Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (5): 420-423.

Embarazo extrauterino en el epiplón. Reporte de caso

Extrauterine pregnancy in omentum. A case report.

Edgar Allan Villagómez-Mendoza[1], Ana Cecilia Sotelo-Rubio[2]

Resumen

ANTECEDENTES: El embarazo abdominal tiene una incidencia estimada de 1 caso por cada 10,000 nacimientos y corresponde a 1.4% de todos los embarazos ectópicos. Hasta ahora no se ha determinado si son consecuencia de una implantación secundaria a un embarazo tubario abortado o de la fertilización intraabdominal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 36 años, acudió a urgencias debido a un sangrado transvaginal acompañado de dolor abdominal localizado en el hipogastrio. Tenía amenorrea de 8 semanas. Signos vitales: tensión arterial 100-60 mmHg, frecuencia cardiaca 83 lpm, frecuencia respiratoria 21 rpm y temperatura 36.5 °C. La prueba inmunológica de embarazo se reportó positiva. En el ultrasonido pélvico el útero carecía de gestación intrauterina. La lesión anexial derecha era compleja y oval. Puesto que había líquido libre en la cavidad se llevó a cabo una laparotomía exploradora; se encontró un saco gestacional implantado en el epiplón, sangrante. Se decidió la escisión quirúrgica parcial del epiplón afectado, procedimiento que resultó exitoso. El transoperatorio trascurrió sin complicaciones por lo que la paciente fue dada de alta del hospital a las 48 horas, sin contratiempos.

CONCLUSIÓN: El embarazo abdominal es poco frecuente, el diagnóstico y atención oportunos marcan la diferencia en el índice de mortalidad materna. La correlación clínica y los factores de riesgo apoyados en auxiliares de diagnóstico facilitan aún más su sospecha.

PALABRAS CLAVE: Embarazo abdominal; incidencia; embarazo tubario; fertilización; dolor abdominal; prueba de embarazo; laparotomía.

Abstract

BACKGROUND: Abdominal pregnancy has an estimated incidence of 1 case per 10,000 births and corresponds to 1.4% of all ectopic pregnancies. Whether they result from secondary implantation of an aborted tubal pregnancy or from intra-abdominal fertilization has not been determined to date.

CLINICAL CASE: A 36-year-old female patient came to the emergency room due to transvaginal bleeding accompanied by abdominal pain located in the hypogastrium. She had been amenorrheic for 8 weeks. Vital signs: blood pressure 100-60 mmHg, heart rate 83 bpm, respiratory rate 21 rpm and temperature 36.5 °C. Immunological pregnancy test was reported positive. On pelvic ultrasound the uterus lacked intrauterine gestation. The right adnexal lesion was complex and oval. Since there was free fluid in the cavity, an exploratory laparotomy was performed; a gestational sac was found implanted in the omentum, bleeding. Partial surgical excision of the affected omentum was decided, and the procedure was successful. The trans-operative course was uneventful, and the patient was discharged from the hospital after 48 hours, without complications.

CONCLUSION: Abdominal pregnancy is rare, early diagnosis and treatment make a difference in the maternal mortality rate. Clinical correlation and risk factors supported by diagnostic aids further facilitate its suspicion.

KEYWORDS: Abdominal pregnancy; Incidence; Tubal pregnancy; Fertilization; Abdominal pain; Pregnancy test; Laparotomy.

[1] Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.
[2] Ginecoobstetra.
Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez, Estado de México.

Recibido: septiembre 2020

Aceptado: septiembre 2020

Correspondencia
Edgar Allan Villagómez Mendoza
allan.villagomez.m@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Villagómez-Mendoza EA, Sotelo-Rubio AC. Embarazo extrauterino en el epiplón. Reporte de caso. Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (5): 420-423.
https://doi.org/10.24245/gom.v89i5.4060

ANTECEDENTES

El embarazo ectópico sobreviene cuando el blastocisto se implanta en otro sitio distinto al endometrio. La localización más frecuente es la tubaria en 96% de los casos. La gestación ectópica extrauterina es una anomalía infrecuente que representa alrededor de 1% de todos los casos y cuya morbilidad y mortalidad materna y fetal es mayor que la de la implantación tubaria. La implantación del óvulo fecundado en la cavidad peritoneal puede ser secundaria a un aborto tubario. La expulsión del embrión implantado en la mucosa de la trompa se acompaña de hemoperitoneo de poca cuantía, que no suele sobrepasar los 300 cc, además de acompañarse de la triada clásica: sangrado transvaginal secundario al desprendimiento de la decidua, dolor abdominal de menor intensidad y no suele evolucionar a inestabilidad hemodinámica o choque hipovolémico.[1]

El embarazo ectópico representa el 4% de la mortalidad materna en el primer trimestre. Su incidencia es difícil de establecer pero en la bibliografía se reporta entre 6 y 16%. En el embarazo ectópico abdominal es 7 a 8 veces mayor el riesgo *versus* una localización tubaria. Si el embarazo avanza, la mortalidad fetal se reporta de 45 a 90%. Los factores de riesgo asociados con el embarazo ectópico previo son 3 a 8 veces mayores. El antecedente de salpingostomía o cirugía de remodelación tubaria tiene una razón de momios de 3.04. La enfermedad pélvica inflamatoria, u otras infecciones del aparato genital que ocasionan estenosis tubaria y, por ende, pérdida de la función ciliar, como la infección por *Chlamydia,* dan como resultado una proteína PROKR2, que hace más probable la implantación tubaria. En un metanálisis se demostró que la transferencia de embriones en el día 5 disminuye la incidencia de embarazo ectópico. La terapia hormonal con citrato de clomifeno o con análogos de GnRH también son factores de riesgo que lo incrementan en 7.9 y 6%, respectivamente.[2]

El riesgo de embarazo ectópico en usuarias de dispositivo intrauterino, sobre todo el de t de cobre, es aproximadamente la mitad del que tienen las mujeres que no usan métodos anticonceptivos. En un estudio de casos, la probabilidad de un embarazo ectópico fue 16.4 veces mayor con el DIU; el tabaquismo y la edad también son factores de riesgo demostrables.[3]

Los sitios anatómicos más afectados fueron: el tubario en 96% de los casos; la región más frecuente fue la ampular con el 70%, seguida de la ístmica con 12%, fimbrial 11%, ovárica 3.2%, intersticial 2.4% y abdominal en 1.3%. Este caso clínico es excepcional, sobre todo en el segundo nivel de atención.[4]

CASO CLINICO

Paciente de 36 años; acudió a urgencias de Tococirugía debido a un sangrado transvaginal en cantidad moderada, acompañado de dolor abdominal localizado en el hipogastrio, de intensidad 7 a 10 conforme a la escala analógica del dolor y amenorrea de 8 semanas. Antecedente de 3 partos, sin complicaciones obstétricas. Tabaquismo positivo desde los 17 años a razón de 3 cigarrillos diarios. Método de planificación familiar: dispositivo intrauterino de cobre, colocado hacía 6 años. Durante la evaluación diagnóstica, el reporte de los signos vitales fue: tensión arterial 100-60 mmHg, frecuencia cardiaca 83 lpm, frecuencia respiratoria 21 rpm, saturación de oxígeno 94%. Los estudios paraclínicos de control se reportaron sin alteraciones bioquímicas: hemoglobina de 11.3 g y 326,000 plaquetas por microlitro. Refirió dolor abdominal en la parte superior del hemiabdomen, intermitente. A la exploración vaginal y bimanual el útero se encontró en anteversoflexión de 9 x 8 cm. El fondo de saco se encontró sin alteración palpable.

Signo de Banky negativo. El guante explorador mostró huellas de sangrado. La evaluación ecográfica documentó que el útero no contenía gestación intrauterina, pero sí estaba aumentado de tamaño, con engrosamiento endometrial de aproximadamente 23 mm. Se advirtió una lesión anexial derecha, compleja y oval, heterogénea con ecos mixtos pero sin imagen de anillo de fuego a la aplicación del Doppler, con líquido libre en la cavidad.

Por los datos comentados se activó el código mater y la paciente se preparó para laparotomía exploradora: se estableció el diagnóstico de embarazo ectópico derecho, roto. Durante la intervención quirúrgica el útero y el anexo izquierdo se reportaron macroscópicamente normales. La salpinge derecha estaba edematosa, con datos de salpingitis. Con hemoperitoneo de 200 cc. Se apreció una imagen de aparente saco gestacional, de localización extrauterina en el epiplón, sangrante. (**Figura 1)** Se decidió la omentectomía parcial, sin complicaciones. Se reportaron 250 cc de pérdida hemática. El acto quirúrgico trascurrió sin complicaciones. A petición de la paciente se practicó la esterilidad quirúrgica. La evolución posoperatoria fue satisfactoria por lo que se dio de alta del hospital a las 48 h. El reporte de patología fue de: vellosidades coriales acompañadas de tejido adiposo blanco y fibrocitos.



Figure 1. Embarazo ectópico en el epiplón.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico abdominal es poco frecuente, su desenlace puede ocurrir como en la paciente del caso o, incluso, puede llegar a término. Sin embargo, ambas situaciones contribuyen a elevar la morbilidad y la mortalidad materna. El diagnóstico preciso en pacientes en edad reproductiva y triada clásica debe reportarse como embarazo ectópico, hasta no demostrar lo contrario. En el caso aquí expuesto quizá el patrón de implantación fue la extrusión tubaria del embrión, lo que facilitó su implantación en la cavidad peritoneal. En 1942 Studdiford describió el primer caso de embarazo ectópico abdominal primario roto.[5] Dividió al embarazo abdominal en primario y secundario. El primario corresponde a trompas de Falopio y ovarios normales, localizado en la superficie peritoneal, con ausencia de fístula útero placentaria, sin dehiscencia de histerorrafia. El embarazo secundario es el más frecuente y, sin duda, fue lo que sucedió en la paciente del caso. Es consecuencia de la rotura de un embarazo tubario o de un aborto tubario con implantación posterior en el abdomen.[6,7,8] Friedrich y Rankin reportaron[9] que para considerar a un embarazo abdominal lo primero es que tenga menos de 12 semanas y las uniones trofoblásticas deben estar relacionadas solo con la superficie abdominal. La evidencia sustenta que en la paciente del caso ocurrió un embarazo abdominal secundario. La similitud

https://doi.org/10.24245/gom.v89i5.4060

de implantación en el epiplón corresponde a los sitios reportados en el 25% de los embarazos ectópicos abdominales. La paciente del caso tuvo factores de riesgo notables para embarazo ectópico: tabaquismo y el DIU T de cobre.

Allibone y su grupo[10] describen puntos específicos del estudio ecográfico: demostración de feto o saco gestacional fuera del útero o la demostración de una masa abdominal o pélvica identificable: útero separado del feto, falla para ver una pared uterina entre el feto y la vejiga y el reconocimiento de la cercanía del feto con la pared abdominal y la localización de la placenta fuera de la cavidad uterina.[10] La conducta médica ideal es la quirúrgica, mediante laparoscopia. Sin embargo, en el hospital donde se atendió a la paciente no se cuenta con ese recurso. Por esto, la laparotomía exploradora fue el procedimiento de elección. El modo de presentación y los hallazgos transoperatorios fueron decisivos en la trascendencia de la morbilidad y mortalidad materna en comparación con embarazos abdominales que, incluso, llegan a término. La evaluación diagnóstica es decisiva en toda paciente con embarazo ectópico a la que deben tomarse los signos vitales para establecer su normalidad o ausencia de inestabilidad hemodinámica, circunstancias que pueden retrasar el diagnóstico oportuno.[11,12]

CONCLUSIÓN

El embarazo abdominal es poco frecuente; el diagnóstico y atención oportunos marcan la diferencia en el índice de mortalidad materna. La correlación clínica y los factores de riesgo apoyados en auxiliares de diagnóstico facilitan aún más su sospecha.

REFERENCIAS

1. Molinaro T, Barnhart KT, Levine D, Courtney A. Abdominal pregnancy, cesarean scar pregnancy, and heterotopic pregnancy. Jun 2020. www.uptodate.com
2. Tulandi T, et al. Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic site. Feb 2020. www.uptodate.com
3. Gutiérrez-Samperio C, Plascencia-Moncayo N. Embarazo extrauterino abdominal. Una sesión clínica insólita. Cirujano General 2018; 40 (2): 132-137. ISSN 1405-0099.
4. ACOG Practice Bulletin 191. Tubal Ectopic Pregnancy. Doi. 10.1097/AOG.0000000000002464
5. Studdiford WF. Primary peritoneal pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1942; 44: 487.
6. Tulandi T, Barbieri RL, Falk SJ. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate 2015
7. Puch C, et al. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2015; 83: 454-60.
8. Studdiford W, et al. Primary peritoneal pregnancy. AJOG 1942; 44 (3): 487-91. https://www.ajog.org/article/S0002-9378%2842%2990488-5/abstract
9. Friedrich EG, Rankin CHA. Primary pelvic peritoneal pregnancy. Obstetrics and Gynecology 1968; 31 (5): 649-653.
10. Allibone GW, Fagan CJ, Porter SC. The sonographic features of intra-abdominal pregnancy. J Clin Ultrasound 1981;9: 383-7. https://doi.org/10.1002/jcu.1870090706.
11. Chirino A, et al. Embarazo ectópico abdomina. Rev. Ciencias Médicas 2015; 19 (3): 540-548. http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v19n3/rpr16315.pdf.
12. García M, et al. Embarazo ectópico abdominal. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015; 41 (3) 307-14. http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n3/gin12315.pdf