

## Embarazo ectópico abdominal secundario. Reporte de un caso.

Drs. Aida Lara Croes,<sup>1</sup> Alexandra Rivero Fraute,<sup>2</sup> Daniella Galiffa,<sup>3</sup> Jean Castillo,<sup>3</sup> Laura Peña.<sup>3</sup>

### RESUMEN

*El embarazo ectópico abdominal tiene baja incidencia de 1 por cada 10 000 embarazos, representa el 1 % de los embarazos ectópicos. Se clasifica en ectópico abdominal primario o secundario de acuerdo a su génesis de instauración. Se presenta una paciente de 35 años, IIG IA, con antecedente de embarazo ectópico tubárico diagnosticado a las 8 semanas de gestación, no resuelto, quien ocho semanas después consultó por dolor y sangrado. Ingresó con diagnóstico de embarazo abdominal, con ecografía que mostró feto en cavidad abdominal e imagen sugestiva de hematoma que abarcaba la región posterior del útero, ovario derecho, omento, intestino delgado y colon transverso. Se practicó laparotomía media infraumbilical con extracción de feto, salpingectomía izquierda, disección del tejido trofoblástico, omentectomía y apendicectomía. Posteriormente, se indicó tratamiento médico con metotrexato, con egreso en condiciones satisfactorias y control por consulta externa.*

**Palabras clave:** Embarazo ectópico, Embarazo abdominal, Metotrexato

### SUMMARY

*Abdominal ectopic pregnancy has a low incidence of 1 per 10,000 pregnancies, accounting for 1% of ectopic pregnancies. It is classified as primary or secondary abdominal ectopic according to its established genesis. There is a 35-year-old patient, IIG AI, with a history of tubular ectopic pregnancy diagnosed at 8 weeks gestation, unresolved, who eight weeks later consulted for pain and bleeding. She was admitted with a diagnosis of abdominal pregnancy, with ultrasound showing fetus in abdominal cavity and suggestive image of hematoma covering the posterior region of the uterus, right ovary, omenta, small intestine and transverse colon. Infraumbilical media laparotomy was performed with fetus removal, left salpingectomy, trophoblastic tissue dissection, omentectomy and appendectomy. Subsequently, medical treatment with methotrexate was indicated, with discharge under satisfactory conditions and control by external consultation.*

**Keywords:** Ectopic pregnancy, Abdominal pregnancy, Methotrexate

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico abdominal, constituye una presentación rara, con una prevalencia de 1 por cada 10 000 embarazos y constituye el 1 % de los embarazos ectópicos, representando una emergencia obstétrica

que aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad materna (1). En Venezuela se calcula entre 1 x 22 711 a 1 x 69 920 embarazos (2 - 4).

El riesgo de mortalidad materna en un caso de embarazo ectópico abdominal es de siete a ocho veces mayor que el riesgo en un embarazo ectópico tubárico y es 90 veces mayor que el riesgo en un embarazo intrauterino (5, 6).

El embarazo abdominal, según la clasificación de Studdiford (7), puede ser primario: extremadamente raro, ocurre cuando un óvulo fertilizado se implanta

<sup>1</sup>Especialista en Obstetricia y Ginecología, Jefa del Servicio de Sala de Partos, Maternidad Concepción Palacios (MCP). Caracas. <sup>2</sup>Especialista en Obstetricia y Ginecología y Medicina Materno Fetal. Coordinadora del Programa de Medicina Materno Fetal, MCP, Universidad Central de Venezuela. <sup>3</sup>Especialistas en Obstetricia y Ginecología y Medicina Materno Fetal, MCP.

directamente en un órgano abdominal y secundario: ocurre cuando un óvulo previamente implantado en la trompa de Falopio, el ovario o el útero, luego se escapa después de su ruptura, a la cavidad abdominal (8), afectando una o varias estructuras abdominales tales como la serosa uterina, el fondo de saco de Douglas, el epiplón, el intestino, el mesenterio, el mesosalpinx, el peritoneo de la pared pélvica y la pared abdominal, el hígado, el bazo, el diafragma y/o el riñón (9).

## CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 35 años, segundigesta (IIG), un aborto (IA), quien acudió a control ginecológico donde observaron embarazo ectópico tubárico de 8 semanas de gestación motivo por el cual fue referida para atención en emergencia obstétrica, sin embargo, la paciente decidió no acudir. Ocho semanas después, presentó sangrado genital moderado, dolor abdominal y aumento de volumen abdominal, por lo cual consultó al Servicio de Emergencia de la Maternidad Concepción Palacios (MCP), se evaluó y se le practicó ecografía en la que se observó embarazo abdominal de 15 semanas más 6 días. Por ese motivo, se ingresó al Servicio de Sala de Partos de la misma institución y se solicitaron exámenes sanguíneos, que evidenciaron hemoglobina en 5 g/dl, por lo que se transfundieron 4 unidades de concentrado globular, y se obtuvo un control postransfusional de 12 g/dl. El caso fue evaluado de manera multidisciplinaria con el Servicio de Medicina Materno Fetal de la Maternidad Concepción Palacios, se realizó nuevo eco obstétrico en el que se observó: feto en cavidad abdominal, con actividad cardíaca y, además, hematoma que abarcaba cara posterior de útero, fondo de saco de Douglas con extensión a anexos derechos, sugiriendo resolución quirúrgica oportuna.

Durante su hospitalización, el caso fue analizado con el Servicio de Cirugía de la institución, para la resolución, se decidió realizar una laparotomía exploratoria mediante incisión media infraumbilical, con los siguientes hallazgos: hemoperitoneo de 1500 cc, feto en fosa iliaca izquierda, hematoma

retroplacentario que se extendía por toda la cara posterior de útero, anexos derechos, intestino delgado y colon transversal, con infiltración trofoblástica de la serosa intestinal. Se procedió a la extracción de feto con una edad gestacional alcanzada de 16 semanas, con actividad cardíaca, se practicó salpingectomía izquierda por ruptura de la trompa, disección del tejido trofoblástico, omentectomía y apendicectomía (figuras 1 – 3), verificación de la hemostasia y síntesis por planos.

La paciente fue trasladada a la Unidad de Terapia Intensiva para el manejo de los hemoderivados y vigilancia médica, se solicitaron niveles sanguíneos de fracción  $\beta$  de la hormona gonadotrofina coriónica humana, para niveles basales e inicio de metrotexato, el cual se administró a dosis de 50 mg intramuscular, dosis única (1 mg por kg de peso). Posterior a su egreso de la Unidad de Terapia Intensiva, se ingresó a cuidados intermedios del Servicio de Medicina Materno Fetal, se optimizaron los niveles de hemoglobina, se solicitaron exámenes de funcionalismo hepático y renal e interconsulta con el Servicio de Enfermedad Trofoblástica quienes sugirieron control de  $\beta$ -HCG en 7 días para establecer tratamiento definitivo y control por consulta externa. Se recibieron niveles de  $\beta$ -HCG en 10 UI/ml, por lo que fue egresada de la institución de manera satisfactoria.



Figura 1: Feto de 16 semanas



Figura 2. Hallazgos operatorios: feto de 16 semanas, trompa uterina rota (flechas azules), saco gestacional y tejido trofoblástico (flecha negra gruesa), epiplón (flecha delgada).



Figura 3. Tejido trofoblástico

## DISCUSIÓN

El embarazo abdominal representa el 1 % de todos los embarazos ectópicos, con una incidencia que varía ampliamente según su ubicación geográfica. En EE.UU se reporta 1 por cada 10 000 nacimientos, por

otra parte, en África su incidencia es de 1 por cada 654 nacimientos; la multiparidad y el nivel socioeconómico se describen como factores epidemiológicos (5, 7 - 9). Se requiere de un alto índice de sospecha para el diagnóstico por primera vez de embarazo abdominal, ya que el mismo se pierde en una cuarta parte de los casos (10). De ahí que se considere que el diagnóstico es difícil y generalmente tardío, siendo en su mayoría, hallazgos intraoperatorios (2, 4), incluso con embarazos a término y fetos vivos, como el caso presentado por Rumbao y col. (11), en Venezuela, en 2001.

Los factores de riesgo para un embarazo ectópico abdominal, son similares a los del embarazo tubárico u ovárico: infección pélvica, embarazo ectópico previo, endometriosis, operaciones uterinas previas y técnicas de reproducción asistida (5). El embarazo ectópico abdominal puede clasificarse como temprano si se diagnostica previo a las 20 semanas de gestación y tardío después de las 20 semanas de embarazo (12), sin embargo, en 1942 Studdiford (7), refirieron que el embarazo abdominal puede ser clasificado según su lugar de implantación, en primario, si la implantación ocurre directamente en los órganos abdominales antes

mencionados, y secundario, cuando la concepción ocurre en algún otro órgano reproductivo femenino y, posterior a su ruptura, se implanta en la cavidad abdominal, lo cual es interesante para el manejo académico; sin embargo no modifica la conducta a seguir ni el seguimiento (9). Posteriormente, en 1968, Friedrich y Rankin (13) modificaron los criterios. Propusieron que para ser un verdadero embarazo abdominal primario, el embarazo debería tener menos de 12 semanas de gestación y los elementos trofoblásticos deberían estar relacionados únicamente con la superficie peritoneal.

El caso presentado se clasificó como secundario, debido al antecedente del diagnóstico de un embarazo tubárico 8 semanas antes, no resuelto, por lo que se consideró que se trataba del mismo embarazo, y a la visualización del estallido tubárico durante la intervención quirúrgica.

La manifestación clínica del embarazo abdominal está dada por un conjunto de signos y síntomas extremadamente variables, lo que hace su diagnóstico clínico complejo debido a que no hay un signo patognomónico del embarazo abdominal que lo diferencie del tubárico u ovárico, lo que inclusive lleva a desconocer su diagnóstico hasta la laparotomía exploradora. Los síntomas más frecuentes, náuseas, vómitos, dolor abdominal, evacuaciones líquidas por irritación peritoneal y abdomen doloroso a la palpación, entre otros (9, 10, 12 - 14). La paciente que se presenta refería dolor abdominal, sangrado genital y aumento de volumen abdominal.

La detección de un embarazo abdominal constituye un reto para el médico obstetra, por su ubicación, rara presentación y difícil diagnóstico. Por lo tanto, se debe establecer un adecuado interrogatorio y la determinación sérica de concentración de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana, aunque esta no sea suficiente para determinar el tipo de embarazo ectópico. El método diagnóstico de elección es la ecografía, pero aun así su precisión es cerca del 50 % para distinguir un embarazo abdominal de otro

embarazo ectópico (15). Por tal motivo, Allibone y col. (16) sugirieron ciertas características ecográficas para ayudar al diagnóstico de embarazo abdominal: 1. Feto con saco gestacional fuera de cavidad uterina. 2. Aproximación cercana del feto a la pared abdominal materna y localización de la placenta fuera de los confines de la cavidad uterina. 3. No visualización de la pared uterina separando al feto de las estructuras vecinas. Estos signos ecográficos fueron observados en el presente caso.

Los factores más importantes que influyen en la sobrevivencia de la paciente son el estado hemodinámico y la edad gestacional, debido a que este tejido implantado en la superficie abdominal, tiene alta vascularización, con mayor riesgo de sangrado (17), tal como describen Rumbao y col. (11), en 2001, quienes, luego de extraer al recién nacido, no lograron la completa extracción de la placenta debido a su firme inserción en la pared uterina, lo que ocasionó un sangrado incoercible que ameritó la realización de histerectomía abdominal total, con buena evolución posoperatoria.

Después de la resolución quirúrgica y extracción de la mayor cantidad de tejido trofoblástico posible, se procedió al tratamiento médico con metotrexato, con base en la evidencia médica para la reabsorción del tejido trofoblástico; actualmente no se cuenta con pautas exactas como régimen de tratamiento y se sugiere de manera sistémica, local o multidosis dependiendo de la respuesta al tratamiento (9). En el caso presentado una única dosis de metotrexato fue suficiente para la negativización de los niveles de  $\beta$ -HCG. En 2002, en referencia al tratamiento médico del embarazo ectópico no roto, Terán (18) describe que aunque el metotrexato ha sido empleado en distintos esquemas y diversas dosis y vías de administración, el esquema está estandarizado en 1 mg x kg de peso corporal y dosis única por vía endovenosa o intramuscular. Con este esquema, múltiples autores han demostrado una alta eficacia. En Venezuela, Colmenares y col. (19), presentaron un caso de ectópico abdominal en 2002, con un feto de aproximadamente 14 semanas, en el que

se practicó salpingectomía, se ligó el cordón umbilical, y se dejó la placenta *in situ*. En el posoperatorio se administraron 500 mg vía venosa de metotrexato más 100 mg de ácido fólico, con buena evolución. Asimismo, Sá y col. (6) mencionan la evolución satisfactoria de una paciente tratada con metotrexato en esquema de dosis única, luego de la extracción incompleta de la placenta para evitar sangrado masivo.

En conclusión, el embarazo ectópico abdominal es una rara entidad médica y en su diagnóstico influye la sospecha médica del mismo, sumada a la ultrasonografía y la determinación sérica de la hormona gonadotropina coriónica humana, no existe un recurso único disponible. El manejo clínico es amplio, desde la expectancia en el último trimestre del embarazo, hasta la resolución temprana y con mayor énfasis si peligra la vida de la madre. Entre los abordajes quirúrgicos descritos, se sugiere el que mejor domine el médico tratante. Se recomienda el manejo multidisciplinario.

## REFERENCIAS

- Jazayeri A, Davis T, Contreras D. Diagnosis and management of abdominal pregnancy: a case report. *J Reprod Med*. 2002; 47(12):1047-1049.
- Miranda M, Fleitas F, Uzcátegui O, Rodríguez J, Meneses P. Embarazo abdominal. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1986; 46(1):31-32.
- Haratz L, Kizer S. Embarazo abdominal. Análisis de 21 casos. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1977; 37(3):179-193.
- Brito O. Embarazo extrauterino a término con feto vivo. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1976; 36:157-164.
- Puch-Ceballos E, Vázquez-Castro R, Osorio-Pérez AI, Ramos-Ayala M, Villarreal-Sosa CO, Ruvalcaba-Rivera E. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía *Ginecol Obstet Mex*. 2015; 83: 454-60.
- Sá de Oliveira A, García A, Silva D. Embarazo ectópico abdominal. Dificultad en el diagnóstico. A propósito de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2016; 76(4):295-299.
- Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1942; 44(3):487-491.
- Okafor I, Ude A, Aderibigbe A, Amu O, Udeh P, Obianyo N, *et al*. Abdominal pregnancy- a case report. *J West Afr Coll Surg*. 2011; 1(1):121-130.
- Agarwal, N, Odejinmi, F. Early abdominal ectopic pregnancy: challenges, update and review of current management. *Obstet. Gynecol*. 2014; 16(3):193-198.
- Ayinde OA, Aimakhu CO, Adeyanju OA, Omigbodun AO. Abdominal pregnancy at the University College Hospital, Ibadan: a ten-year review. *Afr J Reprod Health*. 2005; 9(1):123-127.
- Rumbao F, Da 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 Venez*. 2001; 61(3):183-186.
- Martin J, McCaul J. Emergent management of abdominal pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 1990; 33(3):438-447.
- Friedrich E, Rankin C. Primary pelvic peritoneal pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1968; 31(5):649-653.
- Onan M, Turp A, Saltik A, Akyurek N, Taskiran C, Himmetoglu O. Primary omental pregnancy: case report. *Hum Reprod* 2005; 20(3):807-809.
- Costa S, Presley J, Bastert G. Advanced abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1991; 46(8):515-525.
- Allibone G, Fagan C, Porter S. The sonographic features of intra-abdominal pregnancy. *J Clin Ultrasound*. 1981; 9(7):383-387.
- Shafí S, Malla M, Salaam P, Kirmani O. Abdominal pregnancy as a cause of hemoperitoneum. *J Emerg Trauma Shock*. 2009; 2(3):196-198.
- Terán Dávila J. Metotrexate y conducta expectante en el embarazo ectópico no roto. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2002; 62(3):161-174.
- Colmenares B, López J, Rivas M, Silva D. Embarazo ectópico abdominal: caso clínico. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2002; 62(4):279-281.

Recibido 27 de febrero de 2020

Aprobado 15 de julio de 2020