



PRESENTACIÓN DE CASO

Embarazo ectópico abdominal a término con feto vivo en mujer angolana adulta joven

Term ectopic abdominal pregnancy with live fetus in young adult Angolan woman

Rolando Sánchez Machado^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-2202-8368>
Margarita Álvarez Hernández² <http://orcid.org/0000-0003-1739-9954>
Lareisy Borges Damas³ <http://orcid.org/0000-0001-5764-5713>
Ana Gladys Peñalver Sinclay³ <http://orcid.org/0000-0002-1684-4182>
Edwar Parra Linares³ <http://orcid.org/0000-0002-0910-6376>

¹ Hospital Comandante Ciro Redondo García. Artemisa, Cuba

² Hospital Provincial de Benguela. Benguela, Angola

³ Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Artemisa, Cuba

*Autor para la correspondencia: rolandosanchez@infomed.sld.cu

Recibido: 22 de febrero 2019

Aceptado: 20 de mayo 2019

Publicado: 1 de julio 2019

Citar como: Sánchez Machado R, Álvarez Hernández M, Borges Damas L, Peñalver Sinclay AG, Parra Linares E. Embarazo ectópico abdominal a término con feto vivo en mujer angolana adulta joven. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado: fecha de acceso]; 23(4): 578-586 Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3925>

RESUMEN

Introducción: el embarazo ectópico abdominal es una anomalía excepcional que representa el 1 % de los embarazos ectópicos; se asocia con alta morbilidad y mortalidad materna y fetal. El riesgo de mortalidad materna es de siete a ocho veces mayor que el de un embarazo ectópico tubario y 90 veces mayor que el de un embarazo intrauterino.

Presentación del caso: paciente angolana adulta joven con un embarazo ectópico abdominal diagnosticado al término del embarazo. Se trató con éxito mediante cesárea con extracción del feto vivo y sin complicaciones. No se extrajo la placenta por encontrarse implantada al Meso intestinal y se aplicó tratamiento con metrotexate posterior a la intervención quirúrgica.

Conclusiones: el embarazo abdominal es una enfermedad de difícil diagnóstico a pesar de los avances tecnológicos. Por lo que el sistema de salud debe establecer estrategias y programas educativos accesibles, dirigidos a la población femenina que tengan sospecha de embarazo ectópico. Una vez diagnosticado el embarazo abdominal, debe



interrumpirse, a menos que la edad de gestación sea avanzada. El manejo de la placenta debe ser individualizado.

DeCS: EMBARAZO ECTÓPICO; EMBARAZO ABDOMINAL; DIAGNÓSTICO;
TRATAMIENTO; ATENCIÓN AL PACIENTE

ABSTRACT

Introduction: abdominal ectopic pregnancy is an exceptional abnormality representing 1% of ectopic pregnancies; it is associated with high maternal and fetal morbidity and mortality. The risk of maternal mortality is seven to eight times greater than a tubal ectopic pregnancy and 90 times greater than an intrauterine pregnancy.

Case report: young adult Angolan patient with an ectopic abdominal pregnancy diagnosed at the end of pregnancy; successfully treated by caesarean section with live, uncomplicated extraction of the fetus. Removal of the placenta was not attempted as it was implanted in the mesointestinal structure; undergoing treatment with methotrexate after the surgery.

Conclusions: abdominal pregnancy is a complex disease to be diagnosed despite technological advances. Therefore, the health system must establish accessible educational strategies and programs aimed at taking care of female population suspected of ectopic pregnancy. Once an abdominal pregnancy has been diagnosed, it should be interrupted, except the gestational age is advanced. The management of the placenta should be individualized.

DeCS: PREGNANCY, ECTOPIC; PREGNANCY, ABDOMINAL; DIAGNOSIS;
TREATMENT; PATIENT CARE.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico ha sido una enfermedad que, aunque conocida desde la antigüedad, conducía a un desenlace fatal en la mayoría de los casos. El comienzo de la cirugía en el siglo XIX, y la revolución en métodos diagnósticos del siglo XX, provocaron un descenso extraordinario en su mortalidad.⁽¹⁾

El embarazo ectópico se define como la implantación del producto de la concepción fuera de la cavidad endometrial. Las formas clínicas de presentación son muy variables y dependen de su localización y evolución. La ubicación tubárica es la más frecuente, con alrededor de 96 % de los casos, sobre todo en la trompa derecha, cuya afectación es casi el doble respecto a la izquierda. Las otras variedades son excepcionales.⁽²⁾ Constituye un problema mundial de salud pues se considera una de las principales causas de muerte materna, incluidos países desarrollados.⁽³⁾

Una de las variantes más raras es el embarazo ectópico abdominal. La incidencia estimada es de uno por cada 10 000 nacimientos y del 1,4 %. Se incluyen informes que recogen su aparición después de la histerectomía.^(3,4) Dada la rareza de la implantación en estos sitios, mucha de la información que rodea el diagnóstico y tratamiento, viene de pequeños estudios observacionales e informes de casos.⁽⁵⁾

El diagnóstico del embarazo abdominal resulta muy difícil, lo que representa un gran problema obstétrico con una mortalidad materna aproximada de 18 % y una mortalidad perinatal de 95 %.⁽⁴⁾ Los embarazos abdominales se interrumpen al momento del



diagnóstico pues la posibilidad de un recién nacido sano es casi nula, los riesgos de complicaciones maternas altos y el manejo de la placenta plantea otra situación.^(5,6,7) El riesgo de mortalidad materna es de siete a ocho veces mayor que el riesgo de un embarazo ectópico tubario y es 90 veces mayor que el de un embarazo intrauterino. Aun, 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 (30 a 90 %).⁽⁶⁾

Es necesario expresar que Cuba, como país altruista lleva 55 años de colaboración con los servicios de salud con 407 mil profesionales y técnicos, de ellos 183 mil médicos en 164 países.⁽⁷⁾ Uno de esos países es la República Popular de Angola con colaboradores cubanos de salud en más de la mitad de sus provincias y municipios, con el objetivo de elevar los indicadores de salud de la población angolana.

Se decidió presentar el caso por lo novedoso que resulta ya que, a pesar de ser un embarazo abdominal, el feto era viable, con peso adecuado, estado materno satisfactorio y posibilidad de mantener, por parte de la paciente, su capacidad reproductiva. Además, sirvió como tema de docencia para estudiantes de pregrado y residentes de la universidad angolana.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 23 años, iletrada, con historia obstétrica de III G, II P y 0 abortos. No hacía uso de la planificación familiar y desconocía la fecha de su última menstruación. Con plena conciencia de su embarazo, edad gestacional aproximada de 42 semanas por ultrasonografía realizada 72 horas antes, sin haber recibido hasta ese momento atención prenatal. La paciente consultó el cuerpo de guardia del Hospital Provincial de Benguela, República de Angola, el 27 de julio de 2016, por presentar contracciones uterinas dolorosas y sangrado genital escaso en forma de manchas.

Antecedentes patológicos personales: no enfermedades, no alergia a medicamentos, no operaciones, no transfusiones.

Antecedentes patológicos familiares: nada a señalar.

Los hallazgos relevantes al examen físico fueron:

Estado general conservado

Piel y mucosas húmedas y normocoloreadas.

Murmullo vesicular conservado. No se auscultan estertores.

Ruidos cardíacos rítmicos, bien golpeados. No se auscultan soplos.

Tensión arterial: 110/80mmHg

Temperatura: 36,3°C

Altura uterina 30 cm, situación transversa, frecuencia cardíaca fetal (FCF): 128 lat x', no se constatan contracciones uterinas a la palpación abdominal.

Espéculo: sangrado escaso con coágulos.

Tacto: cuello uterino de múltipara posterior, blando, de aproximadamente dos centímetros de longitud con orificio cervical externo entreabierto y no se palpan membranas ovulares.

Se le indicaron complementarios de urgencia.



complementarios

Hemoglobina: 106g/l

Hematocrito: 031vol%

Tiempo de coagulación: 8xminuto

Tiempo de sangramiento: 1xminuto

Conteo de plaquetas: 230×10^9 g/l

Grupo sanguíneo y Rh: O positivo.

Fue hospitalizada con los diagnósticos de embarazo de 42 semanas y situación transversa.

Conducta: la paciente fue ingresada y llevada a la sala de partos; se discutió el caso en colectivo y se decidió operación cesárea segmentaria.

Transoperatorio

Previa anestesia espinal. Se realizó una incisión media infra-umbilical, al llegar a la cavidad abdominal y se constató la presencia de un embarazo abdominal. Se obtuvo recién nacido masculino, vivo, a término, peso: 2 210 g, talla: 45 cm con Apgar 8/9. Se observó útero discretamente aumentado de tamaño, con múltiples adherencias a pared anterior y anejos; los ovarios de ambos anejos estaban presentes, de aspecto normal. Luego de la extracción fetal se realiza debridación de adherencias y no se intenta la extracción de la placenta debido a su firme inserción en el Meso intestinal (fig. 1). Se realiza ligadura del cordón umbilical próximo a su emergencia placentaria (fig. 2). El transoperatorio transcurrió sin complicaciones y la paciente salió del quirófano con hemodinámica estable.

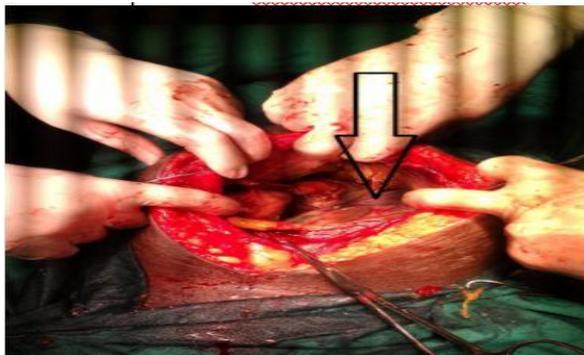


Fig. 1 Visualización de la implantación mesentérica de la placenta y membranas ovulares adheridas a la pared abdominal posterior a la extracción fetal.



Fig. 2 Disección de cordón umbilical próximo a su emergencia de placenta.

Posoperatorio

La evolución posoperatoria resultó satisfactoria. Se administró tratamiento con antibiótico endovenoso sin necesidad de administrar hemoderivados y Metotrexato con dosis de 15 mg diarios, por vía oral durante cinco días. Tuvo una evolución hospitalaria muy satisfactoria y fue egresada a los cinco días de la intervención quirúrgica, con indicación de seguimiento en consulta externa para valoración del estado materno-fetal y administración de la misma dosis (15 mg. diarios) de Metotrexato a los siete días. El recién nacido con lactancia materna exclusiva y egresó en buenas condiciones (fig. 3 y 4).



Fig. 3 Recién nacido.



Fig. 4 Recién nacido junto a su mamá.

DISCUSIÓN

Es usual que el embarazo abdominal sea secundario a un embarazo tubario, que se desprende a la cavidad peritoneal luego de una ruptura temprana o un aborto tubario. El embarazo abdominal secundario es más frecuente que el primario e incluso existen autores que ponen en duda la existencia de este último.⁽⁸⁾

La frecuencia se estima en 10,9 embarazos abdominales por 100 000 nacidos vivos y 9,2 por 1 000 ectópicos; no obstante, dicha frecuencia varía de 1: 3 372 a 1:10 200, con una proporción de 1,6 % que oscila entre 0,9 % y 4 %.^(8,9,10) En un estudio de 21 casos se encontró una frecuencia de 1:69 920 embarazos (1:60 179 partos).⁽⁸⁾ Prades y Puch presentaron casos con un desenvolvimiento muy similar a este, con diagnóstico en el transoperatorio pero con feto muerto, extracción de la placenta y la realización de histerectomía abdominal.^(8,9)

El diagnóstico de esta enfermedad es un reto, debido a que el cuadro clínico es inespecífico y puede incluir dolor abdominal leve, difuso, sensación de peso abdominal, amenorrea y sangrado genital. Chirino Acosta,⁽¹⁰⁾ señala que el embarazo ectópico no se presenta con un cuadro clínico específico pues sus síntomas son muy variables, dependen del momento de su evolución y de su localización anatómica. Existen embarazos ectópicos tan silenciosos en su evolución, que solo se hacen manifiestos cuando su crecimiento resulta incompatible con la capacidad y la tolerancia del lugar de implantación.

En 1942, Studdiford expone sus criterios de embarazo abdominal. Los criterios de Studdiford para el diagnóstico de embarazo abdominal primario requieren que ambas trompas y ovarios sean normales sin evidencia de ruptura reciente o antigua.^(11,12) En el caso que se presenta los anejos, ovarios y trompas, estaban íntegros.

Algunos autores consideran que el diagnóstico preoperatorio del embarazo abdominal es escaso, condicionado por la incredulidad médica en esta patología, a ello se puede agregar el hecho del incorrecto seguimiento y control de pacientes durante el embarazo, como es el caso que se presenta y que coincide con estudio descrito por Puch Ceballos.^(8,13)

El pensamiento médico no se condiciona para esta enfermedad en etapas avanzadas del embarazo, debido a la metodología establecida para el seguimiento de un embarazo con la inclusión de la ultrasonografía como elemento primordial. El caso que se presenta vive en un país pobre, subdesarrollado, donde a pesar de esfuerzos nacionales e internacionales enfocados en los sistemas de salud, y sobre todo para la madre y el niño, la accesibilidad a los servicios de salud es aún insuficiente y la existencia de un seguimiento del embarazo en incontables ocasiones es nula, sin mencionar la realización de complementarios y pruebas diagnósticas como la ultrasonografía.

El diagnóstico del embarazo abdominal conduce, si la edad gestacional es avanzada o el embarazo es de gran valor, a plantearse la interrupción del mismo. La mayoría de los autores coinciden en continuar una conducta expectante al ofrecer inducción de madurez pulmonar fetal y posterior resolución.⁽¹³⁾ Sin embargo, se debe tener presente que a medida que avanza el embarazo existe la probabilidad de mayor infiltración placentaria en los diversos órganos abdominales.^(9,10)

Al interrumpir el embarazo, el manejo de la placenta representa otra situación controversial. Muchos autores prefieren extraerla, siempre que sea posible, lo cual depende de la edad de gestación y el lugar de implantación.^(8,10,12) De no ser posible la extracción, existe la posibilidad de tratamiento médico con Metotrexate. Sin embargo, muchas veces este produce una destrucción acelerada de la placenta, con acúmulo de tejido necrótico y formación de abscesos.¹³ En el caso reportado no se encontraron ninguno de estos hallazgos en el seguimiento de la paciente tras la administración del fármaco.



Otra opción sería esperar que ocurra la reabsorción de la placenta lo que permitiría su extracción con menor dificultad, en una segunda intervención.⁽¹³⁾ No obstante, esta conducta puede traer consecuencias graves que incrementan la morbimortalidad, tales como: hemorragia intraabdominal, dehiscencia de la herida operatoria, hematomas retroplacentarios, abscesos pélvicos y subfrénicos, obstrucción intestinal, peritonitis y sepsis. Otras complicaciones que han sido descritas incluyen formación de quistes vasculares, eliminación de tejido trofoblástico a través de la uretra y desarrollo de coriocarcinoma.^(8,10,11)

La manipulación de la placenta es motivo de polémica, se piensa en su extracción cuando pueda ligarse con facilidad y su aporte sanguíneo pueda ser aislado, de lo contrario no habrá manipulación, sino que se ligará el cordón cerca de su inserción y la placenta se dejará *in situ*,^(8,12,13) para más tarde indicar Metotrexato. 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, malignización, estas jamás superarán la morbilidad y la mortalidad que ocasionaría la extracción de la placenta. El mayor peligro que ofrece su desprendimiento es la hemorragia aguda, porque la placenta del embarazo abdominal posee vasos gruesos, con anatomía anómala y penetrante a estructuras vecinas, que carecen del mecanismo hemostático de la contracción miometrial, lo que puede ocasionar una hemorragia intensa que pone en riesgo la vida de la paciente.⁽¹³⁾

Puch,⁸ coincide con otros autores y plantea que la herramienta más importante para el diagnóstico del embarazo abdominal es la ecografía, con una sensibilidad de hasta el 99 % en manos expertas. Los hallazgos ecográficos descritos en los casos de embarazo abdominal son: demostración del útero vacío adyacente a la vejiga, de feto fuera del útero, reconocimiento del feto en aproximación estrecha con la pared abdominal materna, ausencia de miometrio alrededor del feto, posición fetal inusual, pobre definición de la placenta y oligohidramnios. Adicional a la valoración ecográfica, la resonancia magnética complementaria permite mejor visualización de las partes fetales: la placenta y el útero, y es útil a la hora de planear la intervención quirúrgica.^(9,10)

Las implantaciones en la pelvis, como ligamento ancho, intestino, y pared lateral de la pelvis no encuentran salida; el sitio de implantación y suministro vascular son factores que influyen en la sobrevida fetal.^(5,12)

Con respecto al producto de la concepción, la mayoría de los autores plantean que los fetos, en su mayoría, mueren intraútero en los embarazos abdominales con la presencia de deformidades en los avanzados. Las deformidades fetales más comunes son asimetrías faciales, craneanas, anormalidades de las articulaciones y malformaciones del sistema nervioso central.⁽¹³⁾ En el caso presentado el recién nacido no mostró ningún tipo de deformidad o complicación, sino que nació en buenas condiciones, hecho que representa un hallazgo, ya que en los estudios consultados las cifras de viabilidad fetal y estado satisfactorio en los que sobreviven, son en extremo bajas.^(12,13)

Se hace necesario plantear algunas limitaciones del caso en cuestión. Primero, no fue posible realizar el seguimiento de la paciente posterior al egreso, por las condiciones sociodemográficas existente; segundo fue imposible dosificar la gonodotropina coriónica por el impedimento que representa para las pruebas que realiza la institución.



CONCLUSIONES

El embarazo abdominal es una enfermedad de difícil diagnóstico a pesar de los avances tecnológicos, por lo que el pensamiento médico debe individualizar las situaciones de salud a los contextos y a las poblaciones; además, se debe lograr la accesibilidad de todas las personas a los servicios de salud, al establecer estrategias y programas educativos dirigidos a la población femenina, para que asistan de forma oportuna a la consulta prenatal en el caso de una sospecha de embarazo. Una vez diagnosticado el embarazo abdominal debe interrumpirse, a menos que la edad de gestación sea avanzada. El manejo de la placenta debe ser individualizado.

Aspectos Éticos

El consentimiento informado se realizó sin dificultad, fue refrendado por la paciente con la huella digital pues era iletrada.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ibáñez Cayón F, Soto del Pino Y, Pérez González Y, Portales Cárdenas Y. Metotrexate Treatment Cornual Ectopic Pregnancy. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. Sep 2017 [citado 04/07/2018]; 43(3): [aprox. 6p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300013&lng=es
2. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Torres Chávez A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. Medisur [Internet] Dic 2013 [citado 04/07/2018]; 11(6): [aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000600006&lng=es
3. Virelles-Pacheco A, Bonet-Fonseca R, Santiesteban-Vázquez R. Factores relacionados con el embarazo ectópico. Multimed [Internet] 2017 [citado 04/07/2018]; 21(2): [aprox. 13p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/486>
4. Campechano López JM, Carranza Bernal ML, Juanico Morales G, Reyes Gil MR. Respuesta exitosa del ERI en un caso de embarazo ectópico cervical. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet] 2016 [citado 16/10/2017]; 54(6): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im166o.pdf>
5. Onoko O, Petru E, Masenga G, Ulrich D, Obure J, Zeck W. Management of the placenta in advanced abdominal pregnancies at an East african tertiary referral center. J Womens Health (Larchmt) [Internet] Jul 2010 Jul [citado 16/10/2017]; 19(7): [aprox. 6p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1704>
6. 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 Obstet Ginecol [Internet] Jun 2017 [citado 16/10/2017]; 82(3): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.revistasochog.cl/articulos/ver/1014>
7. Cubasi.cu [Internet]. Cuba: ETECSA; c2014-2018 [actualizado 19 junio 2017; citado 20/07/2018]. Disponible en: <http://cubasi.cu/cubasi-noticias-cuba-mundo-ultima-hora/item/65048-colaboracion-medica-cubana-extendida-a-162-paises>



8. Puch Ceballos EE, Vázquez Castro R, Osorio Pérez AI, Ramos Ayala M, Villarreal Sosa CO, Ruvalcaba Rivera E. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex [Internet] 2015 [citado 16/10/2017]; 83(7): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/qinobsmex/gom-2015/gom157j.pdf>
9. Prades Hung E, Tamayo Leal S, Ventura Graz E. Embarazo ectópico tubárico con feto vivo en una adulta joven. MEDISAN [Internet] 2018 [citado 04/07/2018]; 22(5): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1939>
10. Chirino Acosta PA, Sarmiento Vitón AM, González Linares MA, Cabrera Rumayor A, Soto Paez N. Embarazo ectópico abdominal. Rev Ciencias Médicas [Internet] May-Jun 2015 [citado 20/10/2017]; 19(3): [aprox. 8p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v19n3/rpr16315.pdf>
11. Mora Enríquez JA, Arreaza Graterol M, Nossa Moreno HH, Rodríguez Ortiz JA. Embarazo abdominal avanzado: diagnóstico y manejo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet] 2014 [citado 20/10/2017]; 65(3): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n3/v65n3a07.pdf>
12. Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy. Am J Obstet Gynecol [Internet] 1942 [citado 20/10/2017]; 44(3): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.ajog.org/article/S0002-9378%2842%2990488-5/abstract>
13. Gutierrez Y, Alvir A, Campillos JM, Garrido P, Rodríguez B, Castán S. Embarazo ectópico abdominal. Diagnóstico y tratamiento médico con metrotexato. Prog Obstet Ginecol [Internet] 2011 [citado 20/10/2017]; 54(5): [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501311000811>

