

EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL A PROPÓSITO DE UN CASO

ABDOMINAL ECTOPIC PREGNANCY A PROPOS OF A CASE

Dolores Krupskaya Salazar Garcés^{1*}

¹ Lcda. Mg. Docente. Carrera de Medicina. Universidad Técnica de Ambato. Tungurahua Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8683-6305>. Correo: doloresksalazar@uta.edu.ec

Aulestia Ortiz Sandy²

² Médica Cirujana. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Servicio de Piso Pélvico Quito.

Iñiguez Betancourt Karina³

³ Médica General. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Servicio de Piso Pélvico Quito.

* Autor para correspondencia: doloresksalazar@uta.edu.ec

Resumen

El embarazo ectópico abdominal es una anomalía excepcional que representa 1% de los embarazos ectópicos; se asocia con alta morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal. La mortalidad materna es 7 a 8 veces mayor con un embarazo ectópico tubárico y es 90 veces mayor que el de un embarazo intrauterino. Se reporta el caso de una paciente con un embarazo ectópico abdominal diagnosticado mediante ecografía obstétrica y ecografía TV con 11 semanas de gestación. La paciente fue tratada con éxito mediante laparotomía exploradora más salpingectomía bilateral con extracción del feto y la placenta completa.

Palabras clave: Embarazo ectópico; laparotomía exploratoria.

Abstract

Abdominal ectopic pregnancy is an extremely rare entity, which represents 1% of all ectopic pregnancies and is associated with high maternal and fetal morbidity and mortality. The maternal mortality with an abdominal ectopic pregnancy is seven to eight times greater than the risk of a tubal ectopic pregnancy and is 90 times greater than the risk of intrauterine pregnancy. We report the case of a patient with an abdominal ectopic pregnancy, which was diagnosed by abdominal ultrasound and transvaginal ultrasound with 11 weeks of pregnancy. The patient was successfully treated with exploratory laparotomy and bilateral salpingectomy with complete removal of the fetus and placenta.

Keywords: *Ectopic pregnancy, exploratory laparotomy.*

Fecha de recibido: 08/12/2022

Fecha de aceptado: 04/03/2023

Fecha de publicado: 05/03/2023

Introducción

Se observa en el 0,6-2% de todos los embarazos, la frecuencia ha aumentado en los últimos años por el uso de antibióticos en la enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía correctiva, técnicas de reproducción asistida y métodos anticonceptivos como DIU (dispositivo intrauterino).

La ubicación más frecuente es la tubárica (98%) y, dentro de estos, ampular (60%), ístmica (35%), intersticial (3%). Siguen en frecuencia: ovárico (0,5-1%), cavidad abdominal (1/3000) y cérvix.

Etiología

Procesos inflamatorios: Es la causa más frecuente de embarazo ectópico.

La salpingitis deteriora la actividad ciliar y la motilidad tubárica, otro ejemplo es la apendicitis que afecta secundariamente a las trompas con producción de adherencias, acodaduras, otras alteraciones de la motilidad tubárica ocurren con la administración de gestágenos a bajas dosis de forma continua (mini píldora) o el empleo de contracepción postcoital con estrógenos (Carrera et al., 2006), (Sanz et al., 2015).

Dispositivo intrauterino: El 9-17% de embarazos en portadoras de DIU son ectópicos, lo que se explica porque el DIU protege más eficazmente frente a la gestación intrauterina (99,5% de seguridad) que frente al tubárico (95% de seguridad) con lo que aumenta el riesgo relativo de embarazo ectópico (Barrera, 2016), (Silvares et al., 2014).

Tratamientos de esterilidad: Sobre todo los quirúrgicos, cirugía conservadora de embarazo ectópico tubáricos, ligadura tubárica o técnicas de fecundación asistida, factores que favorecen la nidación en la trompa: endometriosis tubárica, por quimiotactismo del endometrio ectópico, por estenosis y adherencias que se producen incluso con órganos vecinos (Sen et al., 2003), (González et al., 2002).

Factores dependientes del propio huevo: Las anomalías genéticas del huevo por alteración en el momento de implantación o quizá por un mayor volumen.

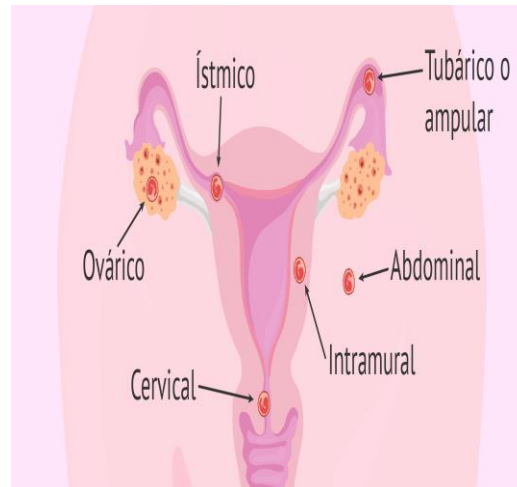


Figura 1: Ubicación de embarazos ectópicos.

Materiales y métodos

Caso Clínico

Mujer de 25 años de edad no refiere antecedentes patológicos personales, alérgicos ni quirúrgicos, antecedentes patológicos familiares: madre hipertensa y cáncer de útero, abuela materna diabética, antecedentes patológicos gineco obstétricos: menarquia a los 13 años, ciclos menstruales regulares cada 28 días por 2 días, dismenorrea positiva, inicio de vida sexual a los 17 años, parejas sexuales: 6, gestas:4 primera gesta: 7 años masculino parto cefalopélvico, segunda gesta: 1 año 6 meses femenino parto cefalopélvico, gesta 3: aborto espontaneo, gesta 4: 4 meses masculino parto cefalopélvico, partos: 3, abortos:1, cesáreas:0, hijos vivos: 3, método anticonceptivo: método de barrera, ultimo paptest hace 3 meses no patológico, mamografía hace 6 meses no patológico. Acude por dolor abdominal de 15 días de evolución en mesogastrio, hipogastrio y fosas iliacas, acompañado de náuseas que llegan al vómito y además diarrea hace 5 días, abdomen suave depresible distendido, presencia de melenas y sangrado vaginal en moderada cantidad.

Examen físico mucosas orales húmedas, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, abdomen en tabla, doloroso a la palpación superficial y profunda, ruidos hidro aéreos ausentes, región inguino genital: genitales externos de múltipara, evidencia de sangrado genital escaso, tacto vaginal: cérvix posterior OCE: entre abierto, útero: en AVF 1.2x doloroso al tacto bimanual, examen dificultoso por defensa abdominal de la paciente, sin embargo se palpa fondo de saco con líquido, anexo derecho doloroso con aparente masa del mismo lado, extremidades: pulsos presentes, no edema.

Eco obstétrico re p o r t a útero ante verso mide 13.5 X 6.4 X 8.5cm con vo lum en de 388.3c c , a nivel de ca v id a d endometrial se observa saco ge s t a c i o n a l de bordes discretamente irregulares mide 6.5 X 3.8 X 5.2cm, en su interior se observa polo embrionario con una LCR de 5.01 cm para una

edad gestacional de 11 semanas 5 días, FC: 189 latidos por minuto, adecuada reacción coriodesidual, no se observan hematomas retrocoriales, líquido libre en todos los recessos peritoneales aproximadamente de 150cc.



Figura 2: Eco fotograma en el preoperatorio inmediato 1.



Figura 3: Eco fotograma en el preoperatorio inmediato 2.

Resultados y discusión

Ecografía transvaginal útero ante verso de morfología y tamaño normal para la edad, mide 64 X 35mm, miometrio homogéneo no se observan lesiones focales, cavidad endometrial eco génica de 4.6 mm de grosor, no se evidencian imágenes ocupantes, cérvix cerrado, abundante cantidad de líquido espeso en Douglas con gleras en su interior sugestivo de sangre. Se observa saco gestacional con feto único vivo, movimientos activos, con LCC 53.5 mm que corresponden a 12.0 semanas de edad gestacional por US, actividad cardiaca de 180 latidos por minuto, a nivel de anexo izquierdo imagen eco génica heterogénea que podría estar en relación a plastrón.

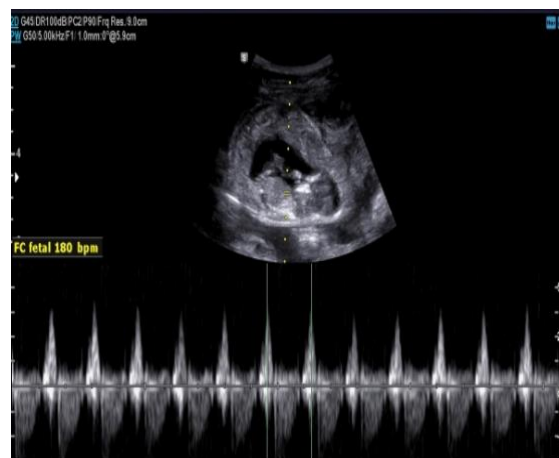


Figura 4: Ecografía abdominal preoperatoria 1.



Figura 5: Ecografía abdominal preoperatoria 2.

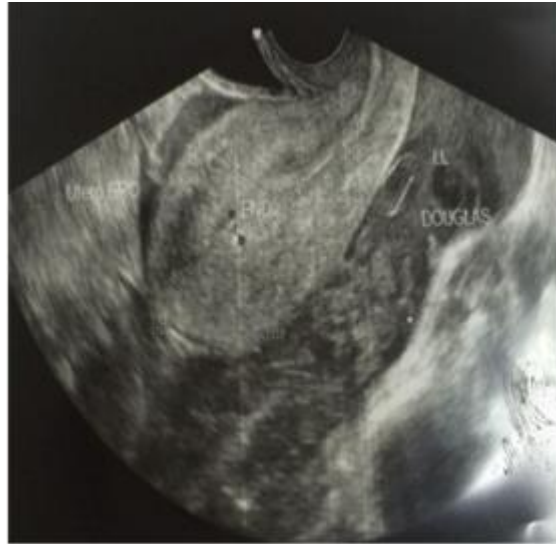


Figura 6: Ecografía abdominal preoperatoria 3.

Exámenes de laboratorio preoperatorios

HIV: no reactivo

Hepatitis C: 0.08: no reactivo, HBsAg: 0.19: no reactivo, BhCG cualitativa: Positivo

Impresión diagnóstica: Abdomen agudo inflamatorio por embarazo ectópico de 11 semanas de gestación.

Tratamiento

Laparotomía exploratoria más salpingectomía bilateral.

Hallazgos:

- Hemoperitoneo de aproximadamente 3000cc.
- Embarazo ectópico abdominal accidentado.
- Embrión vivo único.
- Implantación placentaria en epiplón y meso ovario derecho que toma en toda su extensión hasta el extremo distal de cuerno del mismo lado.
- Tejido trofoblástico en fondo de saco de Douglas.
- Anexo izquierdo macroscópicamente normal.
- Útero con características normales.

Exámenes de laboratorio postoperatorios

Primer día: Hormona gonadotropina coriónica humana sub unidad β (hCG- β)

3796.00 UI/ml

Segundo día: BhCG 1019.00UI/ml, progesterona: 0.30 ng/ml

Séptimo día: BhCG: 200 UI/ml, eco transvaginal: normal.

No se le administra metotrexato por no disponer dicho medicamento en la casa de salud

No se le administra metotrexato por no disponer dicho medicamento en la casa de salud.



Figura 7: Feto en el trans quirúrgico.



Figura 8: Feto en el trans quirúrgico 2.

Discusión

El tipo de embarazo abdominal, lo consideramos primario, ya que reúne los criterios enunciados por Studdiford, como son: trompas y ovarios normales, sin evidencia de lesiones recientes o pasadas; ausencia de cualquier evidencia de fístula útero placentaria y la presencia de un embarazo relacionado exclusivamente con la superficie peritoneal, lo suficientemente joven como para eliminar la posibilidad de una implantación secundaria posterior a la nidación primaria en la trompa. Si bien es cierto que el diagnóstico del embarazo ectópico no es fácil, como en nuestro caso que se podía pensar en un embarazo ectópico abdominal primitivo (muy raro) con fecundación e implantación en peritoneo y órganos pélvico abdominales, o bien, abdominal secundario como evolución de un ectópico fímbrico u ovárico (Soravilla et al., 2009).

La única forma posible de que un embarazo ectópico llegue a término, es siendo frecuentes las malformaciones fetales. Es un cuadro grave, ya que la placenta, buscando nutrición, se inserta en epiplón, intestino e hígado. Normalmente la gestación se interrumpe y calcifica (Lucio et al., 2005).

Debemos tomar en cuenta si la clínica del embarazo ectópico es o no accidentado por lo que el cuadro puede presentar dolor en fosa ilíaca, brusco e intenso, Douglas sensible y signos variables de peritonismo, así como clínica secundaria a la hemorragia (hipotensión, palidez y shock).

El dolor está relacionado con la presencia de sangre en cavidad peritoneal, pero no existe correlación entre la intensidad del mismo y la cuantía del hemoperitoneo. El dolor irradiado al hombro (omalgia) por irritación del frénico, puede indicar la rotura del embarazo ectópico (Gallo et al., 2010).

La ultrasonografía aporta criterios sugestivos de embarazo abdominal como son: visualización del feto separado del útero, imposibilidad de observar la pared uterina entre el feto y la vejiga, aproximación estrecha de partes fetales a la pared abdominal materna, situación excéntrica (relación del feto con el útero) o una actitud fetal anormal (relación de las partes fetales entre sí), visualización de tejido placentario extrauterino (Yildizhan et al., 2008).

Al establecerse el diagnóstico, debe plantearse la interrupción del embarazo si la edad de la gestación es precoz, o seguir una conducta expectante y resolución al tener viabilidad fetal (Gabbe et al., 2019).

En nuestro caso se decidió terminar con el embarazo porque comprometía órganos vitales maternos, se controló la evolución placentaria utilizando determinaciones de β hCG plasmática.

Conclusiones

El metotrexato ha sido recomendado para producir degeneración trofoblástica, reducir el tamaño y vascularidad de la placenta en nuestro caso no se utilizó por falta de disposición del mismo.

El embarazo abdominal es una anomalía poco frecuente que plantea un desafío clínico, el diagnóstico y tratamiento tempranos son determinantes para reducir el índice de mortalidad materna.

Referencias

- Barrera, C. (2016). Organización y desarrollo de una unidad de medicina perinatal. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(4), 422-426. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300529>
- Carrera, J., Mallabre, D., & Bernar, Z. (2006). *Protocolos de obstetricia y medicina perinatal* [Interview]. Editorial Masson, España.
- Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., Landon, M. B., Galan, H. L., Jauniaux, E. R., Driscoll, D. A., Berghella, V., & Grobman, W. A. (2019). *Obstetricia: Embarazos normales y de riesgo*. Elsevier Health Sciences.
- Gallo, J., Díaz-López, M., Gómez-Fernández, J., Hurtado, F., Presa, J., & Valverde, M. (2010). Síndrome metabólico en obstetricia. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*, 37(6), 239-245. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X10000614>
- González, N. G., Medina, V., Suárez, M., Clemente, C., & Seral, E. (2002). Base de datos perinatales nacionales del año 2000. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 45(11), 510-516. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501302758317>
- Lucio, L., Escudero, A., Rodríguez-Vega, E., Vázquez-Caamaño, M., Vaquerizo, O., & Herrera, F. (2005). Asociación entre las infecciones del tracto urinario y el parto pretérmino. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 48(8), 373-378. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501305724171>
- Sanz, M. I., Luna, M. S., Mussons, F. B., Martínez-Astorquiza, T., Vicens, J. L., & Aloy, J. F. (2015). Atención del parto en el agua. Consenso de la Sociedad Española de Neonatología y de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. *Anales de Pediatría*, 82(2), 108. e101-108. e103. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403314003282>
- Sen, S. E. d. N., Seq, S. E. d. Q., de la Rosa, M., Ginecología, S. E. d. O. y., Clínica, S. E. d. E. I. y. M., & Comunitaria, S. E. d. M. F. y. (2003). Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas revisadas. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 21(8), 417-423. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X03729796>
- Silvares, E. Á., Carballeira, E. M. C., Carazo, M. B. D., Couto, R. A., Menéndez, L. A., Martínez, O. M., Hermida, R. D., Guimerans, F. E., Semper, I. M., & Galego, P. F. (2014). Encuesta perinatal de la Sociedad Gallega de Obstetricia y Ginecología 2010-2011. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 57(3), 109-116. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501313002458>
- Soravilla, J. J. L., Adánez, J. M. G., Ruiz, L. D., Calleja, M. F., & Goenaga, J. P. (2009). La aplicación de la medicina basada en la evidencia reduce la tasa de cesáreas. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 52(8), 427-436. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501309722113>

Yildizhan, R., Kurdoglu, M., Kolusari, A., & Erten, R. (2008). Primary omental pregnancy. *Saudi Medical Journal*, 29(4), 606-609. <https://europepmc.org/article/med/18382809>