Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2019 marzo;87(3):196-201.

Embarazo ectópico abdominal de término con neonato vivo: caso clínico y revisión de la bibliografía

Advanced abdominal pregnancy with a living neonate: Case report and literature review.

Luis Guillermo Rejón-Estrada,[1] Jorge Said Haro-Cruz,[2] Francisco Villa-Villagrana,[3] Elisa García-Morales,[4] Eusebio Angulo-Castellanos,[5] José Alfonso Gutiérrez-Padilla[5]

Resumen

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico abdominal es una alteración poco frecuente, pero con alta tasa de morbilidad y mortalidad materno-fetal-neonatal. Para establecer el diagnóstico se requiere un alto grado de sospecha y casi siempre se efectúa durante el procedimiento quirúrgico. Es el único tipo de embarazo ectópico que puede llegar a término.

CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años, con antecedente obstétrico de dos cesáreas, que acudió al servicio médico por dolor abdominal de larga evolución, con varios meses de amenorrea, sin control prenatal. El dolor fue inicialmente adjudicado a una hernia umbilical, pero ante su persistencia se reexaminó a la paciente y se encontró una masa abdominal, por lo que se sospechó embrazo ectópico. El ultrasonido abdominal y la resonancia magnética confirmaron el embarazo de término, que finalizó mediante laparotomía. Se decidió dejar la placenta in situ, debido al riesgo de hemorragia por su remoción. Tanto el neonato como la madre fueron dados de alta en buenas condiciones después de dos semanas de estancia hospitalaria, con posterior seguimiento.

CONCLUSIONES: Aunque el embarazo ectópico abdominal es una alteración poco frecuente, es importante saber qué debe hacerse de acuerdo con las semanas de gestación, debido al incremento reciente en su incidencia y a la alta tasa de complicaciones, con la finalidad de preservar el bienestar materno-fetal y la fertilidad femenina.

PALABRAS CLAVE: Embarazo abdominal; neonato vivo; embarazo ectópico; laparotomía.

Abstract

BACKGROUND: Abdominal pregnancy is a rare clinical entity with a high risk for both the mother and the product. It's diagnosis requires a high level of suspicion, being usually made during the surgical management of the case. It is the only type of ectopic pregnancy that can reach term.

CLINICAL CASE: A 35 year-old patient, with two previous cesarean deliveries, who presents with chronic abdominal pain, without prenatal consultations and with several months of amenorrhea. The pain is initially atributted to an umbilical hernia, but due to it's persistence she is re-examined, finding an abdominal mass and raising suspicion of a possible ectopic pregnancy. She's sent to a hospital in western Mexico, where she undergoes abdominal examination with ultrasound and magnetic resonance, which shows a full term abdominal pregnancy, for which a laparotomy is performed. The placenta is left in situ, due to the high risk of hemorrhage associated with it's removal. Both the newborn and the mother are released from the hospital in good conditions after two weeks of stay, with subsequent follow-up.

CONCLUSIONS: Despite it being a rare condition, it's important to be acquainted with the proper management according to the gestational age of the pregnancy due to the recent rise in it's incidence, as well as it's particularly high rate of complicactions, in order to preserve the wellbeing of both patients when possible, as well as maternal fertility.

KEYWORDS: Abdominal pregnancy; Alive neonate; Ectopic pregnancy; Laparotomy.

[1] Residente de Neonatología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
[2] Médico de pregrado, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Guadalajara.
[3] Adscrito a Fisiología obstétrica, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
[4] Adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
[5] Profesor investigador, Universidad de Guadalajara.

Recibido: agosto 2018

Aceptado: diciembre 2018

Correspondencia
José Alfonso Gutiérrez Padilla
j.alfonsogutierrez@academicos.udg.mx

Este artículo debe citarse como
Rejón-Estrada LG, Haro-Cruz JS, Villa-Villagrana F, García-Morales E, Angulo-Castellanos E, Gutiérrez-Padilla JA. Embarazo ectópico abdominal de término con neonato vivo: caso clínico y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex. 2019 marzo;87(3):196-201.
https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2493

ANTECEDENTES

El embarazo ectópico es la principal causa de muerte materna en el primer trimestre del embarazo, con incidencia estimada de 1:200 a 1:500 nacimientos,[1] incluso tan alta como 1:40.[2] El embarazo abdominal ocurre dentro de la cavidad peritoneal, fuera de los órganos genitales o, bien, muestra característica de haberse implantado en dicha cavidad. Esta alteración fue reportada por primera vez en 1700 como un hallazgo posmortem.[1] El embarazo abdominal es el único tipo de embarazo ectópico de término.[3] Según los estudios internacionales, se ha reportado una incidencia de 1:10,000 a 1:30,000 nacimientos;[3,4] no obstante, esta cifra es más alta en comunidades de bajos recursos,[3-6] quizá debido a la mayor prevalencia de infecciones de transmisión sexual y subsecuente daño a los anexos.[7] Independientemente de estos hallazgos, se acepta que la incidencia global del embarazo abdominal es de 1% de los embarazos ectópicos; por tanto, es la forma menos frecuente del mismo.[4] La importancia del adecuado diagnóstico de esta alteración recae en la alta tasa de complicaciones, morbilidad y mortalidad que pueden experimentar la madre y el neonato.[1,2] La mortalidad materna varía de 0.5-18%, mientras que la perinatal de 40-95%.[1,6] La manifestación clínica más común es el dolor abdominal difuso,[1,2,7] que resalta la importancia de considerar un embarazo anormal, como parte del diagnóstico diferencial en pacientes en edad reproductiva.[8,9] El tratamiento varía según la edad gestacional en la que se identifique el cuadro, ajustando el seguimiento de acuerdo con la viabilidad del feto.[7]

A continuación se comunica el caso de una paciente con embarazo abdominal detectado en etapa tardía de la gestación, así como el diagnóstico y tratamiento subsecuentemente.

CASO CLÍNICO

Paciente de 35 años, con IMC de 35.4, en su tercer embarazo, con antecedente quirúrgico de dos cesáreas por desproporción céfalo-pélvica. Negó enfermedades de transmisión sexual. Acudió a consulta médica por dolor abdominal y amenorrea de aproximadamente 5 meses de evolución, con un único episodio de sangrado leve. El ultrasonido ginecológico mostró vacía la cavidad uterina, por lo que el dolor fue adjudicado a una hernia umbilical y se programó para cirugía. Durante los meses siguientes tuvo episodios intermitentes de dolor abdominal, por lo que acudió nuevamente a consulta. A la exploración física se identificó una masa abdominal, que abarcaba el epigastrio, mesogastrio hipocondrio y flanco derechos. El ultrasonido no reportó datos concluyentes. Se mantuvo hemodinámicamente estable, por lo que fue enviada al Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde para posterior estudio, debido a la sospecha de embarazo ectópico. La resonancia magnética confirmó el embarazo abdominal de término (**Figura 1**). Debido al aumento del dolor abdominal y al sangrado transvaginal se decidió la interrupción del embarazo por laparotomía, donde se observó la bolsa amniótica después de la incisión abdominal (**Figura 2**); la placenta se encontraba adherida a la superficie serosa del fondo uterino, el útero no mostraba signos de aumento de tamaño; no se encontró la trompa de Falopio izquierda, por lo que se asumió que ésta fue el sitio de implantación inicial. Se efectuó la ruptura transquirúrgica de membranas, con salida de líquido meconial (+++) y de la cirugía se obtuvo un neonato adinámico (**Figura 3**). Se iniciaron maniobras de reanimación, mediante ventilación con presión positiva y se valoró un Apgar al primer minuto de 6, a expensas de llanto irregular, acrocianosis, tono disminuido y poca respuesta a los estímulos. Se aplicó un segundo ciclo de ventilación con presión positiva, con el que se obtuvo un Apgar a los 5 minutos de 8,

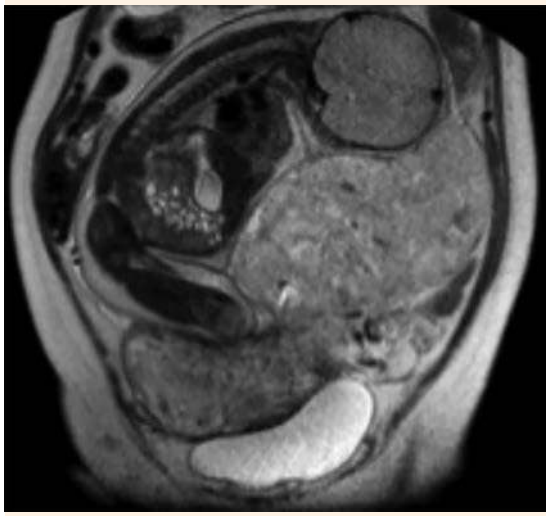


Figura 1. Resonancia magnética que muestra al feto y la placenta fuera de la cavidad uterina.



Figura 2. Bolsa amniótica y placenta después de la incisión abdominal.

a expensas de acrocianosis y tono disminuido. En la exploración física no se observaron alteraciones musculoesqueléticas; las somatometrías estuvieron en el percentil 90 para peso, talla y perímetro cefálico. Se estimó una edad gestacional de 42.5 semanas por método de Capurro. Después de ligar el cordón umbilical se practicó la hemostasia placentaria, ligando los vasos más accesibles y procediendo a dejar la placenta in situ, debido al riesgo elevado de hemorragia por su remoción, por lo que en ese momento se dio por finalizado el tiempo quirúrgico. El neonato fue enviado a la unidad de cuidados intensivos neonatales para vigilancia, manteniéndose estable con oxígeno suplementario (**Figura 4**). Durante su estancia tuvo un episodio de taquipnea transitoria, por lo que se inició apoyo ventilatorio con presión positiva continua en la vía aérea durante 6 días y posteriormente con oxígeno suplementario. Debido a la detección de un soplo protosistólico, intensidad 2 de 6, se realizó el ultrasonido cardiaco, que no reportó alteraciones. La madre no recibió tratamiento con metotrexato, se recuperó adecuadamente durante el periodo posquirúrgico, para después recibir tratamiento con analgesia y deambulación temprana. La madre y su hijo se dieron de



Figura 3. Extracción del recién nacido de la cavidad abdominal. Se observa la apariencia adinámica, con deficiente tono y falta de respuesta a los estímulos.

https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2493



Figura 4. Recién nacido en el área de cuidados intensivos. No se observan hallazgos musculoesqueléticos anormales.

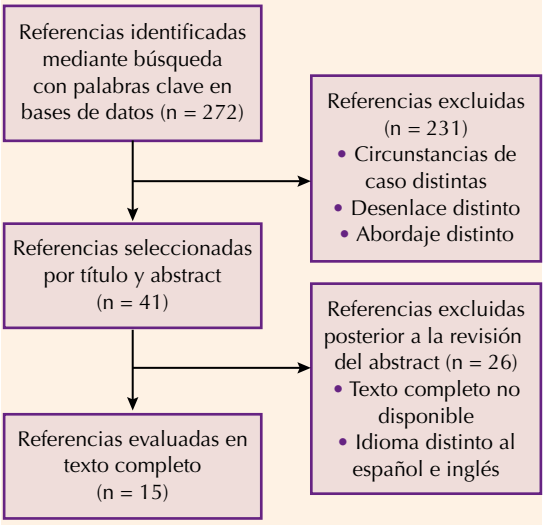


Figura 5. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.

alta el décimo día de hospitalización, ambos sin mostrar datos patológicos y con cita médica después de un mes del procedimiento quirúrgico para seguimiento.

METODOLOGÍA

Se utilizó el motor de búsqueda Google Scholar para identificar artículos similares al de este caso clínico, las palabras clave de búsqueda fueron: "embarazo abdominal", "manejo", "embarazo abdominal a término", "metotrexato". Se encontraron 272 artículos, se excluyeron 231 por diferentes causas, se seleccionaron 41 por título y resumen con contenido semejante al caso, de los que se excluyeron 26 por texto completo no disponible en idioma diferente al inglés y español. De esta forma, solo se evaluaron 15 referencias. **Figura 5**

DISCUSIÓN

El embarazo abdominal se clasifica en primario y secundario, según su implantación inicial directamente en la cavidad peritoneal o si finalizó en dicha localización por otra causa (fístulas o aborto tubárico), posterior a una implantación en un sitio distinto, ya sea el útero o los anexos. Los criterios actuales para definir el embarazo abdominal primario fueron establecidos por Studifford y comprenden los siguientes: *1)* trompas y ovarios bilaterales normales, *2)* ausencia de fístula útero-peritoneal y *3)* embarazo en relación con la superficie peritoneal, exclusivamente, de forma oportuna para descartar que sea secundario.[6] Los factores de riesgo son los mismos que para el embarazo ectópico: infertilidad, antecedente de embarazo ectópico, malformaciones genitales, uso de anticonceptivos orales, cirugía tubárica o cesárea, múltiples parejas sexuales e infecciones de transmisión sexual;[6,9] el riesgo, a su vez, aumenta con la edad, principalmente durante la cuarta década de la vida,[2] como en el caso de nuestra paciente, quien además tenía dos cesáreas previas. La hipótesis actual, según el estudio de Guerrero-Martínez, sugiere una combinación de factores causales de los embarazos ectópicos

como: enlentecimiento del tránsito tubárico, cambios anatómicos secundarios a intervenciones y estados inflamatorios previos, así como la expresión temprana de moléculas de adherencia por parte del embrión.[2] El diagnóstico suele establecerse mediante ultrasonido abdominal en etapas tempranas del embarazo, puesto que en etapas más avanzadas pierde confiabilidad y se requerirá la resonancia magnética como estudio de elección, según su disponibilidad en la región.[1] Los hallazgos ultrasonográficos incluyen: ausencia de tejido miometrial entre la vejiga y el sitio de implantación del embarazo, cavidad uterina vacía y mala definición de la placenta. En algunos casos puede haber oligohidramnios y una apariencia fetal inusual, que suponen factores de mal pronóstico.[11] No obstante, el diagnóstico suele establecerse durante el procedimiento quirúrgico,[6] principalmente debido a síntomas inespecíficos asociados con el embarazo ectópico, que no provocan la ruptura tubárica temprana (65-80% de los casos), como lo expone Ruiz-Sánchez y su equipo de trabajo.[8] El tratamiento de elección es la cirugía, pero la diferencia entre una intervención inmediata y la conducta expectante dependerá de la edad gestacional y viabilidad del feto. Algunos autores consideran la conducta expectante en embarazos mayores de 20 semanas, con feto sano, implantación placentaria distante al hígado y el bazo (por el alto riesgo de sangrado), estabilidad clínica materna y posibilidad de seguimiento hospitalario;[7] otros sugieren que en gestaciones menores de 24 semanas, es justificable la intervención inmediata con laparotomía o laparoscopia.[5,9] La importancia de una intervención adecuada recae en la alta tasa de complicaciones y morbilidad y mortalidad para la madre y su hijo. La mortalidad materna es 7.7 veces mayor que en un embarazo tubárico y hasta 90 veces más alta que en una gestación intrauterina,[6] cuya principal complicación es el sangrado del sitio de implantación, debido a la falta de constricción de los vasos placentarios.[6] La mortalidad neonatal es significativa, pues 50% de los recién nacidos fallece en la primer semana de vida. La mayor parte de las defunciones ocurren por malformaciones, incluso en 40% de los recién nacidos.[5] Otra complicación fetal descrita, aunque sumamente excepcional, es el litopedion, que consiste en un embarazo abdominal no detectado, transcurre asintomático y eventualmente se petrifica dentro de la cavidad peritoneal.[12] Actualmente no se recomienda la remoción de la placenta durante el procedimiento quirúrgico, debido al alto riesgo de sangrado. Diversos estudios demuestran que el mejor tratamiento consiste dejar la placenta in situ, con subsiguiente aplicación de metotrexato para facilitar su resorción.[13] Se recomienda su aplicación dos semanas después de la intervención quirúrgica, con la finalidad de reducir el riesgo de necrosis placentaria masiva, que puede resultar en sangrado intra-abdominal.[14] La única instancia en que está justificada la remoción de la placenta es cuando se compruebe la ausencia de invasión de órganos y el suministro sanguíneo sea completamente dependiente de los vasos colaterales de fácil ligado.[15] En la paciente de este estudio se decidió el seguimiento clínico de la involución placentaria, que transcurrió sin eventualidades, al igual que lo reportan otras fuentes.[14,15]

CONCLUSIONES

A pesar del aumento reciente en la incidencia de embarazo ectópico, el embarazo abdominal de término sigue siendo una alteración poco frecuente, superada únicamente por los casos que finalizan con recién nacido sano. La elevada tasa de morbilidad y mortalidad materno-fetal es el principal motivo de recalcar el estudio. La detección oportuna es decisiva para indicar el tratamiento adecuado y que la evolución de la madre y su hijo sea satisfactoria. Las variantes en el protocolo de tratamiento contribuyen a establecer un consenso e indicar el régimen adecuado.

https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2493

REFERENCIAS

1. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de embarazo tubario, México: Secretaría de salud; 2009. Dirección URL: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/182_GPC_EMBARAZO_TUBARIO/IMSS_182_09_EyR_Embarazo_tubario.pdf>.
2. Guerrero-Martínez E, Rivas-López R, Martínez-Escudero IS. Algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico. Ginecol Obstet Mex 2014;82:83-92. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/articulos-originales-numero83/algunos-aspectos-demograficos-asociados-con-el-embarazo-ectopico/
3. Mengistu Z, et al. Term abdominal pregnancy: a case report. J Med Case Rep 2015;9:168. https://doi.org/10.1186/s13256-015-0635-3.
4. Elfakir S, et al. Full term abdominal pregnancy with healthy newborn: a case report. J Clin Case Rep 2018;8(5):1110. https://doi.org/10.4172/2165-7920.10001110
5. Abdelrahman S, et al. A live term intra-abdominal pregnancy in a Field Hospital: a case report. J Surg Case Rep 2017;2017(3):rjx062. https://doi.org/10.1093/jscr/rjx062.
6. Hailu FG, et al. Advanced abdominal pregnancy, with live fetus and severe preeclampsia, case report. BMC Pregnancy Childbirth 2017;17(1):243. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1437-y
7. Mutarambirwa HD, et al. Term Abdominal Pregnancy Revealed by Amnioperitoneum in Rural Area. Case Rep Obstet Gynecol 2017;2017: 4096783. https://doi.org/10.1155/2017/4096783
8. Ruiz-Sánchez E, et al. Embarazo cornual roto: ¿Por qué no debemos olvidar el embarazo como causa de dolor abdominal?. Ginecol Obstet Mex 2017;85:634-639. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/casos-clinicos/embarazo-cornual-roto-por-que-no-debemos-olvidar-al-embarazo-como-causa-de-dolor-abdominal/
9. Audifred-Salomón JR, et al. Embarazo ectópico intraligamentario. Ginecol Obstet Mex 2013;81:211-214.
10. Mahbuba M, et al. Advanced abdominal pregnancy with a full-term live fetus: Case report. Faridpur Medical College Journal 2013;8(1):40-43. https://doi.org/10.3329/fmcj.v8i1.16898
11. Vargas-Hernández VM, et al. Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Gnecol 2017;83(3). http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000300338
12. Carvalho-Oliveira I, et al. Embarazo abdominal calcificado con 44 años de evolución. Rev Chil Obstet Gnecol 2014;79(6). http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000600008
13. Yasutake N, et al. Successfully treated abdominal pregnancy causing hemoperitoneum using combined surgical and systemic methotrexate therapy: a case report and review of cases treated at Kyushu University Hospital. Gynecol Obstet Invest 2013;76(3):188-92. https://doi.org/10.1159/000353980
14. Huang K, et al. Advanced abdominal pregnancy: an increasingly challenging clinical concern for obstetricians. Int J Clin Exp Pathol 2014;7:5461-5472.
15. Puch-Ceballos EE, et al. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2015;83:454-460.

Puntaje para mantener la vigencia

El Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia otorga puntos para la vigencia de la certificación a los ginecoobstetras que envíen, a la página web del Consejo, un comentario crítico de un artículo publicado en la revista Ginecología y Obstetricia de México. El comentario deberá tener mínimo 150 y máximo 500 palabras.