



Embarazo ectópico intraligamentario

Jorge Ramón Audifred Salomón,¹ Alejandra Herrera Ortiz,² María Gloria González Medrano,³ Silvia Fabiola Estrada Rivera³

RESUMEN

El embarazo intraligamentario es una forma rara del embarazo ectópico y un tipo de embarazo abdominal; el diagnóstico prequirúrgico es difícil de realizar. Se describe el caso de una mujer de 24 años de edad con antecedente de legrado uterino instrumentado sin complicaciones. Acudió a valoración por dolor abdominal en la fosa iliaca derecha de siete días de evolución, que se incrementó en forma gradual, con intensidad 10/10 en la escala visual análoga. El ultrasonido obstétrico reportó: embarazo ectópico de localización hacia el anexo derecho de 15.2 semanas de edad gestacional, con frecuencia cardíaca de 152 latidos por minuto. La paciente se hospitalizó y se le realizó laparotomía exploradora de urgencia, que encontró embarazo ectópico paratubario derecho. El informe histopatológico reportó embarazo ectópico en el ligamento ancho; espécimen de 9 x 8 x 7.5 cm y 200 gramos.

Palabras clave: embarazo intraligamentario, embarazo ectópico, ultrasonido.

ABSTRACT

Intraligamentary pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy and a type of abdominal pregnancy, preoperative diagnosis is very difficult. This paper describes the case of a 24-year-old woman with a history of uterine curettage uncomplicated; she consulted due to abdominal pain in the right lower quadrant of seven days of duration, which gradually increased in intensity being 10/10 visual scale analogous (VAS). Obstetrical ultrasound was performed reporting: ectopic localization to annex right of 15.2 weeks gestational age, with heart rate of 152 beats per minute. The patient was admitted and underwent to emergency exploratory laparotomy, which found right paratubaric ectopic pregnancy. The histopathology report was of broad ligament ectopic pregnancy. Specimen of 9 x 8 x 7.5 cm and 200 grams.

Key words: intraligamentary pregnancy, ectopic pregnancy, ultrasound.

RÉSUMÉ

Grossesse intra-ligamentaire est une forme rare de grossesse extra-utérine et d'un type de grossesse abdominale, le diagnostic préopératoire est difficile. Nous rapportons le cas d'une femme de 24 ans ayant des antécédents de curetage utérin mis en œuvre sans heurts. Il a assisté à la douleur abdominale évaluation dans le quadrant inférieur droit de durée de sept jours, ce qui a augmenté progressivement, avec une intensité 10/10 sur l'échelle visuelle analogique (EVA). L'échographie obstétricale rapporté: localisation ectopique à droite annexe de 15,2 semaines d'âge gestationnel, avec une fréquence cardiaque de 152 battements par minute. Le patient a été admis d'urgence et a subi une laparotomie exploratrice, qui a constaté droit paratubario grossesse extra-utérine. Le rapport histopathologie rapporté grossesse extra-utérine dans le ligament large, spécimen 9 x 8 x 7,5 cm et 200 grammes.

Mots-clés: grossesse intra-ligamentaire, la grossesse extra-utérine, l'échographie.

RESUMO

Intraligamentar gravidez é uma forma rara de gravidez ectópica e um tipo de gravidez abdominal, diagnóstico pré-operatório é difícil. Descrevemos o caso de uma mulher de 24 anos com uma história de curetagem uterina aplicado sem problemas. Ele participou dor abdominal valorização no quadrante inferior direito de sete dias de duração, que aumentou de forma gradual, com intensidade 10/10 na escala visual analógica (EVA). A ultrasonografia obstétrica relatou: localização ectópica anexar direito de 15,2 semanas de idade gestacional, com frequência cardíaca de 152 batimentos por minuto. O paciente foi internado e foi submetido a laparotomia exploradora de emergência, que constatou a gravidez ectópica paratubario direito. O relatório histopatológico relatou gravidez ectópica no ligamento largo, espécime 9 x 8 x 7,5 cm e 200 gramas.

Palavras-chave: gravidez intraligamentar, gravidez ectópica, ultra-som.

¹ Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia.

² Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.

³ Residente de Ginecología y Obstetricia.
Hospital General Dr. Manuel Gea González, México, DF.

Correspondencia: Dr Jorge Ramón Audifred Salomón. Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Dr. Manuel Gea González. Calzada de Tlalpan 4800, México 14080 DF.

Correo electrónico: jorgeaudifred@prodigy.net.mx

Recibido: enero 2013. Aceptado: febrero 2013.

Este artículo debe citarse como: Audifred-Salomón JR, Herrera-Ortiz A, González-Medrano MG, Estrada-Rivera SF. Embarazo ectópico intraligamentario. Ginecol Obstet Mex 2013;81:211-214.

El embarazo ectópico es la implantación de un óvulo fecundado en otro tejido diferente al endometrio. Lo describió por primera vez Albucasis en 1863; Mariceau, en el siglo XVII, lo incluyó en su texto como complicación obstétrica.¹ 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. Es posible que ocurra también si aparece una fístula uterina entre la cavidad endometrial y el espacio retroperitoneal, como sucede en el embarazo abdominal.² El embarazo ectópico es responsable de aproximadamente 10% de la mortalidad materna. La tasa global de concepción después de un embarazo ectópico es de 60 a 80%; en los próximos embarazos el aborto espontáneo ocurre en una sexta parte de ellos y aproximadamente una tercera parte son ectópicos recidivantes, sólo un tercio nacerá vivo.^{3,4} Diversos autores han puesto de manifiesto la importancia de la enfermedad inflamatoria pélvica, del dispositivo intrauterino, la infertilidad y sus procedimientos, el antecedente de cirugías correctoras, así como de la esterilización quirúrgica y el antecedente de embarazo ectópico como factores responsables del aumento de su incidencia.⁵ El diagnóstico temprano del embarazo ectópico permite disminuir la morbilidad, mortalidad y preservar la fertilidad futura.

CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia. Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 11 años, patrón menstrual normal, una pareja sexual aparentemente sana, con uso de preservativo como método de planificación familiar. La paciente tuvo un embarazo y un aborto en el año 2011, sin complicaciones. La paciente tenía cuadro clínico de siete días de evolución, con dolor en la fosa iliaca derecha, tipo cólico, de intensidad moderada, sin síntomas acompañantes, por lo que acudió a consultar un médico, quien le diagnosticó colitis y le prescribió tratamiento no especificado, sin remisión de los síntomas, mismos que se exacerbaron dos días previos a su ingreso, con dolor tipo punzante en la fosa iliaca derecha de intensidad 10/10, acompañado de náusea y vómito en cuatro ocasiones. A la exploración física tenía los siguientes signos vitales: presión arterial 80/60 mmHg, frecuencia

cardíaca 100 latidos por minuto; frecuencia respiratoria 22 por minuto; temperatura 36.2°C. Tenía adecuado estado general y palidez de tegumentos, abdomen globoso sin hiperestesia ni hiperbaralgesia, peristalsis disminuida con dolor a la palpación media y profunda de la fosa iliaca derecha, rebote positivo, con una masa que no lograba delimitarse por la resistencia muscular involuntaria. Tacto vaginal: cuello uterino posterior, cerrado, formado, bordes regulares, sin dolor a la movilización, sin sangrado transvaginal, con dolor a la palpación del anexo derecho, los miembros pélvicos sin alteraciones. Exámenes generales: biometría hemática: leucocitos 9,900; hemoglobina 15 g/dL; hematócrito 42.7%; plaquetas 196,000. Se solicitó ultrasonido obstétrico (Figura 1) que reportó: útero de 10.5 x 4.8 x 5.9 cm, patrón miometrial homogéneo, cavidad endometrial de 28 mm, salpínges derecha de 2.4 cm de grosor, hacia el anexo derecho un saco con un feto único vivo en situación variable, con frecuencia cardíaca de 152 latidos por minuto; embarazo ectópico de localización hacia el anexo derecho de 15.2 semanas de edad gestacional (probable localización intracavitaria en la región pélvica). La paciente se hospitalizó y se le realizó laparotomía exploradora que encontró embarazo ectópico paratubario derecho de aproximadamente 13 x 10 cm, que se extrajo y se envió a patología (Figura 2). Los ovarios y la salpínges izquierda no mostraban alteraciones, el útero medía, aproximadamente, 10 x 6 cm. La paciente tuvo una evolución satisfactoria y salió del hospital 48 horas después del procedimiento. El informe histopatológico reportó: embarazo ectópico en el ligamento ancho. Espécimen de 9 x 8 x 7.5 cm y 200 g, esférico, con segmento de salpínges adherido de 4 x 0.3 cm (Figura 3).

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico es una alteración que puede poner en riesgo la vida de una mujer, con potenciales efectos negativos en la fertilidad futura, por lo que es imperativo el diagnóstico temprano; de acuerdo con los protocolos realizados, el mejor estudio diagnóstico es el ultrasonido endovaginal. Condous y su grupo encontraron que la ecografía transvaginal en el diagnóstico de un embarazo ectópico tiene sensibilidad de 87%, especificidad de 94% y valor predictivo positivo de 92.5%. Cuando se encuentra una masa anexial por ecografía transvaginal y ésta se combina con la cuantificación sérica de la fracción beta



Figura 1. Saco gestacional con producto único vivo hacia el anexo derecho.



Figura 2. Embarazo ectópico paratubario derecho.



Figura 3. Especimen de 9 x 8 x 7.5 cm y 200 g de peso.

de la hormona gonadotropina coriónica, la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo positivo aumentan a 97%.^{6,7} Sin embargo, el diagnóstico prequirúrgico, específico de embarazo ectópico en el ligamento ancho, es difícil realizarlo incluso con ultrasonido.⁸ El único dato que tuvo la paciente fue dolor abdominal difuso que se incrementó paulatinamente. En la bibliografía se describen datos como la tríada: amenorrea, dolor abdominal y masa pélvica, que se manifiesta en 60% de los casos; hemorragia transvaginal escasa o moderada en 65 a 80%; dolor a la movilización uterina y masa palpable en 50%. Cuando el embarazo ectópico se rompe, generalmente hay alteración hemodinámica, puede haber dolor en los hombros en 15% y febrícula en menos de 10%. Los auxiliares de laboratorio incluyen: biometría hemática con datos de hemoconcentración y gonadotropina coriónica, aunque en la mayoría de los casos el diagnóstico de embarazo ectópico no tubárico se realiza en la sala de operaciones.^{4,9}

Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento descrito es quirúrgico; la laparoscopia es un procedimiento que ofrece muchas ventajas, por ser más eficaz y menos invasivo para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico temprano; las únicas contraindicaciones son: inestabilidad hemodinámica de la paciente e inexperiencia del cirujano tratante.

Slow y colaboradores¹⁰ comunicaron el caso de una mujer de 25 años de edad con 10 semanas de amenorrea y embarazo ectópico en el ligamento ancho de 6.5 cm, tratada por laparoscopia de manera exitosa; no se encontraron casos reportados de mayor tamaño. La laparotomía exploradora se realiza en la mayor parte de los embarazos ectópicos abdominales por el riesgo de hemorragia intraoperatoria masiva. El diagnóstico de embarazo ectópico no tubárico se realiza a finales del primer trimestre y principios del segundo. Además, hay informes de casos de embarazos abdominales e intraligamentarios con fetos vivos.¹⁰⁻¹² Sin embargo, nuestra paciente se sometió a laparotomía exploradora, porque el ultrasonido indicaba un embarazo ectópico de localización hacia el anexo derecho de 15.2 semanas de gestación, con frecuencia cardíaca de 152 latidos por minuto. De acuerdo con la bibliografía, un embarazo ectópico mayor de 3.5 cm, con cuantificación de hormona gonadotropina coriónica superior a 5,000 mUI/mL, con embrión presente, tiene alto riesgo de fracaso terapéutico y no hay informes que apoyen el tratamiento de embarazo intraligamentario.¹³

CONCLUSIÓN

En la actualidad, el embarazo ectópico es un verdadero problema de salud, una urgencia médica cuyo diagnóstico oportuno y temprano posee gran importancia para disminuir su porcentaje de morbilidad y mortalidad. Es importante tener en mente el diagnóstico al revisar a una paciente con dolor abdominal en el hipogastrio referido hacia los anexos, con datos clínicos de amenaza de aborto y, a la exploración, con masa palpable que, además, el ultrasonido muestre útero vacío. El diagnóstico debe apoyarse en la cuantificación sérica de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica.

Aun cuando la TAC y la resonancia magnética se han utilizado con éxito en algunos casos difíciles de diagnosticar, los elementos clínicos y paraclínicos mencionados permiten establecer el diagnóstico temprano en la mayoría de los casos.⁷

REFERENCIAS

1. Romero K, Herrera C, Rojas N, Lucio E y col. Embarazo ectópico. Estudio en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Ginecol Obstet (Perú) 2002;48:41-44.
2. Corrales Campos M, Risco Mateos Y, Miret Campos R, Valerino Lastra A y col. Embarazo ectópico intraligamentario y piosalpinx contralateral. Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. MEDISAN 2007;11.
3. Gabbe S, Niebyl J, Simpson JL. Obstétrica. Barcelona: Marbán, 2006;743-747.
4. Bankowski BJ, Hearne AH, Lambrou NC, Fox HE, et al. Ginecología y Obstetricia. Johns Hopkins University School of Medicine. 2ª ed. Baltimore: Marbán, 2005;305-313.
5. Fernández Suárez M, Hernández Cabrera J, Molina Guerra C, Dávila Albuerno B y col. Embarazo ectópico: correlación de algunos factores. Rev Cubana Obstet Ginecol 1996;22:5-10.
6. Gracia CR, Barnhart KT. Diagnosing ectopic pregnancy: Decision analysis comparing six strategies. Obstet Gynecol 2001;97:464-470.
7. Mondragón Alcocer HL, Velázquez Cornejo G, Zamora Ramírez ML. Embarazo ectópico abdominal primario. Rev Mex Reprod 2011;3:133-137.
8. Phupong V, Lertkhachonsuk R, Triratanachai S, Sueblinpong T. Pregnancy in the broad ligament. Arch Gynecol Obstet 2003;268:233-235.
9. Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia. INPer. 3ª ed. 2003;83-84.
10. Slow A, Chern B, Soong Y. Successful laparoscopic treatment of an abdominal pregnancy in the broad ligament. Singapore Med J 2004;45:88-89.
11. Abdul MA, Tabari AM, Kabiru D, Hamidu N. Broad ligament pregnancy: a report of two cases. Ann Afr Med 2008;7:86-87.
12. Dahab AA, Aburass R, Shawkat W, Babgi R, et al. Full-term extrauterine abdominal pregnancy: a case report. J Med Case Reports 2011;5:531.
13. Apantaku O, Rana P, Inglis T. Broad ligament ectopic pregnancy following *in-vitro* fertilization in a patient with previous bilateral salpingectomy. J Obstet Gynaecol 2006;26:474.