

**EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL**  
**ABDOMINAL ECTOPIC PREGNANCY**

Autores:

Dra. Yazmin de la C. Torres Brito <sup>(1)</sup>

M.Sc. Belkis Brito Herrera <sup>(2)</sup>

M.Sc. Generoso Torres Fuentes <sup>(3)</sup>

Dr. Jorge L Vargas Morales <sup>(4)</sup>

<sup>1</sup> Residente 3<sup>ER</sup> año MGI, Policlínico Felo Echezarreta, teléfono 47863302, email: yazmintb@nauta.com.cu, Orcid: 0000 0002 7603 8385

<sup>2</sup> Especialista de 1<sup>er</sup> grado en MGI y Pediatría, Categoría Docente: Profesor Auxiliar, MsC Atención Integral al Niño, Investigador Agregado, Presidenta del Consejo Científico, Policlínico Felo Echezarreta, Miembro de la Sociedad Cubana de Pediatría, teléfono 47863302, email:belkis.brito@infomed.sld.cu. Orcid:0000 0001 9069 0751

<sup>3</sup> Especialista de 2<sup>do</sup> grado en Urología, Categoría Docente :Profesor Auxiliar, Msc Longevidad Satisfactoria, Investigador Agregado, Secretario del Consejo Científico Hospital Leopoldito Martínez, Miembro de la Sociedad Cubana de Urología, , teléfono 47863302, email:gene@infomed.sld.cu, Orcid: 0000 0003 2204 4314

<sup>4</sup> Especialista de 1er GRADO MGI, Policlínico Martha Martínez, teléfono 47863302, email: jorgemg@nauta.com.cu, Orcid: 0000 0002 3643 0294

**Introducción**

El embarazo abdominal es una forma de embarazo ectópico caracterizado por la implantación del embrión fuera del aparato genital interno femenino. Se presenta en 1 % de todos los casos de embarazo ectópico. Los sitios de implantación incluyen el peritoneo por fuera del útero, el saco rectouterino, el epiplón, el intestino con su mesenterio, el mesosalpinx, el peritoneo de la pared pélvica y la pared abdominal. La placenta creciente puede encontrarse adjunta a varios órganos incluyendo las trompas de Falopio y los ovarios. Otros sitios extraños han sido el hígado y el bazo. (1-3)

La incidencia de embarazo ectópico abdominal varía de 1:1000 a 1:30,000 según la localización geográfica y nivel socioeconómico de la mujer, es más común en países en vías de desarrollo. (2,4)

No se sabe si los embarazos abdominales son el resultado de la implantación secundaria de un embarazo ectópico abortado o el resultado de la fertilización intraabdominal, con implantación primaria en el abdomen. Otro mecanismo es iatrogénico que fue sugerido por un informe de caso de embarazo abdominal después de la fertilización in vitro en una paciente con salpingectomía bilateral previa. (5)

Los factores de riesgo para el embarazo abdominal incluyen daño tubario, enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, técnicas de reproducción asistida, y multiparidad.

Los síntomas clínicos y el examen físico son muy variable según la localización, estos pueden ser náusea, vómito, diarrea por irritación peritoneal, datos de suboclusión intestinal, movimientos fetales dolorosos y disminución de los mismos, referidos en la parte alta del abdomen. A la exploración física puede encontrarse: molestia a la palpación abdominal, partes fetales fácilmente percibidas por debajo de la piel, no existen contracciones de Braxton-Hicks y el estímulo externo de la pared uterina no está seguido del aumento de tono, como normalmente ocurre. Hay situaciones y presentaciones viciosas y masa pélvica independiente del útero.(6,7)

Para poder determinar el diagnóstico de embarazo ectópico abdominal, aparte de valorar los aspectos clínicos junto con una exploración ginecológica, existen pruebas como la determinación en orina de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG-b); el diagnóstico se confirma mediante su cuantificación sérica y la valoración ultrasonográfica de la pelvis, ante la ausencia de saco gestacional intrauterino y sin evidencia de saco en los anexos. Otras pruebas complementarias que pueden ayudar a confirmar o descartar el diagnóstico, son la tomografía axial computada o la resonancia magnética. (1,5 )

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, asociado en ocasiones a metrotexate que produce degeneración trofoblástica, reducción del tamaño y vascularización.(1,5,7)

Por lo poca frecuencia con que se presentan los embarazos ectópicos abdominales, los problemas que pueden presentarse para su diagnóstico y las consecuencia adversas para la salud de la mujer se decidió la presentación de este caso.

## OBJETIVO

Realizar la presentación de una paciente que se diagnosticó embarazo ectópico abdominal.

### Presentación del caso

Paciente YCT, de 30 años de edad, ama de casa, blanca, tiene una niña de 9 años.

Menarquia a los 13 años.

Primeras relaciones sexuales a los 15 años.

Fórmula menstrual 28/6.

Actualmente separada de su esposo, el cual tiene un hijo de matrimonio anterior con síndrome de Down.

APP:

- Operada de embarazo ectópico del cuerno izquierdo que comprometió parte del útero hace 1 año y medio.
- Alergia a medicamentos: Penicilina y eritromicina

HISTORIA OBSTÉTRICA de G<sub>7</sub>P<sub>1</sub>A<sub>5</sub> (3 provocados y 2 espontáneos)

### HISTORIA DE LA CAPTACIÓN DEL EMBARAZO:

Acude a consulta del médico de la familia el 20 de abril de 2018 y refirió amenorrea de hace 3 meses, desde el 31 de enero de 2018, por fórmula menstrual se constata 11,2 semanas de edad gestacional y fecha probable de parto 7 de octubre de 2018

Es un embarazo no planificado, si deseado.

Niega dolor, buen estado general, no secreciones vaginales, necesidades fisiológicas normales, tiene apoyo familiar.

Se realizó test de embarazo que fue positivo y ultrasonido ginecológico donde se evidenció gestación sin alteraciones.

Peso 71 kg talla: 166 IMC 26,2 sobrepeso

Examen físico

Mucosas: Húmedas y normocoloreadas.

Boca: No edentia, orofaringe normal

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular normal, no estertores, FR.18 x minutos

Aparato cardiovascular: Ruidos rítmicos, bien golpeados, no soplos.

Frecuencia cardíaca: 78 por minutos

Tensión arterial; 110/60

Abdomen: Útero grávido

Examen vaginal con espéculo: Cuello sano con orificio cervical externo cerrado, no leucorrea.

Tacto vaginal: Cuello de 2,5 cm, no doloroso a la movilización, útero de 11,2 semanas de gestación.

TCS: No infiltrado

Impresión diagnóstica: Embarazo de 11,2 semanas

Se indica:

Tabletas prenatales, Vitamina C y ácido fólico 1 tableta diaria.

Relaciones sexuales con uso del condón.

Higiene y cuidado del embarazo.

Refuerzo de la dieta.

Complementarios del 1er trimestre: hemograma, HIV, serología, parcial de orina, glicemia, exudado vaginal, urocultivo, heces fecales y antígeno.

Interconsulta con:

Trabajadora social: Valorada el 10 de mayo de 2018, con buenas condiciones de la vivienda, apoyo familiar, no conflictos, no preocupación por el embarazo, se da alta.

Psicología: Valorada 9 de mayo de 2018, por madre soltera se da seguimiento.

Nutrición: Valorada el 10 de mayo de 2018, se le da orientaciones dietéticas por riesgo de obesidad.

Medicina interna: Valorada 9 de mayo de 2018, no trae complementarios, se da reconsulta.

Genética: Valorada 4 de mayo de 2018

Ultrasonido del 1er trimestre latido cardiaco presente

LCR: 74,7 mm(13,3 sem)                      TN: 1,3 mm                      HN: positivo

LA normal              Feto único                      Buena vitalidad                      PA:Ok

4 extremidades: Ok

Genética comunitaria: Valorada 4 de mayo de 2018, se le indica alfafetoproteína para las 16 semanas y ultrasonido para las 18 semanas

Estomatología: No asistió

Ginecobstetricia: Pendiente

Es traída por el servicio integrado de urgencias médicas de Mayabeque el 21 de mayo de 2018 al Hospital General Docente Leopoldito Martínez, en San José de las Lajas, Mayabeque, porque la paciente estando en su casa comenzó con dolor intenso en bajo vientre y se sentía muy decaída. Es valorada en el servicio de Urgencias constatándose que la paciente se encuentra con palidez marcada, sudorosa, fría.

Examen físico:

Mucosas: Húmedas e hipocoloreadas.

Aparato Cardiovascular: Ruidos taquicardicos, FC: 104 x minutos, TA: 60/40

Abdomen: Doloroso a la palpación en hipogastrio, mate a la percusión, con sensación de peloteo.

Resultados de complementarios indicados de urgencia:

Hto: 0,27 Leucograma:  $7 \times 10^9$  P:0,62 L:036 E:0,02

Tiempo desangramiento: 1 minuto

Tiempo de coagulación: 9 minutos

Conteo de plaquetas: 200 000

Glicemia: 5,2 mmol/l

Grupo y factor A positivo

Ultrasonido abdominal: útero grávido, con feto único vivo, DBP: 34mm para 16, 4 semanas, LF: 20 mm para 16,1 sem, LC presentes, placenta posterior, LA normal, llama la atención marcado afinamiento de la pared anterior del útero, moderada cantidad de líquido libre en cavidad en los cuatro cuadrantes fundamentalmente en hemiabdomen izquierdo, no se descarta la posibilidad de rotura uterina.

Con el diagnóstico de rotura uterina es trasladada al quirófano, se realizan medidas antishock y es operada, según consta en el informe operatorio y hoja de anestesia se le realiza laparotomía observando más de 1500 ml de sangre libre en cavidad, la cual se aspira, en compresas más de 1000 ml y otras pérdidas quirúrgicas 580 ml, se localiza útero se procede a realizar histerectomía con ligaduras de las hipogástricas y extracción de saco gestacional con feto en su interior no vivo (Figuras 1,2,3,4,5 ).

Se traslada al servicio de terapia intensiva en estado crítico donde permaneció hasta el día 24 de mayo y por evolución favorable se traslada al servicio de cirugía para continuar tratamiento antimicrobiano con:

- Ceftriaxona (1bbo=1gr) ev c/12 h
- Amikacina (1 amp=500 mg) 1 ½ amp ev diaria
- Metronidazol (1 fco =500mg) ev c/8 h.

Por la estabilidad hemodinámica clínica y por exámenes de laboratorio se decide el alta el 28 de mayo, teniendo una estadía hospitalaria de 7 días.

Un mes después se cita la paciente a consulta, la cual tiene buen estado general. Se le realiza ecografía abdominal, donde se observó hígado, bazo, páncreas y riñones de tamaño y características normales, no líquido libre en cavidad, vejiga poco llena, histerectomizada, no lesión de cúpula, y buena motilidad de asas intestinales.

Resultado de Anatomía Patológica

Se recibe útero, ovario izquierdo, cuello uterino y saco gestacional con embrión. Cuello uterino de 4 x 3 cm, exocervix blanco grisáceo, orificio permeable, quiste de Naboth, canal pardo claro, cuerpo uterino que mide 14 x 10 x 10 cm, serosa pardo grisácea con solución de continuidad en el techo del cuerpo

uterino que mide 5 x 5 cm con bordes edematosos de color pardo oscuro, al corte miometrio trabeculado, cavidad endometrial pardo oscura, endometrio de 0,3 cm, la solución de continuidad tiene relación con el istmo de la trompa uterina donde se produjo implantación alta del embrión y en cráter del mismo se observan vellocidades plantadas.

Trompa uterina de 8 cm, serosa grisácea, luz puntiforme, ovario de 3 x 2 cm, saco gestacional de 14 x 13 cm cubierto por vellocidades coriales, saco gestacional traslucido al corte duro, abundante líquido amniótico claro, transparente, feto bien formado, de sexo indeterminado, con su cordón umbilical sin alteración.

Útero gravídico con ruptura de la pared a nivel de fondo uterino y porción intramural de la trompa uterina, con gran cavidad de 4 x 4 cm con sangre coagulada por implantación subserosa de la placenta.

Saco gestacional, placenta y feto sin alteraciones morfológicas significativas

Ovario, cuerpo lúteo del embarazo, quistes foliculares

Es importante señalar que a pesar de tener dos ecografías previas que informaban de gestación normal, esto demuestra lo complicado que resulta a veces el diagnóstico de embarazo ectópico abdominal.

## **Discusión**

El embarazo ectópico abdominal es una localización extremadamente rara. Se trata de embarazos implantados en omento, órganos vitales o grandes vasos de la cavidad abdominal, secundarios a la ruptura o aborto de un embarazo tubárico u ovárico. (1-3)

Los signos y síntomas que pueden sugerir la presencia de un embarazo abdominal son: presencia de dolor abdominal, palpación de partes fetales y dolores los movimientos fetales, signos de irritación peritoneal, la placenta puede implantarse en diferentes sitios como intestino, epiplón, hígado, el bazo y el saco de Douglas, (1,3,5,9) ésta se puede separar en cualquier momento durante el embarazo lo cual conducirá a hemorragia interna y un posible shock hipovolémico como sucedió con nuestro caso.

El médico debe ser muy cuidadoso y hábil para diagnosticar embarazo ectópico abdominal, pues, el embarazo ectópico es el "gran simulador", muchas veces sus síntomas son interpretados en función de otra enfermedad. Así sucedió en el caso reportado por Vázquez Martínez, en que una primigesta a término, con placenta previa oclusiva total, en espera de la interrupción de su embarazo, presentó un fuerte cuadro doloroso abdominal tipo cólico acompañado de vómitos, y que fue interpretado como un trastorno dispéptico. Al continuar la sintomatología, fue sometida a ultrasonido abdominal, en que se observó imagen sugestiva de vesícula biliar dilatada con posible litiasis, se interpretó el cuadro como colecistitis y se trató como tal. Al final resultó un embarazo ectópico abdominal. (10)

Para el diagnóstico de embarazo ectópico abdominal, además, del cuadro clínico se realiza habitualmente por ecografía vaginal o abdominal, donde se visualiza el saco gestacional implantado

fuera del útero, con anejos normales. Esto puede resultar más difícil en el segundo y, sobre todo, en el tercer trimestre, cuando el útero vacío y de tamaño normal es más difícil de visualizar. La relación anormal entre feto, placenta y líquido amniótico, y presentaciones anómalas fetales, sobre todo transversa, pueden alertar al especialista en imagenología a partir del segundo trimestre. Estos embarazos pueden no diagnosticarse hasta avanzados momentos de la gestación y coincidir incluso con un feto viable, lo que complica su manejo. (1,8)

La resonancia magnética nuclear puede ayudar a obtener más datos acerca de la zona de implantación de la placenta, esto puede minimizar la pérdida de sangre durante la cirugía y ayudar en la decisión de intentar la resección parcial o completa de la misma. (9)

No está claro cuál es el tratamiento óptimo del embarazo ectópico abdominal; en general, se aconseja tratamiento quirúrgico, dejar la placenta en el lugar donde está adherida, mantener vigilancia por ultrasonido, dosificación sérica de alfa-fetoproteína y completar el tratamiento con metotrexato o embolización arterial.(2,7,11)

En nuestro caso por el cuadro clínico que presentaba la paciente se decidió el tratamiento quirúrgico por el tamaño del saco gestacional, las características del útero y el estado de shock que presentaba la paciente que puso en peligro su vida.

### **Conclusiones**

El embarazo ectópico abdominal es una anomalía poco frecuente que plantea un desafío clínico, además, diagnóstico y tratamiento tempranos para poder evitar el aumento del índice de mortalidad materna.

### **Referencias Bibliográficas**

1. González I, Buil L, Guardia L, Chipana M, Aragón MA, Rojas B. Presentación de caso Embarazo extrauterino abdominal Rev Cubana Obstet Ginecol 2016;42 (1):234-239.
2. Puch EE, Vázquez R, Osorio A, Ramos M, Villarreal CO, Ruvalcaba E. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2015;83:454-460.
3. Mondragón A, Velázquez C, Zamora R. Embarazo ectópico abdominal primario, Rev Mex Med Repro 2011;3(3):133-137.
4. Florent Y, Jovanny T., Jeanne H, Zacharie S. Viable abdominal pregnancy: a case report in Yaoundé (Cameroon). Pan African Medical Journal. 2014; 18:181-183.
5. Vázquez Y, López J, Vera V, Pérez N. Embarazo abdominal en primigesta a término. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009;35(3):34-38.

6. Oriaifo N, Njoku SE, Oriaifo M. Adjuntive use of methotrexate in the Management of advanced abdominal pregnancy: a case report and literature review. International Research Journal of Pharmacy and Pharmacology. 2014;4(2):18-21.
7. Santana T , Estepa JL , Truy BR. presentación de caso. Embarazo ectópico abdominal. Presentación de un caso. Medisur 2012;10 (5):32-36.
8. Martín LM, de la Paz R, Montero O. Embarazo ectópico abdominal. Medicentro [revista en Internet]. 2011 [citado 2 Feb 2019];15(3). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/pdf/Sumario/an>.
9. Matovelo D, Ng'walida N. Hemoperitoneum in advanced abdominal pregnancy with a live baby: a case report. BMC Res Notes 2014;7: 106-108.
10. Vázquez YE, López J, Vera V, Pérez N. Embarazo abdominal en primigesta a término. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2009 [citado 23 Feb 2019];35(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script>.
11. Aaron P, David H., Everett F. Early Abdominal Ectopic Pregnancies: A Systematic Review of the Literature, Gynecol Obstet Invest 2012;74:249–260.



Figura 1.  
Saco gestacional con feto en su interior



Figura 2.  
Saco gestacional con feto en su interior



Figura 3.  
Saco gestacional con feto en su interior, cavidad uterina y cuello



Figura 4.  
Cavidad uterina y cuello

1.23

## LA RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL, SU RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE LA CIENCIA- TECNOLOGÍA - INNOVACIÓN