

Dra. Cintia Elizabet Abrego Mendarosqueta¹, Dra. Zaira Nayeli Vargas Ramón², Dr. Miguel Ambriz Morales³.

1.- Médico residente de Ginecología y Obstetricia de 4° año. Hospital Juárez de México. CDMX. 2.- Médico residente de Ginecología y Obstetricia de 3° año. Hospital Juárez de México. CDMX. 3.- Médico adscrito de Ginecología y Obstetricia. Hospital Juárez de México. CDMX.

No se cuenta con conflictos de interés

▪ **Resumen:** Un embarazo ectópico abdominal es un reto quirúrgico, la decisión clave del éxito de la intervención será si conservar la placenta in situ o retirarla. Dependiendo del sitio de implantación, profundidad, vascularidad y material disponible para la cirugía, retirarla podría tener un desenlace exitoso o culminar en una hemorragia mortal o lesión a órgano vital que condicione morbilidad futura. En medida de lo posible, se requiere un equipo multidisciplinario integrado por: urólogo, anestesiólogo, ginecólogo, oncólogo e incluso un cirujano vascular.¹

▪ **Antecedentes:** Embarazo ectópico abdominal es aquel embarazo que se implanta en cualquier localización de la cavidad peritoneal, excepto salpinges, ovarios o ligamentos.¹ Su incidencia es 1:10,000-1:30,000 embarazos.² A pesar de ser una localización infrecuente de embarazo ectópico, se debe mantener en mente como posibilidad diagnóstica, ya que en caso de ruptura es mortal. Requiere una respuesta multidisciplinaria y el estado hemodinámico será indicador de la rapidez con la que se debe actuar. El tratamiento es quirúrgico, empleando laparoscopia en embarazos tempranos y laparotomía exploradora en embarazos avanzados.³

▪ **Caso:** Primigesta de 19 años, sin método de planificación familiar ni cirugías previas, sin conocerse embarazada. Ingresa con datos de abdomen agudo y choque hipovolémico (frecuencia cardiaca: 140 latidos por minuto y tensión arterial: 80/62). Se realiza prueba cualitativa de embarazo: positiva. Sin estudios de gabinete. Gasometría arterial: hemoglobina de 3.8g/dL, lactato 2.1mmol/L y exceso de base de -8.1mmol/L. A la exploración, obnubilada, palidez mucotegumentaria +++. Abdomen con resistencia muscular, rebote positivo y peristalsis ausente. Cérvix posterior puntiforme, fondos de saco abombados, no se delimita útero ni anexos al tacto bimanual por abdomen agudo, sin pérdidas transvaginales. Se realiza laparotomía exploradora con hemoperitoneo de 1000cc, útero de 6x5 cm, sepultado debajo de lecho placentario, embarazo ectópico abdominal de aproximadamente 18 semanas de gestación, se visualiza cordón umbilical y cara fetal placentaria implantada a ciego, sigmoides y pared posterior uterina, la cual se disecciona digitalmente y se obtiene feto de 200g y talla de 16 cm, (Figura 1a, 1c y 1d), anexos no identificados por proceso adherencial severo (Figura 1b). Se coloca gelfoam sobre sitio de implantación placentaria y drenajes Penrose, izquierdo a fondo de saco posterior y derecho a corredera parietocólica derecha, sangrado total de 4500cc. Se transfundieron 4 concentrados eritrocitarios y 2 plasmas tranquilizantes. Posterior a cirugía, requirió 4 días de estancia en terapia intensiva con apoyo vasopresor e intubación por 2 días. Se aplicó dosis única de metotrexate 78 mg intramuscular, por persistencia de gonadotropina coriónica humana de 395.94mIU/ml a las 24 horas. A las 48 horas disminuyó a 107.9mIU/ml. Egresó sin incidentes a los 9 días. Patología: Velloosidades coriales de 1° trimestre adheridas a pared salpingea, deciduitis aguda extensa, embarazo ectópico roto.

▪ **Discusión:** Un embarazo ectópico abdominal se clasifica según lugar de implantación en "primario" cuando la placenta se implanta directamente en cavidad peritoneal y "secundario" cuando se aborta un embarazo ectópico tubario hacia cavidad abdominal o inclusive, una ruptura uterina que expulse al producto intrauterino a la cavidad. El caso presentado es un "secundario", ya que a pesar de no visualizarse macroscópicamente adherido a salpinge durante la cirugía, el examen histopatológico reportó adherencias a tejido durante.⁴ De acuerdo a las semanas de gestación, se clasifica en "temprano" <18 semanas y "tardío" a partir de 18 semanas en adelante, como en el caso.⁵ El diagnóstico se basa en datos clínicos de sospecha que no difieren de los de cualquier embarazo ectópico, a excepción que en un embarazo ectópico abdominal tardío se podrían palpar movimientos fetales debajo de pared abdominal materna si aun existe vitalidad fetal.⁶ Auxiliares diagnósticos: ultrasonido, TC o RMI, evidenciarán ausencia de embarazo intrauterino, salpinges y ovarios sin patología y nos guiarán al posible sitio de implantación placentaria y nivel de penetración.⁶ En el caso, al presentar datos de bajo gasto y abdomen agudo con prueba de embarazo positiva, se considera un embarazo ectópico roto, siendo una urgencia inmediata, no se realizó ultrasonido ya que no debe retrasarse la cirugía por ningún motivo.¹ Durante la cirugía, generalmente se decide no retirar placenta para evitar una hemorragia mortal, sin embargo, en el caso, se retiró, ya que posterior a una evaluación minuciosa, se dictaminó no se encontraba profundamente adherida y se diseccionó digitalmente con éxito. Se necesita vigilancia estrecha postoperatoria para identificar complicaciones (obstrucción intestinal, coagulación intravascular diseminada, hemorragia o fístula).⁷ Nuestra paciente cursó con choque hipovolémico grado IV y requirió 7 concentrados eritrocitarios, 3 plasmas y 1 aféresis plaquetaria en 24 hrs.

▪ **Conclusiones:** Un embarazo ectópico, sin importar sitio de implantación placentaria, es la principal causa de morbilidad y mortalidad materna del primer trimestre.⁸ Un embarazo ectópico abdominal es 8 veces más mortal que un embarazo ectópico tubario.⁸ La resolución en embarazos tardíos se elige abierta para mejor manejo hemorrágico.³ Es preferible conservar placenta in situ en caso de adherencia a órganos vitales o zonas muy vascularizadas para evitar hemorragias catastróficas.⁹ Se puede usar tratamiento posquirúrgico con metotrexate intramuscular 2 semanas posteriores al procedimiento como auxiliar de degradación placentaria¹⁰ o no, puesto que la placenta se espera degenerar entre 2-3 meses por sí sola.¹¹

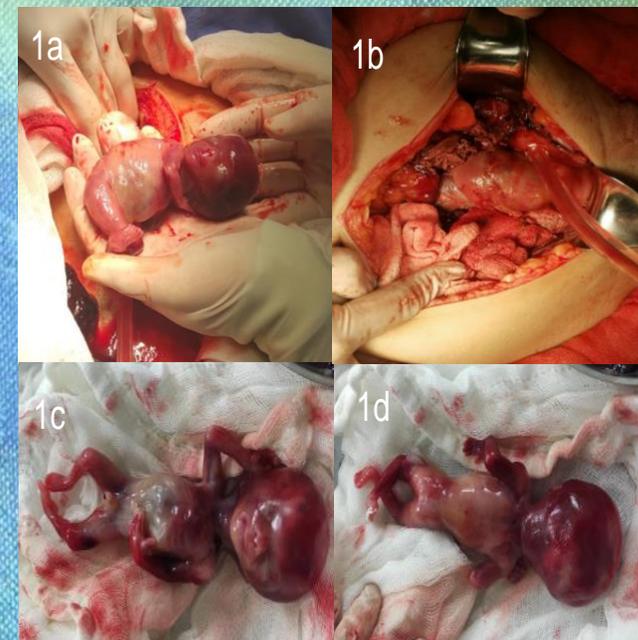


Figura 1a. Embarazo ectópico abdominal de aproximadamente 18 semanas y 200g. **1b.** Vista posterior a disección placentaria evidenciando un proceso adherencial severo. **1c.** Vista macroscópica anterior del producto. **1d.** Vista macroscópica posterior del producto.

▪ **Bibliografía:** 1.- George R, Powers E, Gurby R. Abdominal ectopic pregnancy. *Baylor University Medical Center Proceedings*. 2021; 34(4): 530-531 //2.- Stati A, Bettrada T, Baidada A, Kharbachi A. Abdominal pregnancy with a healthy newborn: a new case. *Pan African Medical Journal*. 2019; 34(3): //3.- Son SY, Wu E, Ganiwala V, O'Neill C. Mesenteric ectopic pregnancy with tubo-ovarian abscess. *Radiology Case Reports*. 2021; 16(5): 1165-1168. //4.- Balfour P, Fofie C, Gandau B. Term abdominal pregnancy with healthy newborn: A case report. *Ghana Medical Journal*. 2011; 45(2): //5.- Worley KC, Hnat MD, Cunningham FG. Advanced extrauterine pregnancy: diagnostic and therapeutic challenges. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008; 198(3): 297.e1-297.e7. //6.- Fessehaye A, Gashawbeza B, Daba M, Arusi M, Terefe T. Abdominal ectopic pregnancy complicated with a large bowel injury: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2021; 15(1): //7.- Cagino K, Pereira N, Fields JC, Fenster TB. Laparoscopic management of a primary posterior cul-de-sac abdominal ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility*. 2021; 116(2): 605-607. //8.- Yoder N, Tai R, Martin JR. Abdominal ectopic pregnancy after in vitro fertilization and single embryo transfer: a case report and systematic review. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2016; 14(1): //9.- Yasutake N, Tsunematsu R, Oishi H, Yanata H, et al. Successfully Treated Abdominal Pregnancy Using Combined Surgical and Systemic Methotrexate Therapy: A Case Report and Review of Cases. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2013; 78(3): 188-192. //10.- Rejón-Estrada LG, Haro-Cruz JS, Villa-Villagrana F, García-Morales E, et al. Embarazo ectópico abdominal de término con neonato vivo: caso clínico y revisión de la bibliografía. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2019; 87(3): 196-201 // 11.- Torres-Rojas K, Blanco-Paz M, Calomiro-Montiel G. Embarazo ectópico abdominal. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurrte*. 2015; 38(6).