



Embarazo ectópico abdominal. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

RESUMEN

El embarazo ectópico abdominal es una anomalía excepcional que representa 1% de los embarazos ectópicos; se asocia con alta morbilidad y mortalidad materna y fetal. El riesgo de mortalidad materna es 7 a 8 veces mayor que el de un embarazo ectópico tubario y es 90 veces mayor que el de un embarazo intrauterino. Se trata de un cuadro de difícil diagnóstico que, en muchas ocasiones, se establece tardíamente.

Se reporta el caso de una paciente con un embarazo ectópico abdominal diagnosticado mediante ecografía abdominal en el segundo trimestre. Se trató con éxito mediante laparotomía exploradora con extracción del feto y la placenta completa. Se revisó la bibliografía relacionada con los factores de riesgo de embarazo ectópico abdominal, métodos diagnósticos y opciones terapéuticas.

Palabras clave: embarazo ectópico, embarazo abdominal, diagnóstico, laparotomía.

Eduardo Erik Puch-Ceballos¹
Rosbel Vázquez-Castro²
Ana Isabel Osorio-Pérez³
Montserrat Ramos-Ayala⁴
Conrado Otoniel Villarreal-Sosa⁴
Everardo Ruvalcaba-Rivera⁴

¹ Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia.

² Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación.

³ Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.

⁴ Residente de segundo año de Ginecología y Obstetricia.

Hospital de la Mujer Zacatecana, Guadalupe, Zacatecas, México.

Abdominal ectopic pregnancy. A case report and literature review

ABSTRACT

Abdominal ectopic pregnancy is an extremely rare entity, which represents 1% of all ectopic pregnancies and is associated with high maternal and fetal morbidity and mortality. The maternal mortality risk of an abdominal ectopic pregnancy is seven to eight times greater than the risk of a tubal ectopic pregnancy and is 90 times greater than the risk of intrauterine pregnancy. This is a disease of difficult diagnosis that often takes place late. We report the case of a patient with an abdominal ectopic pregnancy, which was diagnosed by abdominal ultrasound in the second trimester; the patient was successfully treated with exploratory laparotomy with complete removal of the fetus and placenta. We provide a review of the literature on the risk factors for abdominal ectopic pregnancy, diagnostic tests and therapeutic options.

Key words: Ectopic pregnancy, abdominal pregnancy, diagnostic, laparotomy.

Recibido: mayo 2015

Aceptado: junio 2015

Correspondencia

Dr. Eduardo Erik Puch Ceballos
puchhmz@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

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 2015;83:454-460.



ANTECEDENTES

La incidencia de embarazo ectópico abdominal varía de 1:1000 a 1:30,000 según la localización geográfica y nivel socioeconómico, es más común en países en vías de desarrollo. Representa 1% de los embarazos ectópicos.^{1,2}

El riesgo de mortalidad materna por un embarazo ectópico abdominal es 7 a 8 veces mayor que el riesgo de un embarazo ectópico tubario y es 90 veces mayor que el de un embarazo intrauterino.^{2,3} 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 que van de 30 a 90%.^{1,3,9,11,12}

La clasificación actual aceptada es la de Studdiford (1942) que divide el embarazo abdominal en primario y secundario, y establece criterios para cada uno. Los requisitos para el primario son: trompas de Falopio y ovarios normales, localizado exclusivamente en la superficie peritoneal, ausencia de fistula uteroplacentaria, sin dehiscencia posoperatoria de la herida uterina si hubo cesárea anterior. El embarazo ectópico abdominal secundario es más frecuente y es consecuencia de la rotura de un embarazo en la trompa o de un aborto tubario con implantación posterior en el abdomen.^{4,5}

Factores de riesgo

El embarazo ectópico abdominal comparte los mismos factores de riesgo que con la localización tubaria: antecedente de infección pélvica, embarazo ectópico previo, endometriosis, operación uterina previa y técnicas de reproducción asistida. El embarazo ectópico abdominal no tiene relación aparente con la edad de la paciente ni con la paridad, puede surgir en cualquier momento de la vida sexual de multiparas y nulíparas.^{1,2,6}

Clínica

La clínica es muy variable según la localización y evolución del cuadro, lo que puede dificultar el diagnóstico clínico. Síntomas: náusea, vómito, diarrea por irritación peritoneal, datos de suboclusión intestinal, movimientos fetales dolorosos, disminución de los mismos y referencia en el abdomen alto. A la exploración física puede encontrarse: molestia a la palpación abdominal, partes fetales fácilmente percibidas por debajo de la piel, no existen contracciones de Braxton-Hicks y el estímulo externo de la pared uterina no está seguido del aumento de tono, como normalmente ocurre. Hay situaciones y presentaciones viciosas, masa pélvica independiente del útero y no suele haber datos de choque, como sucede en la localización tubaria con ruptura de la trompa de Falopio y hemoperitoneo.^{9,10}

Diagnóstico

Para poder determinar el diagnóstico de embarazo ectópico abdominal, aparte de valorar los aspectos clínicos junto con una exploración ginecológica, existen pruebas como la determinación en orina de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG-β); el diagnóstico se confirma mediante su cuantificación sérica y la valoración ultrasonográfica de la pelvis, ante la ausencia de saco gestacional intrauterino y sin evidencia de saco en los anexos. Otras pruebas complementarias que pueden ayudar a confirmar o descartar el diagnóstico, son la tomografía axial computada o la resonancia magnética.^{3,7,8}

Las complicaciones por embarazo ectópico abdominal incluyen: absceso pélvico, peritonitis y sepsis por restos trofoblásticos retenidos.^{1,3,9,11,12}

Tratamiento

El dilema en cuanto al tratamiento es la decisión entre la interrupción quirúrgica del embarazo,

y con ello disminuir la mortalidad materna, y la conducta expectante con la intención de lograr un resultado exitoso materno y fetal.¹⁶

El tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica mediante laparoscopia o laparotomía exploradora. Lo más recomendable es interrumpir el embarazo tan pronto como se establezca el diagnóstico; sin embargo, cuando está cercano a la viabilidad, la posibilidad de nacimiento de un recién nacido vivo puede justificar el retraso de la intervención.

La manipulación de la placenta es motivo de controversia, se piensa que solo debe extraerse cuando pueda aislarse su aporte sanguíneo y ligarse con facilidad, de lo contrario, deberá evitarse la manipulación placentaria ligando el cordón cerca de su inserción, y la placenta se deja *in situ* y posteriormente se indica 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 más remotamente malignización, estas jamás superarán la morbilidad y mortalidad que ocasionaría la extracción de la placenta.¹⁶ El mayor peligro que ofrece su desprendimiento es la hemorragia aguda porque la placenta del embarazo abdominal posee vasos gruesos, anatómicamente anómalos y penetrantes a estructuras vecinas, que carecen del mecanismo hemostático de la contracción miometrial, lo que puede ocasionar hemorragia intensa que puede poner en riesgo la vida de la paciente.

El tratamiento recomendado es con metotrexato, que produce degeneración trofoblástica, reducción del tamaño y vascularización.¹⁷ Las modalidades terapéuticas con metotrexato incluyen: una dosis única intramuscular de 50 mg/m² de superficie corporal, con la que se ha reportado

96.7% de éxito, sin efectos secundarios; otro esquema consiste en administrar 1 mg/kg de peso corporal cada 48 horas en cuatro ocasiones (los días 1,3,5,7). A este esquema se le agrega como tratamiento de rescate ácido folínico a dosis de 1 mg/kg con el propósito de disminuir los efectos adversos del metotrexato.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente de 21 años de edad, originaria y residente de Zacatecas, México, nulípara, antecedente de tuberculosis intestinal a los 15 años en tratamiento durante 6 meses. Ciclos menstruales regulares y con retraso menstrual de 14 semanas en relación con la fecha de la última menstruación. Acudió al servicio de Urgencias debido a sangrado transvaginal escaso, asociado con la aparición de una masa palpable en la fosa iliaca derecha, sin cólico abdominal ni otros síntomas.

A la exploración física se la encontró clínica y hemodinámicamente estable, con signos vitales normales, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación y sin datos de irritación peritoneal, con una masa en la fosa iliaca derecha de 10 cm, no dolorosa y fija. Al tacto vaginal se encontró al útero en anteverosflexión, cérvix cerrado, sin dolor a la movilización y sangrado transvaginal escaso.

La ecografía abdominal mostró al útero vacío, de contorno regular y homogéneo de 8 x 5 cm, endometrio de 0.79 cm de espesor, sin imágenes en su interior y fondos de saco libres. El ovario izquierdo con imagen quística de 6.5 x 5.3 cm. La bolsa amniótica extrauterina de contornos regulares por delante del útero y detrás de la vejiga (Figura 1), en su interior había un feto único, vivo, de 15 semanas, sin evidencia de malformaciones (Figura 2). Cantidad de líquido normal. Placenta posterior grado 0, con una zona de contacto posterolateral derecha adyacente a los vasos iliacos (Figura 3).



Figura 1. Imagen de embarazo ectópico por ecografía abdominal. Vejiga (V). Útero (U). Producto (P).



Figura 3. Placenta posterolateral derecha adyacente a los vasos iliacos.



Figura 2. Feto con vitalidad y sin aparentes malformaciones.

Se estableció el diagnóstico de embarazo ectópico abdominal y la paciente fue hospitalizada. La cuantificación de hCG- β fue de 70,801 mUI/mL.

La resonancia magnética aportó datos acerca de la zona de implantación placentaria que reveló un embarazo ectópico abdominal de 15 semanas con feto único, vivo, (Figura 4), placenta posterior lateral derecha de la línea media con datos que sugieren irrigación por ramas de la arteria

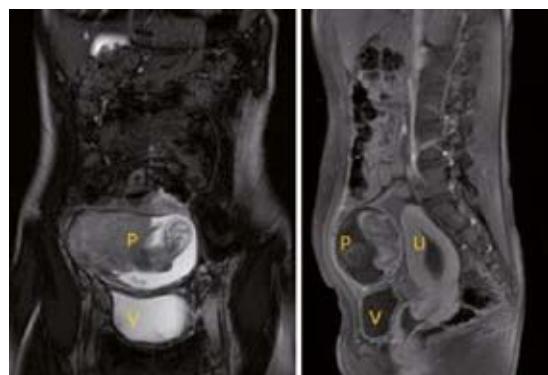


Figura 4. Ubicación de la gestación ectópica respecto al útero. Vejiga (V). Útero (U). Producto (P).

iliaca externa derecha (Figura 5) y una imagen quística de anexo izquierdo.

Se efectuó una sesión multidisciplinaria para decidir la conducta más adecuada y, por consenso, se decidió realizar una laparotomía exploradora en virtud del alto índice de mortalidad materna. Los hallazgos fueron: un proceso adherencial severo, liberación de múltiples adherencias (Figura 6), se identificó al útero y un quiste paratubárico

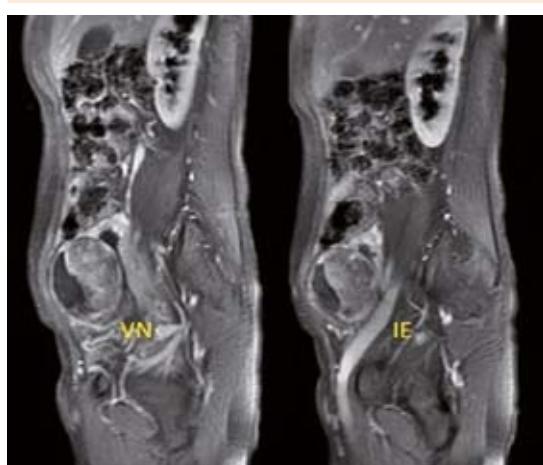


Figura 5. Irrigación placentaria proveniente de ramas de la arteria ilíaca externa (IE). Vasos nutricios (VN)



Figura 6. Proceso adherencial severo, liberación de múltiples adherencias.

izquierdo. La bolsa amniótica estaba encapsulada y localizada en la cara anterior y el fondo del útero. Mediante disección cortante se liberó la bolsa amniótica de la zona mesentérica y de la pared anterior del útero (Figura 7), quedó adherida sólo a la fascia de Toldt de donde se ligaron los vasos nutricios. Las salpinges se encontraron adheridas al saco y fue imposible liberarlas, por eso se realizó la salpingectomía bilateral y excéresis de un quiste de aspecto endometriósico paratubárico izquierdo de 7 x 5 cm.



Figura 7. Bolsa amniótica con placenta completa.

La bolsa amniótica se extrajo completa con la placenta íntegra (Figuras 8 y 9). Se conservaron ambos ovarios y el útero.

La evolución de la paciente fue satisfactoria, la cuantificación de hCG- β a las 24 horas postquirúrgicas fue de 5208 mUI/mL, fue dada de alta a las 72 horas de la cirugía, y se hizo seguimiento con determinaciones cuantitativas de hCG- β que fueron de 90.25 mUI/mL a los 7 días, 12.13 mUI/mL a los 14 días, 9 mUI/mL a los 21 días, 3 mUI/mL a los 28 días.

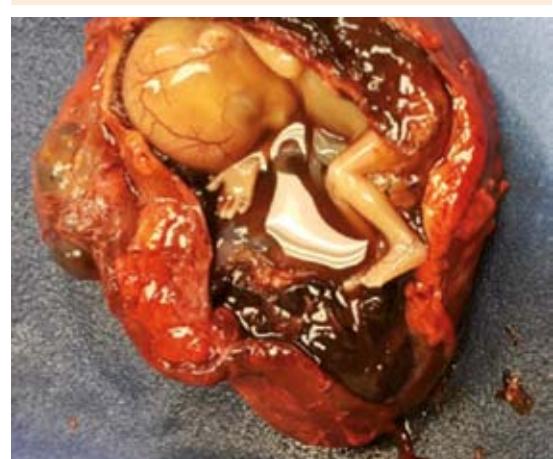


Figura 8. Producto de un embarazo ectópico abdominal.



Figura 9. Placenta íntegra.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico abdominal es una variante rara del embarazo ectópico, que crece en la cavidad abdominal con implantación placentaria en cualquiera de sus estructuras y crecimiento fetal.

La paciente tenía dos factores de riesgo para embarazo ectópico abdominal: el antecedente de infección pélvica por tuberculosis intestinal y endometriosis corroborada por patología en el quiste paratubario izquierdo.

Es frecuente que el diagnóstico no se sospeche y se haga tarde durante el acto quirúrgico en embarazos avanzados. Para el diagnóstico temprano se requiere un alto grado de sospecha, porque la historia clínica, el examen físico, los estudios de laboratorio y el ultrasonido suelen ser inespecíficos. Sin embargo, este último puede plantear el diagnóstico al encontrar un feto fuera del útero, como sucedió en este caso.

La vía de elección para el tratamiento quirúrgico, laparoscopia o laparotomía, depende fundamentalmente de la localización del embarazo, la edad gestacional al diagnóstico y del estado hemodinámico de la paciente.¹⁴ En este caso en

particular la laparotomía exploradora se consideró más adecuada por la edad gestacional y los hallazgos en los estudios de imagen, con la finalidad de extraer al feto, porque su crecimiento se asocia con alta tasa de morbilidad y mortalidad materna y fetal.¹⁵

La morbilidad y mortalidad materna se correlaciona con la manipulación de la placenta. La viabilidad de extracción de la placenta depende del grado de invasión en el sitio de implantación y de otros órganos involucrados, así como de la accesibilidad quirúrgica a los sitios de irrigación nutricia de la placenta.¹⁶ Por fortuna, el tratamiento quirúrgico en este caso se hizo más simple porque la placenta no había invadido otros órganos, y el suministro vascular de la misma dependía de vasos colaterales y de neoformación de la arteria iliaca externa, lo que facilitó ligarlos sin afectar otros órganos.

CONCLUSIONES

El embarazo abdominal es una anomalía poco frecuente que plantea un desafío clínico, el diagnóstico y tratamiento tempranos son determinantes para reducir el índice de mortalidad materna. La disminución en los errores diagnósticos se logrará siempre y cuando se establezca una correlación entre la clínica y los auxiliares diagnósticos. La presentación de esta implantación ectópica poco frecuente requiere tratamiento multidisciplinario.

REFERENCIAS

1. Yildizhan R, Kurdoglu M, Kolusari A, Erten R. Primary omental pregnancy. Saudi Med J 2008 Apr;29(4):606-9
2. Badria L, Amarin Z, Jaradat A, Zahawi H, Gharaibeh A, Zobi A. Full-term viable abdominal pregnancy: a case report and review. Arch Gynecol Obstet 2003 Oct;268(4):340-2.
3. Ludwig M, Kaisi M, Bauer O, Diedrich K. The forgotten child-a case of heterotopic, intra-abdominal and intra-uterine pregnancy carried to term. Hum Reprod 1999 May;14(5):1372-4.

4. Ang LP, Tan AC, Yeo SH. Abdominal pregnancy: a case report and literature review. *Singapore Med J* 2000 Sep;41(9):454-7.
5. Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1942;44:487-491
6. Mondragón AHL, Velázquez CG, Zamora RML. Embarazo ectópico abdominal primario, *Rev Mex Med Repro* 2011;3(3):133-137
7. Maas DA, Slabber CF. Diagnosis and treatment of advanced extra-uterine pregnancy. *S Afr Med J* 1975 Nov 12;49(48):2007-10.
8. Martin JN Jr, Sessums JK, Martin RW, Pryor JA, Morrison JC. Abdominal pregnancy: current concepts of management. *Obstet Gynecol* 1988 Apr;71(4):549-57.
9. Onan MA, Turp AB, Saltik A, Akyurek N, Taskiran C, Himmetoglu O. Primary omental pregnancy: case report. *Hum Reprod* 2005 Mar;20(3):807-9.
10. Bonfante E, Bolaños R, Pereyra L, Juárez L, García C. Embarazo abdominal experiencia institucional. *Ginecol Obstet Mex* 1998;66:287-9.
11. Costa SD, Presley J, Bastert G. Advanced abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1991;46(8):515-25.
12. GordilloFernández J, Santos Navarro J, Padilla Velasco F, GordilloRomán A. Embarazo abdominal: análisis de 10 casos. *Ginecol Obstet Mex* 1978;44:383-90.
13. Trejo Ramírez CA, Moreno Bonet H, VázquezZárate VM, Tovar Sánchez MG, Morales Núñez R. Embarazo abdominal. Revisión de 20 casos. *Ginecol Obstet Mex* 1981;49:89-99.
14. Beddock R, Naepels P, Gondry C, Besserve P, Camier B, Boulanger JC, Gondry J. Diagnosis and current concepts of management of advanced abdominal pregnancy. *Gynecol Obstet Fertil* 2004 Jan;32:55-61.
15. Van De Loo Jw. Abdominal pregnancy; a case of primary liver pregnancy and one of primary peritoneal pregnancy. *Ned Tijdschr Verloskd Gynaecol* 1952;52:25-39.
16. Varma R, Mascarenhas L, James D. Successful outcome of advanced abdominal pregnancy with exclusive omental insertion. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003 Feb;21:192-4.
17. Rahman MS, Al-Suleiman SA, Rahman J, Al-Sibai MH. Advanced abdominal pregnancy--observations in 10 cases. *Obstet Gynecol* 1982 Mar;59:366-72.