

Presentación de caso

## Embarazo ectópico intraligamentario Ectopic Intraligamentary Pregnancy

Leandro Torriente Vizcaíno<sup>1\*</sup>

Sergio Pérez Casales<sup>1</sup>

Danelys Cuellar Herrera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Mofumahadi Manapo Mopeli, Departamentos de Obstetricia y Ginecología y Cirugía, Phuthaditjhaba, Estado Libre, África del Sur.

\*Autor para la correspondencia: [leandro.torriente@yahoo.com](mailto:leandro.torriente@yahoo.com)

### RESUMEN

**Introducción:** El embarazo ectópico es la implantación del producto de la concepción fuera de la cavidad endometrial.

**Objetivo:** Reportar un caso de embarazo ectópico intraligamentario por lo infrecuente que es esta localización.

**Métodos:** Presentación de caso de paciente de 25 años, con antecedentes de VIH e infecciones vaginales a repetición. Asiste a emergencias con dolor intenso en bajo vientre e historia de amenorrea de 12 semanas. Se hace el diagnóstico de posible embarazo ectópico abdominal y se decide laparotomía de urgencia.

**Resultados:** Durante el transoperatorio se diagnostica un embarazo ectópico intraligamentario izquierdo, se realiza salpingectomía con resección de todo el ligamento ancho. La paciente evolucionó satisfactoriamente.

**Conclusiones:** El embarazo ectópico continúa siendo una de las principales urgencias dentro de las especialidades quirúrgicas. Sigue elevando la mortalidad materna a nivel mundial y siempre que las condiciones lo permitan se debe pensar en él para hacer un diagnóstico oportuno.

**Palabras clave:** embarazo ectópico; intraligamentario; salpingectomía.

### ABSTRACT

**Introduction:** Ectopic pregnancy is the implantation of the product of conception outside the endometrial cavity.



Esta obra está bajo una licencia [https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES)

**Objective:** To report a case of intraligamentary ectopic pregnancy because of the infrequent nature of this location.

**Case Report:** This is a 25-year-old patient with a history of HIV and repeated vaginal infections. She comes to the emergency room with severe pain in the lower abdomen and history of amenorrhea for 12 weeks. Possible abdominal ectopic pregnancy is diagnosed and the emergency laparotomy is decided. During the transoperative period, a left intraligamentary ectopic pregnancy was diagnosed. Salpingectomy was performed with resection of the entire broad ligament.

**Result:** The patient evolved satisfactorily.

**Conclusions:** Ectopic pregnancy continues to be one of the main emergencies in surgical specialties. Maternal mortality continues raising worldwide and whenever the conditions suggest so, we must think about it to make a timely diagnosis.

**Keywords:** ectopic pregnancy; intraligamentary; salpingectomy.

Recibido: 04/06/2018

Aceptado: 16/07/2018

## CASO CLÍNICO

Paciente de 25 años con antecedentes de VIH e infecciones vaginales a repetición. Acude al cuerpo de guardia presentando cuadro agudo de dolor abdominal e historia de amenorrea de más menos 12 semanas.

Al examen físico se constata abdomen suave pero con gran reacción peritoneal, con una altura uterina de 19 - 20 cms. Se realiza *test* de embarazo que resulta positivo y ultrasonido abdominal donde se observa una imagen ecogénica de 25 x 16 cms. en proyección anaxial izquierda, estructura embrionaria poco definible extra uterina y moderada cantidad de líquido en el fondo de saco de Douglas.



Los análisis de laboratorio informan una hemoglobina de 8.2g/dL, se decide realizar laparotomía exploratoria con el diagnóstico de posible embarazo ectópico abdominal. Durante el transoperatorio se constata gran tumoración correspondiente con embarazo ectópico intraligamentario izquierdo (Fig. 1 y 2).



**Fig. 1** - Visualización de anexo izquierdo.



**Fig. 2** - Visualización de embarazo ectópico intraligamentario izquierdo posterior a resección del anexo izquierdo.

Después de liberar las múltiples adherencias se logra extraer el feto de alrededor de 12 - 13 semanas (Fig. 3).



**Fig. 3** - Feto de 12 - 13 semanas extraído del ligamento ancho izquierdo.

Se realiza resección de todo el ligamento ancho del lado izquierdo y salpingectomía del mismo lado, se realiza cierre de la cavidad abdominal y se coloca drenaje (Fig. 4).



**Fig. 4** - Cierre de la cavidad abdominal y colocación de drenaje abdominal izquierdo.

Cinco días después la paciente es dada de alta sin complicaciones y tuvo una evolución satisfactoria.

## DISCUSIÓN

El embarazo ectópico abdominal es una afección infrecuente, con muy pocos casos reportados. Algunos autores, expresan que la incidencia del embarazo ectópico abdominal se reporta con amplias variaciones; ellos refieren que, según *Beacham*,<sup>(3)</sup> se presenta 1 en 3 337 nacidos vivos, y según *Cattaneo y Sievers*<sup>(3)</sup> desde uno en 10 000 nacidos vivos hasta uno en 550 000 nacidos vivos.

Estos registros con amplias diferencias se dan según la localización geográfica, estatus socioeconómico y nivel de desarrollo de las unidades de salud. El índice de mortalidad materna varía entre 0,5 % y 18 % y el perinatal entre 40 % y 95 %. El riesgo de muerte materna por embarazos abdominales es 7,7 veces mayor en relación con el embarazo ectópico tubario y 90 veces mayor que en un embarazo normal, y la mortalidad neonatal se reporta entre 75 % y 95 %.<sup>(3)</sup>

El embarazo intraligamentario constituye una forma rara de EE y es un tipo de embarazo ectópico abdominal. Ocurre aproximadamente en una de cada 300 gestaciones ectópicas, suele deberse a penetración trofoblástica de un embarazo tubario a través de la serosa hasta el mesosálpinx, con implantación secundaria entre las hojas del ligamento ancho. Es posible que ocurra también si aparece una fistula uterina entre la cavidad endometrial y el espacio retroperitoneal, como sucede en el embarazo abdominal.<sup>(4)</sup>

*Condous* y su grupo encontraron que la ecografía transvaginal en el diagnóstico de un EE 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 de la hormona gonadotropina coriónica, la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo positivo aumentan a 97 %.<sup>(5)</sup>

En cuanto a su aparición. El EE puede aparecer en cualquier momento de la vida reproductiva femenina. Siempre y cuando existan factores que lo predispongan.



*Jiménez Puñales S y otros,*<sup>(6)</sup> publicaron un caso de paciente de 49 años de edad, con historia obstétrica de dos embarazos, dos partos, sin abortos, última menstruación hacía más de dos años, con diagnóstico de embarazo ectópico abdominal.

Posterior al 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.<sup>(2)</sup>

Un tratamiento que se ha recomendado para el manejo del EE y de los embarazos abdominales, teniendo en cuenta la inserción de la placenta ha sido el metrotexate que produce degeneración trofoblástica, reducción del tamaño y la vascularización.<sup>(7)</sup> No obstante, de acuerdo con la bibliografía, un EE mayor de 3,5 cm, con cuantificación de hormona gonadotropina coriónica superior a 5 000 mUL/ mL y con embrión presente, tiene alto riesgo de fracaso terapéutico y no hay informes que apoyen el tratamiento medicamentoso del embarazo intraligamentario.<sup>(8)</sup>

## CONCLUSIONES

El embarazo ectópico continúa siendo una de las principales urgencias dentro de las especialidades quirúrgicas. Sigue elevando la mortalidad materna a nivel mundial y siempre que las condiciones lo permitan se debe pensar en él para hacer un diagnóstico oportuno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moya Toneut C, Pino Pérez FV, Borges Fernández R, Aguiar Delgado R, Olano Trujillo R, Espinosa Fuentes ML. Comportamiento del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2013 jul-sep; 39(3):[aprox. 8 p.].
2. Audifred Salomón JR, Herrera Ortíz A, González Medrano MG, Estrada Rivera SF. Embarazo ectópico intraligamentario. Ginecol Obstet Mex. 2013;81:[aprox. 4 p.].



3. Santana Pedraza T, Estepa Pérez JL, Rafael Truy B. Embarazo ectópico abdominal. Presentación de un caso. Medisur. 2012;10(5):[aprox. 8 p.].
4. Corrales Campos M, Risco Mateos Y, Miret Campos R, Valerino Lastra A. Embarazo ectópico intraligamentario y piosálpinx contralateral. Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. MEDISAN 2007; 11.
5. Mondragón Alcocer HL, Velázquez Cornejo G, Zamora Ramírez ML. Embarazo ectópico abdominal primario. Rev Mex Reprod. 2011;3:133-137.
6. Jiménez Puñales S, Fernández Gómez J, Fleites León A, Cruz González S, Sarmiento Benavides S. Embarazo ectópico abdominal en paciente posmenopáusica. Hospital Universitario Ginecobstétrico "Mariana Grajales", Santa Clara. Villa Clara, Cuba. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2015;41(4). ). [citado 10/06/2016] Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu>
7. Vázquez Martínez YE, López Menéndez J, Vera Fernández V, Pérez García N. Embarazo abdominal en primigesta a término. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2009;35(3):[citado 10/06/2016] Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu>
8. 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.

**Conflictos de intereses:** Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

