

Embarazo ectópico abdominal en paciente posmenopáusica

MSc. Dr. Sandi Jiménez Puñales, Dr. José Fernández Gómez , Dra. Aracelys Fleites León, Dra. Susel Cruz González, Dra. Sulian Sarmiento Benavides, Dr. Yander Fuentes Hernández.

Hospital Universitario Ginecobstétrico "Mariana Grajales", Santa Clara. Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

La anidación anómala del blastocito se denomina como gestación ectópica. El embarazo ectópico abdominal es una forma rara que se presenta en aproximadamente el 1 % de ellos. Se define como la implantación del producto de la concepción en la cavidad peritoneal, excluyendo las localizaciones tubáricas, ováricas e intraligamentarias. Este es de difícil diagnóstico, pues en muchas ocasiones se realiza de forma tardía. El objetivo del presente trabajo es presentar el caso de una paciente posmenopáusica que tuvo un embarazo ectópico abdominal lo cual lo hace aún más raro, de esta forma aportamos un conocimiento que quizá nunca se ha visto por muchos ginecobstetras.

Palabras clave: embarazo ectópico, abdomen, posmenopausia.

INTRODUCCIÓN

La fecundación del óvulo por el espermatozoide se realiza en el tercio externo de la trompa. En condiciones habituales, el óvulo fecundado permanece unos días en ésta, donde inicia su desarrollo embrionario, y en fase de blastocito migra a la cavidad endometrial donde finaliza su implantación.^{1,2}

Cualquier otra anidación anómala se denomina como gestación ectópica, bien sea ésta tubárica, ovárica, cornual, cervical o abdominal.¹

El 98 % de los embarazos se localizan en la trompa, sobre todo en la porción ampular y zona ístmica de ésta, en el 2 % se reparten la anidación en el ovario, cuerno, cuello uterino y abdomen.^{1,3}

Los embarazos ectópicos abdominales representan el 1 % de los embarazos. Este se define como la implantación del producto de la concepción en la cavidad peritoneal, excluyendo las localizaciones tubáricas, ováricas e intraligamentarias.

Según *Studdiford*, pueden clasificarse como primarios o secundarios.⁴ Entre los embarazos ectópicos abdominales, la implantación en el epiplón es la más rara localización.³ La incidencia del embarazo ectópico abdominal varía entre 1/3 300 y 1/25 000 nacimientos.⁴

El cuadro clínico del embarazo ectópico abdominal es de difícil diagnóstico, pues en muchas ocasiones se realiza de forma tardía, presenta una incidencia elevada de morbimortalidad materna y fetal. La clínica es variable según la localización y la evolución del cuadro. Puede ser asintomático hasta en el 50 % de los casos por reabsorción espontánea. En el resto de las ocasiones puede aparecer dolor acompañado de signos de gestación incipiente. La mortalidad materna es 7,7 veces mayor que en el embarazo ectópico tubárico y 90 veces mayor que la gestación intrauterina. La mortalidad fetal se presenta en el 75-90 % de los casos.^{6,7}

El objetivo del presente trabajo es presentar el caso de una paciente con embarazo abdominal en una paciente posmenopáusica, atendido en el servicio de Ginecobstetricia del hospital "Mariana Grajales" de Villa Clara.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se trata de una paciente de 49 años de edad, blanca, con antecedentes patológicos personales de salud. Historia obstétrica de 2 embarazos, 2 partos, sin abortos, su última menstruación fue hace más de dos años, nunca más presentó sangrado, no usa método anticonceptivo y su última citología fue negativa.

La paciente comenzó con dolor en el hemiabdomen inferior hace varias semanas con fiebre de 38,6 °C en varias ocasiones en la última semana. Por esto es remitida a

nuestro hospital con la sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica. Se procede a realizar el examen físico:

Inspección

Abdomen globuloso, abundante tejido celular subcutáneo, que sigue los movimientos respiratorios sin lesiones en piel, ni cicatrices.

Palpación

Abdomen doloroso en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, sin tumoraciones palpables aunque fue difícil el examen físico por el aumento del tejido adiposo.

Tacto vaginal

Vagina húmeda y caliente, cuello que impresiona reblandecido dolor a la movilización, útero algo aumentado de tamaño, hacia anejo derecho se palpa tumoración de más menos 10 centímetros renitente dolorosa, que sigue los movimientos de tracción del cuello uterino hacia la vagina.

Tacto rectal

Se constata la misma tumoración, parametrios libres.

Estudios complementarios

Hemoglobina: 100 g/L Eritrosedimentación: 120 mm/h

Coagulograma: Tiempo de coagulación: 1 minuto.

Tiempo de sangramiento: 8 minutos, Conteo de plaquetas: $200 \times 10^9/L$,

Coágulo: retráctil; leucograma: leucocitos $15 \times 10^9/L$, polimorfonucleares 0,70; linfocitos 0,29. Se realiza prueba de gonadotropina en orina que resultó positiva.

Ultrasonografía ginecológica

Útero que mide 12 x 8 centímetros, endometrio 10 milímetros. Se observa imagen compleja en la proyección del anejo derecho a predominio ecogénico. Moderada cantidad de líquido libre en cavidad peritoneal, no se descarta la posibilidad de embarazo ectópico.

Se decide llevar la paciente al salón con diagnóstico de embarazo ectópico complicado con estabilidad hemodinámica se realiza laparotomía exploradora mediante incisión media infraumbilical con los siguientes hallazgos.

Para sorpresa de los cirujanos, se observa al abrir la cavidad el feto muerto, libre entre las asas intestinales por debajo de las cubiertas abdominales (Fig. 1).



Fig. 1. Feto muerto, libre entre las asas intestinales por debajo de las cubiertas abdominales.

Al continuar con la intervención quirúrgica, nos percatamos de que se trata de un embarazo ectópico abdominal. Se localizó el sitio de implantación placentaria en la hoja anterior del ligamento ancho derecho, la cual se desprende sin ningún tipo de dificultad sin producirse hemorragia. Se examinan útero, ovarios y trompas las cuales se encuentran íntegras sin signos de estallamiento.

Se extrae de la cavidad abdominal un feto muerto de aproximadamente 18 semanas de edad gestacional con placenta completa (Fig. 2).



Fig. 2. Feto muerto de aproximadamente 18 semanas y placenta completa.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico representa la primera causa de mortalidad materna en el primer trimestre de gestación en los países industrializados.³ El embarazo ectópico abdominal es una forma muy grave, pero también infrecuente.

En Cuba, en el año 2012, la tasa de muerte materna directa fue de 21,5 por cada cien mil nacidos vivos; de esta, 5,6 correspondió al embarazo ectópico.^{8,9}

La incidencia del embarazo ectópico ha aumentado en los últimos años. Se estima que está entre el 0,94 y el 2,6 %. Esto se relaciona con factores que retrasan o impiden el transporte del cigoto en división hacia el útero y este incremento puede deberse a técnicas de reproducción asistida, algunos métodos anticonceptivos, como el dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepción fallida y la misma enfermedad inflamatoria (EIP), asociado a enfermedades de transmisión sexual (ETS). La salpingitis causada por *Chlamydia trachomatis* es la principal causa de embarazo ectópico.^{5,7}

El embarazo abdominal puede ser primario o secundario. El embarazo abdominal primario se origina en la cavidad peritoneal y los criterios para su diagnóstico son los propuestos por Studdiford en 1942: a) trompas y ovarios sanos, sin evidencia de embarazo reciente o antiguo; b) ausencia de fístulas útero-placentarias o datos de

rotura uterina previa, y c) embarazo exclusivamente unido a la superficie peritoneal, para eliminar la posibilidad de una implantación secundaria desde la trompa.⁴

Muchos se consideran embarazos abdominales primarios, pero habría que demostrar, tanto con los hallazgos macroscópicos como histológicos, que no hay o hubo un embarazo ni en las trompas ni en los ovarios, así como la integridad anatómica uterina. El embarazo abdominal secundario es mucho más frecuente y suele ser consecuencia de un aborto tubárico u ovárico con implantación secundaria en la cavidad abdominal.⁴

El tratamiento puede ser quirúrgico o médico; este puede ser expectante ya que se han observado casos de regresión espontánea. Esta opción terapéutica requiere un control muy estricto de las pacientes con determinaciones seriadas de β hCG y ecográficas. Otra forma de tratamiento médico es mediante el metotrexato, que puede administrarse de forma local (guiado por laparoscopia), ecografía o inyectarlo por vía intramuscular. Para optar por este tratamiento la paciente tiene que estar estable y debe tratarse de un embarazo abdominal no complicado. El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellas pacientes hemodinámicamente inestables o con un cuadro complicado.⁶

Por el aumento de la frecuencia del embarazo ectópico en cualquier de sus localizaciones, así como el impacto que tiene en el índice de la mortalidad materna, se ha considerado un gran problema de salud.^{7, 10}

En Cuba, el riesgo de muerte materna a que conlleva puede ser 10 veces mayor que la de un parto vaginal y 50 veces mayor que la de un aborto inducido.⁹

La perspicacia en la sospecha del embarazo ectópico, y ya una vez diagnosticado, el manejo del mismo en dependencia de la urgencia de la paciente; serán siempre plataformas que sostendrán la vida de una paciente que muchas veces sin saberlo está al borde de la muerte. Aún más si se trata de su forma abdominal que puede que no pase nunca ante la vista y entre las manos de un ginecobstetra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mena J, López-Hidalgo ML, Gordillo R, Rodríguez A, Córdor A. Embarazo ectópico tubárico tras programa FIV y embarazo ectópico abdominal. Clin Invest Gin Obst. 2004;31(8):308-11.
2. Parrilla JJ, Delgado JL, Abad L. Embarazo ectópico. En: Remhi J, Pellicer A, Simon C, Navarro J, editores. Reproducción Humana. 2da ed. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana de España; 2000. p. 227-35.

3. Martína RM, Ragaa F, Martína V, Bonilla-Musolesa F. Gestación ectópica: evolución diagnóstica y terapéutica en la última década. Clin Invest Gin Obst. 2007;34(5):168-75.
4. Losa EM, Arones MA, Gil L, Pascual A, Almodóvar V, Gonzáles G. Embarazo abdominal secundario tras una esterilización tubárica. Prog Obstet Ginecol. 2007; 50(1):49-53.
5. Stock RJ, Nelson KJ. Ectopic pregnancy subsequent to sterilization: histologic evaluation and clinical implications. Fertil Steril. 1984;42:211-5.
6. Gutiérrez YJ, Alvir A, Campillos JM, Garrido P, Rodríguez B, Castán S. Embarazo ectópico abdominal. Diagnóstico y tratamiento médico con metotrexato. Prog Obstet Ginecol. 2011;54(5):257-60.
7. Altunaga M, Rodríguez Y, Lugones M. Manejo del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011;37(4).
8. Zacca E. Anuario Estadístico de Salud 2012. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2012. [citado 20-07-14]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2010/04/anuario-2009e3.pdf>
9. Suárez JA, Gutiérrez M. Evolución, complicaciones y repercusión económica del embarazo ectópico según algoritmo para su asistencia. Clin Invest Gin Obst. 2008; 35(3):83-6.
10. Capote R, Carrillo L, Guzmán R, Varona J, Mohamed M. Embarazo ectópico cervical. Presentación de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2007;33(1).

Recibido: 23 de abril de 2015

Aprobado: 4 de septiembre de 2015

Sandi Jiménez Puñales . Hospital Ginecobstétrico "Mariana Grajales". Avenida 26 de Julio Santa Clara Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: sandijp@hmmg.vcl.sld.cu, sandi83@nauta.cu