



Trabajos de investigación básica o clínica V. "Carlos Espinosa Flores"

EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO

Rojo Gastélum M.J.J¹, Rodríguez Salomón J.E.¹, Rodríguez Ruiz D.¹, Trapero Corona I¹ y Trujillo Rojas M.A².

¹. Hospital Civil de Culiacán, Sin. ². Laboratorio de Genética y Cáncer, CUCS, UDG, GDL, Jal.

INTRODUCCIÓN

- El embarazo ectópico abdominal, dentro de los embarazos extrauterinos, es una de las formas de presentación menos frecuentes, representando el 1%.
- El riesgo de mortalidad materna es 7 a 8 veces mayor que en un embarazo en la tuba uterina y 90 veces mayor que en un embarazo intrauterino.
- Frecuentemente, el diagnóstico se realiza como hallazgo en cirugía.
- Es frecuente el diagnóstico erróneo, confundiéndose con otras entidades debido a sus síntomas vagos y signos de presentación.

OBJETIVO

Reportar un caso de embarazo ectópico abdominal, aparentemente secundario de 17.6 semanas de gestación encontrado como hallazgo en laparotomía exploradora.

REFERENCIAS

- Badria L, Amarin Z, Jaradat A, Zahawi H, Gharaibeh A, Zobi A. Full-term viable abdominal pregnancy: a case report and review. Arch Gynecol Obstet. 2003 Oct;268(4):340-2.
- Mondragón AHL, Velázquez CG, Zamora RML. Embarazo ectópico abdominal primario. Rev Mex Med Repro. 2011;3(3):133-13.
- Puch CE, Vázquez CR, Osorio PA, Ramos AA, Villareal SC, Ruvalcaba RE. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex. 2015;83:454-460.
- Wong JQE, Lim YH. Early Abdominal Ectopic Pregnancy Masquerading as a Missed Miscarriage. J Med Cases. 2020 Jun;11(6):169-173.
- Yildizhan R, Kurdoglu M, Kulusari A, Erten R. Primary omental pregnancy. Saudi Med J. 2008 Apr;29(4):606-9.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 25 años, con dos gestaciones y una cesárea previa, fecha de última regla incierta y sin control prenatal. Se realiza ecografía dos días previos a su ingreso, la cual reporta feto de 17.6 semanas de gestación sin frecuencia cardíaca fetal. Acude en primera instancia a una institución donde refiere manejo para aborto diferido, sin cambios cervicales, solicitando alta voluntaria y acude a nuestra institución. A su ingreso presenta abdomen agudo y se realiza laparotomía exploradora, encontrando hemoperitoneo de 800 cc, así como masa en región pélvica compatible con embarazo abdominal con implantación en hueso pélvico izquierdo, cubierto por ligamento ancho izquierdo, placenta con invasión a vasos ilíacos izquierdos con adherencias a colon ascendente, salpínges y ovario derecho. Se identifica feto único muerto de aprox. 20 cm de longitud. Se realiza extracción de feto y placenta aparentemente completa con hemostasia compresiva. Presenta evolución satisfactoria en el postoperatorio. Se recaba reporte de patología donde se evidencia embarazo ectópico adherido a ovario, placenta de 13 cm con vellosidades coriales del primer al segundo trimestre de gestación, cordón umbilical con 3 vasos permeables con cambios isquémicos y en biopsia de hueso pélvico se reporta tejido fibroadiposo con focos de decidua ectópica. A su alta se indican controles de gonadotropina coriónica humana sin realizar, con pérdida de seguimiento de la paciente.



Figura 1. Feto de 20 cm de longitud, restos placentarios

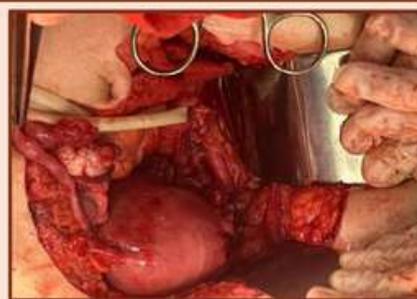


Figura 2. Utero con anexo derecho íntegro, hueso pélvico izquierdo con implantación de placenta en vasos ilíacos izquierdos

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico abdominal se puede clasificar en primario o secundario según criterios de Studdiford. En esta paciente se trata de un embarazo ectópico probablemente secundario a un aborto tubario con implantación posterior en abdomen con compromiso de estructuras pélvicas. Los factores de riesgo son similares a un embarazo ectópico tubario: anomalías congénitas, endometriosis, operación uterina y embarazo ectópico previo. La paciente solo presenta una cesárea previa, lo cual dificulta aún más la sospecha de esta entidad, además de carecer de control prenatal previo.

Entre las complicaciones que se pueden presentar se encuentran abscesos pélvicos, peritonitis y sepsis por restos trofoblásticos retenidos. La paciente presentó abdomen agudo con hemorragia obstétrica con pérdida sanguínea de 2800 cc en total por compromiso de estructuras vasculares y hemoperitoneo con masa sangrante. En general, el tratamiento puede ser con metotrexato o cirugía. La paciente ya presentaba abdomen agudo con hemoperitoneo, por lo cual se decidió realizar laparotomía exploradora.

CONCLUSIONES

El embarazo ectópico abdominal es una rara presentación de embarazo ectópico con una elevada dificultad diagnóstica, por lo que es importante sospecharlo. Incluso ecografistas pueden pasar por alto el diagnóstico al no sospechar de la entidad. Es importante instruir a nuestra población a establecer un adecuado control prenatal a edad gestacional temprana para disminuir las complicaciones relacionadas.