

Embarazo ectópico abdominal

Abdominal ectopic pregnancy

Pedro Antonio Chirino Acosta¹, Ángel Miguel Sarmiento Vitón², Miguel Alexis González Linares³, Amnerys Cabrera Rumayor⁴, Nuvia Soto Paez⁵

¹Especialista en Medicina General Integral y Especialista en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer y Educación Médica Superior. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: chirino45@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructor. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: miguelangel@princesa.pri.sld.cu

³Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructor. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: miguela@princesa.pri.sld.cu

⁴Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructora. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: cabrera@yahoo.es

⁵Licenciada en Enfermería. Máster en Enfermería. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río. Correo electrónico: nuvita@princesa.pri.sld.cu

Recibido: 10 de diciembre de 2014.

Aprobado: 13 de mayo de 2015.

RESUMEN

El embarazo ectópico abdominal ocurre con escasa frecuencia. Se refiere al implante del embarazo en algunas de las estructuras de la cavidad abdominal, generalmente se asocia a una alta incidencia en la mortalidad materna y fetal; la mortalidad materna es siete veces mayor que en el embarazo tubárico y hasta 90 veces más que en el embarazo normal. El caso que a continuación se presenta es una paciente con antecedentes de salud previa, que asistió al Hospital Provincial de Bengo, municipio de Dande de la República Popular de Angola, en septiembre de 2013. Se le diagnosticó un embarazo a término con una deficiente atención prenatal. Se detectó pérdida genital y ausencia de latidos cardiacos fetales. Se le comenzó la inducción del parto, y al no tener progreso, se realizó la cesaría

hallándose un embarazo ectópico abdominal. Se realizó la extracción de un recién nacido a término muerto y gran parte de la placenta.

DeCS: Embarazo abdominal; Embarazo ectópico.

ABSTRACT

Abdominal ectopic pregnancy is not frequent. It refers to the extrauterine implantation of pregnancy in some of the abdominal cavity structures, generally associated with a high incidence of maternal and fetal mortality; rates of maternal mortality have been reported as high as sevenfold higher than in tubal pregnancy, and up to ninetyfold higher than normal pregnancy. This case report (September 2013) presents a patient with previous history, she attended to Bengo Provincial Hospital, Dandede municipality, People's Angola Republic. The pregnancy was detected at term with poor prenatal care. Genital loss and absence of fetal heartbeats were observed. The Induction of labor was initiated, having not progress; a cesarean section was performed, finding an abdominal ectopic pregnancy. The removal of a stillborn at term and great part of the placenta was performed.

DeCS: Abdominal pregnancy; Ectopic pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la implantación del blastocito en cualquier lugar fuera de la cavidad endometrial. La causa principal se relaciona con una lesión localizada en la luz de la salpinge resultado, a su vez, de la destrucción del epitelio y la formación de microadherencias. Existen otros factores de riesgo como el uso de dispositivo intrauterino, cirugía tubárica, técnicas de reproducción asistida, antecedente de embarazo ectópico y tabaquismo.^{1, 2}

El sitio más frecuente de implantación es en las tubas uterinas, lo que ocurre en el 98% de los casos. A pesar de que en los últimos 20 años se han logrado grandes avances en los métodos diagnósticos y terapéuticos, el embarazo ectópico sigue siendo un problema de mortalidad materna, representando el 10% de ésta, la incidencia ha ido en aumento desde mediados del siglo XX, alcanzando a principios de los años 90 una cifra aproximada de 20 por 1000 embarazos; este incremento se ha asociado al aumento de la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica entre los factores de mayor riesgo.³

Han sido publicados casos raros de gestación ectópica abdominal: gemelar abdominal asociados con mola parcial, embarazos heterotópicos con ambos recién nacidos vivos, ocurrencia en paciente con antecedente de histerectomía, implantación en colon, estómago, diafragma, bazo.

El embarazo abdominal es una forma poco frecuente de embarazo ectópico, que se asocia a una alta morbilidad y mortalidad. Su incidencia general es de 1 en 10 000 nacidos vivos, informándose variaciones que van desde 1 por 3 337 a 1 por 550 000; otros plantean una incidencia de 10,9-20,6 por cada 100 000 nacimientos y 9,2-14,5 por cada 1.000 embarazos, registrándose diferencias según localización geográfica, estatus socioeconómico y nivel de desarrollo de los cuidados en salud,

la mortalidad materna es 7,7 veces mayor que en el embarazo ectópico tubárico y 90 veces mayor que el intrauterino, que oscila entre un 0,5 a un 18%. La mortalidad fetal se presenta entre el 75 al 90% y las complicaciones maternas son elevadas, sumando las propias de la evolución del embarazo a las que se pueden precipitar por la cirugía, las cuales van desde hemorragias copiosas hasta la muerte de la paciente.⁴

El embarazo ectópico abdominal es el segundo más raro después del cornual, a implantación abdominal es un reto para el ginecoobstetra debido a la escasa incidencia y experiencia que existe para su atención, los embarazos abdominales se clasifican como primarios o secundarios. La mayoría son secundarios como resultado de aborto o rotura de un embarazo tubárico temprano, con implantación secundaria en la cavidad peritoneal.⁵

Para diagnosticar un embarazo abdominal primario, se deben cumplir los criterios de Studdiford.⁵

1. Ambas trompas y ovarios deben estar en condiciones normales, sin evidencia de lesión reciente.
2. No debe haber evidencia de fístula ureteroperitoneal.
3. El embarazo debe relacionarse exclusivamente con la superficie peritoneal en un estadio bastante temprano, para excluir una implantación secundaria.

Se plantea que después de un embarazo ectópico, la posibilidad de que un embarazo posterior sea intrauterino es de 50 a 80% y la de embarazo tubario es de 10 a 25%. Se considera que esta afección adquiere gran importancia ya que mundialmente hasta el 2004, al embarazo ectópico, se debe entre el 5 y el 12% de las muertes maternas, lo que constituye un problema no resuelto y así lo destacan la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).⁶

El embarazo intraligamentario constituye una forma rara de embarazo ectópico y ocurre aproximadamente en 1 por cada 300 gestaciones ectópicas, suele deberse a penetración trofoblástica de un embarazo tubario a través de la serosa hasta el mesosalpinx, con implantación secundaria entre las hojas del ligamento ancho.⁷

El embarazo ectópico abdominal sigue siendo una entidad poco frecuente y de alta morbilidad; se reportó un caso con feto vivo y a término donde hubo necesidad de realizar histerectomía total abdominal debido a que no se pudo realizar la extracción total de la placenta.⁸

La incidencia del embarazo ectópico se ha acrecentado, considerándose que en los últimos 20 años se ha incrementado su frecuencia alrededor de 6 veces, con una leve tendencia a disminuir en algunos países en los cuales se han implementado medidas para impedir enfermedades de transmisión sexual, especialmente por *Chlamydia trachomatis*, junto con un menor uso de dispositivos intrauterinos y un aumento del consumo de anticonceptivos hormonales.⁹

La forma complicada de esta urgencia obstétrica sigue cobrando vidas por lo que aún es un problema no resuelto por el sistema de salud.¹⁰ 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; 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 y uso de dispositivos uterinos.¹¹

Actualmente, con los avances de los medios complementarios se logra diagnosticar el EE tempranamente permitiendo la utilización de tratamientos médicos con el metrotexate, cloruro de potasio y mifepristona entre otros, así como la cirugía laparoscópica o cirugía de mínimo acceso con fines terapéuticos; siempre y cuando este no esté complicado.¹²

REPORTE DEL CASO

MI. Pérdida de líquido por los genitales. HEA. Se trata de una paciente de 36 años de edad con antecedentes de salud previa, que presenta una desnutrición proteica energética importante. Acude con una gravidez de término y refirió que desde el día anterior comenzó con pérdida de líquido que le mojó la ropa interior. Durante el período de embarazo solo se le realizaron 3 consultas prenatales sin ecografía obstétrica.

- Antecedentes obstétricos.
- Embarazos (6), partos (5), abortos (0).

Examen Físico obstétrico.

- Frecuencia cardíaca fetal: ausente.
- Altura uterina: 36cm.

Exámenes complementarios.

- Hemoglobina: 9.9 g/l.
- Hematocrito: 0.33%.
- Coagulograma. Tiempo de Sangramiento: 1 minutos.
- Conteo de plaquetas: 250.

Teniendo en consideración que la paciente ingresó por la pérdida del líquido amniótico, se interpreta el cuadro inicialmente como una rotura prematura de las membranas, por lo que se decide comenzar la terapia antimicrobiana e inducción del parto con oxitocina endovenosa a goteo reglamentario, al no tener respuesta adecuada se decide aumentar concentración de oxitocina en la venoclisis.

Después de 16 horas de inducción sin obtener la modificación cervical, se decide realizar operación cesárea con el diagnóstico de inducción fallida. Cuando se abre la pared abdominal, se encuentra como hallazgo una gran cantidad de líquido amarillento no fétido y feto muerto del sexo femenino, con 3.800g de peso y con rigidez cadavérica de muchas horas de evolución. Además se observó que la placenta estaba adherida a colon y a todo suelo pélvico.

Se constató que el feto estaba aislado en la cavidad abdominal por una membrana gruesa avascular que formaba una cápsula la cual creció hasta alcanzar una dimensión que se rompió provocando la salida de líquido y la muerte fetal en el interior de la cavidad abdominal.

La extracción del feto fue fácil pero debido al sangrado de la placenta adherida a otras estructuras se retira gran parte de ella. La literatura habla de que se retira la cantidad mayor de tejido placentario sin que se produzca lesión intestinal o de otras estructuras adyacente.

Se consigue realizar esta extracción y revisión de la cavidad abdominal, durante el trans-operatorio la paciente sufrió paradas cardiorespiratorias de las cuales salió sin repercusión secundaria. Posteriormente se traslada a sala de cuidados intensivos donde las acciones estuvieron encaminadas a reponer las pérdidas y corregir desequilibrios del medio interno.

Hallazgo:

Se comprobó un embarazo ectópico intra-abdominal que estaba ubicado entre el útero y el recto, nutriéndose del ovario derecho. Figura (1, 2 y 3)



Fig. 1. Recién nacido extraído de la cavidad abdominal.



Fig. 2. Cápsula.



Fig. 3. Restos de placenta adherida a estructuras de la cavidad abdominal.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico abdominal es una entidad muy rara y sigue en orden de frecuencia al embarazo cornual, en ocasiones este constituye un hallazgo para ginecoobstetra. Por esto es importante extremar los cuidados en el acto quirúrgico con el objetivo de evitar morbilidad y mortalidad materna.

El riesgo de muerte por un embarazo ectópico abdominal es 7,7 veces mayor que un embarazo tubárico y 90 veces más que uno normal. La mortalidad materna es de 0,5% a 18% y la mortalidad fetal de 40% a 95%. La incidencia es de 10,9 a 20,6 por cada 10 000 nacimientos y de 9,2% a 14,5% por cada 1 000 embarazos ectópicos.

CONCLUSIONES

Como se observó en este caso realizar el diagnóstico resulta difícil y muchas veces se realiza en el acto quirúrgico, por lo que disminuir la morbilidad y la mortalidad materna depende de varios factores, como la cuantía del sangramiento así como las estructuras que están involucradas en el momento de la extracción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerrero Martínez E, Rivas López R. Algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico. *Ginecol Obstet Mex.* 2014; 82: [aprox. 9 p.].
2. Mercado Medrano WM. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP «Luis N. Saenz». Lima, Perú: Hospital Nacional PNP «Luis N. Saenz»; 2013.
- 3 Silva G. Pronóstico reproductivo posterior a un embarazo ectópico según modalidad de tratamiento. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2014; 79 (4): [aprox. 12 p.].
4. León Cid I, Rodríguez Iglesias G, Segura Fernández A, Atienza Barzaga AM. Embarazo ectópico abdominal con implantación en el hígado. *Rev Cubana Med Mil.* 2011 jul-dic; 40(3-4): [aprox. 8 p.].
5. Martí Morales LM, De La Paz Muñiz R, Montero Silverio O. Embarazo ectópico abdominal. *Medicentro.* 2011; 15(3): [aprox. 8 p.].
6. Álvarez Zapata D, Minaberriet Conceiro E, Puertas Alvarez D, Govín Puerto O. Caracterización de las pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Materno "10 de Octubre". Año 2011. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud.* 2013; 4(1): [aprox. 8 p.].
7. Audifred Salomón JR, Herrera Ortiz A, González Medrano MG, Estrada Rivera SF. Embarazo ectópico intraligamentario. *Ginecol Obstet Mex.* 2013; 81: [aprox. 4 p.].
8. Rumbao Da Silva F, Benítez M, De Conno G, Cohen A, Pinzón AA. Embarazo ectópico abdominal a término: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* 2001 Sep; 61(3).
9. Moya Toneut C, Pino Pérez FV, Borges Fernández R, Aguiar Delgado R, Olano Trujillo R, Espinosa Fuentes ML. Comportamiento del embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2013 jul-sep; 39(3): [aprox. 8 p.].

10. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011 ene-mar; 37(1): [aprox. 8.].
11. Santana Pedraza T, Estepa Pérez JL, Rafael Truy B. Embarazo ectópico abdominal. Presentación de un caso. Medisur. 2012; 10(5): [aprox. 8 p.].
12. Altunaga Palacio M, Rodríguez Morales Y, Lugones Botell M. Manejo del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011 oct-dic; 37(4): [aprox. 8 p.].

Dr. Pedro Antonio Chirino Acosta. Especialista en Medicina General Integral y Especialista en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer y Educación Médica Superior. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: chirino45@princesa.pri.sld.cu