10 mg/día y repetir cada 6 semanas hasta realizar 3 ciclos. ⁽²⁾

Entre las complicaciones maternas se encuentra el hemoperitoneo, anemia aguda, coagulación intravascular diseminada, infecciones cuando se deja la placenta, embolismo pulmonar y formación de fístulas en intestino. Las complicaciones fetales son el retardo de crecimiento, hipoplasia pulmonar, oligoamnios severo con alteraciones en el crecimiento de las extremidades, anomalías y deformidades fetales. ⁽³⁾

Por lo poca frecuencia con que se presentan los embarazos ectópicos abdominales, los problemas que pueden presentarse para su diagnóstico y las consecuencias adversas para la salud de la mujer se decidió la presentación de este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 27 años de edad, nacionalidad venezolana, con antecedentes de asma bronquial, que acudió a consulta por presentar dolor abdominal de mes y medio de evolución.

Refirió que mes y medio antes comenzó con dolor en bajo vientre entre el ano y la vagina, muy intenso, que casi la condujo al desmayo. Después de dos días de evolución en cama, acudió a un centro de salud donde fue interpretado como un cólico nefrítico para lo cual se le indicaron exámenes y tratamiento con buscapina de 100 mg cada 8 horas y cefalexina de 500 mg cada 8 horas.

Días después continuaba con dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior, asociado a epigastralgia, náuseas y sensación de plenitud gástrica, por lo que volvió a acudir al centro médico en el que se le indicó tratamiento con antibióticos, pero el dolor persistió asociado a epigastralgia, ahora acompañada de vómitos e intolerancia a los alimentos.

Fue llevada a otro centro, donde la valoró un gastroenterólogo y se le administraron protectores gástricos, omeprazol 20 mg cada 8 horas. Mejoró ligeramente a los siete días con el nuevo tratamiento.

Después de una semana con el tratamiento retornó el dolor con más intensidad, fundamentalmente en hipogastrio, asociado a astenia marcada, fatiga y pérdida de apetito. Durante el período descrito presentó un ciclo menstrual corto, de dos días, y pobre en sangrado.

Los síntomas de dolor abdominal intenso en hipogastrio, asociados a astenia marcada, fatiga y pérdida de apetito, que se relacionan con el embarazo, acompañaron a la paciente a lo largo de todo el periodo anterior a la detección de este.

Fue recibida en el Centro Médico de Diagnóstico Integral María Gregoria Genoveva Guerrero Ramos, municipio Libertador del distrito Capital, con exámenes complementarios hechos dos días antes, en los que se reflejaban cifras bajas de hemoglobina.

Se ingresó para tratamiento de emergencia y se le indicaron otros exámenes complementarios.

Datos positivos al examen físico:

Mucosas: húmedas e hipocoloreadas.

Abdomen: ligeramente distendido, suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda de forma difusa, con reacción peritoneal hacia hipogastrio, dolor a la descompresión.

Tacto vaginal: doloroso al examen que dificulta el examen bimanual, con fondo de saco abombado, no leucorrea.

Signos vitales: taquicardia de 99 por minuto. Tensión arterial de 119/66.

Antecedentes ginecológicos: dos gestaciones, dos partos, no abortos.

Exámenes de laboratorio:

Hb: 84 g/L

Tiempo de coagulación: 9 minutos.

Tiempo de sangrado: 1 minuto.

Leucocitos: $11,0 \times 10^9/L$

Glucemia: 4,6 mmol/L

Conteo de plaquetas: $250 \times 10^9/L$

Examen imagenológico:

UTS abdominal: se observa abundante cantidad de líquido intraperitoneal, además se constata embarazo de alrededor de 10 semanas ubicado en la cavidad peritoneal, con vitalidad conservada y útero de tamaño normal. Resto de la cavidad y órganos intraabdominales

sin alteración.

Por todo lo anterior se reanimó previamente y se llevó al salón de forma emergente.

Se realizó laparotomía exploradora. Se comprobó un embarazo ectópico intraabdominal ubicado entre el útero y el recto.

Se realizó resección en cuña de la zona afectada del ovario derecho y exéresis del saco embrionario. No se pudo definir la placenta completamente; la figura 1, que se muestra debajo, refleja una zona cruenta que pudiera corresponder con el sitio de implantación de esta. Por tanto se removió el saco embrionario y se indicó tratamiento con antibiótico de manera profiláctica.

Como hallazgos operatorios se observó hemoperitoneo de gran cuantía (2 900 ML, cálculo total de las pérdidas).

Se comprobó un embarazo ectópico intraabdominal que estaba ubicado entre el útero y el recto, nutriéndose del ovario derecho. (Figura 1).

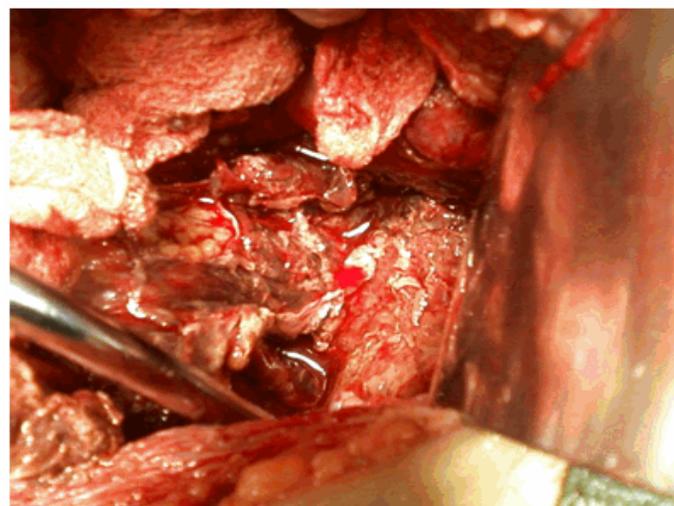


Figura 1. Imagen que muestra el sitio de implantación de la placenta y el feto, entre el útero y el recto.

Se extrajo un feto mutilado. (Figura 2).



Figura 2. Imagen del feto extraído.

No se presentaron complicaciones intra, ni posoperatorias.

Se trató con ceftriaxona de 1 g, de manera profiláctica. La paciente fue dada de alta a los 5 días con una evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico abdominal es el segundo más raro después del corno. La implantación abdominal es un reto para el ginecoobstetra debido a la escasa incidencia y experiencia que existe para su atención.

Por la incidencia infrecuente del embarazo abdominal se debe tener sumo cuidado en su manejo, generalmente diagnosticado luego de un cuadro clínico irregular, ⁽⁴⁾ tal como sucedió en el caso que ahora se presenta en que la sintomatología presentada fue interpretada erróneamente y la paciente tratada para curar otras enfermedades.

Es una entidad con un alto riesgo materno fetal en la que se debe pensar ante determinados signos y síntomas. ⁽⁴⁾

Como ocurre con frecuencia, el diagnóstico se efectúa durante el acto quirúrgico y una de las complicaciones más peligrosas es el sangrado, que puede ser muy intenso, por lo que debe ser manejado por un personal de experiencia y técnicamente apto. ⁽⁴⁾

En general se aconseja dejar la placenta en el lugar donde está adherida y mantener vigilancia por ultrasonido y BHCg (fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica). El riesgo de dejar la placenta en el abdomen consiste en que puede producir obstrucciones intestinales, infecciones, adherencias, abscesos y dehiscencias. ⁽⁴⁾

En lo que respecta al tratamiento, el proceder llevado a cabo en todos los casos es el quirúrgico y las posibilidades dependen de la edad gestacional y del sitio de implantación. El tratamiento más utilizado ha sido la realización de una laparotomía con extracción del embarazo ectópico. ^(5,6)

Un tratamiento que se ha recomendado para el manejo de la placenta ha sido el metrotexate que produce degeneración trofoblástica, reducción del tamaño y la vascularización. ⁽⁴⁾

En este caso, una vez confirmado en el acto operatorio el embarazo ectópico intraabdominal y realizada la resección en cuña de la zona afectada del ovario derecho se procedió a la excisión del saco embrionario,

o remoción placentaria, aunque no se definió completamente, por lo que no se realizó otro procedimiento. En la literatura revisada se encontró que algunos autores, cuando confirman la existencia de la placenta, clampean el cordón umbilical lo más cerca posible a la placenta y realizan seguimientos ecográficos y control de gonadotropinas para observar su involución y valoración de su degradación u optan por el manejo del metrotexate. Si la placenta se inserta en un órgano no vital (epiplón, trompa), no se debe intentar desprenderla, sino extirpar el órgano con la placenta. Cuando se inserta en un órgano vital se debe seccionar el cordón umbilical lo más próximo a la placenta y dejarla en su sitio. ⁽⁵⁻⁷⁾

Como ha evidenciado la presentación de este caso, el embarazo ectópico es el "gran simulador", muchas veces sus síntomas son interpretados en función de otra enfermedad. Así se recogen casos como el reportado por Vázquez Martínez, en que una primigesta a término, con placenta previa oclusiva total, en espera de la interrupción de su embarazo, presentó un fuerte cuadro doloroso abdominal tipo cólico acompañado de vómitos, y que fue interpretado como un trastorno dispéptico. Al continuar la sintomatología, fue sometida a ultrasonido abdominal, en que se observó imagen sugestiva de vesícula biliar dilatada con posible litiasis, se interpretó el cuadro como colecistitis y se trató como tal. Al final resultó un embarazo ectópico abdominal. ⁽⁴⁾

Otro caso reportado por Terán refleja una paciente que fue llevada a quirófano con el siguiente diagnóstico: primigesta, embarazo de 38 semanas, feto único vivo, presentación pélvica, hidrocefalia, placenta de inserción baja, oligoamnios severo. También se trataba de un embarazo abdominal. ⁽²⁾

Martín Morales describe el caso en una paciente con indicaciones médicas de administrar misoprostol, con antecedentes de una regulación menstrual fallida. Se constató en laparotomía exploratoria la presencia de un embarazo ectópico de 12 semanas, con placenta adherida a epiplón y más de 1 500 cc de sangre en la cavidad. ⁽⁸⁾

Algunos otros casos evidencian aun más la importancia que tiene sospechar un embarazo ectópico ante la sintomatología que lo sugiera, tal y como se ejemplifica en uno reportado por Tamayo Lien, de una paciente que incluso tenía las trompas ligadas por laparoscopia y presentó un embarazo ectópico. ⁽⁹⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Rev Cubana Obstet Ginecol*[revista en Internet]. 2011[citado 23 Feb 2012];37(1):[aprox. 11 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2011000100010&script=sci_arttext.
2. Terán Mendizabal R, García Sainz M, Oquendo Benavides V, Terceros Berrios G. Embarazo ectópico abdominal de término con feto vivo. *Rev Med(Cochabamba)*[revista en Internet]. 2010[citado 23 Feb 2012];21(1):[aprox. 8 p]. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092010000100013&lng=es&nrm=iso.
3. Castro Diego SJ, Spelzini RI, Villalobo MP. Embarazo ectópico: variante abdominal. Presentación de caso. *Rev Argent Ultrason*. 2010;9(3):138-40.
4. Vázquez Martínez YE, López Menéndez J, Vera Fernández V, Pérez García N. Embarazo abdominal en primigesta a término. *Rev Cubana Obstet Ginecol*[revista en Internet]. 2009[citado 23 Feb 2012];35(3):[aprox. 6 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300013.
5. Barreras González JE, Menéndez Chil O, Hernández Gutiérrez JM, Cáceres Lavernia HH. Embarazo heterotópico. Presentación de un caso. *Rev Haban Cienc Méd*[revista en Internet]. 2008[citado 23 Feb 2012];7(1):[aprox. 7 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100017.
6. Zahoor S, Hussain M, Yasmin H, Noorani KJ. Heterotopic pregnancy-outcome and management. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2004;14(8):494-5.
7. García Mirás R, Gallego Ramos J, Prado González J, Trilles Aguabella E. Embarazo heterotópico. Presentación de un caso. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2001;27(1):34-8
8. Martín Morales LM, de la Paz Muñoz R, Montero Silverio O. Embarazo ectópico abdominal. *Medicentro*[revista en Internet]. 2011[citado 2 Feb 2012];15(3):[aprox. 4 p]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/pdf/Sumario/ano%202011/v15n3a11/006embarazo13revisado.pdf>.
9. Tamayo Lien TG, Varona Sánchez JE. Embarazo ectópico posesterilización quirúrgica. A propósito de un caso. *Rev Cubana Obstet Ginecol*[revista en Internet]. 2005[citado 23 Feb 2012];31(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2005000300009&script=sci_arttext.