

---

Multimed 2016; 20(2)

MARZO-ABRIL

CASO CLÍNICO

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO CELIA SÁNCHEZ MANDULEY.  
MANZANILLO**

**Embarazo ectópico abdominal primario. Presentación  
de un caso**

**Primary abdominal ectopic pregnancy. Case report**

Ms.C. José Miguel Vera Pérez, Ms.C. Leandro Ortíz Hernández, Ms.C.  
Odelinda Piñeiro Mora.

Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Granma.

**RESUMEN**

**Introducción:** el embarazo ectópico abdominal es extremadamente raro y representa el 1% de todos los embarazos ectópicos. El saco gestacional generalmente se implanta en la pelvis o en áreas sumamente vasculares como el hígado, el bazo y el mesenterio. El riesgo de un embarazo ectópico abdominal es siete a ocho veces mayor que el riesgo de un embarazo ectópico tubárico y es noventa veces mayor que el de un embarazo intrauterino. Dadas las rareza del embarazo ectópico abdominal con elevada mortalidad donde la sospecha diagnóstica temprana y el tratamiento oportuno son esenciales.

**Presentación de caso:** se presenta el caso de una paciente con embarazo ectópico abdominal primario con una edad gestacional de 26,5 semanas acompañado de dolor abdominal discreto que se implantó en mesenterio, la sospecha diagnóstica se confirmó con la evaluación ultrasonográfica abdominal y transvaginal, por su localización y no viabilidad fetal se realizó laparotomía con postoperatorio inmediato complicado con choque hipovolémico, es reintervenida

---

previa resucitación cardiovascular y se evacuó hematoma y restos placentarios, se controló reacción anafiláctica a transfusión y progresó satisfactoriamente.

**Discusión:** se trata de un cuadro de difícil diagnóstico por simular varias patologías y elevada morbilidad y mortalidad materna teniendo gran importancia el examen físico y los estudios imagenológicos para su detección temprana y contribuir a reducir la mortalidad.

**Conclusiones:** en la paciente la inflamación pélvica recurrente fue el principal factor de riesgo, se diagnosticó en el tercer trimestre, su localización en área muy vascularizada requirió de laparotomía y reintervención por hemorragia aguda con éxito terapéutico.

**Descriptor DeCS:** EMBARAZO ECTÓPICO/diagnóstico, EMBARAZO ECTÓPICO/terapia.

#### ABSTRACT

**Introduction:** abdominal ectopic pregnancy is extremely weird, and represents 1% of all ectopic pregnancies. The gestational sac is usually implanted in the pelvis or in highly vascular areas such as the liver, spleen and mesentery. The risk of an abdominal ectopic pregnancy is seven to eight times greater than the risk of a tubal ectopic pregnancy and ninety times larger than the intrauterine pregnancy, for the weirdness of the abdominal ectopic pregnancy with increased mortality where the early suspicious diagnosis and treatment are essential.

**Case presentation:** the case of a patient with primary abdominal ectopic pregnancy with a gestational age of 26.5 weeks with moderated abdominal pain implanted into the mesentery, the suspected diagnosis was confirmed by means of the abdominal and transvaginal ultrasound evaluation; for its location and non fetal viability it was performed the laparotomy with immediate postoperative complicated with hypovolemic shock, it was applied the cardiovascular resuscitation and the hematoma and placental remains were evacuated, the anaphylactic reaction was controlled with the transfusion and there was a satisfactory progress.

**Discussion:** this is a difficult diagnosis chart to simulate various diseases and high maternal morbidity and mortality taking important physical examination and imaging studies for its early detection and reduction.

**Conclusions:** the pelvic inflammatory disease was recurrent in the patient and it was the main risk factor, it was diagnosed in the third trimester, its location in a highly vascular area required laparotomy and reoperation for acute hemorrhage with therapeutic success.

---

**Subject heading:** ECTOPIC PREGNANCY/diagnosis, ECTOPIC PREGNANCY/therapy.

## INTRODUCCION

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</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.<sup>2, 3</sup>

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>1, 4</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.<sup>2,5</sup>

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.<sup>3,6</sup>

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.<sup>4, 7</sup>

Se trata de un cuadro de difícil diagnóstico que en muchas ocasiones se realiza de forma tardía, presenta una incidencia elevada de morbimortalidad materna y fetal representando un problema de salud de mucha importancia a tener presente durante la asistencia médica de la atención primaria y la secundaria, y en la preparación profesional de pregrado.

A continuación se presenta un caso de gestación ectópica abdominal con diagnóstico ecográfico durante el tercer trimestre de gestación, que fue tratado con éxito con el tratamiento quirúrgico e intensivo de las complicaciones postoperatorias.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Se trata de una paciente de 42 años con antecedentes de salud, baja escolaridad, obesa, ama de casa, del municipio Pílon, historia obstétrica de E3A0P2(eutócicos), con fecha de última menstruación el 11 de enero del 2014 para una edad gestacional de 26,5 semanas al ingreso en terapia intensiva de adulto el 7 de junio del año pasado; asintomática en las consultas obstétricas mensuales pero con índice de líquido amniótico disminuido en último ultrasonido, altura uterina de 24 cm y foco fetales presentes, normotensa y adecuada respiración espontánea, variables hematológicas (Hb 11,9 gr/l; Hto0,36; leucocitos  $9,6 \times 10^9$ , neutrófilos 0,65 y eosinófilos 0,35 ; coagulograma completo (TC 8', TS 5', coágulo retráctil, plaquetas  $180 \times 10^9$ ; TPc-14 p-16; TPT kaolín c-35 p-40), serología no reactiva, Virus de inmunodeficiencias humanas negativo, grupo sanguíneo 0<sup>+</sup>, creatinina 56,4 mmol/l, glicemia 3,5 mmol/l, urea 2,8 mmol/l, ácido úrico 246  $\mu\text{mol/l}$ ; en seguimiento ultrasonográfico por experto en área de salud se halló útero aumentado de tamaño 80x80 x 130, endometrio 15mm, colección de líquido en proyección alta, saco gestacional con cuerno y cara lateral del útero con feto único, DBP 66,5; LF 48,7 cm; LA 11cm<sup>3</sup> y placenta posterior en relación a cavidad derecha. La comisión médica de casos materno decidió trasladar a Hospital Universitario Provincial "Celia Sánchez Manduley" para su vigilancia intensiva y atención multidisciplinaria antes, durante y después de la interrupción del

---

embarazo ectópico abdominal.

En su recepción en terapia intensiva polivalente refirió molestias dolorosas de poca intensidad en mesogastrio y flanco izquierdo al movilizarse en la cama o al estar en bipedación de forma prolongada, aliviado con el reposo y sin otros síntomas asociados; no tenía leucorrea ni pérdidas vaginales hemáticas, examen físico con mucosas, aparato respiratorio y cardiovascular dentro de límites normales, abdomen globuloso, palpables segmentos fetales en los mismos sitios del dolor referidos, no visceromegalia ni reacción peritoneal. En chequeo preoperatorio se informa (Hb 10,5 ,Hto 0,31;leucocitos  $8,9 \times 10^9$ ,nueetrofilos 0,55, linfocitos 0,40 eosinófilos 0,05; glicemia 4,5 mmol/l, creatinina 62 mmol/l, urea 2,7; uratos  $431\mu\text{mol/l}$ , TGP 6,1; TGO 9,2; colesterol  $1,99\text{mmol/l}$ , triglicéridos  $0,94\text{ mmol/l}$ , calcio  $1,59\text{mmol/l}$ , proteínas totales  $39,3\text{g/l}$ , albúmina  $18,9\text{ g/l}$ , globulinas  $20,4\text{ g/l}$ , amilasa 35 US, bilirrubina total  $28,7\mu\text{mol/l}$ , indirecta  $2,1\mu\text{mol/l}$ , directa  $26\mu\text{mol/l}$ , hierro sérico  $9,1\mu\text{mol/l}$ ; fosfatasa alcalina 115 UKA; siguiente ultrasonido describe hígado de ecogenicidad de forma difusa, no hepatomegalia, vías biliares normales, bazo normal, riñones de formas y tamaños normales con buena relación corticomedular y presencia de pequeña litiasis de 4mm en caliz superior sin ectasia; útero aumentado de tamaño, heterogéneo, endometrio proliferativo, feto único y latidos cardiacos presentes de localización intraabdominal que se proyecta hacia el mesogastrio y flanco izquierdo, DBP 71mm (28,4 semanas), LA 48,7; CA 210mm, ILA  $13\text{cm}^3$  y placenta posterior sin madurez (fig. 1). Ecosograma doppler reportó cara materna placentaria en relación directa con vasos de gruesos calibres no relacionado con el útero que puede corresponder con ramas de la arteria ilíaca interna. Electrocardiograma con taquicardia sinusal estable, radiografía del tórax normal y exudado vaginal positivo de candida albicans. Llevando tratamiento sintomático, vitamínico y óvulos de clotrimazol.



**Fig. 1.** Imagen ultrasonográfica del embarazo ectópico abdominal.

Se realizó por el equipo médico de la materna grave nombrado el 19 de junio del año pasado la interrupción del embarazo ectópico abdominal por los factores de alto riesgo obstétrico; en la laparotomía exploradora se extrajo saco amniótico con feto muerto, placenta adherida a recto, sigmoide y vejiga, emplastrando estas estructuras, sangrado abundante de bordes placentarios, se logró hemostasia de vasos sangrantes y se dejó empaquetamiento, por las pérdidas transoperatorias requirió 3,5 litros de Ringer lactato y 3 unidades de glóbulos que permitió mantener buena perfusión periférica.

Después de cerrar cavidad abdominal se revisó aparato ginecológico observando salida hemática por vía vaginal, y se procedió a aspiración de cavidad uterina saliendo moderada cantidad hemática y restos ovulares; y se tomaron muestras de tejido placentario y material uterino para biopsias (Fig. 2).



**Fig. 2.** Laparotomía abdominal del embarazo ectópico.

En las primeras siete horas de postoperatorio inmediato persiste la taquicardia sinusal que progresa en frecuencia hasta 140 x', descenso de la tensión arterial con signos de hipoperfusión periférica y exacerbación de la palidez cutánea con Hb < 8gr/L y Hto 0,24; criterios diagnósticos de reintervención, en esta segunda laparotomía exploradora se halla escaso líquido hemático libre en cavidad abdominal, gran hematoma retroplacentario, se realizó ectomía de restos placentarios sin accidentes, lavado amplio de la cavidad abdominal y drenajes intraabdominales, en transoperatorio se administró coloide un litro, cristaloides otro litro, cuatro unidades de glóbulos y una unidad de plasma; se logró resucitación adecuada (TA 110/70, Frc 114x' y mejoría progresiva de la perfusión hística), atención multidisciplinaria en terapia intensiva, se amplió el espectro antimicrobiano (cefalosporina de tercera generación, aminoglucósido y contra gérmenes anaerobios) y se usó esquema protocolizado de misoprostol, con desaparición de los síntomas del postoperatorio y estabilidad de funciones vitales, al persistir la anemia aguda severa posthemorrágica fue nuevamente transfundida apareciendo reacción anafiláctica (rash cutáneo generalizado, prurito marcado y ronchas aisladas) resolviendo con esteroide parenteral y antistamínico H2, suspendió la transfusión de glóbulos y se aumentó el aporte vitamínico. En cultivo del extremo distal de sonda vesical se aisló Echerichia coli sensible a la fosfomicina que se tuvo en cuenta en el reajuste de la política antimicrobiana. Continuó con buena cicatrización, extinción de las pérdidas vaginales, así como, los parámetros vitales dentro de límites normales por más de cuarenta y ocho horas, entonces es trasladada al Hospital Ginecobstétrico.

---

La biopsia rotulada como placenta mostró tejido placentario con áreas de hemorragia y la rotulada como material de útero informó material placentario con reacción inflamatoria aguda.

## DISCUSIÓN

Como se ha expuesto con anterioridad, la gestación ectópica abdominal es una variante rara del embarazo ectópico, que se desarrolla en la cavidad abdominal con implantación placentaria en cualquiera de sus estructuras y crecimiento fetal.<sup>8, 9</sup>

Entre los factores de riesgo reconocidos se encuentran (los antecedentes de infección pélvica, las anomalías congénitas, la endometriosis, el embarazo ectópico previo, la cirugía uterina previa y técnicas de reproducción asistida entre otras).<sup>3,4,10</sup> En el caso estudiado la edad avanzada y la inflamación pélvica aguda recurrente influenciada por su baja escolaridad fueron los factores de riesgo.

Las manifestaciones clínicas son muy variables existiendo pacientes asintomáticas y otras con cuadros graves que pueden llevar a la muerte tanto materna como fetal. La intensidad de la clínica se relaciona directamente con la precocidad del diagnóstico y de la edad gestacional en el momento de este.<sup>5, 9,11</sup> El caso reportado la detección del embarazo ectópico abdominal fue tardía, en la segunda semana del tercer trimestre cursando con dolor abdominal tolerable.

Para realizar un diagnóstico, aparte de valorar los aspectos clínicos junto con una exploración ginecológica, existen pruebas complementarias que nos pueden ayudar a confirmar o descartar el cuadro, como la ecografía con sonda vaginal que es la técnica más utilizada, ya que puede permitir la visualización del saco gestacional implantado fuera del útero. También puede ser útil para el diagnóstico la monitorización de la bhCG, valorando la evolución de sus niveles cada 2 días. La laparoscopia puede confirmar el diagnóstico por visualización directa, pudiendo en ocasiones permitir el tratamiento en el mismo acto. Otra técnica que puede tener utilidad en el diagnóstico es la culdocentesis, hoy en día poco utilizada porque se dispone de otras técnicas más precisas y menos invasivas.<sup>6, 12-15</sup> La combinación de los estudios ultrasonográficos abdominal y transvaginal confirmaron en la paciente el embarazo abdominal primario.

---

El tratamiento puede ser expectante, ya que se han observado casos de regresión espontánea. Esta opción terapéutica requiere un control muy estricto de las pacientes con determinaciones seriadas de bhCG y ecografías.<sup>2, 4,16</sup>

Existe un tratamiento médico mediante metotrexato que puede administrarse de forma local (guiado por laparoscopia o ecografía) o inyectarlo por vía intramuscular. Para poder optar a este tratamiento, la paciente tiene que estar estable y debe tratarse de un embarazo abdominal no complicado.<sup>1, 10,11</sup>

El tratamiento quirúrgico suele reservarse para aquellas pacientes hemodinámicamente inestables o con un cuadro complicado.<sup>4, 8,17</sup>

La técnica de elección es la laparoscopia aunque también puede emplearse la laparotomía. La vía utilizada dependerá fundamentalmente de la localización del embarazo y del estado del mismo en el momento de la intervención.<sup>2, 7, 18,19</sup> En este caso materno por su edad gestacional, presencia de adherencia placentaria a vasos sanguíneos intraabdominales por ultrasonido Doppler y edad cronológica mayor de 35 años orientaron a emplear el tratamiento quirúrgico como medida terapéutica necesaria y de elección la laparotomía exploradora, con buena evolución después de la segunda reintervención al yugularse hemorragia aguda severa relacionada con la infiltración placentaria.

## CONCLUSIONES

En la paciente la inflamación pélvica recurrente fue el principal factor de riesgo, se diagnosticó en el tercer trimestre, su localización en área muy vascularizada requirió de laparotomía y reintervención por hemorragia aguda con éxito terapéutico.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. López-Luque PR, Bergal-Mateo GJ, López-Olivares MC. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. *Semergen* 2014; 40(14):211-17.
2. Pato Mosquera M, Castro Vilar L, Borrajo Hernández E, Araujo Fernández J. Embarazo ectópico ovárico. *Prog Obstet Ginecolog* 2013; 56(5):266-69.

- 
3. Carballo Núñez E, González Boubeta R, Vega Álvarez M. Legrado uterino bajo control ecográfico en embarazo ectópico intersticial. Prog Obstet Ginecolog 2011; 54(5):268-71.
  4. Gutiérrez Y, Alvir Álvaro A, Campillos Maza J. Embarazo ectópico abdominal. Diagnóstico y tratamiento médico con metotrexato. Prog Osbtet Ginecolog 2011; 54(11):257-60.
  5. Espitia-De La Hoz F, Osorio-Chica GE, Orozco-Santiago L. Embarazo ectópico cornual. Reporte de tres casos. Arch Med (Manizales) 2014; 14(2):297-3.
  6. Moliner Renau B, Martín González V, Camps Selva L. Embarazo ectópico intersticial: tratamiento laparoscópico. Prog Osbtet Ginecolog [Internet]. 2010 [citado 11 de diciembre del 2014]; 53(1). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embarazo-ectopico-intersticial-tratamiento-laparoscopico-13146795>
  7. Aragon-Charry J, Santos-Bolívar J, Torres-Cepeda D, Reyna-Villasmil E. Embarazo ectópico primario en epiplón. Reporte de caso. Prog Obstet Ginecolog 2014; 57(1):30-32.
  8. Sánchez Millán V, Mingo Romanillos L, Patiño Maraver V, Redondo Escudero S, Motta Rodríguez A. Embarazo ectópico recurrente ipsolateral. Prog Obstet Ginecolog 2010; 53(10): 416-418.
  9. Gallo del Valle J, Savirón Cornudella R, Martín Boado E, Martínez Rodríguez Marín A, Rodríguez González R. Embarazo ectópico gemelar. Prog Obstet Ginecolog 2010; 53(11): 490-93.
  10. Luengo-Tabernero A, Zornoza-García V, Luengo-Harto S, Lajas-Susaño J. Embarazo ectópico cornual. Tratamiento eficaz con dosis única de metotrexato. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. [Internet]. 2009 [citado 20 de diciembre del 2014]; 36(5). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-embarazo-ectopico-cornual-tratamiento-eficaz-13140681>

- 
11. Martín Gutiérrez A, Garrido Luque B, García Martín L, Benítez Toledo L, Maañón di Leo JC. Tratamiento del embarazo ectópico cervical con metotrexato y rescate con leucovorina. Prog Obstet Ginecolog 2011; 54(7): 379-82.
  12. Urdampilleta AE, Urkiola AO, Larraza Zanduetta J. Embarazo ectópico bilateral con embrión vivo en la trompa izquierda. Prog Obstet Ginecolog 2009; 52(10): 585-87.
  13. Martín Morales Luis Manuel, de la Paz Muñiz Romelio L, Montero SO. Embarazo ectópico abdominal. Informe de caso. Medicentro 2011; 15(3):31-42.
  14. Álvarez Zapata D, Minaberriet Conceiro E, Puertas Álvarez D, Govín Puerto O. Caracterización de las pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Materno "10 de Octubre". Rev Cubana Tecnolog Sal 2013; 4(1):47-51.
  15. Mondragón Alcocer H L, Velázquez Cornejo G, Zamaro Ramírez Mas L. Embarazo ectópico abdominal primario. Rev Mex Med Reprod 2011; 3(3): 133-37.
  16. Rodríguez Morales Y, Altunaga Palacio M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol 2010; 36(1): 67-87.
  17. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 1de octubre 2015]; 37(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010)
  18. Teran Mendizabal R, García Sainz M, Oquendo Benavides V, Terceros Berrios G. Embarazo ectópico abdominal de termino con feto vivo. Rev Méd (Cochabamba) [Internet]. 2010 [citado 20 de diciembre del 2014]; 21(1). Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=s2074-46092010000100013&script=sci\\_arttext](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=s2074-46092010000100013&script=sci_arttext)
  19. Scholes D, Yu O, Raebel MA, Trabert B, Holt VL. Improving automated case finding for ectopic pregnancy using a classification algorithm. Human Reproduction 2011; 26(11): 3163-68.

Recibido: 11 de enero del 2016.

Aprobado: 2 de febrero del 2016.

*José Miguel Vera Pérez.* Hospital Universitario Celia Sánchez Manduley. Manzanillo.  
Granma, Granma. E-mail: [josem@grannet.grm.sld.cu](mailto:josem@grannet.grm.sld.cu)