

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### Embarazo ectópico abdominal. Presentación de un caso y revisión de la literatura

### Abdominal ectopic pregnancy. Case report and literature review

### Gravidez ectópica abdominal. Apresentação de caso e revisão de literatura

Licet Drullet Duran<sup>1</sup>, María Elena Hernández Carcasses<sup>2</sup>, Odalis Iznaga Brooks<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Ginec Obstetricia. Instructora. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. Email: [liannelisbeth@gmail.com](mailto:liannelisbeth@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6797-6356>

<sup>2</sup> Especialista en Unidad Quirúrgica. Instructora. Hospital Pediátrico Provincial "Eduardo Agramonte Piña". Camagüey. Cuba. Email: [irinakalec@gmail.com](mailto:irinakalec@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6054-8316>

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Ginec Obstetricia. Policlínico Universitario "Santiago Rafael Echezarreta Mulkay", La Habana. Cuba. Email: [odizbro@infomed.sld.cu](mailto:odizbro@infomed.sld.cu) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1142-0265>

## RESUMEN

**Introducción:** el embarazo ectópico es una de las afecciones que más incrementan la morbilidad y la mortalidad maternas. La incidencia varía de 1:40 a 1:100 embarazos. Se caracteriza por la implantación del embrión dentro de la cavidad peritoneal, por fuera de la trompa de Falopio, el ovario y el ligamento ancho del útero. **Objetivo:** familiarizar a los médicos generales timorenses con las características clínicas, la etiopatogenia y el diagnóstico y el manejo de esta condición obstétrica. **Método:** se presentó un caso clínico de embarazo ectópico abdominal atendido por un equipo multidisciplinarios de profesionales cubanos colaboradores en el Hospital Referal Maubisse (República Democrática de Timor Leste). Se revisó la literatura sobre el tema en bases de datos electrónicas (SciELO, ClinicalKey, RedALyC, Scopus, PubMed, Clinical Evidence, Cochrane). Se realizó una selección por título y resumen por

los tres autores, en caso de encontrar una diferencia se sometió a un cuarto evaluador. **Resultados:** el examen clínico y la ultrasonografía abdominal posibilitaron el diagnóstico de embarazo ectópico abdominal con feto muerto. Se realizó laparotomía y se encontró un feto de 17 semanas en estado de momificación y maceración aséptica, ubicado en el fondo de saco de Douglas. Fue posible la extracción completa del tejido placentario sin complicaciones transoperatorias y evolución satisfactoria. **Conclusiones:** el cuadro clínico es inespecífico y aunque se reconoce el valor diagnóstico de la ecografía abdominal, al no existir signos específicos y ante la ausencia de imágenes ultrasonográficas características, se hace indispensable una laparotomía exploradora.

**Palabras clave:** embarazo abdominal; embarazo ectópico; resultado del embarazo

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Ectopic pregnancy is one of the conditions that most increase maternal morbidity and mortality. The incidence varies from 1:40 to 1: 100 pregnancies. It is characterized by implantation of the embryo into the peritoneal cavity, outside the fallopian tube, the ovary and the broad ligament of the uterus. **Objective:** to familiarize Timorese general practitioners with the clinical characteristics, etiopathogenesis and diagnosis and management of this obstetric condition. **Method:** A clinical case of abdominal ectopic pregnancy was presented attended by a multidisciplinary team of Cuban professionals collaborating at the Hospital Referral Maubisse (Democratic Republic of Timor Leste). Literature on the subject was reviewed in electronic databases (SciELO, ClinicalKey, RedALyC, Scopus, PubMed, Clinical Evidence, Cochrane). A selection was made by title and summary by the three authors, in case of finding a difference it was submitted to a fourth evaluator. **Results:** the clinical examination and abdominal ultrasonography made it possible to diagnose abdominal ectopic pregnancy with dead fetus. Laparotomy was performed and a 17-week fetus was found in a state of mummification and aseptic maceration, located at the bottom of Douglas's sac. It was possible the complete extraction of the placental tissue without transoperative complications and satisfactory evolution. **Conclusions:** the clinical picture is nonspecific and although the diagnostic value of abdominal ultrasound is recognized, as there are no specific signs and in the absence of characteristic ultrasound images, an exploratory laparotomy is essential.

**Keywords:** abdominal pregnancy; ectopic pregnancy; pregnancy result

---

## RESUMO

**Introdução:** A gravidez ectópica é uma das condições que mais aumentam a morbimortalidade materna. A incidência varia de 1:40 a 1:100 gestações. É caracterizada pelo implante do embrião na cavidade peritoneal, fora da trompa de Falópio, do ovário e do ligamento largo do útero. **Objectivo:** familiarizar os clínicos gerais timorenses com as características clínicas, etiopatogenia e diagnóstico e tratamento desta condição obstétrica. **Método:** Foi apresentado um caso clínico de gravidez ectópica abdominal, atendido por uma equipe multidisciplinar de profissionais cubanos que colaboraram no Hospital Referral Maubisse (República Democrática de Timor Leste). A literatura sobre o assunto foi revisada em bancos de dados eletrônicos (SciELO, ClinicalKey, RedALyC, Scopus, PubMed, Clinical Evidence, Cochrane). Uma seleção foi feita por título e resumo pelos três autores; no caso de encontrar diferença, foi submetida a um quarto avaliador. **Resultados:** o exame clínico e a ultrassonografia abdominal possibilitaram o diagnóstico de gravidez ectópica abdominal com feto morto. Foi realizada laparotomia e um feto de 17 semanas foi encontrado em estado de mumificação e maceração asséptica, localizado no fundo do saco de Douglas. Foi possível a extração completa do tecido placentário sem complicações transoperatórias e evolução satisfatória. **Conclusões:** o quadro clínico é inespecífico e, embora o valor diagnóstico da ultrassonografia abdominal seja reconhecido, pois não há sinais específicos e na ausência de imagens ultrassonográficas características, é essencial uma laparotomia exploradora.

**Palavras-chave:** gravidez abdominal; gravidez ectópica; resultado da gravidez

---

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es una de las afecciones que más incrementan la morbilidad y la mortalidad materna. La incidencia varía de 1:40 a 1:100 embarazos.<sup>(1,2)</sup> Más del 90 por ciento se localizan en la trompa de Falopio, pero pueden presentarse en el cuello o cuerno uterino, ovario o en cualquier lugar de la cavidad peritoneal.<sup>(3,4)</sup>

Un embarazo ectópico abdominal (EEA) es una forma de embarazo ectópico caracterizado por la implantación del embrión dentro de la cavidad peritoneal, por fuera de la trompa de Falopio, el ovario y el ligamento ancho del útero. La incidencia estimada es de 1 por cada 10000 nacimientos y un 1,4 % de los embarazos ectópicos.<sup>(5,6)</sup> Está asociado a elevada mortalidad maternal y fetal, aunque en ocasiones pueden terminar en un parto viable.<sup>(7,8)</sup>

En la República Democrática de Timor Leste no se encuentran publicaciones relacionadas con el tema EEA, y por ser una situación clínica poco común los médicos dedicados a la atención de la mujer timorense no suelen tener las experiencias necesarias y suficientes para enfrentar el diagnóstico clínico y el manejo inicial de este tipo de emergencia obstétrica, por lo que en este trabajo se socializa la experiencia de un equipo de profesionales cubanos, que como internacionalistas en el Hospital Referral Maubisse en la República Democrática de Timor Leste, brindaron atención médica obstétrica a una mujer con EEA, con el objetivo de familiarizar a los médicos generales timorenses con las características clínicas, la etiopatogenia y el diagnóstico y el manejo de esta condición obstétrica.

Se obtuvo consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación del caso clínico y se tomaron las precauciones necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y el anonimato de la paciente. Se llevó a cabo una búsqueda de la literatura en las bases de datos SciELO, Clinical key, REDALYC, Scopus, PubMed, Clinical Evidence, Base Cochrane, con los términos de búsqueda: "embarazo ectópico", "embarazo abdominal" y "embarazo peritoneal". La búsqueda se limitó a artículos publicados durante los últimos 12 años en inglés y español. Se incluyeron estudios tipo reporte y series de casos, estudios de cohorte y artículos de revisión de la literatura. Se excluyeron los estudios en los cuales no hubo acceso al texto completo. Se realizó una selección por título y resumen de los tres autores, en caso de encontrar una diferencia se sometió a un cuarto evaluador.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

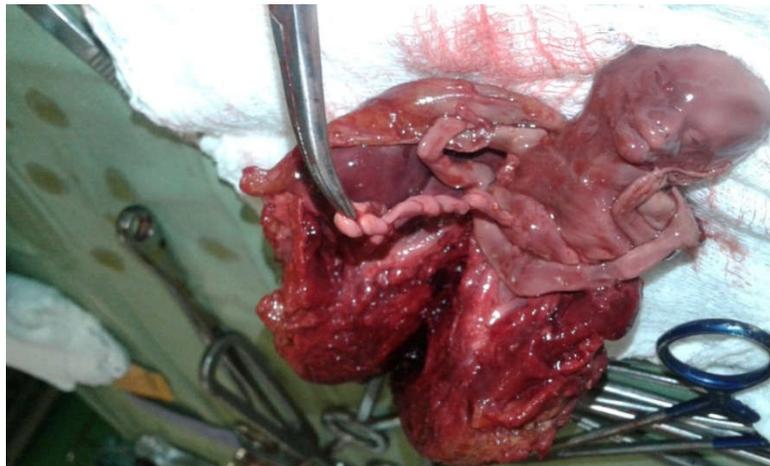
Paciente LG, 26 años de edad, residente en Same, distrito Manufahi, estado civil casada, antecedentes de salud, antecedentes obstétricos (gestaciones 3, partos 2, abortos cero). Fue remitida al Hospital Referral Maubisse por presentar dolor abdominal, náuseas, sialorrea, vómitos ocasionales y escasa metrorragia.

El examen físico mostró: presión arterial sistémica 110/80 mmHg, frecuencia cardíaca 90 latidos por minuto; frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto, mucosas color y humedad normal, abdomen distensión abdominal, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, irritación peritoneal generalizada, ausencia de ruidos hidroaéreos, examen ginecológico con espejito: cuello centro posterior con orificio cervical externo cerrado y escasa sangre en fondo de saco que impresionó residual.

El tacto vaginal mostró útero de tamaño normal, anejos no tumorales. Se palpó tumoración que ocupa fondo de saco, no movable, dolorosa. En las mamas se apreció escasa secreción láctea.

### **Exámenes complementarios realizados**

Ultrasonido ginecológico: útero y anejos normal, con endometrio en 8 mm, imagen ecogénica posterior al útero que ocupaba fondo de saco, donde se observó un feto único en su interior, diámetro biparietal 36 mm - 17 semanas y longitud del fémur 23 mm - 17,3 semanas., sin latido cardíaco y maceración aséptica de las partes blandas debido a la compresión por la ausencia del amortiguamiento que genera el líquido amniótico. No se visualizó líquido amniótico entre la placenta y el feto, ni una pared uterina que rodeara al feto. Las partes fetales estaban cercanas a la pared del fondo de saco (Figura 1).



**Fig. 1.** Feto muerto momificado con maceración aséptica. 17 semanas.

Se observó la inserción del cordón umbilical en la placenta y pared abdominal (Figura 2).



**Fig.2.** Insección del cordón umbilical en la placenta y pared abdominal.

Hematológicos: hemoglobina 123 g/l, hematócrito 0.38 g/l, leucocitos  $5.3 \times 10^9/l$ , eritrosedimentación 22 mm/h, glicemia 3.6 mmol/l, conteo de plaquetas  $293 \times 10^9/l$ , grupo sanguíneo y factor AB positivo, serología para VIH y antígeno de superficie negativas.

Según las manifestaciones clínicas de la paciente, el examen físico ginecológico y la ultrasonografía se diagnosticó un EEA con feto muerto.

Se realizó una laparotomía, visualizando útero, trompas y ovarios de aspecto normal.

Se realizó exéresis de masa ovoidea adherida al fondo de saco, con feto muerto en su interior de 17 semanas, sin líquido amniótico, sexo femenino, deformado con asimetría facial, el cordón insertado en la pared abdominal fetal. Se extrajo todo el tejido placentario sin complicaciones hemorrágicas. El embarazo sólo se relacionó con la superficie peritoneal sin signos de relación previa con en la trompa de Falopio. Se cerró por planos la cavidad abdominal. La paciente evolucionó favorablemente, no presentó complicaciones pre, trans, ni postoperatorias.

## DISCUSIÓN DEL CASO

El EEA es una forma poco frecuente de embarazo ectópico, que se asocia a una alta morbilidad y mortalidad. Su incidencia es variable, algunos informan 10,9-20,6 por cada 100 000 nacimientos, o 10 por cada 100.000 embarazos.<sup>(9,10)</sup> Se registran diferencias según localización geográfica, estatus socioeconómico y nivel de desarrollo de los cuidados en salud.<sup>(11)</sup>

El EEA implica un riesgo de muerte materna superior a otras localizaciones (7,7 veces más que los tubáricos y 90 veces mayor que uno eutópico), porque con frecuencia involucran múltiples órganos intrabdominales y grandes vasos sanguíneos con hemorragia masiva en caso de ruptura. De manera global, la mortalidad materna es de 0,5 a 18 % y la fetal es de 40 a 95 %.<sup>(12,13)</sup>

Los sitios comunes de implantación primaria son el fondo de saco de Douglas y la pared posterior uterina, se han descrito también en el fondo uterino, el omento, ligamento ancho, el epiplón, el mesosalpinx, el peritoneo de la pared pélvica y abdominal y en órganos abdominales extrapélvicos, por ejemplo: bazo, intestino y su mesenterio, hígado, estómago, diafragma y otros. Ha sido publicado su ocurrencia en pacientes con antecedentes de histerectomía.<sup>(12,13)</sup>

El embarazo abdominal se clasifica en primario y secundario, el embarazo abdominal primario ocurre cuando el óvulo fertilizado se implanta inicialmente en algún órgano abdominal (menos común), ambas trompas y ovarios son normales, no existen fístulas uteroperitoneales y su localización se circunscribe a la superficie peritoneal. En tanto que el secundario es aquel en el cual la implantación ocurre en la trompa, el ovario o el útero y, posteriormente, escapa a través de una ruptura de la trompa, aborto fimbrial o procedimiento quirúrgico a la cavidad peritoneal. El embarazo abdominal avanzado es un tipo raro de embarazo ectópico, se define como un embarazo de más de 20 semanas, en el cual el embrión en desarrollo se implanta y crece dentro de la cavidad peritoneal.<sup>(12,13)</sup>

El mecanismo de producción más frecuente de estas gestaciones es el aborto tubario temprano o ruptura de trompas. Para que el desarrollo del embarazo continúe estos acontecimientos deben ser precoces, de tal forma que el embrión asegure su nidación secundaria o bien, el flujo sanguíneo placentario se mantenga mediante la unión con la trompa. Esta forma de embarazo es la única que le es dada al feto para mantenerse en evolución a veces hasta el término, por lo que se han

encontrado en raras ocasiones fetos a término libres en cavidad abdominal. La placenta se inserta en los órganos de esta cavidad, muchos de estos casos cuando no se tratan, el feto muere y luego se calcifica dando lugar a un litopedión (niño de piedra).<sup>(12,13)</sup>

Los factores de riesgo para el EEA incluyen la edad mayor de 30 años, la raza negra, antecedentes de embarazos ectópicos, historia de abortos previos, enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, daño tubario (la esterilización tubárica, cirugía reconstructiva de trompas, el uso de progestágenos que inducen a una alteración en la motilidad tubárica), uso del dispositivo intrauterino, historia de infertilidad, técnicas de reproducción asistida y la multiparidad, se ha implicado a las enfermedades de transmisión sexual y las anomalías congénitas. También se presentan EEA secundarios al aborto o ruptura de un embarazo tubario, perforación uterina durante una interrupción del embarazo, rotura de un cuerno uterino o una cicatriz antigua de cesárea o histerectomía total o subtotal.<sup>(12,13)</sup>

El EEA es de muy difícil diagnóstico sino se sospecha, y que llegue a término con feto vivo es más raro aún, ya que la mayoría mueren tempranamente y muchos casos sólo son diagnosticados durante el acto operatorio. El diagnóstico es generalmente tardío, siendo en su mayoría, hallazgos intraoperatorios. Sólo del 10 al 30 % llega a cirugía con diagnóstico preoperatorio de embarazo abdominal, debido básicamente a la falta de familiaridad del ginecobstetra con este tipo de casos, por la baja frecuencia de estos.<sup>(12,13)</sup>

La dificultad para diagnosticar el EEA es la causa principal de la alta mortalidad materna, por la posibilidad de hemorragia secundaria a la separación placentaria intrabdominal, por lo que resulta crucial el diagnóstico temprano de esta afección.<sup>(12,13)</sup>

Las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico abdominal son múltiples y dependen de la edad gestacional. El examen físico abdominal no es muy específico para revelar esta entidad, ya que puede estar enmascarado por otras situaciones como hemoperitoneo, dolor en anexos o masas.<sup>(12,13)</sup>

Los signos y síntomas que pueden sugerirlo son: presencia de dolor abdominal, náusea o vómitos tardíos durante el embarazo, movimientos fetales dolorosos, cese brusco de éstos y localización alta de los síntomas en el abdomen materno, palpación de partes fetales y dolores, ausencia de contracciones de Braxton Hicks, signos de irritación peritoneal, la placenta puede implantarse en diferentes sitios y se puede

separar en cualquier momento durante el embarazo lo cual conducirá a un abdomen agudo por hemoperitoneo y shock hipovolémico. Se ha mencionado la tríada sintomática de dolor, hemorragia vaginal y tumor abdominal. Frecuentemente es diagnosticado como un embarazo normal o prolongado, que no responde a la inducción y su diagnóstico es intraoperatorio en aproximadamente 50-90 % de los casos.<sup>(12,13)</sup>

Para realizar el diagnóstico de EEA se usan los criterios de Studdiford:<sup>(14)</sup> las dos trompas y los ovarios deben estar normales, sin evidencia de trauma reciente o remoto, no debe existir evidencia de fístulas entre el útero y la cavidad abdominal y el embarazo debe estar confinado exclusivamente en la superficie peritoneal, sin relación con la fimbria tubárica que implique la posibilidad de una implantación secundaria después de una nidación en la trompa. De manera global, aún se siguen estos criterios para considerar que se trata de una implantación primaria. De acuerdo con estos criterios así fue en el caso que se presenta, lo confirmó el informe anatomopatológico.<sup>(14)</sup>

El EEA secundario reviste una complejidad diagnóstica pues se presenta con cuadros clínicos variados dependiendo del sitio de implantación inicial y definitivo, de la edad gestacional, de hecho puede pasar inadvertido hasta el término, llegando a ser un hallazgo intraoperatorio con resultados perinatales muchas veces favorables.<sup>(14)</sup>

El advenimiento de métodos de detección temprana de embarazo, mediante la subunidad beta de las gonadotrofinas coriónicas humanas y el ultrasonido vaginal o abdominal, representan mayores posibilidades de diagnóstico oportuno.<sup>(14)</sup>

El diagnóstico requiere un alto grado de sospecha, ya que la historia clínica, examen físico, laboratorio y ultrasonografía suelen ser inespecíficos. Sin embargo, esta última puede hacer plantear el diagnóstico, al encontrar un feto fuera del útero, incapacidad de ver una pared uterina entre el feto y la orina de la vejiga, aproximación de las partes fetales y pared abdominal de la madre, la posición excéntrica / actitud de feto, placenta fuera de la cavidad uterina y la visualización de la placenta inmediatamente adyacente al pecho y a la cabeza fetal sin líquido amniótico. Aunque en ocasiones puede omitir el diagnóstico e incluso ser desorientador.<sup>(14)</sup>

En el EEA avanzado el estudio radiográfico es muy útil, las radiografías muestran partes fetales pequeñas, suprayacentes a la columna vertebral materna, lo cual se considera casi diagnóstico de gestación abdominal. Algunos informes incluyen la tomografía axial computarizada y la

resonancia magnética pues ayudan a obtener más datos acerca de la zona de implantación de la placenta. La laparoscopia es útil en el diagnóstico temprano y se ha realizado el tratamiento quirúrgico endoscópico del EEA en el primer trimestre.<sup>(14)</sup>

El diagnóstico diferencial incluye embarazo ectópico en otros lugares, el embarazo intrauterino en un cuerno uterino rudimentario, desprendimiento prematuro de placenta y ruptura uterina.

No está claro cuál es el tratamiento óptimo del EEA. Se aconseja el manejo multidisciplinario por ginecobstetra y cirujano general. La recomendación más aceptada es realizar laparotomía tan pronto se haga el diagnóstico. Otros opinan que cuando el diagnóstico se realiza antes de las 24 semanas de gestación el tratamiento de elección es quirúrgico (laparotomía exploratoria) por la imposibilidad de supervivencia fetal, en cambio, cuando el diagnóstico se realiza después de las 24 semanas de gestación se recomienda un tratamiento intrahospitalario conservador, con la vigilancia de la viabilidad fetal, el riesgo de esta conducta es la hemorragia intraperitoneal.<sup>(14)</sup>

Respecto al abordaje terapéutico, el mayor reto corresponde al manejo de la placenta, ya que dejarla *in situ* incrementa el riesgo de íleo, obstrucción intestinal, hemorragia secundaria, sepsis, peritonitis. Por otra parte, la extracción placentaria puede producir hemorragia masiva. Se aconseja tratamiento quirúrgico, dejando la placenta en el lugar donde esté adherida, pinzarse el cordón y ligarse lo más cercano a su inserción, manipulando la placenta lo menos posible y realizar seguimiento con ecografía y  $\beta$ -gonadotropina coriónica y completar el tratamiento con metotrexato o embolización arterial. No debe intentarse en ningún caso la resección parcial de la placenta, cuando no es posible extraerla. Se sugiere que deberá extraerse sólo cuando pueda aislarse su aporte sanguíneo y ligarse este con facilidad, debido al gran riesgo de una hemorragia incontenible.<sup>(14)</sup>

En muchos casos la placenta o parte de ella queda retenida o está adherida al propio útero, por lo que se resuelve practicando una histerectomía. En otros casos, la inserción placentaria se presenta en órganos no vitales como el epiplón o la trompa, por lo que se debe extirpar el órgano junto con la placenta. En caso de adherencia a órganos vitales como la cara anterior del recto, el colon, o asas intestinales delgadas, lo más prudente es seccionar el cordón umbilical lo más próximo a la placenta y dejarla en su sitio.<sup>(14)</sup>

Dejar la placenta en el sitio de implantación requiere de un manejo médico posterior, con el empleo de metotrexato por vía parenteral y seguimiento con dosificaciones seriadas de  $\beta$ -gonadotropina coriónica y ecografía. Sin embargo, no está exento de complicaciones y exige una estrecha vigilancia de la paciente.<sup>(14)</sup>

El diagnóstico temprano permite realizar un abordaje conservador, que incluye el empleo de terapia con metotrexato con tasa de éxito cercana al 96 %, además de otras combinaciones médicas y quirúrgicas de mínimo acceso. El metotrexato se puede administrar de forma local guiado por laparoscopia o ecografía, o inyectado vía intramuscular. Se ha descrito el uso de forma sistémica preoperatoriamente, 48 horas antes de la laparotomía para reseca el saco gestacional, con el objetivo de minimizar la pérdida sanguínea como alternativa a la embolización selectiva prequirúrgica.<sup>(14)</sup> Para poder llevar a cabo un tratamiento conservador la paciente ha de estar estable, ser responsable de un seguimiento muy estrecho y tener fácil acceso a centro hospitalario en caso de urgencia.<sup>(14)</sup>

Durante el EEA avanzado, el feto puede morir y, de manera extremadamente rara, puede ser retenido por tiempo prolongado, provocando la formación de un litopedio que de no producir síntomas puede manejarse conservadoramente, sin tratamiento quirúrgico.<sup>(14)</sup>

En este caso se hizo, como la mayoría de autores preconizan, la extracción placentaria intraoperatoria, ya que no se encontraba adherida a ningún órgano vital, sino estaba adherida al fondo de saco sobre sin signos de relación previa con en la trompa de Falopio.

Es oportuno plantear aquí algunas limitaciones de esta presentación. Primero, no se tomaron imágenes de las ecografías realizadas. En segundo lugar, fue imposible tomar imágenes durante la laparotomía que posibilitaran mostrar el aspecto normal del útero, trompas y ovarios de aspecto normal, con las cuales mejoraría la calidad de esta presentación.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El embarazo abdominal plantea un desafío clínico, la precocidad en el diagnóstico y tratamiento permiten reducir la morbilidad y mortalidad implícita en este padecimiento. El cuadro clínico es inespecífico y aunque se reconoce el valor diagnóstico de la ecografía abdominal, al no existir signos específicos y ante la ausencia de imágenes ultrasonográficas

características, se hace indispensable una laparotomía exploradora, que da la posibilidad de hacer un diagnóstico y tratamiento lo antes posible, con la extracción del feto y la placenta. En especial, si ésta última se encuentra implantada en la pared abdominal o el epiplón, sin afectar otros órganos abdominales vitales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera Relova A. Características clínicas del embarazo ectópico. Rev Univ Méd Pinareña [en línea]. 2014 Jul [citado 28 Ago 2019]; 10(1):77-85. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/197/121>
2. Escobar-Vidarte MF, Caicedo-Herrera G, Solarte-Erazo JD, Thomas-Pérez LS, Dávalos-Pérez DM, López-Tenorio J, et al. Embarazo ectópico abdominal avanzado: reporte de casos y revisión de la literatura. Rev Colomb Obst Gin [en línea]. 2017 Mar [citado 28 Ago 2019]; 68(1):71-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.2983>
3. García Mirás R, Fuentes Ramírez A, Valle Hernández A, Mosquera López O, Peraza Hernández C, González Sánchez A. Embarazo ectópico abdominal. Rev Cubana Obst Gin [en línea]. 2015 Sep [citado 28 Ago 2019]; 41(3):307-314. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n3/gin12315.pdf>
4. González Ballano I, BuilLanaspa L, Guardia Dodorico L, Chipana Salinas M, Aragón Sanz MÁ, Rojas Pérez-Ezquerria B. Embarazo extrauterino abdominal. Rev Cubana Obst Gin [en línea]. 2016 Mar [citado 28 Ago 2019]; 42(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2016000100014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100014&lng=es)
5. Hernández Núñez J, Abreu Díaz A, Michael Ndwambi N, Martínez FL. Embarazo ectópico abdominal secundario a perforación uterina por interrupción voluntaria del embarazo: presentación de caso Medwave. [en línea]; 2017 Jul [citado 28 Ago 2019]; 17(6):e7000. DOI: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Casos/7000.act>
6. Hernández Núñez J, Valdés YM, Torres Chávez AO. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. Medisur [en línea]; 2013 Mar [citado 28 Ago 2019]; 11(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2080>
7. Jiménez Puñales S, Fernández Gómez J, Fleites León A, Cruz González S, Sarmiento Benavides S, Fuentes Hernández Y Embarazo ectópico abdominal en paciente posmenopáusica. Rev Cubana Obst Gin [en línea]. 2015 Dic [citado 28 Ago 2019]; 41(4):338-343. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n4/gin03415.pdf>

8. Ruiz Campo L, Abab Rubio C, Hernández Aragón M, Sanchez Lalana E, Lafalla Bernard O, Perez Ruíz FJ. Embarazo ectópico abdominal en una paciente hysterectomizada. *Gin Obst Mex* [en línea]; 2018 Oct [citado 28 Ago 2019]; 86(10): 675-681. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i10.1623>
9. Sá de Oliveira A, García A, Silva D. Embarazo ectópico abdominal. Dificultad en el diagnóstico. A propósito de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez* [en línea]. 2016 Sep [citado 28 Ago 2019]; 76(3):71-82. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/og/v76n3/art09.pdf>
10. Torres Rojas KL, González Rivero R, Brito Rodríguez A. Embarazo abdominal avanzado con feto vivo. *Rev Electrón Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [en línea]. 2016 [citado 28 Ago 2019]; 41(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/782>
11. Torres Rojas KL, Blanco Paz M, Celorrio Montiel G. Embarazo ectópico abdominal. *Ver Electrón Zoilo Marinello Vidaurreta* [en línea]. 2013 [citado 28 Ago 2019]; 38(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/549>
12. 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 Obst Gin* [en línea]. 2017 Jun [citado 28 Ago 2019]; 82(3):71-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000300338>
13. Vera Pérez J, Ortíz Hernández L, Piñeiro Mora O. Embarazo ectópico abdominal primario. Presentación de un caso. *MULTIMED* [en línea]. 2016 [citado 28 Ago 2019]; 20(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/158>
14. Dubey S, Satodiya M, Garg P, Rani M. Primary abdominal pregnancy. A Case Report. *J Clin Diagn Res* [en línea]. 2016 Nov [citado 28 Ago 2019]; 10(11):QD04-QD06. DOI: [10.7860/JCDR/2016/23061.8859](https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/23061.8859)

**Recibido:** 30 de agosto de 2019

**Aprobado:** 3 de septiembre de 2019