

## PRESENTACIÓN DE CASO

### **Embarazo abdominal avanzado con feto vivo** **Advanced abdominal pregnancy with live fetus**

Karen Luz Torres Rojas\*, Ramón González Rivero\*, Alexander Brito Rodríguez\*

\*Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Karen Luz Torres Rojas, correo electrónico: karenluz@ltu.sld.cu.

Recibido: 15 de abril de 2016

Aprobado: 11 de mayo de 2016

#### **RESUMEN**

La incidencia del embarazo ectópico se ha incrementado durante los últimos años. La variedad abdominal es una de las menos frecuentes, representando alrededor del 1 % de los mismos y se asocian con una alta tasa de mortalidad materna y fetal. Algunos casos pueden llegar al término y muchos menos obtener un recién nacido en buenas condiciones. Se presenta el caso de un inusual embarazo abdominal avanzado, con feto vivo. Se realiza laparotomía de urgencia a las 31,2 semanas de gestación, motivada por una sepsis grave; se extrajo un recién nacido masculino, de 1450 gramos, con Apgar 4/6/7. Madre e hijo sobrevivieron y se encuentran en buen estado de salud.

**Palabras clave:** EMBARAZO ABDOMINAL; EMBARAZO ECTÓPICO.

**Descriptores:** EMBARAZO ABDOMINAL; EMBARAZO ECTÓPICO; FETO.

#### **SUMMARY**

The incidence of ectopic pregnancy has increased during the last years. The abdominal kind is one of the least frequent ones; only 1 % of the ectopic pregnancies are abdominal and they are associated with a high maternal and fetal mortality rate. Some cases can arrive at full term, and fewer cases can obtain a newborn in good conditions. The following case is an unusual presentation of an advanced abdominal ectopic pregnancy with a live fetus. After an emergency laparotomy at 31,2 weeks of gestation, brought about by a severe sepsis, a live male newborn, weighing 1450 gr, with Apgar 4/6/7 was extracted. Mother and son survived and they are in good state of health.

**Key words:** ABDOMINAL PREGNANCY; ECTOPIC PREGNANCY.

**Descriptors:** PREGNANCY, ABDOMINAL; PREGNANCY, ECTOPIC; FETUS.

#### **INTRODUCCIÓN**

Se considera embarazo ectópico a la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina (ectos, significa fuera y topos, lugar). La anidación y desarrollo fuera de su lugar normal determina siempre trastornos a corto o largo plazo, originando graves alteraciones con riesgos, a menudo, para la vida de la madre. La mayoría son tubarios (98 %), más raramente son ováricos (1 %) o abdominales (1 %) y, excepcionalmente, endocervicales (0,1 %) o

desarrollados sobre un divertículo intramiometrial (0,03 %). (1)

Su tasa actual se calcula estadísticamente contra el número total de embarazos, incluyendo nacidos vivos, abortos legales y embarazos ectópicos. La incidencia de embarazo ectópico se ha elevado desde la década del 70 y actualmente es de un 16 %, lo que representa un incremento en cinco veces; la tasa más alta se reporta en mujeres mayores de 35 años. El antecedente de embarazo ectópico

Citar como: Torres Rojas KL, González Rivero R, Brito Rodríguez A. Embarazo abdominal avanzado con feto vivo. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016; 41(6). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/782>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas  
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas  
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

incrementa de 7 a 13 veces la posibilidad de un embarazo ectópico subsiguiente. (2)

La variedad abdominal, una de las menos frecuentes, tiene una incidencia de uno en diez 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 %. (3)

En Cuba, el embarazo ectópico sigue siendo una de las primeras causas de muerte materna en los últimos años, en el período de 2012 a 2014 se reportaron 17 defunciones maternas por esta causa.

(4) En Las Tunas no existen antecedentes de casos reportados de embarazo abdominal avanzado con madre y recién nacidos egresados con buenas condiciones de salud, siendo esta una situación obstétrica infrecuente, que generalmente acarrea problemas severos en el binomio materno fetal, lo cual constituyó la motivación para la presentación del siguiente caso clínico.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 42 años, con antecedentes de salud, cinco abortos espontáneos y un embarazo ectópico hace 20 años, fue captada con 11,5 semanas de embarazo. Durante el primer trimestre se trató por amenaza de aborto, con seguimiento en consulta de genética por alfafetoproteína elevada (2,1) a las 16 semanas, sin alteraciones fetales por ecografía, informándose a las 19 semanas una imagen en cara posterior de útero próximo al cérvix, con características de nódulo miomatoso de 33 x 35 mm.

La paciente fue internada en el Hospital General "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" de la ciudad de Las Tunas, con 22 semanas, referida de su área de salud por sangramiento vaginal. Al examen obstétrico: altura uterina (Au): 20 cm, sin contracciones; especuloscopia: cuello largo, cerrado, no sangramiento activo. Dos días después vuelve a referir sangramiento vaginal, sin dolor ni contracciones. USG: feto único en pelviana con movimientos fetales activos, no se define placenta previa.

Con 23,5 semanas presentó cifras de tensión arterial: 140/90mmHg, se indica medicación con metildopa dosis mínima, clasificándose como Hipertensión Arterial Crónica (HTA) y trasladándose a cuidados perinatales, donde se realizó cervicometría, informando bajo riesgo. Presentó sangramiento intermitente, en forma de manchas oscuras, se administra Inductores de Madurez Pulmonar (IMP), según protocolos nacionales. Llevó tratamiento antimicrobiano por exodoncia y luego por urocultivo aislado *Klebsiella* spp. Inició tratamiento con gentamicina y antianémicos orales por Hb: 10.5g/l. Ecografía obstétrica peso fetal: 1321g, pelviano.

A las 31 semanas, refiere que en la madrugada comenzó con náuseas un vómito y dolor abdominal que inició en epigastrio y se irradia a flanco y fosa ilíaca derecha, intensificándose con los cambios de posición, afebril, sin taquicardia ni polipnea. Se evalúa por cirugía general, descartándose abdomen agudo quirúrgico, decidiéndose evaluación posterior, en la cual se mantiene sin criterio de cirugía de urgencia. Se mantiene las próximas 24 horas sin dolor abdominal, con buen estado general y en la madrugada siguiente refiere nuevamente dolor en epigastrio a tipo cólico, que no se irradia, sin taquicardia ni fiebre, se medica con cimetidina.

En horas de la mañana refiere que el dolor aumentó en intensidad, localizado en todo el abdomen, de carácter punzante, aparecen náuseas y cuatro vómitos, luego refirió alivio del dolor abdominal y aparece dolor en la región del hombro y escápula derecha. Examen físico: mucosas algo secas, palidez cutáneo mucosa, frialdad, taquicardia: 98 latidos por minuto, TA: 100/60mmHg, FR:22/minuto. Abdomen poco depresible, doloroso a la palpación profunda sin reacción peritoneal y timpanismo en región epigástrica. Se realizan complementarios de urgencia y se convoca a la comisión de atención a gestantes extremadamente grave: cirujano, intensivista, hematólogo, neonatólogos y obstetras.

Hb: 8.3g/L; leucocitosis  $24.3 \times 10^9/L$ ; poli: 092; linfo: 008; glucemia: 14Mmol/L; creatinina: 99Mmol/L; lámina periférica: normocromía, normocitosis, policromatofilia, leucocitosis moderada con neutrofilia moderada, gránulos tóxicos xxx, trombocitosis moderada  $800 \times 10^9/l$ .

Se discute en colectivo planteándose: embarazo de 31,2 semanas con posible sepsis abdominal y síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS), secundario a apendicitis complicada y/o corioamnionitis, con infección urinaria bajo tratamiento, HTA crónica compensada, anemia aguda de posible causa hemolítica secundaria a sepsis grave y mioma uterino. Se decide laparotomía exploradora urgente, previa terapia antimicrobiana de amplio espectro y transfusión de dos unidades de glóbulos.

Se realiza laparotomía, encontrándose epiplón adosado a pared anterior, hemoperitoneo de 2000ml, se extrae recién nacido de cavidad abdominal, masculino, peso 1450g Apgar 4/6/7; se comprueba solución de continuidad del útero a nivel del cuerno izquierdo, donde se encontró placenta adherida con crecimiento abdominal (**imagen 1**), realizándose histerectomía total, sin accidentes. Se trasladó a UCI, donde evolucionó favorablemente con dos días de estadía y traslado a la sala de cuidados perinatales. El recién nacido requirió ventilación artificial por cuatro días en dos ocasiones y terapia antimicrobiana de amplio espectro durante trece días, por depresión severa al nacer, síndrome hidropígeno por sepsis connatal, hiperglicemia y

anemia aguda, lográndose una evolución favorable hasta su egreso.

### IMAGEN 1. Útero y placenta



### DISCUSIÓN

El embarazo abdominal se conoce como la implantación del óvulo fertilizado en la cavidad peritoneal, excluyendo trompa, ovario o ligamentos. Adicionalmente, se define como embarazo abdominal avanzado, cuando se evidencia la presencia de feto vivo en la cavidad después de las veinte semanas de gestación. (5)

Ocasionalmente, se clasifica como primario o secundario. Para considerar que el embarazo es primario (o verdadero) debe cumplir con los criterios de Studdiford descritos en 1942: las dos trompas y los ovarios deben estar normales, sin evidencia de trauma reciente o remoto; no debe existir evidencia de fístulas útero-peritoneales, y el embarazo debe estar confinado exclusivamente en la superficie peritoneal, sin relación con la fimbria tubárica, que implique la posibilidad de una implantación secundaria después de una nidación en la trompa. (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, donde se encontró solución de continuidad del útero a nivel del cuerno izquierdo, por tanto se plantea un embarazo abdominal secundario a la implantación en la zona intersticial o cornual.

Dicho embarazo intersticial es un padecimiento obstétrico raro, con disposición peligrosa. El blastocisto se implanta dentro del segmento de la trompa que penetra en la pared del útero, o entre el ostium tubario y la porción proximal del segmento ístmico. La rotura puede ser más tardía, entre la octava y décima semanas, pero la hemorragia puede ser mortal por la cercanía de las arterias uterinas en su rama ascendente. (7)

Mora Enríquez, en una revisión de la literatura mundial a propósito de un caso, reportó que desde el año 1946 hasta el 2014 se habían descrito 164 casos asociados a embarazo abdominal, con diferentes abordajes, desenlaces, métodos de seguimiento, manejo posquirúrgico de la placenta in situ y complicaciones maternas y fetales. (8)

En Cuba, al revisar la literatura, se reporta un caso similar, atendido en el Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro", con diagnóstico al ingreso, de embarazo de 38,5 semanas y placenta previa oclusiva; y transoperatorio, de embarazo abdominal a término, con producto de la gestación en buenas condiciones. Igualmente predominaron los síntomas digestivos: dolor abdominal, náuseas, vómitos y el cuadro se interpretó como una colesistitis aguda. (9) Otro caso, reportado en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, ingresó por presentar dolor abdominal intenso en epigastrio, que se extendía hasta la espalda y se intensificaba con los movimientos fetales, la ecografía mostró la presencia de un embarazo ectópico cornual en el tercer trimestre, 29 semanas, confirmado por laparotomía, realizándose histerectomía subtotal con resultados satisfactorios en la evolución de la madre y defunción del recién nacido pretérmino, de bajo peso, por enfermedad de la membrana hialina. (10)

El presente caso es una presentación inusual de embarazo abdominal avanzado, en los cuales generalmente la viabilidad del feto es casi cero, pues cuando se logra más de seis meses de evolución se adicionan el incremento de malformaciones congénitas, retardo del crecimiento intrauterino, la dismadurez y otras complicaciones fetales, que favorecen un desenlace adverso desde el punto de vista neonatal.

Las complicaciones maternas están relacionadas principalmente con el sangrado en el momento de la cirugía y uno de los problemas mayores es el manejo de la placenta, sobre todo en el momento de intentar remoción del tejido placentario. Esto va a depender de la implantación, variando desde un manejo conservador, hasta la resección intestinal concomitante. (8) En la paciente reportada la placenta fue quirúrgicamente extirpable, al no interesar ningún órgano de cavidad abdominal, solo el útero, realizándose histerectomía total con extirpación de la placenta, sin complicaciones hemorrágicas, evolucionando satisfactoriamente en el postoperatorio hasta el egreso.

### AGRADECIMIENTOS

Es justo reconocer el trabajo en equipo multidisciplinario desde el momento que se convocó a todas las especialidades, hasta que se encontraron fuera de peligro la madre y el recién nacido, Cirugía General: Dr. Alexander Brito Rodríguez; Hematología: Dr. Alexis Pérez; Anestesiología: Dra. María de los Angeles Rodríguez; Cuidados

Intensivos: Dr. Marcos Pérez, Dr. Santiago Pérez; Neonatología: Dra. Annia Mayo. Además, el personal de enfermería y el colectivo de obstetricia y comisión de atención a la gestante grave, encabezados por la Dra. Níyima Coorps, Dr. Jorge Luis Mayo, Dra. Yanet

Pérez y demás residentes. Gracias a su colaboración y dedicación se logró que siendo el primer caso de embarazo abdominal avanzado, reportado en la institución en sus 36 años, egresaran con buenas condiciones de salud la paciente y su hijo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S. Embarazo Ectópico: Obstetricia y Ginecología / Editor Científico La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p.301-311.
2. Cabezas Cruz E, Oliva Rodríguez JA, Ortega Blanco M, Piloto Padrón M. Embarazo Ectópico: Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015. p.132-134.
3. Torres Rojas KL, Blanco Paz M, Celorrio Montiel G. Embarazo ectópico abdominal. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en internet]. 2015 [citado 25 de mayo 2016]; 38(6). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/549>.
4. Médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de salud 2014. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección de registros; 2015. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>.
5. Masukume G, Sengurayi E, Muchara A, Mucheni E, Ndebele W, Ngwenya S. Full-term abdominal extrauterine pregnancy complicated by post-operative ascites with successful outcome: a case report. Journal of Medical Case Reports [revista en internet]. 2013 [citado 25 de mayo 2016]; 7(1): 1-5. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1186/1752-1947-7-10>.
6. Fylstra DL. Ectopic pregnancy not within the distal fallopian tube: etiology, diagnosis, and treatment. Am J Obstet Gynecol [revista en internet]. 2012 [citado 25 de mayo 2016]; 206(4): 289-299. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937811021624>.
7. Cenicerros FLG, Rojas PG, Molina VP, Aldaco SF. Estudio retrospectivo del embarazo tubario ectópico en el Centro Médico ABC. Experiencia de cinco años. An Med Asoc Med Hosp ABC [revista en internet]. 2003 [citado 25 de mayo 2016]; 48(2): 102-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com>.
8. Mora Enriquez JA, Arreaza Graterol M, Nossa Moreno HE, Rodríguez Ortiz JA. Embarazo abdominal avanzado: diagnóstico y manejo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol [revista en internet]. 2014 [citado 25 de mayo 2016]; 65(3): 256-261. Disponible en: [MedicLatina](http://www.mediclatina.com).
9. Vázquez Martínez YE, López Menéndez J, Vera Fernández V, Pérez García N. Embarazo abdominal en primigesta a término. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en internet]. 2009, Sep [citado 25 de mayo 2016]; 35(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2009000300013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300013&lng=es).
10. Velázquez Arjona SR, Corrales Campo M, Macías Navarro MM. Embarazo ectópico cornual en el tercer trimestre. MEDISAN [revista en internet]. 2011 [citado 25 de mayo 2016]; 15(5): 692-697. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011000500017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000500017).

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.