



Embarazo intraligamentario: reporte de caso y revisión bibliográfica

Muro-Sánchez E,¹ Villarreal-Peral C,² Durán-Casillas CA,³ Martínez-Aguirre JM,³ Olvera-Gracida L⁴

Resumen

ANTECEDENTES: el diagnóstico de embarazo ectópico intraligamentario es difícil de establecer y en la mayoría de los casos es un hallazgo intraoperatorio.

CASO CLÍNICO: paciente con diagnóstico ultrasonográfico de aborto diferido de 18 semanas. Se trató con prostaglandinas para maduración cervical y legrado uterino instrumental. Ante la falta de respuesta favorable, sangrado transvaginal y dolor abdominal se realizó laparotomía exploradora que evidenció embarazo intraligamentario derecho, con feto muerto, de 198 g.

CONCLUSIONES: el embarazo ectópico es una alteración que puede poner en riesgo la vida de la madre, con potenciales efectos negativos en la fertilidad futura, por esto es indispensable el diagnóstico temprano y la atención basada en protocolos establecidos.

PALABRAS CLAVE: embarazo intraligamentario, embarazo ectópico.

Ginecol Obstet Mex. 2016 November;84(11):737-741.

Intraligamentary pregnancy: case report and literature review.

Muro-Sanchez E,¹ Villarreal-Peral C,² Durán-Casillas CA,³ Martínez-Aguirre JM,³ Olvera-Gracida L⁴

Abstract

BACKGROUND: Intraligamentary diagnosis of ectopic pregnancy is difficult to establish and in most cases is an intraoperative finding.

CASE REPORT: Patient with ultrasonography diagnosis of missed abortion 18 weeks. He was treated with prostaglandins for cervical ripening and sharp curettage. In the absence of a favorable response, vaginal bleeding and abdominal pain laparotomy, which showed right Intraligamentary pregnancy with stillbirths, 198 g was performed.

CONCLUSIONS: Ectopic pregnancy is a condition that can endanger the life of the mother, with potential negative effects on future fertility, so early diagnosis and care based on established protocols is indispensable.

KEY WORDS: Intraligamentary pregnancy, ectopic pregnancy.

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia.

² Médico adscrito.

³ Médico interno.

⁴ Médico investigador.

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General Rincón de Romos, Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes.

Recibido: agosto 2016

Aceptado: septiembre 2016

Correspondencia

Dra. Claudia Villarreal Peral
clauvilla2003@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como

Muro-Sánchez E, Villarreal-Peral C, Durán-Casillas CA, Martínez-Aguirre JM, Olvera-Gracida L. Embarazo intraligamentario: reporte de caso y revisión bibliográfica. Ginecol Obstet Mex. 2016 nov;84(11):737-741.

ANTECEDENTES

El embarazo ectópico ligamentario lo describió por primera vez Loschge, en 1816.^{1,2} El embarazo que se implanta en el ligamento ancho, por ruptura tubárica, se conoce como embarazo ectópico ligamentario secundario, mientras que el primario es un raro evento que sucede cuando el embarazo se inicia en el ligamento mismo.³ Champion y su grupo reportan que la incidencia de embarazo ectópico ligamentario es de 1 caso por cada 183,900 embarazos. Otros autores han descrito una incidencia de 1 en 75 a 1 por cada 613 embarazos ectópicos.⁴ Suele deberse a la penetración trofoblástica de un embarazo tubario a través de la serosa, hacia el mesosalpinx, con implantación secundaria entre las hojas del ligamento ancho. Es posible que también ocurra si hay una fístula uterina entre la cavidad endometrial y el espacio retroperitoneal, como sucede en el embarazo abdominal.⁵

Son varios los autores que ponen de manifiesto el aumento en la incidencia de los embarazos ectópicos, suceso quizá atribuible a la mayor frecuencia de inflamación pélvica provocada por el aumento de enfermedades de transmisión sexual, abortos, uso de dispositivos intrauterinos, entre otros.⁶ El incremento es notable en las últimas décadas.⁷ El embarazo ectópico es responsable, aproximadamente, de 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 casi una tercera parte son ectópicos y recidivantes, solo un tercio nacerá vivo.⁸ La presentación clínica del embarazo ectópico ligamentario es sumamente variable y va del embarazo asintomático hasta la ruptura por trabajo de parto de término. El diagnóstico preoperatorio preciso es complejo y, muy a menudo, el diagnóstico definitivo solo puede establecerse en el momento de la operación.⁹

CASO CLÍNICO

Paciente de 18 años, con antecedente de padre con poliquistosis renal. Sin antecedentes patológicos de importancia. Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 14 años, ritmo 28 x 5, dismenorreica, inicio de la vida sexual activa a los 16 años, tres parejas sexuales, sin método de planificación familiar, un embarazo; fecha de la última menstruación: 22 de marzo de 2015 y amenorrea de 18.6 semanas. El padecimiento actual se inició con escaso sangrado transvaginal de un día de evolución, síntomas agregados. El ultrasonido obstétrico (Figuras 1 y 2) reportó: embarazo con feto único intrauterino, sin datos de vitalidad fetal ni vascularidad en su interior; los datos ecográficos fueron compatibles con aborto de 15 semanas de gestación, con feto de 118 g. La prueba inmunológica de embarazo resultó positiva.

A la exploración física los signos vitales fueron: tensión arterial 100-60 mmHg, frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 26 por minuto, temperatura 36.7°C. Tranquila, consciente, orientada, con buena hidratación y discreta palidez de tegumentos. El abdomen blando, con peristalsis



Figura 1. Saco gestacional con feto muerto (ausencia de frecuencia cardíaca).



Figura 2. Feto dentro en la cavidad uterina.

normal, sin datos de irritación peritoneal. Al tacto vaginal el útero se encontraba en anteversoflexión, de aproximadamente 11 x 6 x 6, sin dolor a la movilización, ni masas anexiales a la palpación, cérvix posterior, largo, firme, dehiscente, sin pérdidas transvaginales.

Con base en lo anterior se estableció el diagnóstico de aborto diferido y se inició el tratamiento con prostaglandinas, para maduración cervical y el legrado uterino instrumental. Simultáneamente se inició una dosis de 600 mcg de misoprostol sublingual cada seis horas durante tres días, sin obtener cambios cervicales. Al cuarto día se indicó una dosis única de 10 mg de dinoprostona intracervical. Al quinto día de internamiento inició con dolor en el hipogastrio, sin conseguir la maduración cervical. En la laparotomía exploradora el embarazo se encontró implantado en el ligamento ancho derecho. Figuras 3 y 4. El estudio histopatológico reportó: embarazo ectópico ligamentario derecho. Figura 5

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico, también conocido como “el gran simulador”, es una posibilidad que



Figura 3. Embarazo ectópico en ligamento ancho del lado derecho.

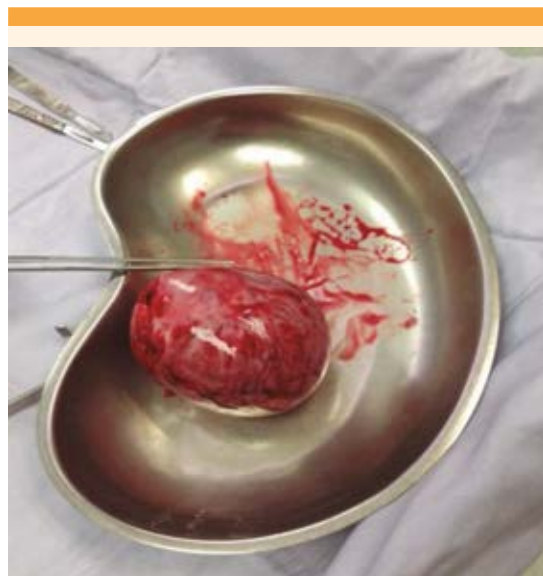


Figura 4. Saco gestacional con feto muerto.

siempre debe tenerse en mente para poder diagnosticarla. En más de 95% de los casos se implanta en la trompa uterina y de éstos, la mitad



Figura 5. Espécimen de 9 x 8 x 6 cm y 198 g.

se aloja en el ámpula (55%), 20% en la porción ístmica y el resto en el infundíbulo, fimbria o ampolla intersticial. El resto lo hace en el infundíbulo y la fimbria.

Los diferentes factores de riesgo pueden organizarse en dos grandes grupos:

Factores mecánicos

Son los que impiden o retardan el paso del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina, entre ellos:

1. La salpingitis, sobre todo la endosalpingitis, que causa aglutinación de los pliegues arborescentes de la mucosa tubárica con estrechamiento de la luz o formación de bolsillos ciegos. La reducción en la cantidad de cilios de la mucosa tubárica, producida por una infección, puede contribuir a la implantación tubárica del cigoto.
2. Adherencias peritubáricas: son secundarias a infecciones posparto o posaborto,

apendicitis o endometriosis; causan retorcimiento de la trompa y estrechamiento de la luz.

3. Anormalidades en el desarrollo de las trompas, sobre todo divertículos, orificios accesorios e hipoplasias.
4. Embarazo ectópico previo. La posibilidad de que ocurra otro embarazo es de 7 a 15%, según diferentes autores.
5. Operaciones previas de las trompas: sobre todo para restablecer la permeabilidad.
6. Abortos múltiples inducidos: aumentan el riesgo de infección.
7. Tumores que deforman la trompa: como los miomas uterinos.
8. Cirugías previas: existen opiniones a favor y en contra del aumento del riesgo; en la cistectomía del ovario se evidencia elevado riesgo por la retracción cicatrizal peritubárica.

Factores funcionales

1. Migración externa del huevo, que puede ocurrir en caso de desarrollo anormal de los conductos de Müller.
2. Reflujo menstrual. Se menciona como causa aunque no hay muchos datos que lo sustenten.
3. Alteraciones en la movilidad tubárica: consecuente con cambios séricos en las concentraciones de estrógenos y progesterona y alteraciones en la actividad mioeléctrica encargada de la actividad propulsora de la trompa de Falopio.
4. El tabaquismo incrementa el riesgo relativo 2.5 más veces en comparación con las no fumadoras, porque este hábito altera la



motilidad tubárica, la actividad ciliar y la implantación de blastocito.

5. Métodos anticonceptivos: los dispositivos intrauterinos impiden la implantación con mayor eficacia en el útero que en la trompa. Las altas dosis de estrógenos post-ovulatorios (“píldoras del día siguiente”) para evitar el embarazo.
6. Reproducción asistida: incrementa la incidencia de embarazo ectópico y del tubárico postinducción de la ovulación, de la transferencia de gametos y de la fertilización in vitro. El primer embarazo ectópico in vitro fue un ectópico tubárico.

El embarazo ectópico es una alteración que puede poner en riesgo la vida de la mujer, con potenciales efectos negativos en la fertilidad futura, por esto es indispensable el diagnóstico temprano. De acuerdo con los protocolos existentes, 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%, porcentajes que pueden aumentar incluso a 97% si se combina con cuantificación de gonadotropina coriónica humana.

El diagnóstico prequirúrgico del embarazo ectópico en el ligamento ancho es complejo, incluso con ultrasonido. En la bibliografía se describen datos como la triada: amenorrea, dolor abdominal y masa pélvica, que se manifiesta en 60% de los casos; la hemorragia transvaginal escasa o moderada en 65 a 80% y el dolor a la movilización uterina y masa palpable en 50%. Cuando el embarazo ectópico se rompe suele alterarse

la hemodinamia y puede haber dolor en los hombros en 15% y febrícula en menos de 10%.

Los auxiliares de laboratorio incluyen: hemograma con datos de hemoconcentración y gonadotropina coriónica, aunque en la mayoría de los casos el diagnóstico de embarazo ectópico no tubárico se establece en la salas de operaciones.

Después de establecer el diagnóstico, el tratamiento es quirúrgico; la laparoscopia es el procedimiento con mayores ventajas y eficacia; las únicas contraindicaciones son la inestabilidad hemodinámica de la paciente y la inexperiencia del cirujano tratante.

REFERENCIAS

1. Villareal P, C y col. Embarazo ectópico en cavidad abdominal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Ginec Obst Mex* 1995;63:26.
2. Loschge. *Arch F Med Erfahr* 1818;2:218.
3. Hameed J, Radhika, Hassena, Lakshmi S, Jaisree, Ahamed A. A Case of broad ligament pregnancy. *Int J Sci Stud*. 2014;2 (4):77-79.
4. Kennedy WT. Intraligamentous pregnancy: discussion with the report of a left intraligamentous full term pregnancy with previous dead fetus-mother living. *Am J Gynecol*. 1925 10:858-9.
5. Corrales Campos M. Risco Mateos y del, Miret Campos R, Valerino Lastra A. Embarazo ectópico intraligamentario y piosalpinx contralateral. *MEDISAN* 2007;11(4).
6. Phupong V, Lertkhachonsuk R, Triratanachat S, et al. Pregnancy in the broad ligament. *Arch Gynecol Obstet*. 2003; 268(3):233-5.
7. Fernández Arena C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2011; 37(1): 84-99.
8. Audifred-Salomon JR, Herrera Ortiz A, Gonzales-Medrano MG, Estrada-Rivera SF. Embarazo ectópico intraligamentario. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:211-214.
9. Cheung CS-y, Cheung VYT. Broad ligament ectopic pregnancy. *CRSLS e2014.00102*. DOI: 10.4293/CRSLS.2014-00102
10. Acosta CHPA y col. Embarazo ectópico abdominal. *Rev Ciencias Médicas* 2015;19(3):540-548.