

PRESENTACIÓN DE CASO

Embarazo ectópico abdominal

Abdominal Ectopic Pregnancy, a Case Report

Autores: Dra. Karen Luz Torres Rojas*, Dra. Bertha de la Caridad Hernández Almaguer**, Dr. Ramón Cruz Pérez*.

* Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor/a Asistente. Hospital General Docente: “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, Las Tunas.

** Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor/a Instructor/a. Hospital General Docente: “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, Las Tunas.

Correspondencia a:

Dra. Karen Luz Torres Rojas

E-mail: karencuba@cucalambe.ltu.sld.cu,

RESUMEN

La incidencia de embarazo ectópico ha aumentado en los últimos años hasta 1:43 recién nacidos. La variedad abdominal es una de las menos frecuentes, su incidencia es de 1:10mil nacidos vivos. El 1% de los embarazos ectópicos son abdominales y la implantación en el epiplón es una rara entidad. Pueden clasificarse como primarios o secundarios en función de que se originen o no en la cavidad peritoneal. Se presenta un caso de embarazo abdominal primario, localizado en cara posterior del útero y recto, con edad gestacional 16 semanas y feto muerto, en una paciente de 25 años, atendida en el Hospital General “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, con antecedentes de salud, G0 P0 A0, con método anticonceptivo DIU retirado seis meses antes. Se trata de un embarazo abdominal primario, puesto que la anatomía patológica informó ausencia de invasión trofoblástica en la trompa izquierda. El manejo placentario en este caso no permitió realizar la remoción completa de la misma. El seguimiento ecográfico y control de gonadotropinas evidenció una evolución favorable de la paciente, sin requerir manejo de metotrexate.

Palabras clave: EMBARAZO ABDOMINAL; EMBARAZO ECTÓPICO.

Descriptores: EMBARAZO ABDOMINAL; EMBARAZO ECTÓPICO.

SUMMARY

The incidence of ectopic pregnancy has increased during the last years up to 1:43 newborns. The abdominal kind is one of the least frequent ones, its incidence is 1:10 000 alive newborns. Only 1% of the ectopic pregnancies are abdominal and its implantation in the omentum is a rare condition. They can be classified as primary or secondary, depending on whether they are originated or not in the peritoneal cavity. A case of a primary abdominal pregnancy, located in the posterior wall of the uterus and the rectum of a 25-year-old patient with 16 weeks of pregnancy and fetal death is reported in "Ernesto Guevara" Hospital. She had antecedents of previous health, G0, P0, A0, and having used an intrauterine device, it was removed 6 months ago. A primary abdominal pregnancy was diagnosed because the histopathological research informed lack of trophoblastic invasion in left tube. It was not possible to completely remove the placenta when handling it. The patient's control of gonadotropins and echographic following up showed a favorable evolution without need of methotrexate.

Key words: ABDOMINAL PREGNANCY; ECTOPIC PREGNANCY.

Descriptors: PREGNANCY, ABDOMINAL; PREGNANCY, ECTOPIC.

INTRODUCCIÓN

Esta entidad fue descrita por primera vez en el año 963 D.C. por Albucasius y reconocida en 1693 por Busiere durante el examen del cuerpo de una prisionera, ejecutada en la guillotina en París.(1)En la antigüedad el número de mujeres sin hijos era mayor que hoy día, pero era menor el número de embarazos ectópicos por obstrucción total de las trompas. Con el empleo de los antibióticos que evitan la obstrucción de las trompas, aumentó el número de mujeres con hijos, pero se incrementó el número de embarazos ectópicos.

La localización más común del embarazo ectópico es en la trompa de Falopio (98%), el llamado embarazo tubario. Otras localizaciones son: el intersticial; muy raro el ovárico (1%) o el abdominal y excepcionalmente el endocervical(0,1 %) o con implantación sobre un divertículo intramiometral 0,03%. (2)

Según la localización del embarazo ectópico, se puede afirmar que la evolución es tanto más tranquila, cuanto más se aleja del útero. En los embarazos fímbricos, ováricos y abdominales primitivos el crecimiento tiene lugar, por lo común, libre en la cavidad peritoneal, por lo que el embarazo no entra en conflicto con su cápsula y no se produce crisis.(3)

La incidencia de embarazo ectópico (EE) ha aumentado en los últimos años hasta 1:43 recién nacidos, siendo diferente en varios países. En Cuba las cifras de muerte materna que existían en la década 1950 se han reducido en un 78,3%, comparada con el año 2004, pero entre las causas que persisten y que han aumentado está el EE complicado.(4) La tasa de muerte materna directa por EE en el país se eleva progresivamente en los últimos años, alcanzando en el año 2000 la cifra de 3,5 por 100 mil nacidos vivos y asciende en el 2003 a 5,8 por 100 mil nacidos vivos, según el anuario estadístico nacional. (5)

La variedad abdominal es una de las menos frecuentes, su incidencia es de 1:10 mil nacidos vivos y el riesgo de muerte es 7,7 veces mayor que en los embarazos tubáricos y 90 veces mayor que uno normal. La mortalidad materna es de 0,5 a 18% y la fetal es de 40 a 95%. (6) Se señala que la mayoría son secundarios a la ruptura de un embarazo tubárico u ovárico y los primarios, producto de la fertilización fuera de la trompa. Su diagnóstico es difícil y en general son hallazgos intraoperatorios, como el caso que se presenta.

Se presenta un caso de embarazo ectópico abdominal primario, con implantación retrouterina hacia Fondo de saco de Douglas, en una paciente primigesta, con antecedentes de salud.

CASO CLINICO

Mujer de 25 años con antecedentes de salud, G0, FM: 4/30, uso de anticonceptivos (Medusa, seis años), retirado hacía seis meses; luego trastornos menstruales, sin antecedentes de afecciones ginecológicas. Captación de embarazo a las 14 semanas, el embarazo transcurrió con pérdidas vaginales en forma de manchas y dolor bajo vientre, tratada como amenaza de aborto; alfafeto- proteína alterada.

Ingresó en Hospital Municipal por dolor bajo vientre y manchas de sangre, a los dos días se le realizó ecografía ginecológica que informa: saco gestacional con LC ausente; DBP: 34mm para 16,3sem.

Impresiona saco gestacional fuera de cavidad uterina en proyección de anejo derecho.

Ocupado todo el fondo de saco de Douglas. Se decide remitir al Hospital Provincial.

Datos al Examen físico en el ingreso, Hospital “Ernesto Guevara de la Serna”:

- Mucosas hipocoloreadas.
- FC: 100/mto. TA:100/60 FR:18/mto.
- Abdomen Au: 15 cm.
- Espéculo: cuello centro anterior lateralizado a la derecha, pequeño, puntiforme, único.
- TV: Útero grávido, muy doloroso hacia el fondo de saco de Douglas (FSD) que se encuentra ocupado, escaso sangramiento.

Ecografía ginecológica transabdominal: útero bicorne. En cavidad uterina feto único, LA escaso, LC ausente.

Hb: 7.8 g/l Plaquetas 250 x10⁹/l Coágulo retráctil.

Se indica transfundir 500ml de glóbulos y luego iniciar inducción del aborto con Misoprostol: 2 tabletas vaginales cada 12 horas. A los dos días se discute en colectivo luego de 4 dosis de Misoprostol, mantiene cuello longitud media, anterior, cerrado. Se decide laparotomía por: aborto diferido de 16,6 semanas x USG y posible malformación uterina.

En la laparotomía se encuentra: embarazo abdominal, gran plastrón en cara posterior de útero que ocupa FSD, placenta ubicada entre el útero y el recto, se extrae feto con cordón umbilical y fragmento de placenta; se realiza salpingectomía total izquierda, se logra hemostasia de la zona quirúrgica y se deja drenaje abdominal.

Postoperatorio inmediato

Fiebre, ligera taquicardia. Drenaje productivo aproximadamente 20ml, líquido sanguinolento.

Hb: 12.4 Plaquetas: 280 x 10⁹/l. Recibió tratamiento antibiótico de amplio espectro.

Postoperatorio mediano

Hb: 9.2 g/l Hto: 0.29 % Leuc: 9.2 x 10⁹/l.

Se transfunde 500ml de glóbulos. Hto 0.31%.

USG evolutivo a los 11 días: Hígado, bazo, área pancreática y riñones de aspecto normal. Vejiga de paredes finas y buena capacidad. Útero aumentado de tamaño heterogéneo. Imagen mixta de 87 x 97 mm en Fosa Ilíaca Derecha. No alteraciones anexiales. No líquido en cavidad abdominal (**figura 1**).



FIGURA 1. Ecografía abdominal a los 11 días de operada en la que se visualiza una formación redondeada heterogénea de 8.7 x 9.7 cm, en correspondencia con la placenta extraída parcialmente.

Egresos a los 11 días.

Reingreso a los 21 días de operada con fiebre de 38°C, escalofríos y vómitos.

TV: útero aumentado de tamaño, englobado en proceso que ocupa FSD, duro, doloroso, no se puede precisar anejos.

Hb: 12.0 g/l/Leucograma: 9.9 x 10⁹/l.

USG: útero de tamaño normal sin DIU, endometrio normal, anejos no se visualizan, se observa imagen mixta a predominio ecoluscente de 73 x 89 mm, retrouterina, que lo eleva en posible relación con absceso que impresiona con nivel en su interior (**figura 2**).



Figura 2. Ecografía abdominal a los 21 días de operada, imagen mixta a predominio ecoluscente de 7.3 x 8.9 cm.

Mantiene febrícolatres días. Tratamiento conCeftriaxona, Amikacina y Metronidazol EV.

Complementarios

Proteínas totales: 75.0g/l; Creatinina: 30 Mmol/l; TGP: 33 TGO: 26.0 UI; Glicemia 4.7 Mmol/l; Ácido úrico: 220 Mmol/l; Eritrosedimentación: 90mm/h.

Lámina periférica: normocromía, normocitosis, Leucos normales, neutrofilia y eosinofilia ligera. Algunos linfocitos reactivos.

A los 31 días de operada

USG: Útero de tamaño normal, homogéneo sin DIU, masa mixta ahora a predominio sólido, por detrás del útero que comprime el mismo hacia arriba, que mide 78 x 56 mm (**figura 3**).



Figura 3. Ecografía abdominal a los 31 días de operada, que visualiza masa mixta ahora a predominio sólido, por detrás del útero que comprime el mismo hacia arriba que mide 78 x 56 mm.

A los 38 días

Eritrosedimentación: 76 mm/h.

USG: Útero de tamaño normal, ambos ovarios de aspecto normal, imagen mixta hacia fondo de saco a predominio ecogénico con mejoría respecto a la anterior, que mide 38 x 36 mm (figura 4).



Figura 4. Ecografía Abdominal a los 38 días, con imagen mixta hacia fondo de saco a predominio ecogénico con mejoría respecto a la anterior que mide 38 x 36 mm.

A los 56 días

Eritrosedimentación: 25mm/h, HCG: negativa.

USG: Útero homogéneo de aspecto normal sin DIU. Imagen mixta a predominio ecoluscente, tabicada, de 44x45mm, midiendo el mayor de los tabiques 5mm en anejo derecho y ocupando parte del FS Douglas.

DISCUSIÓN

El embarazo abdominal, se define como la implantación del producto de la concepción en la cavidad peritoneal, excluyendo las localizaciones tubáricas, ováricas o intraligamentarias. Este tipo de gestación puede clasificarse como primaria o secundaria, según los criterios de Studdiford propuestos en 1942. Para plantear un embarazo abdominal primario: a) trompas y ovarios sanos, sin evidencia de embarazo reciente o antiguo; b) ausencia de fístulas útero-placentarias y 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. 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.(7)

El diagnóstico precoz del embarazo ectópico abdominal es difícil, puesto que se presentará con los signos y síntomas de embarazo ectópico (dolor abdominal, amenorrea y test de embarazo positivo, con o sin metrorragia), pero la exploración ecográfica puede no aportar datos concluyentes y, por tanto, el diagnóstico se hará habitualmente en el momento de la laparotomía o la laparoscopia. El caso que se presenta efectivamente fue diagnosticado por laparotomía, en un principio se sospechaba una malformación uterina, tanto por el informe ecográfico, como por la clínica, al no responder adecuadamente a la inducción medicamentosa del aborto durante 48 horas con misoprostol.

Cuando la placenta se implanta en órganos vitales, es preferible dejar tejido placentario y realizar el seguimiento con determinaciones de β -HCG. En estos casos, el metotrexato no acelera el descenso de esa hormona, porque el trofoblasto no se divide. Cuando se deja la

placenta en la cavidad abdominal, suele degenerarse entre los dos y tres meses posteriores; no en todos los casos se prescribe metotrexato. (8)

El manejo placentario en este caso no permitió realizar la remoción completa de la misma, debido a que se encontraba adherida a una porción del recto, tal como menciona la literatura en relación al manejo de la placenta, en la cual el cordón umbilical se clampea lo más cerca posible a la placenta, realizar seguimientos ecográficos y control de gonadotropinas para observar su involución y valoración de su degradación u optar por el manejo de metotrexato. En este caso al reingreso de la paciente fue necesario utilizar tratamiento antibiótico de amplio espectro por posible complicación infecciosa, como también está descrito en la literatura, pero la evolución fue satisfactoria.

Se encontró el reporte de un caso con localización similar al que se presenta, en una paciente de 27 años con dos partos anteriores, no abortos, que acudió por dolor abdominal difuso de más de un mes de evolución, que fue tratada durante más de una semana con analgésicos por haberse interpretado como un cólico nefrítico, y días después en un Centro Médico de Diagnóstico Integral se constató embarazo de 10 semanas, con abundante líquido intraperitoneal, encontrándose en la laparotomía exploradora un embarazo ectópico intrabdominal entre el útero y el recto, con hemoperitoneo de más de 2000 ml, no se pudo definir la placenta completamente, se removió el saco embrionario y se trató con antibiótico profiláctico.

Se pudo apreciar que este diagnóstico continúa siendo el "gran simulador" de las entidades médicas, con la posibilidad de errar en un 50-90%, cuando la presentación clínica no es la común, tríada clásica: dolor abdominal, sangrado transvaginal y amenorrea en orden de frecuencia, el hecho que se efectúe correctamente depende de la destreza del médico ultrasonidista y un elevado grado de sospecha clínica. (9)

El caso que se presentó se trata claramente de un embarazo abdominal primario, puesto que no apareció tejido trofoblástico en la trompa izquierda, según el informe histopatológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Sadler T, Langman W. Embriología médica con orientación clínica. 9ed. Buenos Aires :Editorial Médica Panamericana; 2005

2. Fernández Arenas Carmen. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2013 Jun 04] ; 37(1): 84-99. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es.
3. Capote Arce Raimundo, Carrillo Bermúdez Lourdes, Guzmán Parrado Roberto, Varona Joel, Mohamed Abdelaziz Martha. Embarazo ectópico cervical: Presentación de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2007 Abr [citado 2013 Jun 04] ; 33(1): . Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000100002&lng=es.
4. Cabezas Cruz E. Evolución de la mortalidad materna en Cuba. Rev Cubana Sal Públ [serie en Internet]. 2006 [citado 17 May 2008];32(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100005&lng=es&nrm=iso
5. Velázquez Arjona SR, Corrales Campo M, Macías Navarro M. Embarazo ectópico cornual en el tercer trimestre. MEDISAN 2011;15 (5) mayo. Disponible en URL:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_5_11/san17511.htm
6. Vázquez Martínez Yovany E., López Menéndez Josefina, Vera Fernández Venancio, Pérez García Nelsy. Embarazo abdominal en primigesta a término. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2013 Jun 04] ; 35(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300013&lng=es.
7. Pérez Salazar JL. Consideraciones sobre algunos aspectos del embarazo ectópico. Análisis de 50 casos operados. Ginecol Obstet Mex 2011;79(6):389-401
8. Zepeda Zaragoza J, López Salas M, Briones Landa C, Domínguez Cortés S, Hernández Ruiz M, Padilla de la Paz K. Embarazo ectópico cornual, reporte de un caso y revisión de literatura. Rev Fac Med UNAM 2009;52(4) Julio-Agosto.
9. Santana Pedraza T, Estepa Pérez JL, Rafael Truy B. Embarazo ectópico abdominal. Presentación de un caso. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos

Medisur. 2012;10(5) Disponible en URL:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=1727-897X&lng=es&nrm=iso