

Casos Clínicos

Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura

Víctor Manuel Vargas-Hernández, Marcos Jesús Rodolfo Hernández Fierro, Valeria Ventura Quintana, José María Tovar Rodríguez

* Servicio de Ginecología, Hospital Juárez de México. México, D.F.

RESUMEN

Antecedentes: El embarazo ectópico abdominal es raro; con baja incidencia y ausencia de sintomatología específica que dificulta el diagnóstico y no existen criterios para el diagnóstico y tratamiento

Objetivo: se presenta un caso de embarazo intra-ligamentario de 16 semanas de gestación y se hace una revisión de la literatura sobre el manejo y comparación de los resultados.

Caso clínico: Mujer de 32 años de edad, gestas 3 partos 2; desconoce fecha de última menstruación; y control de la fertilidad con condón; acude por presentar dolor abdominal, sin datos de irritación peritoneal; se le realiza ultrasonido y se diagnostica embarazo de 16 semanas con muerte fetal; con sospecha embarazo abdominal; se realiza laparotomía exploradora para extracción fetal, dejando la placenta in situ, y manejo con metotrexate dejando la placenta in situ y egresado al tercer día sin complicaciones

Conclusión: el embarazo abdominal es raro, de difícil diagnóstico; que requiere la extracción quirúrgica y dejar la placenta in situ y manejo adyuvante con metotrexate; reportándose buenos resultados; pero, existe escasa información sobre la fertilidad futura.

PALABRAS CLAVE: Embarazo abdominal; intraligamentario; manejo conservador; metotrexate.

ABSTRACT

Background: The abdominal ectopic pregnancy is rare; with low incidence and absence of specific symptomatology diagnosis difficult and there are no criteria for the diagnosis and treatment

Objective: a case of intra-ligament 16 weeks of gestation pregnancy occurs and a review of literature on the handling and comparison of results is done.

Case report: Female 32 years old, deeds 3 births 2; known last menstrual period; and fertility control with a condom; comes because of abdominal pain without peritoneal irritation; Ultrasound was performed 16 weeks pregnant and diagnosed with fetal death; abdominal suspected pregnancy; laparotomy for fetal extraction is performed, leaving the placenta in situ, and leaving management methotrexate placental site and discharged on the third day uncomplicated

Conclusion: abdominal pregnancy is rare, difficult to diagnose; requiring surgical removal and leave the spot and adjuvant use with methotrexate placenta; good results being reported; but there is little information on future fertility.

KEYWORDS: Pregnancy abdominal; intraligamentary; conservative management; methotrexate.

ANTECEDENTES

El embarazo ectópico afecta 1 a 2% de los embarazos^{1,2}; es más común en la tuba uterina (90%), y el resto se implanta en otros sitios como abdomen, cuello uterino y ovario³. Dada la rareza de la implantación en estos sitios, mucha de la información que rodea el diagnóstico y tratamiento de estos embarazos viene de pequeños estudios observacionales e informes de casos. Esto hace que el enfoque óptimo para la evaluación del manejo se dificulte³

El embarazo abdominal se refiere a un embarazo que se ha implantado en la cavidad peritoneal, externo a la cavidad uterina y tubas uterinas. La incidencia informa es de uno en 2.200 a uno en 10.200 de todos los embarazos³.

La incidencia estimada es de 1 por cada 10.000 nacimientos y 1.4% de los embarazos ectópicos; existe informes de embarazo abdominal que ocurren después de la histerectomía⁴. Los sitios potenciales incluyen epiplón, pared pélvica, ligamento ancho, fondo de saco posterior, órganos abdominales (por ejemplo, bazo, intestino, e hígado), grandes vasos pélvicos, diafragma y serosa uterina^{3,5-7}.

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. Los factores de riesgo para el embarazo abdominal incluyen daño tubario, enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, técnicas de reproducción asistida, y multiparidad. La etiología de este padecimiento es idiopática y su detección temprana se dificulta debido a la ubicación variable en el abdomen; el embarazo abdominal se asocia con una amplia gama de signos y síntomas; que pasan desapercibidos hasta una edad gestacional avanzada; algunos llegan a término; en estos casos, los movimientos del feto se aprecian y son dolorosos; los implantados en intestino, provoca náuseas y vómitos prominentes; la hemorragia vaginal ocurre ya que el endometrio todavía responde a los cambios hormonales del embarazo^{1,2}

Algunas mujeres presentan abdomen agudo y choque debido a la hemorragia severa intraabdominal, separación de la placenta, ruptura de los vasos

sanguíneos maternos o vísceras⁶. En raras ocasiones, por falla a la inducción conducción del trabajo de parto⁸. La obstrucción intestinal y formación de fístulas son otras presentaciones raras. Se estima que la mortalidad materna es 7.7 veces mayor que en el embarazo ectópico tubario, y 90 veces mayor que el intrauterino⁹. Todas las mujeres en edad reproductiva con dolor abdominal, hemorragia vaginal, o alteraciones menstruales debe sospecharse embarazo y su ubicación (intrauterino o extrauterino) por ultrasonido ver figura 1.

Debe haber alto índice de sospecha para hacer el diagnóstico de embarazo abdominal. El hallazgo ultrasonográfico es la ausencia de tejido miometrial entre la vejiga materna y el embarazo; cavidad uterina vacía; además, de mala definición de la placenta, oligohidramnios, y apariencia fetal inusual. Un embarazo abdominal temprana es difícil de distinguir del embarazo tubárico si se implanta en las proximidades de los anexos^{3,5,6} y en embarazos avanzados se interpreta mal como intrauterino, si no se evalúa el miometrio. La tomografía computada y la resonancia magnética son útiles para confirmar el diagnóstico, al distinguir las relaciones anatómicas, conexiones vasculares potenciales y evaluación del sitio placentario^{6,10}. Estos embarazos abdominales causan elevación sérica de la concentración de alfa-fetoproteína materna, y una tendencia anormal en los valores de la hormona gonadotropina corionica humana (hCG) en serie. El diagnóstico diferencial incluye el embarazo ectópico en otros lugares, el embarazo intrauterino en un cuerno uterino rudimentario, desprendimiento prematuro de placenta y ruptura uterina³.

El manejo del embarazo abdominal cuando se diagnostica en el primer trimestre, la cirugía laparoscópica es la opción, la embolización arterial selectiva preoperatoria ayudar a prevenir la hemorragia durante los intentos de eliminar la placenta; pero no se recomienda; cuando está implantado en zonas vascularizadas, por riesgo de hemorragia incontrolable; el control de estas es más fácil por laparotomía. En contraste con los embarazos ectópicos de trompas, la terapia con metotrexato primaria de las primeras gestaciones ha tenido un éxito mínimo. Esto puede ser debido a la edad gestacional más avanzada en la que se descubren estos embarazos¹¹.

Los embarazos abdominales, se interrumpen al momento del diagnóstico, la posibilidad de un recién nacido sano es pobre y los riesgo de complicaciones

maternas alto; si el feto es viable se extrae por laparotomía. La conducta expectante para ganar madurez fetal se ha intentado y ha tenido éxito en algunos casos; pero, el enfoque óptimo para la extracción del feto no se ha determinado; con facilidad, principalmente para el manejo de la placenta, se prefiere el manejo conservador dejado la placenta in situ, o la intervención activa mediante embolización arterial o administración de metotrexate para acelerar la involución placentaria ¹²

Los niveles de hCG disminuyen en los primeros meses después del parto, se necesita años para que la masa placentaria sea absorbida. Las complicaciones a largo plazo en relación con los cambios inflamatorios causados por la placenta necrótica incluyen la formación de abscesos, sepsis, hemorragia tardía, obstrucción intestinal o ureteral, fístula que involucra vísceras abdominales, y dehiscencia de la herida¹³. Estas complicaciones se producen a pesar de la pérdida del flujo vascular intraplacentario. Se ha planteado la hipótesis de que la administración de metotrexato provoca la rápida destrucción de la placenta abdominal, lo que resulta en la acumulación de una gran cantidad de tejido necrótico¹⁴. Esto proporciona un medio favorable en el que las bacterias del colon pueden crecer, y aumenta la frecuencia de las complicaciones maternas. El enfoque alternativo es para ligar el suministro de sangre de la placenta y luego tratar de extraer la placenta; pero, existe el riesgo de hemorragia incontrolable y es necesario otras medidas ¹⁵

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente femenina de 32 años de edad, gestas 3 partos 2 con último parto en 2005, con peso de 2620 gr, desconoce fecha de última regla; método de planificación familiar preservativo.

Acude presentando dolor tipo cólico moderado a severo a nivel de hipogastrio con irradiación hacia región lumbar y datos de irritación peritoneal, la cuantificación de hCG fue de 4543 iU/L, amenorrea tipo II; se le realiza ultrasonido transvaginal el cual reportó en sitio de anexo izquierdo una imagen ovoidea de bordes irregulares mal definidos en relación a saco gestacional, producto único sin frecuencia cardíaca fetal, con circunferencia cefálica de 126 mm y diámetro biparietal 30mm en relación a 16 semanas de gestación, placenta sin vascularidad en la imagen de doppler, ver figura 1. Se realiza laparotomía exploradora encontrando embarazo

ectópico abdominal intraligamentario izquierdo y extracción de feto, ver figura 2; feto óbito del sexo masculino de 300cc gramos, 18 cm de talla útero macroscópicamente normal, ver figura 3, no identificado el ovario izquierdo. Corte y ligadura del cordón umbilical dejando placenta in situ con pérdida hemática de 400cc figura 4. La paciente cursa con postquirúrgico sin complicaciones 24 horas posterior al evento quirúrgico se administra metotrexate 70mg IV como dosis única; seguimiento con niveles séricos de la subunidad beta de hCG, con descenso progresivo a las 48 hr y 96 hr; egresando sin complicaciones y durante el control clínico de seguimiento no presentado complicaciones.

Discusión

El embarazo abdominal representa 1.4% de todos los embarazos ectópicos; y la incidencia estimada es de 1 por cada 10.000 nacimientos; en nuestro hospital de acuerdo a las estadísticas reportadas durante el periodo del 1 de enero de 2014 al 1 de marzo del 2015 fueron 3446 nacimientos; siendo el primer caso de embarazo abdominal durante este periodo o 1 en 3446 nacimientos; que son aquellos embarazos que se implantan fuera del útero como epiplón, órganos vitales, o grandes vasos y ligamento ancho como en nuestro caso; pueden pasar inadvertidos hasta el último trimestre y a menudo se manifiestan como resultado de una hemorragia severa ¹⁶, con tasas de mortalidad materna alta 20%; el embarazo abdominal avanzado tiene riesgo de hemorragia, coagulación intravascular diseminada, obstrucción intestinal, fístulas y con frecuencia, el feto es viable, complicando aún más la gestión ^{17,18}; en nuestro los resultados fueron favorables sin complicaciones maternas.

Las implantaciones en la pelvis, como ligamento ancho, intestino, y pared lateral de la pelvis no encuentran salida, el sitio de implantación y suministro vascular son factores que influyen en la sobrevivencia fetal ¹⁸. Los factores de riesgo para el embarazo abdominal incluyen daño tubario, enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, uso de técnicas de reproducción asistida, y multiparidad ¹⁵. Los embarazos abdominales se cree que son el resultado de la implantación secundaria de un embarazo tubárico abortado o resultado de la fertilización intraabdominal ¹⁶

Los pacientes con embarazo abdominal a menudo se presentan con dolor abdominal, náuseas, vómitos, movimientos fetales dolorosos, y con menor

frecuencia, hemorragia vaginal [59]; como la forma de presentación de nuestro paciente. En 1942, Studdiford expone sus criterios de embarazo abdominal¹⁷, ver tabla 1, de los cuales nuestro caso clínico cumple con estos criterios.

En la actualidad, el diagnóstico de embarazo abdominal se realiza por imagenología. El ultrasonido más la Resonancia Magnética son útiles para demostrar la relación anatómica entre la placenta y el área de la invasión antes de la cirugía para la posible pérdida masiva de sangre. Los hallazgos clásicos por ultrasonido es la ausencia de tejido miometrial entre la vejiga y saco gestacional¹⁶, como fue diagnosticada nuestra paciente, ver figura 1; la elevación sérica de alfa-fetoproteína también se asocia con el embarazo abdominal en nuestro caso las cifras 4543 ui/L. La laparoscopia diagnóstica es de gran utilidad cuando existe duda acerca de la ubicación del embarazo, en este caso no se realizó, porque la paciente presentaba datos de abdomen agudo que indicaba laparotomía de urgencia, y sospecha de embarazo ectópico roto de 16 semanas sin vitalidad fetal; algunos casos, el diagnóstico se realiza durante la cirugía^{15,17}; recientemente la resonancia magnética es de gran ayuda diagnóstica en pacientes estables¹⁵. No se cuenta con gran experiencia en el manejo, porque gran parte de los informes son de casos anecdóticos, como el que presentamos; se informó de un caso de embarazo abdominal después de la fecundación in vitro en una paciente con salpingectomías previas. La implantación en el epiplón se ha descrito^{5,15}; los embarazos en el ligamento ancho generalmente representan un pequeño número de embarazos abdominales, incluso uno gemelar después de la fertilización in vitro, secundario a la posible perforación con el catéter de transferencia durante la fertilización in vitro; también existen informes de embarazos omental primarios^{5,15,17}, varios casos de embarazo esplénico, complicado por hemorragia intra-abdominal que requirió esplenectomía, y otro caso que se presentó choque hipovolémico; en nuestro caso la paciente no presentó datos de choque hipovolémico, y solo tenía como hallazgo un hemoperitoneo de 400 ml.

El manejo terapéutico óptimo del embarazo abdominal es desconocido; como los embarazos abdominales con frecuencia se implantan en estructuras vasculares como órganos abdominales, epiplón, o vasos pélvicos; la implantación del sitio placentario se correlaciona con la morbilidad materna; la ligadura del suministro de sangre a la placenta y

eliminación reduce las complicaciones maternas; como lo constatamos en nuestra paciente^{15,16}; además, el cordón umbilical se liga y se maneja conservadoramente, o con embolización arterial y el metotrexate facilita su involución, en nuestro caso no utilizamos la embolización arterial, pero se ligó el cordón umbilical dejando la placenta in situ; con esta conducta, se reportan complicaciones tales infección, hemorragia secundaria, u obstrucción intestinal; afortunadamente en nuestra paciente no se presentaron. La laparoscopia se ha utilizado en el manejo de algunos embarazos abdominales del primer trimestre, principalmente se realiza cuando el embarazo abdominal ha implantado en superficies con menos vascularización; otros han informado el manejo laparoscópico de un embarazo en el ligamento ancho sin complicaciones; y el uso de metotrexate primario tienen mínimo éxito^{15,16}. La hemorragia es el problema más frecuente encontrado en el manejo del embarazo abdominal; el uso de la^{15,18} embolización arterial selectiva preoperatoria previene la hemorragia en el embarazo abdominal avanzado cuando se maneja por vía laparoscópica; aunque, embargo, debido a las extensas adjuntas vasculares, la placenta se deja in situ y se trata con metotrexate, por el riesgo sanguíneo adyacente a la placenta, se ha reportado experiencias similares con la embolización arterial selectiva durante la eliminación del embarazo abdominal tardío o temprano, incluso, en embarazos abdominales heterotópicos tratados con laparoscopia con la preservación del embarazo intrauterino^{3,15,17}

Conclusión

El embarazo abdominal es un evento extremadamente raro difícil de diagnosticar; y los avanzados de la gestación al momento del diagnóstico la que se descubre la mayoría de los embarazos abdominales complica aún más el manejo. Debido a la propensión a la hemorragia, la eliminación de los embarazos abdominales requiere la extracción quirúrgica y evitar la eliminación de la placenta es prudente; existe escasa información sobre la fertilidad futura después del embarazo abdominal.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sunday-Adeoye I, Twomey D, Egwuatu EV, Okonta PI. A 30-year review of advanced abdominal pregnancy at the Mater Misericordiae Hospital, Afikpo, southeastern Nigeria (1976-2006). *Arch Gynecol Obstet* 2011; 283: 19-24.
- 2.- Roberts RV, Dickinson JE, Leung Y, Charles AK. Advanced abdominal pregnancy: still an occurrence in modern medicine. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005; 45: 518-521
- 3.- Yildizhan R, Kulusari A, Adali F, Adali E, Kurdoglu M, Ozgokce C, et al. Primary abdominal ectopic pregnancy: a case report. *Cases J.* 2009 Aug 7;2:8485. doi: 10.4076 / 1757-1626-2-8485.
- 4.- Fader AN, Mansuria S, Guido RS, Wiesenfeld HC. A 14-week abdominal pregnancy after total abdominal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2007; 109:519.
- 5.- Onan MA, Turp AB, Saltik A, Akyurek N, Taskiran C, Himmetoglu O1. Primary omental pregnancy: case report. *Hum Reprod* 2005; 20:807.
- 6.- Kitade M, Takeuchi H, Kikuchi I, Shimanuki H, Kumakiri J, Kinoshita K. A case of simultaneous tubal-splenic pregnancy after assisted reproductive technology. *Fertil Steril* 2005; 83(4): 1042-1044.
- 7.- Shippey SH, Bhoola SM, Royek AB, Long ME. Diagnosis and management of hepatic ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007; 109:544.
- 8.- Lamina MA, Akinyemi BO, Fakoya TA, Shorunmu TO, Oladapo OT. Abdominal pregnancy: a cause of failed induction of labour. *Niger J Med* 2005;14:213-217
- 9.- Sunday-Adeoye I, Twomey D, Egwuatu EV, Okonta PI. A 30-year review of advanced abdominal pregnancy at the Mater Misericordiae Hospital, Afikpo, southeastern Nigeria (1976-2006). *Arch Gynecol Obstet* 2011; 283:19-24.
- 10.- Lockhat F, Corr P, Ramphal S, Moodley J. The value of magnetic resonance imaging in the diagnosis and management of extra-uterine abdominal pregnancy. *Clin Radiol* 2006; 61:264.
- 11.- Mpogoro F, Gumodoka B, Kihunrwa A, Massinde A. Managing a live advanced abdominal twin pregnancy. *Ann Med Health Sci Res* 2013; 3:113-115.
- 12.- Oneko O, Petru E, Masenga G, Ulrich D, Obure J, Zeck W. Management of the placenta in advanced abdominal pregnancies at an East african tertiary referral center *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Jul; 19 (7): 1369-1375.
- 13.- Cetinkaya MB, Kokcu A, Alper T. Follow up of the regression of the placenta left in situ in an advanced abdominal pregnancy using the Cavalieri method. *J Obstet Gynaecol Res* 2005; 31:22.
- 14.- Oki T, Baba Y, Yoshinaga M, Douchi T. Super-selective arterial embolization for uncontrolled bleeding in abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol* 2008; 112:427.
- 15.- Molinaro TA, Barnhart KT. Ectopic Pregnancies in Unusual Locations Ectopic. *Semin Reprod Med.* 2007;25(2):123-130.
- 16.- Varma R, Mascarenhas R, Jame D. Successful outcome of advanced abdominal pregnancy with exclusive omental insertion. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21: 192-194
- 17.- Kitade M, Takeuchi H, Kikuchi I, Shimanuki H, Kumakiri J, Kinoshita K. A case of simultaneous tubal-splenic pregnancy after assisted reproductive technology. *Fertil Steril* 2005; 83(4): 1042.
- 18.- Matovelo D, Ng'walida N. Hemoperitoneum in advanced abdominal pregnancy with a live baby: a case report. *BMC Res Notes* 2014;7: 106.

Tabla 1

Criterios de Studdiford para embarazo abdominal

- Trompas de Falopio y los ovarios bilaterales normales
- Ausencia de fistula uteroperitoneal
- Presencia de un embarazo en relación con la superficie peritoneal exclusivamente.



Figura 1: Ultrasonido transvaginal: útero en anteversión desplazado a la derecha con dimensión de 127x80x46mm en sus ejes mayores; cavidad uterina vacía, grosor endometrial de 26mm, cuello uterino con longitud de 34mm. Producto único extrauterino con diámetro biparietal de 30mm que corresponde a 16 semanas de gestación (C) sin frecuencia cardíaca.

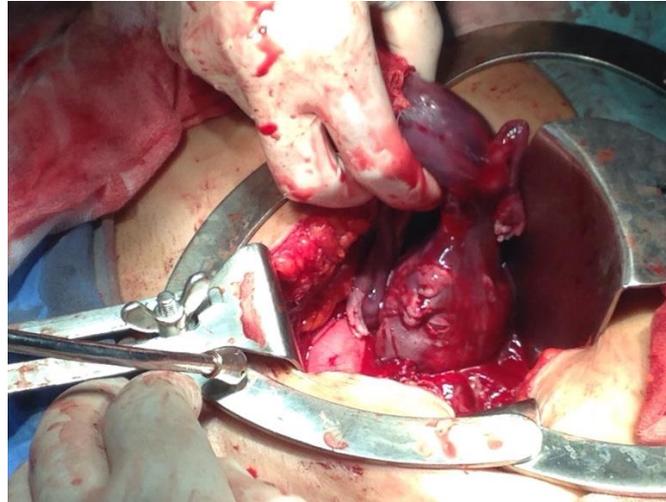


Figura 2: Extracción de fetal de cavidad abdominal



Figura 3: Muerte fetal temprana (óbito de 16 semanas de gestación) feto masculino de 300 gramos, con talla de 18cm.

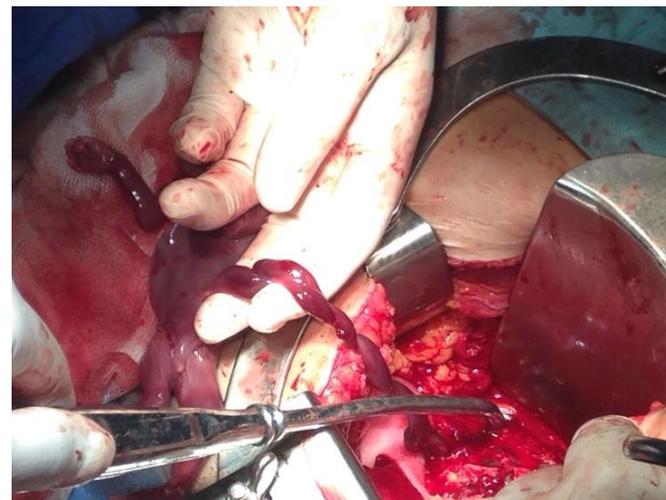


Figura 4: Corte y ligadura del cordón umbilical dejando placenta in situ.