

PRESENTACIÓN DE CASO

Embarazo extrauterino abdominal

Abdominal ectopic pregnancy

Isabel González Ballano, Laura Buil Lanaspá, Lorena Guardia Dodorico, Margot Chipana Salinas, María Ángeles Aragón Sanz, Beatriz Rojas Pérez-Ezquerro

Hospital de Barbastro, Huesca. España.

RESUMEN

El embarazo extrauterino abdominal es uno de los tipos de embarazo ectópico junto con el ovárico, menos frecuentes. El diagnóstico es difícil y suele realizarse de forma tardía, lo que contribuye a aumentar la morbilidad materna. Presentamos el caso de un embarazo abdominal diagnosticado a las 9 semanas de amenorrea con embrión de tamaño acorde con edad gestacional, asintomático al diagnóstico, que se resolvió satisfactoriamente mediante laparotomía.

Palabras clave: embarazo ectópico abdominal; laparotomía.

ABSTRACT

Abdominal pregnancy is one of the rarest types of ectopic pregnancy. The diagnosis is difficult and is generally delayed. We report the case of an abdominal pregnancy diagnosed at 9 weeks of amenorrhea, with size of embryo according to gestational age, asymptomatic at diagnosis, which was resolved satisfactorily by laparotomy.

Keywords: Abdominal ectopic pregnancy; laparotomy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico o extrauterino se presenta en un 1-2 % de los embarazos y únicamente 1 % de ellos se forman fuera del aparato genital interno, lo que se denomina embarazo ectópico-abdominal. Presentamos el caso de una paciente que se diagnosticó a las 9 semanas, a pesar de tener dos ecografías previas que informaban de gestación intrauterina normal. Esto demuestra lo complicado que resulta a veces el diagnóstico. Planteamos también distintas formas de tratamiento.

Presentación de caso

Paciente de 35 años, primigesta de 9 semanas de amenorrea, sin antecedentes de interés, embarazo espontáneo tras un año de deseo gestacional. Acude al servicio de Urgencias, asintomática, remitida de otro centro con el diagnóstico ecográfico de aborto diferido. En esos momentos no presentaba hemorragia genital ni dolor abdominal.

A la exploración se objetivan genitales externos normales, vagina limpia, cuello de nuli para desplazado anteriormente por masa en Douglas, palpable en fondo de saco posterior de aproximadamente 6 cm, dolorosa a la palpación. Abdomen blando y depresible, no doloroso.

Al realizar ecografía vaginal se visualiza útero en anteflexión, de aspecto normal, de 64 × 37 mm con endometrio homogéneo de 10 mm. Ovario derecho normal con cuerpo lúteo. Ovario izquierdo normal. Saco gestacional en fondo de saco de Douglas, que mide aproximadamente 6 cm, con placenta anterior, y embrión único de longitud cráneo-caudal de 24 mm sin latido cardíaco fetal, sugestivo de embarazo ectópico abdominal. Escasa vascularización en corion. Moderada cantidad de sangre y coágulos en el fondo de saco de Douglas y hacia fosa ilíaca derecha ([Fig. 1](#) y [2](#)).



Fig. 1. Ecografía transvaginal: útero en anteflexión normal y sin evidencia de gestación intrauterina, y por detrás de él, en fondo de saco de Douglas, formación heterogénea de 53 × 61 mm correspondiente a un saco gestacional.



Fig. 2. Ecografía abdominal: útero normal, ovario derecho de 2 × 29 mm con cuerpo lúteo; ovario izquierdo normal, de 15 × 26 mm. Detrás de este y retrouterino, saco gestacional abdominal señalado con asterisco.

Con el diagnóstico claro de embarazo ectópico se desestima la realización de una hormona gonadotropina coriónica humana (beta-HCG) y dado el tamaño del saco gestacional, la localización y la moderada cantidad de coágulos en la cavidad abdominal se decide laparotomía de urgencia.

Ese mismo día, con preoperatorio normal salvo anemia leve (hemoglobina 11,1, hematocrito 32,6) se realiza laparotomía exploradora. Durante la intervención se observa útero, trompas y ovario derecho normal con cuerpo lúteo. En fondo de saco de Douglas se describe masa elástica de aspecto hemorrágico, de aproximadamente 6 cm, íntimamente adherida a cara uterina posterior y cara anterior de recto, que se abre accidentalmente durante la disección y se visualiza corion y embrión de 2 cm ([Fig. 3](#)). Este saco gestacional estaba adherido a la trompa izquierda, íntegra en todo su trayecto, y englobaba a ovario izquierdo. Durante la intervención esta presenta un diagnóstico diferencial entre embarazo extrauterino abdominal u ovárico. Por las dificultades en la resección es necesaria la salpingectomía izquierda parcial. Se realiza lavado de cavidad por moderada cantidad de coágulos en Douglas ([Fig. 4](#) y [5](#)).



Fig. 3. Masa retrouterina que corresponde a saco gestacional abdominal.

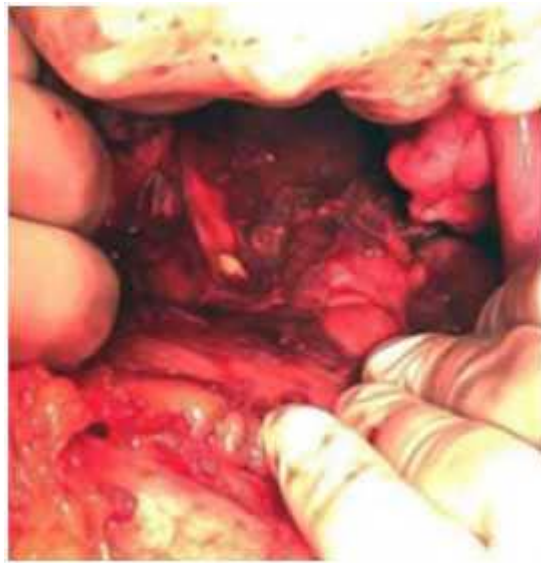


Fig. 4. Lecho quirúrgico tras la extirpación.



Fig. 5. Pieza quirúrgica con embrión de 25 mm.

El posoperatorio se desarrolla con normalidad salvo anemia moderada que precisa tratamiento con sales de hierro. Presenta un pico febril de 38 °C el primer día del posoperatorio por lo que se pauta tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico una semana, con hemocultivos y urocultivos negativos. No se realiza β HCG (fracción beta de la gonadotropina coriónica humana) de control por considerarse completa la resección del embarazo ectópico, y por el mismo motivo no se administra metotrexato como terapéutica complementaria.

Un mes después se revisa a la paciente en consultas con bienestar general: ecografía normal en la que se visualizan ambos ovarios normales, resultado de Anatomía Patológica que informa de restos deciduo-coriales y restos embrionarios sin alteraciones patológicas, además de trompa uterina con cambios inflamatorios y reactivos en la pared de la misma.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico abdominal es una localización extremadamente rara, entre 1 y 1,4 % de los embarazos extrauterinos según autores,^{1,2} 1/10000 de los recién nacidos vivos según otras referencias.³ Se trata de embarazos implantados en omento, órganos vitales o grandes vasos de la cavidad abdominal, secundarios a la ruptura o aborto de un embarazo tubárico u ovárico.

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.⁴ Así fue en nuestro caso, en el que únicamente la trompa derecha estaba íntimamente adherida a la masa que conformaba el embarazo ectópico, pero totalmente íntegra. La anatomía patológica confirmó la ausencia de vellosidades coriales en la misma. Así también, el ovario izquierdo, el cual estuvo normal, presentó dudas durante la intervención de si se trataba de un embarazo ovárico por estar muy adherido al ectópico, aunque luego el informe patológico descartó tejido ovárico en la pieza.

El diagnóstico se realiza habitualmente por ecografía vaginal o abdominal. Se visualiza el saco gestacional implantado fuera del útero, vacío, con anejos normales. Esto puede resultar más difícil en el segundo y, sobre todo, en el tercer trimestre, cuando el útero vacío y de tamaño normal es más difícil de visualizar, sobre todo si no se complementan las dos vías de acceso de la ecografía. La relación anormal entre feto, placenta y líquido amniótico, y presentaciones anómalas fetales, sobre todo transversa, pueden alertar al ecografista a partir del segundo trimestre.⁵ Estos embarazos pueden no diagnosticarse hasta avanzados momentos de la gestación y coincidir incluso con un feto viable, lo que complica su manejo.³

La resonancia nuclear magnética puede ayudar a obtener más datos acerca de la zona de implantación de la placenta,^{6,7} ya que la correcta su localización preoperatoriamente puede minimizar la pérdida de sangre durante la cirugía y ayudar en la decisión de intentar la resección parcial o completa de la misma.

No está claro cual es el tratamiento óptimo del embarazo ectópico abdominal. En general, se aconseja tratamiento quirúrgico, dejando la placenta en el lugar donde esté

adherida y realizar seguimiento con ecografía y beta HCG, y completar el tratamiento con metotrexato o embolización arterial.² Sin embargo, dejar la placenta *in situ* puede traer graves complicaciones como infección, hemorragia secundaria u obstrucción intestinal.⁸ También hay casos con éxito tratados exclusivamente con metotrexato, que puede administrarse de forma local guiado por laparoscopia o ecografía, o inyectado vía intramuscular.⁹ Se ha descrito el uso del metotrexato de forma sistémica preoperatoriamente, 48 h antes de la laparotomía para resecar el saco gestacional, con el objetivo de minimizar la pérdida sanguínea como alternativa a la embolización selectiva prequirúrgica.⁴ Para poder llevar a cabo un tratamiento conservador la paciente ha de estar estable, ser responsable de un seguimiento muy estrecho y tener fácil acceso a centro hospitalario en caso de urgencia. En nuestro caso nos decidimos por el tratamiento quirúrgico de entrada por el tamaño del saco gestacional (mayor de 4 cm) y la gran distancia entre el domicilio de la paciente y nuestro hospital (más de 80 km).

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. *Blasco González* por su última revisión.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morita Y, Tsutsumi O, Kuramochi K, Momoeda M, Yoshikawa H, Taketani Y. Succesful laparoscopic Management of primary abdominal pregnancy. Human Reproduction. 1996;11(11):2546-7.
2. Badr S, Ghareep AN, Abdulla L, Hassanein R. Ectopic pregnancy in uncommon implantations sites. The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine. 2013;44:121-30.
3. Vázquez Y, López J, Vera V, Pérez N. Embarazo abdominal en primigesta a término. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009;35(3).
4. Gupta P, Sehgal A, Huria A, Mehra R. Secondary abdominal pregnancy and its associated diagnostic and operative dilemma: three case report. Journal of Medical Case Reports. 2009;3:73-82.
5. Amritha B, Sumangali T, Priya B, Deepak S, Sharadha R. A rare case of term viable secondary abdominal pregnancy following rupture of a rudimentary horn: a case report. Journal of Medical Case Reports. 2009;3:38.
6. Oriaifo N, Njoku SE, Oriaifo M. Adjuntive use of methotrexate in the Management of advanced abdominal pregnancy: a case report and literature review. International Research Journal of Pharmacy and Pharmacology. 2014;4(2):18-21.

7. Yildizhan R, Kolusari A, Adali F, Adali E, Kurdoglu Mujer, Ozgokce C, et al. Primary abdominal ectopic pregnancy: a case report. Cases Journal. 2009;2:84-5.
8. Bertrand G, Le Ray C, Simard-Emond L, Dubois J, Leduc L. Imaging in the management of abdominal pregnancy: a case report and review of the literature. J Obstet Gynaecol Can. 2009;31(1):57-62.
9. Gutierrez Y, Alvir A, Campillos JM, Garrido P, Rodríguez B, Castán S. Embarazo ectópico abdominal. Diagnóstico y tratamiento médico con metrotexato. Prog Obstet Ginecol. 2011;54(5):257-60.

Recibido: 21 de julio de 2015.

Aprobado: 21 de septiembre de 2015.

Beatriz Rojas Pérez-Ezquerro. Hospital de Barbastro, Huesca. España.
Correo electrónico: brojasp@salud.aragon.es