

Embarazo ectópico intraligamentario a término. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Drs. José Moros¹, Manuel Saldaña², Gerardo Laguens², Fausta Nse², Yolanda Nchama³, Claudio Lizarralde⁴.

RESUMEN

El embarazo intraligamentario es una forma rara del embarazo ectópico y un tipo de embarazo abdominal, el diagnóstico quirúrgico es difícil de realizar. Se reporta el caso de una paciente de 26 años de edad, con embarazo intraligamentario de 36,4 semanas y feto vivo, cuyo diagnóstico se realizó durante el acto operatorio. Se realiza la revisión de la literatura sobre el manejo obstétrico de esta patología.

Palabras clave: Embarazo intraligamentario, Embarazo ectópico.

SUMMARY

Intraligamentary pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy and a type of abdominal pregnancy, pre-operative diagnosis is difficult to perform. We report the case of a 26-year-old patient, with an intraligamentary pregnancy of 36.4 weeks and a live fetus, whose diagnosis was made during the surgery. The review of the literature on obstetric management of this pathology is performed.

Key words: Intraligamentary pregnancy, Ectopic pregnancy

INTRODUCCIÓN

Embarazo ectópico (EE) se puede definir como aquel en el que el huevo fertilizado se implanta en cualquier lugar diferente a la cavidad endometrial uterina y según su sitio de implantación pudiera ser tubárico, uterino (cornual, cervical, intramural), ovárico, abdominal e intraligamentario (1). Lo describió por primera vez Albucasis en 1863, Mariceau en el siglo XVII lo incluyó en su texto como complicación obstétrica (2). La frecuencia de esta entidad ha ido aumentando considerablemente en el mundo, lo cual es

probablemente debido al incremento en diversos factores causales incriminados y a los avances conseguidos en el diagnóstico (1).

El embarazo intraligamentario constituye una forma rara de embarazo ectópico y ocurre aproximadamente en 1 por cada 300 gestaciones ectópicas, suele deberse a la penetración trofoblástica de un embarazo tubárico a través de la serosa hasta el mesosálpinx, con implantación secundaria entre las hojas del ligamento ancho, aunque también es posible que ocurra si aparece una fístula uterina entre la cavidad endometrial y el espacio retroperitoneal, como sucede en el embarazo abdominal (2). El diagnóstico también es difícil y generalmente tardío, siendo en su mayoría, un hallazgo operatorio, tal como ocurre en los embarazos abdominales (2, 3).

Se describen como factores predisponentes del embarazo abdominal e intraligamentario: la multiparidad, edad

¹Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico La Paz de Bata, Guinea Ecuatorial. ²Médicos Especialistas adscritos al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico La Paz de Bata, Guinea Ecuatorial. ³Directora General Adjunta encargada de los Servicios Técnicos del Centro Médico la Paz de Bata, Guinea Ecuatorial. ⁴Médico Anatómo- Patólogo del Hospital Inseso de Bata, Sociedad Guineana de Salud, Guinea Ecuatorial.

mayor a 30 años, raza negra, tabaquismo, historia de infertilidad, embarazo tubárico o cirugía tubárica previa, antecedente de esterilización quirúrgica, técnicas de reproducción asistida, historia de abortos previos, uso de dispositivo intrauterino, endometriosis, anomalías congénitas (2, 4), salpingitis tuberculosa (5) y enfermedades de transmisión sexual. La mortalidad materna asociada al embarazo ectópico oscila entre 10 % y 18 %, según lo reportan diversos autores (2, 6) y la mortalidad perinatal oscila entre 43,8 % y 95% (6), razón por la cual esta patología es considerada 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 (7).

Por otro lado, cuando se establece el diagnóstico y se decide interrumpir el embarazo, se plantea otra situación, el manejo de la placenta (6), siendo este el punto clave del que podría depender la frecuencia de complicaciones maternas (8). Finalmente, las consecuencias del embarazo ectópico sobre el potencial reproductivo futuro pueden ser muy significativas, llegando a reducir la capacidad fértil hasta en 50 % (9).

CASO CLINICO

Mujer de 26 años, sin antecedentes patológicos de importancia, antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los 11 años, patrón menstrual normal, IV gestas III partos eutócicos, con 3 hijos vivos, quien no realizó sus controles prenatales en este centro asistencial y llegó remitida de otro centro de la localidad, por presentar un embarazo de 36,4 semanas por ecografía y cifras de tensión arterial elevadas. Al ingreso, la paciente refería síntomas neurológicos (cefalea), y al examen físico: tensión arterial: 180-110 mmHg, edemas en miembros inferiores III/IV, el resto del examen estaba normal. Los exámenes de laboratorio mostraban proteinuria de 4+ y otras alteraciones que se presentan en la Tabla 1.

La ecografía obstétrica reportaba: embarazo simple de 36,4 semanas con crecimiento fetal en el percentil 18, líquido amniótico normal, feto en situación transversa con un peso fetal estimado de 2590 g. El *doppler* obstétrico era normal. Por todo lo anterior, es admitida en el Servicio de Obstetricia con los siguientes diagnósticos: 1- Embarazo simple de

Tabla 1.

Exámenes de laboratorio al 23 de abril de 2017.

Hematología	Química	Serología	Orina
Hb: 10,6 g/dL	Creatinina: 1,5 mg/dL	Hepatitis B: negativo	Proteínas: ++++
Hto: 31,9 %	AST: 101 mg/dL	Hepatitis C: negativo	Leuc.: +++
Leucocitos: 13 600 x mm ³	LDH: 1271 mg/dL	VDRL: negativo	
Plaquetas: 366 000 x mm ³		HIV: negativo	
		Gota gruesa: negativo	

36,4 semanas por ecografía con feto en situación transversa, 2-Preeclampsia severa, 3- Síndrome HELLP incompleto, 4-Infección urinaria baja. Por todo ello, se decide resolución obstétrica vía alta el día 28/04/2017. Los hallazgos operatorios fueron los siguientes: 1- Saco amniótico extrauterino, ubicado hacia el ligamento ancho del lado derecho (figura 1), y adherido a la cara posterior del útero y al colon sigmoideos. 2- Útero de tamaño discretamente aumentado y con adherencias del epiplón al fondo y su cara posterior (figura 1 y 2) 3- Líquido amniótico meconial fluido y recién nacido masculino vivo, acorde a 35-36 semanas, con APGAR de 9/9 puntos al primero y a los cinco minutos, quien presentaba asimetría facial (desviación hacia la izquierda) y pie talo derecho (figura 3) 4- Placenta dentro del saco amniótico, lográndose su extracción completa.



Figura 1.

Hallazgos intraoperatorios: saco amniótico extrauterino en el ligamento ancho derecho

EMBARAZO ECTÓPICO INTRALIGAMENTARIO A TÉRMINO.
PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA



Figura 2.

Hallazgos intraoperatorios: útero de tamaño discretamente aumentado, con adherencias del epiplón al fondo y cara posterior



Figura 4.

Saco amniótico reseca en su totalidad



Figura 3.

Recién nacido con asimetría facial (desviación hacia la izquierda) y pie talo derecho



Figura 5.

Foto del macro

Se logra, con la ayuda del cirujano de guardia, reseca la totalidad del saco amniótico, el cual es enviado para estudio histopatológico. (Figura 4)

El informe de la biopsia reportó (Figuras 5 y 6):

- Anexo uterino derecho (ovario y trompa derechos) y ligamento ancho derecho (extirpación)
- Embarazo ectópico ligamentario
- Signos de hemorragia crónica



Figura 6.

Foto del macro ampliada.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico es una alteración que puede poner en riesgo la vida de una mujer, con potenciales efectos negativos en la fertilidad futura, por lo que es imperativo el diagnóstico temprano y en esta fase, el ultrasonido endovaginal es el mejor estudio diagnóstico, con una sensibilidad de 87 %, especificidad de 94 % y un valor predictivo positivo de 92,5 % (2). Sin embargo, el diagnóstico prequirúrgico, específico del embarazo ectópico en el ligamento ancho, es difícil realizarlo, incluso con ultrasonido, Costa y col., en 1991, mencionado por Seckin y col. (10), reporta que, incluso, en manos expertas y con los mejores equipos, solo en 50 % de los casos, resulta posible diagnosticarlo con este método, por lo que en la mayoría de las ocasiones, resulta ser un hallazgo en la sala de operaciones, tal como ocurrió en este caso, donde a pesar de que a la paciente se le realizó una ecografía previa, no fue posible hacer el diagnóstico. En embarazos avanzados, el estudio radiográfico, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética pueden ser útiles para el diagnóstico (2, 6).

Las complicaciones prenatales del embarazo intraligamentario incluyen: ruptura del saco amniótico con hemorragia en la cavidad peritoneal, insuficiencia placentaria y muerte fetal (10), lo cual afortunadamente no ocurrió en este caso.

El tratamiento es quirúrgico, la laparoscopia aunque es un procedimiento que ofrece ventajas, solo tendría utilidad para el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico abdominal temprano (2), por lo que la recomendación aceptada en casos de gestaciones avanzadas, es la interrupción del embarazo a través de una laparotomía, aunque algunos autores sugieren seguir con una conducta expectante ofreciendo inducción de madurez pulmonar fetal y posterior resolución obstétrica, sin embargo, se debe tener presente, que a medida que avanza el embarazo, existe la posibilidad de mayor infiltración placentaria en los diversos órganos abdominales (6). Durante la cirugía, la placenta representa el mayor problema, dada la posibilidad de producirse hemorragia masiva durante su extracción, por lo que su manejo sigue siendo controversial; la mayoría de los autores sugieren extraerla, siempre que sea posible, tal como se logró hacer en el presente caso, lo cual depende de la

edad gestacional y de su lugar de implantación. En caso de no ser posible la extracción de la placenta, existe la posibilidad de tratamiento médico con metotrexato, el cual produce degeneración trofoblástica, reduce su tamaño y vascularidad, no obstante, existe el riesgo de formación de abscesos (3, 4, 6, 8,10).

En embarazos abdominales avanzados, pueden producirse deformidades fetales en un rango que varía entre 30 % a 90 %, consecuencia del oligohidramnios, y entre las más comunes están: asimetrías faciales, craneanas, anormalidades de las articulaciones y malformaciones del sistema nervioso central (6, 10). En este caso, el recién nacido presentó asimetría con desviación facial hacia la izquierda y pie talo derecho.

Si el feto muere y su tamaño es demasiado grande como para ser reabsorbido, puede supurar, momificarse o calcificarse y en estos dos últimos casos, pudiese permanecer en la cavidad abdominal por años hasta ser eliminados durante la realización de una intervención quirúrgica o al realizar una autopsia (6).

El hallazgo de un embarazo intraligamentario a término con feto vivo, como es el caso que se presenta, es extremadamente raro, y solo pocos autores reportan casos aislados (5, 10, 11). En el continente Africano, solo se consiguieron 2 trabajos publicados sobre embarazo intraligamentario, uno ocurrido en Angola en septiembre de 2013 (4), pero en este caso se obtuvo un recién nacido a término muerto, y el otro ocurrido en Nigeria (12), donde se reportan dos casos diagnosticados prenatalmente en el segundo trimestre y que terminaron en una interrupción del embarazo con una salpingo-ooforectomía, por lo cual, el caso actual, parece ser el único embarazo intraligamentario con un feto vivo a término del que se tenga conocimiento en Africa, con el resultado de una madre, en quien se logró realizar una extracción placentaria completa, evolucionando satisfactoriamente en su postoperatorio.

CONCLUSIÓN

El embarazo ectópico intraligamentario plantea un desafío clínico, dado su difícil diagnóstico, a pesar de los avances tecnológicos, tal vez, debido a que no se sospecha y las pacientes no asisten oportunamente a la consulta prenatal. Una vez diagnosticado los autores

EMBARAZO ECTÓPICO INTRALIGAMENTARIO A TÉRMINO.
PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

piensan que debe interrumpirse, a menos que la edad gestacional sea avanzada, y el manejo de la placenta debe ser individualizado.

REFERENCIAS

1. Faneite P, Amato R, Faneite J, Rivera C, Palacios L. Embarazo ectópico 2000-2007. *Rev Obstet Ginecol Ven.* 2008; 68 (3): 155 – 159.
2. Salomón J, Herrera A, González M, Estrada S. Embarazo ectópico intraligamentario. *Rev Ginecol Obstet Mex.* 2013; 81 (4): 211 - 214.
3. Colmenares B, López J, Rivas M, Silva D. Embarazo ectópico abdominal: caso clínico. *Rev. Obstet Ginecol Ven.* 2002; 62 (4): 279 – 281.
4. Chirino P, Sarmiento A, González M, Cabrera A, Soto N. Embarazo ectópico abdominal. *Rev Ciencias Médicas.* 2015; 19 (3): 540 – 548.
5. Zieger G, Guckeisen R, Thomas W. Mature intraligamentary pregnancy with florid salpingitis tuberculosa. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1976; 36 (3): 265 - 270.
6. Rumbao F, Silva M, Benítez G, De Conno A, Cohen A, Pinzón A, et al. Embarazo ectópico abdominal a término. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev. Obstet Ginecol Ven.* 2001; 61 (3): 181 – 186.
7. Naranjo M, Lazo M, Noriega M, Saona L. Tratamiento médico del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2007-2008. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2013; 59 (1): 49 – 53.
8. Escobar M, Caicedo G, Solarte J, Thomas L, Dávalos D, Tenorio J, Forero A. Embarazo ectópico abdominal avanzado: reporte de casos y revisión de la literatura. *Rev. Col Obstet Gin.* 2017; 68 (1): 71 – 82.
9. Osoreo C, Vega L, Távara L. Futuro reproductivo de pacientes tratadas por embarazo ectópico. *Ginecol Obstet.* 1994; 40 (1): 40 - 44.
10. Seckin B, Turkcapar F, Tarhan I, Yalcin H. Advanced Intraligamentary pregnancy resulting in a live birth. *J Obstet Gynaecol.* 2011; 31 (3): 260 - 261.
11. Vierhout ME, Wallenburg HC. Intraligamentary pregnancy resulting in a live infant. *Am J Obstet Gynecol.* 1985; 152 (7 Pt 1): 878 - 879
12. Abdul MA, Tabary AM, Kabiru D, Hamidu N. Broad ligament pregnancy: a report of two cases. *Ann Afr Med.* 2008; 7 (2): 86 - 87.