

## **EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL. PRESENTACION DE UN CASO**

### **Autores:**

**Leonel Enrique Guerra Rosales<sup>1</sup>, Cristina Guerra Frutos<sup>2</sup>, Leonela Guerra Frutos<sup>3</sup>, Jesús de la Rosa Santana<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Especialista 1<sup>er</sup> grado en Ginecobstetricia. Hospital Fe del Valle Ramos. Granma. Cuba. [carlosantonio@infomed.sld.cu](mailto:carlosantonio@infomed.sld.cu)

<sup>2</sup> Especialista 1<sup>er</sup> grado en M.G.I. Residente de Medicina Física y Rehabilitación. Servicio 2F.Hospital Celia Sánchez Manduley. Granma. Cuba.

<sup>3</sup> Estudiante de 5<sup>to</sup> año de la Carrera de Medicina. Alumna ayudante de Medicina Física y Rehabilitación. Facultad de Ciencias Médicas Manzanillo. Granma. Cuba.

<sup>4</sup> Estudiante de 6<sup>to</sup> año de la Carrera de Medicina. Alumno ayudante de Cardiología. Facultad de Ciencias Médicas Manzanillo. Granma. Cuba.

### **Resumen**

**Introducción:** El embarazo ectópico abdominal es una anomalía excepcional que representa el 1 % de los embarazos ectópicos; se asocia con alta morbilidad y mortalidad materna y fetal. **Objetivo:** realizar la presentación de un caso de embarazo ectópico abdominal y la revisión del tema. **Desarrollo:** Se presenta el caso clínico de una paciente de 22 años de edad atendida en la Clínica "Les Mamelles", Victoria, capital de Islas Seychelles, por sangramiento vaginal escaso, sin otro síntoma y diagnóstico de amenaza de aborto. Mediante la ecografía abdominal en el segundo trimestre se diagnostica a la paciente un embarazo ectópico abdominal. **Conclusiones:** Se trató con éxito mediante laparotomía exploradora con extracción del feto y la placenta completa.

**Palabras clave:** embarazo ectópico, embarazo abdominal, diagnóstico, laparotomía.

## **INTRODUCCIÓN**

El embarazo ectópico (EP) o embarazo extra uterino, aceptado del griego “ektopos” que significa fuera de lugar. <sup>(1)</sup> En un embarazo ectópico, la implantación se produce fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina: la trompa de Falopio, el intersticio uterino, el cérvix, el ovario, la cavidad abdominal o pélvica. Conocido como “el gran simulador” en Ginecología, constituye un trastorno que puede causar la muerte de la mujer que lo padece, y el producto de la concepción casi siempre se pierde. <sup>(2)</sup>

Las formas clínicas de presentación son muy variables y dependen de su localización y evolución. La ubicación tubárica es la más frecuente, con alrededor de 96 % de los casos, sobre todo en la trompa derecha, cuya afectación es casi el doble respecto a la izquierda. Las otras variedades son excepcionales. Constituye un problema mundial de salud pues se considera una de las principales causas de muerte materna, incluidos países desarrollados. <sup>(3)</sup>

El embarazo ectópico (EE) representa hasta el 2% de todos los embarazos, siendo el embarazo tubárico como el mayor de los casos con un 97% de incidencia, el embarazo ectópico abdominal 1%, cervical 1% y ovárico 0.1 – 1%. <sup>(4)</sup> Según los estudios internacionales, se ha reportado una incidencia de 1:10,000 a 1:30,000 nacimientos; no obstante, esta cifra es más alta en comunidades de bajos recursos, quizá debido a la mayor prevalencia de infecciones de transmisión sexual y subsecuente daño a los anexos. <sup>(5)</sup> El embarazo ectópico abdominal es el menos habitual, ocurriendo entre el 0.9 y el 1.4 % de todas las gestaciones ectópicas. <sup>(6)</sup>

Se consideran factores de riesgo para EE las infecciones de transmisión sexual, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), infertilidad y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, cirugías abdominopélvicas previas, esterilización quirúrgica o salpingectomía parcial bilateral, uso de

anticonceptivos intrauterinos, abortos inducidos, antecedentes de embarazo ectópico y el tabaquismo.<sup>(7)</sup>

El riesgo de mortalidad materna por un embarazo ectópico abdominal es de siete a ocho veces mayor que el riesgo de un embarazo ectópico tubario y es 90 veces mayor que el de un embarazo intrauterino. Aun cuando la mortalidad fetal es elevada (40 a 95%) existen algunos informes de embarazos abdominales a término con una frecuencia muy alta de malformaciones congénitas (30 a 90%).<sup>(8)</sup>

La disponibilidad actual, de métodos de diagnóstico como el ultrasonido transvaginal, la determinación de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica y la laparoscopia exploradora, han contribuido al incremento de la incidencia, al diagnosticar pacientes con embarazo ectópico en etapa precoz que antes no se diagnosticaban y que podían tener una resolución espontánea. Sin embargo; a pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, el embarazo ectópico sigue representando, a nivel mundial.<sup>(9)</sup>

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de 22 años de edad con antecedentes de salud y obstétricos de G<sub>2</sub> P<sub>1</sub> A<sub>0</sub> con fecha de última menstruación imprecisa pero referida del mes de abril. Es atendida en la la Clínica "Les Mamelles", Victoria, Capital de Islas Seychelles remitida del Hospital Nacional de Praslim por sangramiento vaginal escaso sin otro síntoma y diagnóstico de amenaza de aborto.

**APP:** no refiere

**APF:** no refiere

## **EXAMEN FÍSICO AL INGRESO**

**Mucosas:** coloreadas y húmedas

**Aparato Cardio- Respiratorio:** sin alteración

**Abdomen:** blando, depresible, no doloroso a la palpación, no reacción peritoneal

**Signos vitales:** TA 141/95 **Temperatura:** 36. 4 **Pulso:** 91 latidos x minutos

**Espéculo:** Cuello central, cerrado, escasa cantidad de sangre en el fondo del saco de Douglas. No sangramiento activo.

**Tacto Vaginal:** cuello central, blando, cerrado. Útero grávido de 9 semanas. Anejos no tactables.

### **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

**Hematología:** HB: 13.4 g/dl, **Leucos:** 6.2x 10<sup>9</sup>/ul, **Plaquetas:** 277x 10<sup>9</sup>/ul  
**USS:** Gestación intrauterina de 10.2 semanas. Sin alteración. Se egresa de la institución el día 5/8/19 y seguimiento por la consulta de atención prenatal.\*Refiere dolor en epigastrio y vómitos. Sin otros síntomas.

### **EXAMEN FÍSICO**

**Abdomen:** Blando depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, no reacción peritoneal, no contractura abdominal. **Espéculo:** cuello central, cerrado, no pérdidas vaginales. **TV:** útero grávido de 14- 15 semanas. Anejos libres.

**Signos vitales:** TA 103/88 **Temperatura:** 36.5 **Pulso:** 100 latidos x minutos

Ingresa con diagnóstico de Gestación de 15 semanas. Epigastralgia.

Se indica tratamiento y complementarios que incluye USS

**Resultados:** **HB:** 8.2 g/dl, **Leucos:** 10.3x10<sup>9</sup>/ul, **Plaquetas:** 376x10<sup>9</sup>/ul,  
**USS:** informa feto y placenta fuera de cavidad uterina con abundante líquido libre en cavidad abdominal.

Se establece el diagnóstico de Embarazo Ectópico Abdominal y se anuncia para Laparotomía exploradora de urgencia. Se realiza todas las maniobras quirúrgicas de extracción fetal (Fig.1). Encontrándose embarazo ectópico abdominal de 15 semanas, con abundante sangre libre en cavidad, saco gestacional íntegro con feto en su interior y placenta adherida a fondo uterino, asas intestinales y fondo del saco de Douglas. Se extrae saco gestacional con feto y placenta en múltiples fragmentos (Fig.2).



**Fig.1.** Maniobras quirúrgicas de extracción fetal

**Fig.2.** Feto

Se realiza hemostasia de vasos sangrantes. Se dejan empaquetamiento con dos compresas en la zona quirúrgica para hemostasia por compresión y drenaje en cavidad abdominal. Se traslada el caso a la unidad de terapia intensiva donde evoluciona favorablemente y pasadas 48 horas se re interviene quirúrgicamente, retirando el empaquetamiento con compresas comprobando hemostasia y se cierra definitivamente el abdomen por planos. Tras evolución favorable es egresada del hospital al séptimo día con seguimiento por consulta.

## **DISCUSIÓN**

El embarazo ectópico es una afección relevante dentro del ámbito de la ginecología y la obstetricia porque puede ser una causa frecuente de muerte de mujeres sanas en edad fértil. <sup>(9)</sup> No tiene relación aparente con la edad de la paciente ni con la paridad y puede surgir en cualquier momento de la vida sexual de multíparas y nulíparas. <sup>(8)</sup>

El embarazo ectópico es considerado un problema de salud pública en todo el mundo, y es una de las principales causas de mortalidad materna en el primer trimestre en los Estados Unidos. El riesgo de muerte es 10 veces mayor que el del parto vaginal y 50 veces mayor que el del aborto inducido. Por otra parte, la posibilidad de un embarazo posterior exitoso es significativamente menor en estas mujeres, especialmente si son primíparas y mayores de 30 años. <sup>(11)</sup>

Las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico abdominal son múltiples y dependen de la edad gestacional. La sintomatología relatada por la paciente puede variar, desde estar asintomática hasta presentar sintomatología inespecífica o dolor abdominal agudo, lo que hace que el diagnóstico sea complejo de realizar. <sup>(12)</sup>

La gestación ectópica abdominal puede ser el resultado de la implantación secundaria de un embarazo ectópico abortado (mecanismo más frecuente) o el resultado de la fertilización intraabdominal, con implantación primaria en el abdomen, siendo necesario en el caso de un ectópico abdominal primario el

hallazgo de trompas y ovarios normales y ausencia de dehiscencia de cicatriz uterina previa si la hubiese. <sup>(6)</sup>

Como ocurre con frecuencia, el diagnóstico se efectúa durante el acto quirúrgico y una de las complicaciones más peligrosas es el sangrado, que puede ser muy intenso, por lo que debe ser manejado por un personal de experiencia y técnicamente apto. En general se aconseja dejar la placenta en el lugar donde está adherida y mantener vigilancia por ultrasonido y BHCG (fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica). El riesgo de dejar la placenta en el abdomen consiste en que puede producir obstrucciones intestinales, infecciones, adherencias, abscesos y dehiscencias. <sup>(2)</sup>

El dilema en cuanto al tratamiento es la decisión entre la interrupción quirúrgica del embarazo, y con ello disminuir la mortalidad materna, y la conducta expectante con la intención de lograr un resultado exitoso materno y fetal.

El tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica mediante laparoscopia o laparotomía exploradora. Lo más recomendable es interrumpir el embarazo tan pronto como se establezca el diagnóstico; sin embargo, cuando está cercano a la viabilidad, la posibilidad de nacimiento de un recién nacido vivo puede justificar el retraso de la intervención. La manipulación de la placenta es motivo de controversia, se piensa que solo debe extraerse cuando pueda aislarse su aporte sanguíneo y ligarse con facilidad, de lo contrario, deberá evitarse la manipulación placentaria ligando el cordón cerca de su inserción, y la placenta se deja in situ y posteriormente se indica metotrexate.

Es importante la atención temprana de la paciente con embarazo ectópico abdominal debido al potencial riesgo de complicación asociada, por lo que el tratamiento oportuno y el manejo adecuado son muy importantes para la conservar la vida.

### **CONCLUSIONES**

El embarazo abdominal es una anomalía poco frecuente que plantea un desafío clínico, diagnóstico y terapéutico. Se informa sobre esta paciente porque, a pesar de lo infrecuente, es un ejemplo de que el embarazo ectópico abdominal existe, de que para hacer el diagnóstico hay que pensar en él y de que hay que agotar todos los recursos para poder llegar a un diagnóstico certero y oportuno que permita tomar conductas adecuadas y minimizar los riesgos para la paciente. La

disminución en los errores diagnósticos se logrará siempre y cuando se establezca una correlación entre la clínica y los auxiliares diagnósticos. La presentación de esta implantación ectópica poco frecuente requiere tratamiento multidisciplinario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hu Liang H, Sandoval Vargas J, Hernández Sánchez AG, Vargas Mora J. Embarazo ectópico: revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Revista Clínica de la Escuela de Medicina [Internet]. 2019 [citado 18 Jun 2020]; 9(1): 28-36. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
2. [Santana Pedraza T, Estepa Pérez JL, Rafael Truy B. Embarazo ectópico abdominal. Presentación de un caso. Medisur \[Internet\]. 2012 \[citado 18 Jun 2020\]; 10\(5\):429-433. Disponible en:](#)  
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2267>
3. Sánchez Machado R, Álvarez Hernández M, Borges Damas L, Peñalver Sinclay AG, Parra Linares E. Embarazo ectópico abdominal a término con feto vivo en mujer angolana adulta joven. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado 18 Jun 2020]; 23(4): 578-586. Disponible en:  
<http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3925>
4. [Rodríguez Gallardo PS, Sisalima Inga GS. Prevalencia y factores predisponentes para la aparición de Embarazo Ectópico \[Internet\]. Milagro: Universidad Estatal de Milagro. Facultad Ciencias de la Salud; 2019 \[citado 18 Jun 2020\]. Disponible en:](#)  
<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4547/1/PREVALENCIA%20Y%20FACTORES%20PREDISPONENTE%20PARA%20LA%20APARICION%20DE%20EMBARAZO%20ECTOPICO.pdf>
5. Rejón-Estrada LG, Haro-Cruz JS, Villa-Villagrana F, García-Morales E, Angulo-Castellanos E, Gutiérrez-Padilla JA. Embarazo ectópico abdominal de término con neonato vivo: caso clínico y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2019 [citado 18 Jun 2020]; 87(3): 196-201. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsMex/gom-2019/gom193g.pdf>

6. [Polo Oliveros L, Gabasa Gorgas L, Procas Ramón B, Hierro Espinosa C, Rojas Pérez-Ezquerria BM, Narvi3n Casorr3n C. REV CHIL OBSTET GINECOL](#) [Internet]. 2020 [citado 18 Jun 2020]; 85(1): 60 - 67. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v85n1/0717-7526-rchog-85-01-0060.pdf>
7. [Escobar-Padilla B, Perez-L3pez CA, Mart3nez-Puon H. Factores de riesgo y caracter3sticas cl3nicas del embarazo ect3pico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc](#) [Internet]. 2017 [citado 18 Jun 2020]; 55(3): 278-85. Disponible en: [http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_medica/article/viewFile/1456/2038](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/1456/2038)
8. [Bravo Torres Y, Cardet Niebla Y, Machado Rojas F, Camacho Hern3ndez O. Embarazo ect3pico abdominal. Informe de caso. Acta M3dica del Centro](#) [Internet]. 2018 [citado 18 Jun 2020]; 12(2):176-183. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2018/mec182i.pdf>
9. [Quispe Vargas RS. Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazo ect3pico en el 3rea de ginecolog3a y obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho periodo septiembre 2017 - septiembre 2018](#) [internet]. Puno-Per3: Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Medicina Humana; 2019 [citado 18 Jun 2020]. Disponible en: [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11076/Quispe\\_Vargas\\_Rosa\\_Senaida.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11076/Quispe_Vargas_Rosa_Senaida.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
10. [Vargas-Hern3ndez VM, Hern3ndez Fierro MJR, Ventura Quintana V, Tovar Rodr3guez JM. Embarazo ect3pico abdominal, presentaci3n de un caso y revisi3n de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol](#) [Internet]. 2017 [citado 18 Jun 2020]; 82(3): 338-344. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n3/0717-7526-rchog-82-03-0338.pdf>
11. Mej3a Sifuentes JH. Beneficios del uso de metotrexato vs. del tratamiento quir3rgico en pacientes con embarazo ect3pico no complicado en el intituto nacional materno perinatal durante los a3os 2014-2015 [Internet]. Lima-Per3: UNIVERSIDAD RICARDO PALMA. FACULTAD DE MEDICINA HUMANA; 2018 [citado 18 Jun 2020]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1285/192-JMEJ%C3%8DA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Escobar-Vidarte MF, Caicedo-Herrera G, Solarte-Eraza JD, Thomas-P3rez LS, D3valos-P3rez DM, L3pez-Tenorio J, et al. Embarazo Ect3pico Abdominal

Avanzado: reporte de casos y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 18 Jun 2020]; 68(1): 71-82. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1952/195250686007/html/index.html>