

Embarazo ectópico abdominal primario

Héctor Luis Mondragón Alcocér,* Gerardo Velázquez Cornejo,* Marlene Lizbeth Zamora Ramírez*

RESUMEN

El embarazo ectópico abdominal es extremadamente raro y representa sólo 1% de todos los embarazos ectópicos. El saco gestacional de un embarazo abdominal generalmente se implanta en la pelvis o en áreas sumamente vasculares –como el hígado, el bazo y el mesenterio– y la morbilidad y mortalidad maternas de un embarazo abdominal pueden ser altas. El riesgo de mortalidad materna de un embarazo ectópico abdominal es siete a ocho veces mayor que el riesgo de un embarazo ectópico tubario y es 90 veces mayor que el de un embarazo intrauterino. Dadas la rareza del embarazo ectópico abdominal y la mortalidad que se asocia con él, la sospecha diagnóstica temprana y el tratamiento oportuno son esenciales. Se expone el caso de un embarazo ectópico abdominal primario que se implantó en la base de los ligamentos uterosacros; la sospecha diagnóstica se confirmó con una evaluación ecográfica de la pelvis y el manejo quirúrgico laparoscópico se realizó con éxito.

Palabras clave: embarazo ectópico abdominal primario, ligamentos uterosacros, evaluación ecográfica, pelvis, laparoscopia.

ABSTRACT

Abdominal ectopic pregnancy is extremely rare and represents only 1% of all ectopic pregnancies. The gestational sac of an abdominal pregnancy is usually implanted in the pelvis or in highly vascular areas –such as liver, spleen and mesentery– and morbidity and mortality of abdominal pregnancy can be high. The maternal mortality risk of an abdominal ectopic pregnancy is seven to eight times greater than the risk of a tubal ectopic pregnancy and is 90 times greater than the risk of intrauterine pregnancy. Given the rarity of abdominal ectopic pregnancy and the mortality associated with it, the diagnostic suspicion and early treatment are decisive. This paper reports the case of a primary abdominal ectopic pregnancy implanted in the base of the uterosacral ligaments, the diagnostic suspicion was confirmed by ultrasound evaluation of pelvis and laparoscopic surgical management was successful.

Key words: primary abdominal ectopic pregnancy, uterosacral ligaments, ultrasound evaluation, pelvis, laparoscopy.

Los embarazos ectópicos abdominales son raros y representan sólo 1% de todos los embarazos ectópicos.¹ Debe tenerse siempre en mente, como parte del diagnóstico, que el embarazo ectópico puede implantarse en un lugar inusual. El saco gestacional de un embarazo abdominal generalmente se implanta en la pelvis o en áreas sumamente vasculares –como el hígado, el bazo y el

mesenterio–¹ y la morbilidad y mortalidad maternas de un embarazo abdominal pueden ser altas. El riesgo de mortalidad materna de un embarazo ectópico abdominal es siete a ocho veces mayor que el riesgo de un embarazo ectópico tubario y es 90 veces mayor que el de un embarazo intrauterino.²⁻⁴

El embarazo ectópico abdominal puede ser primario o secundario. Para establecer su diagnóstico, el embarazo ectópico abdominal primario debe cumplir con los criterios de Studdiford:⁵ trompas de Falopio y ovarios normales, no debe existir evidencia de fístula uteroplacentaria, el embarazo debe adherirse tempranamente a la superficie peritoneal y no debe haber dehiscencia posoperatoria de la herida uterina si hubo cesárea anterior. En esta afección las posibilidades de vida para el feto son muy escasas porque ocurre momificación o maceración cuando el feto alcanza cierto tamaño, de ahí que 85% de ellos fallezca.^{4,6,7} El embarazo ectópico abdominal secundario ocurre con más frecuencia y es, por lo general, secundario a la rotura de un embarazo en la trompa o a un aborto tubario con implantación posterior en el abdomen.⁵⁻⁷

* Coordinador Clínico de la Clínica de Reproducción Asistida.

** Director de Enseñanza de la Clínica de Reproducción Asistida.

*** Médica residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Español, México, DF.

Correspondencia: Dr. Héctor Luis Mondragón A. Hospital Español. Ejército Nacional 613, colonia Granada, CP 06000, México, DF. Correo electrónico: gynemon@prodigy.net.mx
Recibido: noviembre, 2010. Aceptado: diciembre, 2010.

Este artículo debe citarse como: Mondragón-Alcocér HL, Velázquez-Cornejo G, Zamora-Ramírez ML. Embarazo ectópico abdominal primario. Rev Mex Reprod 2011;3(3):133-137.

www.nietoeditores.com.mx

Los factores de riesgo de un embarazo ectópico abdominal son similares a los de un embarazo ectópico tubario: antecedente de infección pélvica, anomalías congénitas, endometriosis, embarazo ectópico previo, operación uterina previa y técnicas de reproducción asistida. El embarazo ectópico abdominal no tiene relación aparente con la edad de la paciente ni con la paridad, puede surgir en cualquier momento de la vida sexual de multiparas y nulíparas.^{1,2,6,7}

El diagnóstico de embarazo ectópico abdominal no es fácil establecerlo, se basa en la sospecha clínica y en la determinación, en orina, de la fracción beta de hCG (gonadotropina coriónica humana) [> 25 mUI/L]; en el diagnóstico se confirma mediante la cuantificación sérica de la fracción beta de hCG y mediante la valoración ultrasonográfica de la pelvis ante la ausencia de saco gestacional intrauterino y sin evidencia de saco en los anexos.^{4,6,8}

El diagnóstico diferencial de útero vacío con una fracción beta de hCG positiva puede despertar la sospecha de un aborto completo, un embarazo temprano (menos de cinco semanas) o un embarazo ectópico.¹ Cuando el embarazo ectópico se sospecha, con ayuda de estos auxiliares diagnósticos se identifica entre 87 y 93% antes de la intervención quirúrgica.⁹⁻¹¹

En el pasado se reportaban muertes maternas, entre 4 y 29% de los casos, por embarazos ectópicos abdominales; por fortuna, estas cifras han disminuido debido a que ahora el diagnóstico se establece más tempranamente y el manejo se hace por vía laparoscópica.^{1,11-13} Las complicaciones por embarazos ectópicos abdominales incluyen: abscesos pélvicos, peritonitis y sepsis por restos trofoblásticos retenidos. Aun cuando la mortalidad fetal es elevada (40 a 95%), existen algunos informes de embarazos abdominales que se han informados a término.^{1,4,10,14-17}

Las modalidades terapéuticas incluyen una dosis única—administrada por vía intramuscular—de metotrexato a 50 mg/m² de superficie corporal, con la que se ha obtenido 96.7% de éxito y no ha habido ningún efecto secundario; otro esquema consiste en administrar 1 mg/kg de peso corporal cada 48 horas en cuatro ocasiones (días 1, 3, 5 y 7). A este esquema se le agrega, como tratamiento de rescate, ácido fólico a 1 mg/kg con el propósito de disminuir los efectos adversos del metotrexato. El uso de este medicamento con cualquier esquema incrementa

y agiliza la reabsorción de tejido trofoblástico; sin embargo, esto produce una acelerada acumulación de tejido placentario intraabdominal necrótico, que en ciertos casos puede favorecer la aparición de infecciones; pero, si no se administra este tratamiento, puede retrasarse la absorción placentaria durante varios años.

El tratamiento quirúrgico es otra modalidad terapéutica que se utiliza con frecuencia en embarazos ectópicos, especialmente en los casos en que hay duda diagnóstica.

COMUNICACIÓN DEL CASO

Mujer de 35 años, casada, nulípara, sin factores de riesgo para el padecimiento actual, con ciclos menstruales regulares y con un retraso menstrual de cinco semanas en relación con la fecha de la última menstruación.

Su padecimiento inició una hora antes de ingresar al hospital ya que al tener actividad sexual sufrió dispareunia y dolor súbito de moderada intensidad, tipo cólico, en el hipogastrio y en la fosa iliaca derecha y no tuvo sangrado vaginal ni otros síntomas. Al realizar la exploración física la paciente se encontraba estable en términos clínicos y hemodinámicos, sus signos vitales eran normales, su índice de masa corporal era de 22, su abdomen era blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en la fosa iliaca derecha, no tenía irritación peritoneal, sus puntos ureterales eran negativos y tenía peristalsis. Al tacto bimanual se encontró: útero en anteversoflexión de 7 X 5 cm y dolor a la movilidad cervical y de anexos.

Al inicio se solicitó una determinación cualitativa de hCG- β en orina, la cual fue positiva, con una cuantificación de 2,832 mUI/mL; la biometría hemática fue normal y la ecografía abdominopélvica reveló: útero de 60 X 50 X 40 mm, endometrio trilaminar de 8 mm y anexo derecho con imagen quística de 20 X 20 mm, compatible con cuerpo lúteo (Figuras 1 a 4).

Debido a los hallazgos mencionados y a la imposibilidad de ubicar el saco gestacional, se decidió efectuar una laparoscopia, en la que se observó el útero normal, cuerpo lúteo en el anexo derecho (Figura 5) e implantación de trofoblasto—de aproximadamente 1.5 cm de diámetro— en la base de los ligamentos uterosacros (Figura 6); el tejido trofoblástico se extrajo totalmente con pinzas quirúrgicas, el lecho quirúrgico se electro-



Figura 1. Corte transversal del útero. Ausencia de saco gestacional.



Figura 2. Corte longitudinal del útero.

coaguló con energía bipolar para controlar localmente la hemostasia y la cavidad pélvica se lavó.

La paciente tuvo una buena evolución posoperatoria, por lo que fue dada de alta dos días después. Las cuantificaciones de la subunidad beta de hCG fueron de 27 mUI/mL a los siete días y de 0 mUI/mL a los 15 días. El reporte de histopatología reveló un saco gestacional abdominal de 1 X 0.6 X 0.5 cm, vellosidades coriales de primer trimestre de gestación y una reacción decidual extensa con hemorragia reciente.



Figura 3. Anexo derecho. Cuerpo lúteo.



Figura 4. Anexo izquierdo normal.

DISCUSIÓN

Ante la sospecha clínica, los factores de riesgo y las concentraciones séricas de la fracción beta de hCG, es muy importante que se realice —en forma minuciosa y completa— una evaluación ecográfica abdominopélvica y



Figura 5. Anexos normales.



Figura 6. Tejido trofoblástico ectópico. Base de los uterosacos.

transvaginal de los ovarios, la pelvis y la parte superior del abdomen. En ocasiones, si la paciente se encuentra estable en términos hemodinámicos y si no existen criterios de urgencia quirúrgica, pueden solicitarse —en serie y cada 36 o 48 horas— las concentraciones séricas de la fracción beta de hCG.^{8,14} En este caso no había factores de riesgo para el embarazo ectópico de la paciente. La dispareunia y el dolor súbito que sufrió pueden relacionarse con la localización del embarazo ectópico, ya que éste se implantó en la base de los ligamentos uterosacos.

El diagnóstico de embarazo ectópico abdominal temprano se basa en la sospecha clínica y no siempre es fácil definir su localización, para lo cual hay que auxiliarse con la TAC o con la resonancia magnética.^{18,20}

Respecto al embarazo ectópico tubario, Condous y col.¹¹ encontraron que la ecografía transvaginal en el diagnóstico de un embarazo ectópico tiene sensibilidad de 87%, especificidad de 94% y valor predictivo positivo de 92.5%. En otro estudio¹⁴ tuvo sensibilidad de 93%, especificidad de 99% y valor predictivo positivo de 98%.

Cuando una masa anexial se encuentra por la ecografía transvaginal y ésta se combina con la cuantificación sérica de la fracción beta de hCG, la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo positivo aumentan a 97%.^{9,11}

Aunque no haya evidencia de un embarazo ectópico en los anexos y aunque no haya un saco gestacional intrauterino, el embarazo ectópico debe excluirse con base en la medición sérica seriada de las concentraciones de la fracción beta de hCG.^{4,6,21} En este caso la sospecha diagnóstica se confirmó mediante la determinación sérica de la fracción beta de hCG y mediante la ecografía.

Para tratar el embarazo ectópico abdominal se han utilizado diversos tratamientos médicos, que incluyen metotrexato local o sistémico, cloruro de potasio, glucosa hiperosmolar local, prostaglandinas, danazol, etopósido y mifepristona.³ La mayoría de los investigadores han informado diferentes tasas de éxito mediante la combinación local de cloruro de potasio y metotrexato; a veces han adicionado metotrexato sistémico.⁴

Cuando el tratamiento local ha fracasado o cuando el embarazo ectópico no es evidente, la laparoscopia es una herramienta diagnóstica y terapéutica ideal.

En la primera década del siglo XX Jacobaeus estableció la laparoscopia, que desde sus albores se ha utilizado cada vez con más frecuencia;¹⁷ en 1973 Shapiro y Adler empezaron a usarla en el abordaje de embarazos ectópicos. El tratamiento endoscópico de embarazos extrauterinos es un claro ejemplo de las aportaciones que la cirugía endoscópica ha hecho a la Ginecología, como menos morbilidad y mortalidad, menos tiempo posoperatorio y menos complicaciones posquirúrgicas.^{12,13}

En este caso de embarazo abdominal primario consideramos que el manejo laparoscópico era el ideal para la paciente, ya que ésta se encontraba estable en términos hemodinámicos; además, nuestra sospecha clínica se basó en concentraciones séricas de la fracción beta de hCG, ausencia de saco gestacional intrauterino, anexos normales y una imagen ecográfica de un probable cuerpo lúteo. Con la laparoscopia pudimos localizar el saco

gestacional, establecer oportunamente el diagnóstico y el tratamiento y mejorar el futuro reproductivo de la paciente.

El tratamiento del embarazo ectópico abdominal temprano ha evolucionado considerablemente en los últimos 15 años; la laparoscopia es un procedimiento que ofrece muchas ventajas, por ser más eficaz y menos invasivo, para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico abdominal temprano; las únicas contraindicaciones son inestabilidad hemodinámica de la paciente e inexperiencia del cirujano tratante.^{12,13,22}

CONCLUSIONES

El embarazo ectópico abdominal es una afección extremadamente rara y asociada con una mortalidad muy alta. Por esta razón, el diagnóstico temprano es un factor determinante para reducir la alta mortalidad. Como gran parte de los embarazos ectópicos son tubarios, el clínico debe pensar en la posibilidad de un embarazo ectópico abdominal como primer paso del proceso diagnóstico que debe seguir cuando sospeche un embarazo ectópico. Como segundo paso, debe analizar los datos de la presentación clínica, la anamnesis y la exploración física. El tercer paso lo constituye el apoyo que proporcionan la cuantificación sérica de la fracción beta de hCG y la exploración ecográfica minuciosa de la pelvis. Aun cuando la TAC y la resonancia magnética se han utilizado con éxito en algunos casos difíciles de diagnosticar, los elementos clínicos y paraclínicos que se han mencionado permiten establecer el diagnóstico temprano en la mayoría de los casos. Todo esto posibilita un manejo laparoscópico oportuno que evitará las graves complicaciones que suelen acompañar al embarazo ectópico abdominal.

REFERENCIAS

1. Yildizhan R, Kurdoglu M, Kolusari A, Erten R. Primary omental pregnancy. *Saudi Med J* 2008;29:606-609.
2. Ludwig M, Kaisi M, Bauer O, Diedrich K. The forgotten child-a case of heterotopic, intra-abdominal and intrauterine pregnancy carried to term. *Hum Reprod* 1999;14:1372-1374.
3. Alto WA. Abdominal pregnancy. *Am Fam Physician* 1990;41:209-214.
4. Ang LP, Tan AC, Yeo SH. Abdominal pregnancy: a case report and literature review. *Singapore Med J* 2000;41:454-457.
5. Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1942;44:487-491.
6. Martin JN, Sessums JK, Martin RW, Pryor JA, Morrison JC. Abdominal pregnancy: current concepts of management. *Obstet Gynecol* 1988;71:549-557.
7. Maas DA, Slabber CF. Diagnosis and treatment of advanced extra-uterine pregnancy. *S Afr Med J* 1975;49:2007-2010.
8. Onan MA, Turp AB, Saltik A, Akyurek N, et al. Primary omental pregnancy: case report. *Hum Reprod* 2005;20:807-809.
9. Fleischer A, Manning F, Jeanty P, Romero R. Ecografía en obstetricia y ginecología. 6th ed. New York: Marban, 2002.
10. Bonfante RE, Bolaños AR, Simon PL, Juárez GL, Quesnel GC. Embarazo abdominal experiencia institucional. *Ginecol Obstet Mex* 1998;66:287.
11. Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu Ch, Van Huffel S. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. *Hum Reprod* 2005;20(5):1404-1409.
12. Kwok A, Chia KKM, Ford R, Lam A. Laparoscopic management of a case of abdominal ectopic pregnancy. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 2002;42:300-302.
13. Pisarska MD, Casson PR, Moise KJ Jr, Di Maio DJ, et al. Heterotopic abdominal pregnancy treated at laparoscopy. *Fertil Steril* 1998;70:159-160.
14. Gaither K. Abdominal pregnancy-an obstetrical enigma. *South Med J* 2007;100:347-348.
15. Hallatt JG, Grove JA. Abdominal pregnancy: a study of twenty-one consecutive cases. *Am J Obstet Gynecol* 1985;152:444-449.
16. Trejo RC, Moreno B, Vázquez Z, Tovar S, Morales N. Embarazo abdominal. Revisión de 20 casos. *Ginecol Obstet Mex* 1981;49:89.
17. Gordillo FJ, Santos N, Padilla V, Gordillo R, et al. Embarazo abdominal. Análisis de 10 casos. *Ginecol Obstet Mex* 1978;44:383.
18. Wagner A, Burchardt A. MR imaging in advanced abdominal pregnancy. *Acta Radiol* 1995;36:193-195.
19. Malian V, Lee JH. MR imaging and MR angiography of an abdominal pregnancy with placental infarction. *AJR Am J Roentgenol* 2001;177:1305-1306.
20. Yoshigi J, Yashiro N, Kinoshito T, O'uchi T, Kitagaki H. Diagnosis of ectopic pregnancy with MRI: efficacy of T2-weighted imaging. *Magn Reson Med Sci* 2006;5:25-32.
21. France JT, Jackson P. Maternal plasma and urinary hormone levels during and after a successful abdominal pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1980;87:356-362.
22. Rajansky N, Schenker JG. Heterotopic pregnancy and assisted reproduction-an update. *J Assist Reprod Genet* 1996;13:594-601.