

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOOBSTÉTRICO  
“MARIANA GRAJALES”  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL

Por:

MSc. Dr. Luis Manuel Martín Morales<sup>1</sup>, Dr. Romelio de la Paz Muñiz y Dr. Osiel Montero Silverio<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Bioética. Hospital Universitario Ginecoobstétrico “Mariana Grajales”. Santa Clara, Villa Clara. Instructor. UCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Ginecoobstétrico “Mariana Grajales”. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Policlínico de Encrucijada. Villa Clara.

*Descriptor DeCS:*

EMBARAZO ECTOPICO/diagnóstico  
EMBARAZO ABDOMINAL/diagnóstico  
MORTALIDAD MATERNA

*Subject headings:*

PREGNANCY, ECTOPIC/diagnosis  
PREGNANCY, ABDOMINAL/diagnosis  
MATERNAL MORTALITY

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>1-4</sup>.

En las últimas décadas ha aumentado la frecuencia de embarazos ectópicos; sin embargo, ha existido disminución de la mortalidad, lo que ha estado favorecido por un diagnóstico oportuno, precoz y un tratamiento quirúrgico inmediato<sup>5-7</sup>.

La incidencia de embarazos ectópicos (2/100 gestaciones diagnosticadas) aumenta con la edad materna. Otros factores de riesgo son la enfermedad inflamatoria pélvica previa –especialmente por *Chlamydia trachomatis*–, la cirugía tubárica previa, los embarazos ectópicos precedentes (riesgo de repetición del 10 % al 25 %), el tabaquismo, el tratamiento con dietilestilbestrol y los abortos provocados previos. Las posibilidades de que se produzca una gestación son menores cuando se coloca un dispositivo intrauterino (DIU); sin embargo, aproximadamente el 5 % de esas gestaciones son ectópicas.

El embarazo ectópico abdominal es el segundo más raro después del cornual. La implantación abdominal es un reto para el ginecoobstetra debido a la escasa incidencia y experiencia que existe para su atención<sup>8</sup>.

Los embarazos abdominales se clasifican como primarios o secundarios. La mayoría son secundarios como resultado de aborto o rotura de un embarazo tubárico temprano, con implantación secundaria en la cavidad peritoneal. Para diagnosticar un embarazo abdominal primario, se deben cumplir los criterios de Studdiford: 1) Ambas trompas y ovarios deben estar en condiciones normales, sin evidencia de lesión reciente; 2) no debe haber evidencia de fístula ureteroperitoneal y 3) el embarazo debe relacionarse exclusivamente con la superficie peritoneal en un estadio bastante temprano, para excluir una implantación secundaria.

En el pasado, se han informado complicaciones que incluían muerte materna del 4 % al 29 % de los embarazos ectópicos abdominales. Por fortuna, estas cifras de morbilidad y mortalidad han

disminuido debido a la mayor capacidad de diagnóstico temprano y, en consecuencia, a la posibilidad de acceso por vía laparoscópica.

Entre las complicaciones que se describen en las pacientes con embarazo ectópico abdominal se incluyen: abscesos pélvicos, peritonitis y sepsis causados por restos de tejido trofoblástico retenido. La mortalidad fetal es elevada (40 % a 95 %), aunque se han informado algunos embarazos abdominales a término y postérmino.

#### Presentación del paciente

Paciente de 37 años, sana, con los siguientes antecedentes obstétricos: cinco embarazos, cuatro partos y 0 aborto, a quien se le practicó salpingectomía bilateral puerperal hace siete años, y acudió a consulta con amenorrea de 11 semanas; se había realizado regulación menstrual el 10 de septiembre de 2009 con cinco semanas de gestación, pero este procedimiento resultó fallido. Se remitió al Servicio de Ginecología (Sala de Legrado) del Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara, Villa Clara, el 17 de marzo del 2009, para interrumpir la gestación por el método de misoprostol.

Al ingreso, presentaba 8,6 g/l de hemoglobina; se encontraba afebril, normotensa, con palidez cutáneo mucosa, abdomen blando, depresible, pero sensible en flanco izquierdo. El examen ginecológico destaca escasa metrorragia, sin dolor a la movilización del cuello y fondo de sacos libres.

A las 17 horas de ingreso, con indicaciones médicas de administrar misoprostol, sobre las 4:05 a.m. comenzó a presentar signos de choque, pulso débil, frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto, tensión arterial 90/50 mmHg; al examen físico se comprobó que el abdomen estaba suave, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, con marcada reacción peritoneal y signo de Blumber+, por lo que se decidió realizar laparotomía exploradora, donde se evidenció un embarazo ectópico abdominal de 12 semanas, con placenta adherida a epiplón y más de 1 500 cc de sangre en la cavidad (Figs 1-4). Se realizó anexectomía bilateral más omentectomía parcial por abdomen agudo a causa de un embarazo ectópico abdominal.



Fig1 Se observa el embrión en la cavidad abdominal.



Fig 2 Obsérvese la placenta insertada en el epiplón.



Fig 3 Resección parcial del epiplón con la placenta.



Fig 4 Embrión de 12 semanas y la placenta.

Durante el postoperatorio, la paciente se mantuvo con parámetros vitales estables; se decidió transfundir 4 U de glóbulos rojos, con grupo y factor O positivo.

A las 24 horas del postoperatorio inmediato, se investigó las cifras de hemoglobina postransfusional: 11,2 g; mostró buen estado general y estaba hemodinámicamente estable, por lo que se decidió el alta hospitalaria.

#### **Resultados de biopsias de trompa y ovario:**

Ovario que muestra cuerpo lúteo, cuerpos albicans, quistes foliculares y zonas de hemorragia. Trompa de Falopio con lisis de su epitelio, coágulos sanguíneos que muestran vellosidades coriales y fragmentos de tejido fibroconectivo con hemorragias.

#### **Comentario**

El embarazo abdominal es una forma rara de embarazo ectópico, que se desarrolla en la cavidad abdominal, generalmente con un desenlace funesto para la madre y el producto de la concepción. Se acompaña con implantación de la placenta en cualquiera de los órganos internos de dicha cavidad.

El riesgo de muerte por un embarazo ectópico abdominal es 7,7 veces mayor que un embarazo tubárico y 90 veces más que uno normal. La mortalidad materna es de 0,5 % a 18 % y la mortalidad fetal de 40 % a 95 %. La incidencia es de 10,9 a 20,6 por cada 10 000 nacimientos y de 9,2 % a 14,5 % por cada 1 000 embarazos ectópicos.

El procedimiento a seguir con la placenta va a depender de su implantación, y variará desde un tratamiento conservador hasta la resección intestinal concomitante; asimismo, este estará determinado por su localización, la disponibilidad de sangre y el estado de viabilidad placentaria.

En este caso, la implantación de la placenta permitió realizar la remoción de esta, que estaba adherida al epiplón, con omentectomía parcial; sin embargo, se plantea en la literatura en la

mayoría de los casos, que el tratamiento preferible sería dejar la placenta en la cavidad abdominal para facilitar su involución posterior, pues se ha demostrado que el uso de metrotexate ocasiona una destrucción placentaria muy acelerada<sup>9</sup>.

El diagnóstico del embarazo abdominal es en ocasiones equívoco e insospechado, pero si se realiza temprano, permite establecer la conducta terapéutica precisa y adecuada, para disminuir la morbilidad y mortalidad maternas.

### **Referencias bibliográficas**

1. Schwarcz R, Diverges C, Díaz G. Obstetricia. En: Manual de protocolos médicos. Buenos Aires: El Ateneo; 2003. p. 234-45.
2. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Manual de terapéutica médica. México: McGraw Hill Interamericana; 2000.
3. Cifuentes R. Urgencias obstétricas. En: Ginecología y Perinatología. Colombia: Distribuna; 2007. p. 54-105.
4. Gori J, Lorazo A. Ginecología. En: Urgências Médicas. 2da ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2002. p. 78-95.
5. Department of Medicine, Washington University School of Medicine. El Manual Washington de terapéutica médica. Washington: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
6. Alfaro H, Cejudo E, Fioreli S. Complicaciones médicas en el embarazo. México: McGraw Hill Interamericana; 2005.
7. Bankowski B, Hearne A, Lambrou N. Embarazo ectópico. En: Hopkins J. Ginecología y obstetricia. Philadelphia: Marbán; 2005. p. 56-78.
8. American college of emergency physicians. Clinical policy. Critical issues in the initial evaluation and management of patients presenting to the emergency department in early pregnancy. Washington. Ann Emer Med. 2003;41(1):123-33.
9. Barnhart Kt, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical management of ectopic pregnancy: a meta analysis comparing "single dose" and "multidose" regimens. Obstet Gynecol. 2003;101:778-84.

Recibido: 13 de enero de 2011

Aprobado: 23 de marzo de 2011