https://doi.org/10.47993/gmb.v45i1.229

Check for updates

Embarazo Ectópico Abdominal

Abdominal Ectopic Pregnancy

Henry Alfredo Crespo Hinojosa[1]

Resumen

Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 36 años, atendida en el Hospital Japonés (HJ) de la ciudad de Santa Cruz, ingreso a nuestro hospital con cuadro clínico de abdomen agudo y cursando embarazo de 20 semanas, con antecedente de relevancia de aborto por embarazo ectópico hace tres años, se realiza laparotomía exploratoria en la que se evidencia embarazo abdominal, se efectúa extracción del feto y de placenta, se coloca packing y se deja en laparotomía contenida, después de 72 hrs se realiza limpieza y cierre de pared, paciente con buena evolución clínica.

Palabras claves: embarazo abdominal, embarazo ectópico, laparotomía

Abstract

We present the clinical case of a 36-year-old female patient, treated at the Hospital Japonés (HJ) in the city of Santa Cruz, who was admitted to our hospital with a clinical presentation of acute abdomen and a 20-week pregnancy, with a relevant history of abortion due to an ectopic pregnancy three years ago, Exploratory laparotomy was performed in which abdominal pregnancy was evidenced, the fetus and placenta were extracted, packing was placed and left in contained laparotomy, after 72 hours cleaning and closure of the abdominal wall was performed, patient with good clinical evolution.

Keywords: abdominal pregnancy, ectopic pregnancy, laparotomy

El embarazo ectópico se caracteriza por ser una situación en la cual el óvulo fecundado se implanta en cualquier lugar diferente de la cavidad uterina, la gran mayoría de los casos se ubican en aproximadamente un 98% a nivel de las trompas de Falopio. Las implantaciones más raras suelen tener lugar en el cérvix, la porción intersticial de la trompa uterina, el ovario y la cavidad abdominal, la ocurrencia de este inusual tipo de embarazo es de mas o menos 1 a 2% de las gestaciones y tienen una mortalidad asociada de 0,5 defunciones por cada 1 000 gestaciones[1].

El cuadro clínico del embarazo ectópico abdominal es muy variado y estaría influenciado por la edad gestacional, la signosintomatologia referida por la paciente puede variar, pudiendo ser asintomática hasta referir sintomatología inespecífica o dolor abdominal agudo, todo ello ocasiona que el diagnostico sea difícil de realizar[3,6]. La exploración física abdominal no es específica para develar esta entidad, ya que puede estar enmascarada por otros cuadros como peritonitis, anexitis, presencia de masas, por lo general es diagnosticado como un embarazo normal y su diagnóstico en el intraoperatorio es en más o menos el 50 a 90% de los casos[1].

La causa más relacionada para generar un embarazo ectópico está vinculada con el antecedente o presencia de una lesión ubicada en la luz de la trompa uterina, consecuencia de la destrucción del epitelio y ello dando lugar a la presencia de microadherencias[2,3,4,6] Otros factores de riesgo identificados son el uso de dispositivo intrauterino, técnicas de reproducción asistida, cirugía tubárica y antecedente de embarazo ectópico.

Para apoyo diagnostico la ecografía es una herramienta valiosa y útil ante la sospecha de un embarazo ectópico1, identifica la presencia o ausencia de saco gestacional en el interior o fuera de la cavidad uterina en edades tempranas del embarazo. A si mismo se ha descrito el empleo de la resonancia magnética[1,4,7], pero el problema para su uso de rutina, radicaría en que no se encuentra disponible por su alto costo en todos los Hospitales.

La mortalidad concomitante al embarazo ectópico abdominal es aproximadamente de cinco por cada 1 000 casos y la causa más común de muerte materna está relacionada con la separación de la placenta de su sitio de inserción lo cual genera un hemoperitoneo y shock hemorrágico. Así mismo se acompaña de óbito fetal en aproximadamente un 50% de los casos.

Presentación del caso

Paciente femenino de 36 años de edad, que ingresa por el servicio de emergencia del Hospital Japonés con diagnósticos de abdomen agudo y embarazo de +/- 20 semanas. Antecedentes ginecoobstétricos gestas 6, partos 4, abortos 2 uno de ellos embarazo ectópico hace 3 años.

Paciente ingresó con cuadro clínico de más o menos 12 horas, caracterizado por presentar dolor abdominal de inicio súbito de moderada intensidad en región de hemiabdomen inferior, posteriormente irradiado a todo el abdomen acompañado de nauseas que no llegan al vomito y presencia

[1]Ginecólogo Obstetra, Hospital Japones, Santa Cruz de la Sierra - Bolivia
https://orcid.org/0000-0003-1035-4729.
*Correspondencia a: Henry Alfredo Crespo Hinojosa
Correo electrónico: henryach007@gmail.com
Recibido el 02 de octubre de 2020. Aceptado 12 de enero de 2022

Tabla 1. Hemograma de ingreso

Hematocrito	23,7
Hemoglobina	8,0
G, Blancos	11,600
Plaquetas	315,000
Grupo sanguíneo	0 "-"

de sangrado transvaginal en poca cantidad.

Al examen físico, abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda, ruidos hidroaéreos hipofonéticos, frecuencia cardio fetal 180 lpm. Genitourinario: escaso sangrado transvaginal rojo rutilante.

La paciente, a su ingreso tenía informes de una ecografía obstétrica y otra ecografía abdominal, en los que se reportaba embarazo de 20 semanas y presencia de líquido ascítico en cavidad abdominal, respectivamente; ninguna de ellas tenía como impresión diagnostica datos de embarazo abdominal.

Luego de valoración conjunta con el Servicio de Cirugía, se decide conducta quirúrgica de laparotomía exploratoria.

Hallazgos intraoperatorios:

- Útero de tamaño normal, anexos no visibles por múltiples adherencias.

- Bolsa de las aguas con rotura espontanea, membranas ovulares adheridas a asas intestinales, cubiertas por el epiplón.

Se realizó extracción y colocación de packing con compresas estériles y se deja en laparotomía contenida. Después de tres días, se realiza limpieza quirúrgica, retiro de compresas de parietocólico izquierdo, se evidencia en fondo de saco posterior friable, un sangrado en napa en relación a intestino grueso, se realizan puntos hemostáticos y se deja drenaje tubular, control de hemostasia y cierre de pared.

Antes de la primera intervención quirúrgica, se realizó la transfusión de dos paquetes globulares y dos paquetes de plasma fresco congelado, y previa a la segunda intervención quirúrgica de transfundieron dos paquetes globulares más.

Paciente con buena evolución durante su permanencia en el servicio de ginecología, luego de un total de siete días de internación en nuestra institución, es dada de alta.

Discusión y Conclusión

El embarazo ectópico abdominal tiene poca casuística dentro del grupo de los embarazos ectópicos, pero por otro lado se relaciona con una alta tasa de morbimortalidad materna y fetal[2]. El diagnóstico, usualmente es dificultoso, por el cuadro clínico muy variable de estos casos, y a veces esta puede orientar hacia una patología digestiva de origen abdominal.

En el caso clínico presentado, si bien la paciente llega referida a nuestro hospital, portando los informes ecográficos, estos no reportaban una impresión diagnóstica de embarazo abdominal; este diagnóstico fue evidenciado durante la realización de la laparotomía. No existió dificultad para el manejo de la placenta, por encontrarse relativamente libre con el producto en la cavidad abdominal.

Referencias bibliográficas

1. Escobar-Vidarte M, Caicedo-Herrera G, Solarte-Erazo J, Thomas-Pérez L, Dávalos-Pérez D, López-Tenorio J, Forero-Ladino A. Embarazo ectópico abdominal avanzado: reporte de casos y revisión de la literatura. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. [Internet]. 31 de marzo de 2017 [citado 10 de octubre de 2020];68(1):71-2. Disponible en: https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2983

2. Mora-Enriquez J, Arreaza-Graterol M, Nossa-Moreno H, Rodríguez-Ortiz J. Embarazo abdominal avanzado: diagnóstico y manejo: Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet].Septiembre 2014 [citado 10 de octubre de 2020]; 65(3): 256-261. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342014000300007&lng=en.

3. Chirino- Acosta P, Sarmiento-Vitón A, González-Linares M, Cabrera-Rumayor A, Soto Paez N. (2015). Embarazo ectópico abdominal. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, [Internet]. Mayo 2015 [citado 10 de octubre de 2020] 19(3), 540-548. Disponible en http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2036

4. Puch-Ceballos E, Vázquez-Castro R, Osorio-Pérez A, Ramos-Ayala M, Villarreal-Sosa C, Ruvalcaba-Rivera E. Embarazo ectópico abdominal. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía.Ginecol Obstet Mex2015 [Internet]. 2015 [Consultado 10 Octubre 2020]; 83:454-460. Disponible en https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom157j.pdf

5. Rejón-Estrada L, Haro-Cruz J, Villa-Villagrana F, García-Morales E, Angulo-Castellanos E, Gutiérrez-Padilla E. Embarazo ectópico abdominal de término con neonato vivo: caso clínico y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex. [Internet]. Marzo de 2019 [citado 10 de octubre de 2020]; 87(3): 196-201. Disponible en https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom193g.pdf

6. García MR, Fuentes RA, Valle HA, et al. Embarazo ectópico abdominal. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. [Internet]. 2015; [citado 10 de octubre de 2020] 41(3) 307-314. Disponible en https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2015/cog153l.pdf

7. Vargas-Hernández V, Hernández-Fierro M, Ventura-Quintana V, Tovar-Rodríguez J. Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. Junio 2017 [citado 10 de Octubre 2020]; 82(3): 338-344. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000300338&lng=es.