

INTRODUCCIÓN

Los embarazos ectópicos representan el 1-2% de todos los embarazos, de estos, la implantación abdominal es una de las localizaciones más infrecuentes, con una tasa de incidencia de 1 en cada 10.000 casos.^{1,2} El embarazo ectópico abdominal se define como aquel que se implanta en la cavidad peritoneal, fuera de la cavidad uterina o de las salpinges y que puede involucrar intestino, peritoneo, grandes vasos y otras vísceras. Cuenta con una alta morbilidad materna, de manera que su rápida sospecha clínica podría asociarse a mejores resultados, sin embargo, establecer de manera oportuna su diagnóstico representa hoy en día un reto para el médico tratante, presentándose en la mayoría de los casos de manera asintomática o bien con síntomas inespecíficos hasta edades gestacionales avanzadas.² El tratamiento principal consiste en la finalización de la gestación, en etapas tempranas, la vía laparoscópica representa la primera elección, reservando la laparotomía exploradora para aquellas pacientes que se diagnostican en edades gestacionales más avanzadas o bien para aquellas que debutan con cuadros agudos tales como hemorragias intraabdominales. Es importante mencionar que dependiendo de la localización de la placenta se deberá evaluar la conducta a seguir, de manera que en un gran porcentaje de estos embarazos parte de la placenta, y en algunas ocasiones la totalidad de esta, deberá permanecer en su sitio de inserción para iniciar posteriormente manejo con fármacos como metotrexato para lograr la reabsorción placentaria por lo que las pacientes deberán permanecer en seguimiento estrecho.^{3,4} A continuación, se presenta el caso clínico de una paciente de 22 años con diagnóstico de embarazo ectópico abdominal implantado en cicatriz de cesárea previa.

CASO CLINICO

Paciente de 22 años de edad, originaria y residente de Nuevo León, México, de escolaridad preparatoria y dedicada al hogar, sin antecedentes personales de relevancia clínica, como antecedentes gineco-obstétricos refiere una menarca a los 13 años, de ritmos irregulares con periodos de 60-90 x 3 días, inicio de vida sexual a los 18 años con un compañero sexual, niega la realización de citologías cervicales previamente, con antecedente de 3 gestas; 1 parto, 1 cesárea y 1 aborto, quien utiliza anticonceptivos orales combinados como método de planificación familiar, refiere fecha de última menstruación 3 meses previos.

Inició su padecimiento 1 día previo a su llegada a nuestro hospital al presentar cuadro de dolor abdominal localizado en hipogastrio, tipo cólico, intensidad leve, con irradiación hacia ambas fosas ilíacas, que se presentaba de manera intermitente, que fue aumentando en intensidad, acompañándose de sangrado transvaginal en cantidad moderada con coágulos, motivo por el que acude para una valoración, a su ingreso en nuestro servicio, se realizó una exploración física destacando a la palpación abdominal la medición del fondo uterino de 16 cm, por lo que se inició el abordaje al realizar estudios paradínicos, entre ellos una prueba de embarazo en sangre, la cual se reportó **positiva** por lo que se practica US transvaginal donde se reporta útero en AVF de 5x5.7x9.4 cm con línea endometrial homogénea de 25 mm sin presencia de saco gestacional en su interior, con imagen sugestiva de mioma submucoso a nivel de istmo y líquido libre en topografía de fondo de saco anterior y posterior.

Al contar con prueba de embarazo positivo, así como estudio de imagen con reporte de útero vacío y líquido libre además de síndrome doloroso abdominal se integró diagnóstico clínico de embarazo ectópico roto por lo que se decidió su abordaje quirúrgico mediante laparotomía exploradora.

Durante la cirugía se encontró embarazo abdominal implantado en cicatriz de cesárea previa, se reportó producto de aproximadamente 15 cm, con membranas íntegras y extensión placentaria a nivel del domo vesical, hemoperitoneo de 300 cc, se pinzó y cortó cordón umbilical y se extrajo parcialmente la placenta, sin desprenderla de su inserción en vejiga, se evidenció pérdida de la continuidad a nivel de istmo uterino de 2 cm por lo que se realizó histerectomía simple, posteriormente se decidió finalizar procedimiento con un sangrado estimado en 200 cc.



Figura 1. Se observa producto al momento de entrar a cavidad abdominal



Figura 2. Se visualiza placenta insertada en cicatriz de Kerr previa.



Figura 3. Producto dentro de bolsa amniótica.



Figura 4. Producto con medida de 15 cm.



Figura 5. Útero post histerectomía simple.

Cursó las primeras 24 horas postquirúrgicas sin complicaciones, se solicitó cuantificación de β -hCG en 1141 mUI/ml y se inició manejo con metotrexato a razón de 1 mg/kg de peso (45 mg DU) y suplementación posterior con ácido fólico, 48 y 96 horas posterior a la primera dosis se solicitó nueva cuantificación de β -hCG en 241 mUI/ml y 73 mUI/ml respectivamente, por lo que se administra segunda, tercera y cuarta dosis de metotrexato, presentando evolución completa por lo que se indica su egreso médico, refiriendo seguimiento posterior sin ninguna complicación.

CONCLUSIONES

El embarazo abdominal representa una de las localizaciones más inusuales, es importante establecer rápidamente el diagnóstico para poder ofrecer tratamiento oportuno a estas pacientes, por ello es de suma importancia establecer los factores de riesgo que podría presentar, en este caso en particular encontramos que el principal factor asociado sería el evento obstétrico previo resultado por vía abdominal. La conducta a seguir podrá ser guiada por el estado hemodinámico de nuestra paciente así como el tiempo de gestación. Mientras que el seguimiento deberá ser estricto y de manera continua hasta asegurar la resolución total del padecimiento.

1. Vargas-Hernández, VM., Hernández Fierro, MR, Ventura Quintana, V, Torre Rodríguez, JM. (2017). Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(3), 338-344. <https://doi.org/10.4067/A0717-7526-201700030338>

2. Santana Padraza, Tahiluma, Estepa Pérez, Jorge, & Rafael Truj, Sébana. (2012). Embarazo ectópico abdominal. Presentación de un caso. *MedSur*, 10(5), 420-433.

3. Puchi-Gaballón EE, Vázquez-Castro R, Orozco-Pérez AI, Ramos-Ayala M, Millanuel-Sosa CD, Ruvalcaba-Rivera E. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2015;83:454-460.

4. Adkins JM, Thampy R, Thupli CR. (2019) Floating fetus: a rare complication of balloon tamponade treatment of caesarean scar ectopic pregnancy. *BMC* 12 e228500. <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-228500>