



# EMBARAZO PRETÉRMINO INTRABDOMINAL EXITOSO: REPORTE DE CASO

## SUCCESSFUL INTRABDOMINAL PRETERM PREGNANCY: A CASE REPORT

Saida Anyul Abud-Flores <sup>1,a</sup>, Marco Andrés González Martínez <sup>1,b</sup>, Carlos Alberto López-Bernal <sup>1,c</sup>,  
Arturo García-Galicia <sup>1,d</sup>, Álvaro José Montiel-Jarquín <sup>1,e</sup>, Gisela Alonso Torres <sup>1,b</sup>,  
Nancy Rosalía Bertado Ramírez <sup>1,f</sup>, Laura Andrea Reyes-Luna <sup>1,a</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** El embarazo ectópico es toda gestación, en la que el sitio de implantación del óvulo fecundado se localiza fuera de la cavidad endometria y representa el 1.4 % de estos. **Caso clínico:** Paciente de 28 años con dos cesáreas previas, sometida a salpingoclasia durante la última intervención. La paciente ingresó al hospital con presión arterial de 180/130 mm Hg, no respondió a tratamiento médico y presentó falla en la progresión de trabajo de parto, por lo que se decidió interrupción por operación cesárea. Durante la cirugía, se observó un pequeño útero con embarazo extrauterino adherido a la serosa del ciego, el colon ascendente y el apéndice. Se obtuvo un producto femenino pretérmino vivo; la madre cursó con evolución favorable y sin complicaciones posoperatorias. **Conclusión:** La presentación del embarazo abdominal ectópico es rara, por lo que un control prenatal adecuado por personal capacitado puede orientar a la sospecha diagnóstica. La madre y la recién nacida no presentaron ninguna complicación, a pesar de ser un embarazo abdominal avanzado y la inserción multifocal de la placenta. Se resalta la importancia del manejo oportuno y multidisciplinario cuando se enfrentan embarazos con curso anormal para la mejor evolución de la madre y del producto.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico; Embarazo abdominal; Cesárea; Placenta. (Fuente: DeCS- BIREME)

### ABSTRACT

**Introduction:** Ectopic pregnancy is any gestation in which the implantation site of the fertilized egg is located outside the endometrial cavity. Abdominal ectopic pregnancy represents 1.4% of these. **Case report:** 28-year-old patient with two previous cesarean sections; bilateral tubal obstruction during the last operation. The patient was admitted to the hospital with blood pressure of 180/130 mm Hg that did not respond to medical treatment and not progression to labor so it was decided to interrupt the pregnancy by cesarean section. During surgery, a small uterus with extrauterine pregnancy was observed adhered to the serosa of the cecum, ascending colon, and appendix. A live preterm female product was obtained; the mother had a favorable evolution and no postoperative complications. **Conclusion:** Ectopic pregnancies are rare. An adequate prenatal control by well trained personnel is essential for an accurate diagnosis. The mother and the newborn did not present any complication. It is very important to have and accurate an opportune diagnosis so trained personnel can offer an adequate management.

**Keywords:** Ectopic pregnancy; Abdominal pregnancy; Caesarean section; Placenta. (Source: MESH-NLM)

<sup>1</sup> Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla, Centro Médico Nacional "Gral. de Div. Manuel Ávila Camacho", Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla de Zaragoza, México.

<sup>a</sup> Médica residente en Cirugía General.

<sup>b</sup> Médico pasante en servicio social.

<sup>c</sup> Médico especialista en Cirugía General, subespecialista en Cirugía de Colon y Recto.

<sup>d</sup> Médico especialista en Pediatría. Maestro en Ciencias Médicas e Investigación.

<sup>e</sup> Médico especialista en Cirugía General. Maestro en Ciencias Médicas e Investigación.

<sup>f</sup> Médica especialista en Neurología.

Citar como: Abud-Flores SA, González Martínez MA. Embarazo pretérmino intrabdominal exitoso: Reporte de caso. Rev Fac Med Hum. 2024;24(1):191-196. doi:10.25176/RFMH.v24i1.6076

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe





## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se define como toda gestación en la que el sitio de implantación del óvulo fecundado se localiza fuera de la cavidad endometrial. Este tipo de embarazos representa el 1.5 % al 2 % del total <sup>(1)</sup>. El sitio de implantación de embarazos ectópicos más frecuente es la trompa de Falopio <sup>(2)</sup>.

Aproximadamente, el 10 % se implanta en ubicaciones no tubarias: Cuello uterino, ovario, porción intersticial de la trompa de Falopio, ligamento ancho, cuerno uterino, cicatriz de la cesárea y cavidad abdominal <sup>(3)</sup>. Esta última representa únicamente el 1.4 % de los embarazos ectópicos, con una incidencia de 1:10 000 nacimientos <sup>(4)</sup>. Los factores de riesgo más importantes para el embarazo ectópico es un embarazo tubárico previo, cirugía tubárica previa, salpingoclasia, y se conoce un embarazo no planeado como una de sus complicaciones, patología tubárica y uso de dispositivos intrauterinos <sup>(5)</sup>.

El embarazo abdominal sucede cuando el óvulo fecundado se implanta en la cavidad peritoneal. Los sitios de implantación suelen ser la serosa uterina, diafragma, vasos pélvicos, hígado, bazo, intestino, epiplón, pared pélvica y ligamento ancho <sup>(4)</sup>. Sobresale el antecedente de fertilización asistida <sup>(6)</sup>. El cuadro clínico es muy variado desde asintomático a dolor abdominal agudo dependiendo de la edad gestacional correspondiente. Su diagnóstico es intraoperatorio en 50 a 90 % de los casos <sup>(7)</sup>. La ecografía es el estudio diagnóstico de elección, con especificidad de 94 % y sensibilidad de 87 % <sup>(8)</sup>. La mortalidad materna es, generalmente, ocasionada por hemorragia incontrolable, con una tasa elevada de hasta 5 por cada 1000 casos <sup>(7)</sup>.

La dificultad diagnóstica y abordaje terapéutico, en estos paciente,s se ilustran en el siguiente caso.

## REPORTE DE CASO

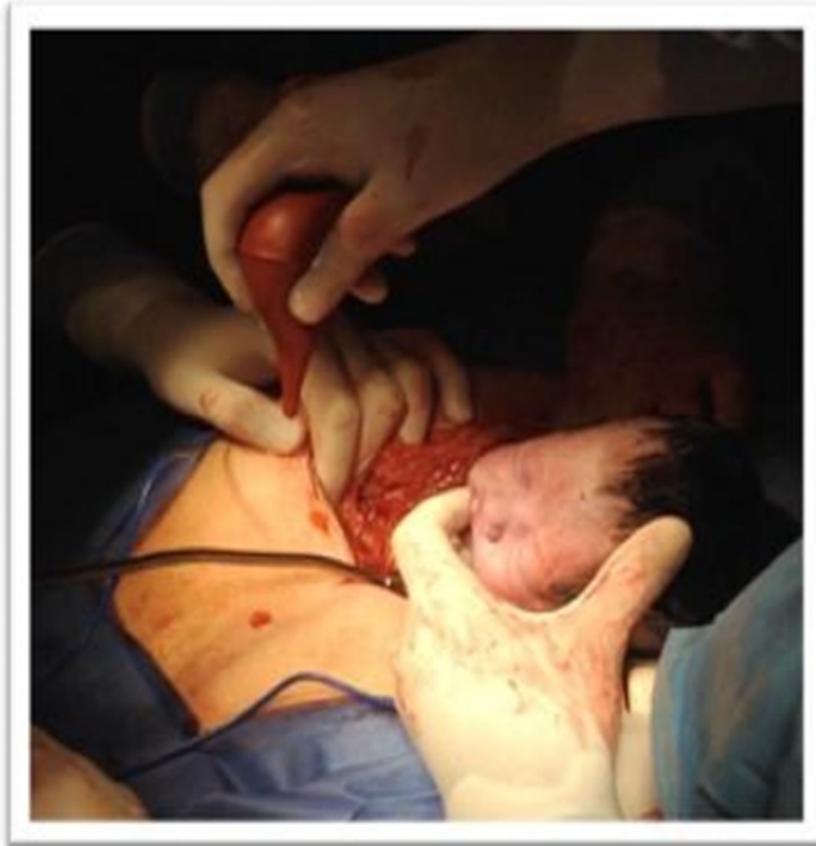
Paciente de 28 años con embarazo de 37 semanas ultrasonido del 3.º trimestre, con control prenatal

deficiente, antecedentes ginecobstétricos de dos cesáreas previas y, después de la última, se realizó salpingoclasia. Ingresó a un hospital rural con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo moderada, con tensión arterial de 180/130 mmHg, hemoglobina de 11.8 mg/dl. Se inició manejo farmacológico antihipertensivo sin lograr adecuado control, así como falla en la progresión del trabajo de parto, por lo que se decide resolución del embarazo por vía abdominal.

Durante la intervención quirúrgica, se encontró un pequeño útero con un saco amniótico en la cavidad peritoneal. Se cierra cavidad y es referida con diagnóstico de embarazo ectópico abdominal a un hospital de segundo nivel de atención, ya que la primera intervención fue realizada en un hospital que no contaba con la infraestructura necesaria.

En dicha unidad, se reintervino, se realizó amniorrexis y se obtuvo un producto femenino vivo, sin anomalías faciales o de extremidades, valorado con 34.4 semanas de gestación por escala de Capurro (figura 1). Posteriormente, se realizó una disección meticulosa de la placenta, la cual estaba adherida a epiplón, apéndice, ciego y a la serosa del colon ascendente (figura 2); se decide su remoción para evitar complicaciones posteriores, ya que estaba laxamente adherida a la serosa y, al encontrarse muy cerca de la válvula ileocecal, podría condicionarle una obstrucción durante la involución y reabsorción de esta; por ello, no requirió dejarla in situ. La placenta del lado materno se encontró sin formación de cotiledones (figura 3). Cara fetal de la placenta sin malformaciones (figura 4). No presentó perforación intestinal ni complicaciones agregadas.

La madre fue transferida a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para su seguimiento, siendo dada de alta del hospital a las 48 horas posquirúrgicas con su bebé sin complicaciones. El control posquirúrgico a los 15 y 30 días reportó una evolución normal.



**Figura 1.** Presencia de producto de embarazo de 34.4 SDG intrabdominal.



**Figura 2.** Placenta adherida a serosa de colon ascendente y apéndice.



**Figura 3.** Cara materna de placenta.



**Figura 4.** Cara fetal de placenta.

## DISCUSIÓN

El embarazo abdominal es una patología poco frecuente con una elevada mortalidad materna. Su diagnóstico es tardío por el incorrecto seguimiento prenatal como en el presente caso. Los embarazos abdominales pueden pasar desapercibidos hasta edades gestacionales avanzadas, de acuerdo al sitio de implantación y de las estructuras orgánicas comprometidas<sup>(9)</sup>.

La paciente no mostró durante la gestación síntomas que orientaran la sospecha clínica de un embarazo abdominal ectópico. El motivo que demandó la atención en la Unidad Hospitalaria fue la sintomatología de enfermedad hipertensiva del embarazo no controlada. En casos como este, la presentación clínica inespecífica o asintomática representa un reto para el diagnóstico oportuno<sup>(6)</sup>. La paciente del caso reportado fue abordada quirúrgicamente en dos tiempos: La primera vez se decidió a no continuar con el procedimiento al percatarse de la complejidad del caso y se remitió a un hospital de mejor infraestructura.

El neonato del caso expuesto no presentó complicaciones o anomalías estructurales. La incidencia de malformaciones en productos vivos de embarazos abdominales es de 23 %<sup>(9)</sup>, y hasta 43.84 % son mortinatos o muertes neonatales tempranas<sup>(10)</sup>. La implantación en múltiples puntos (epiplón, ciego y colon ascendente y apéndice cecal), también, fue una presentación infrecuente, ya que solo el 5.79 % de los embarazos abdominales ectópicos presentan tres o más sitios de implantación de la placenta<sup>(10)</sup>.

En el presente caso, se logró una resección meticulosa de la placenta, con remoción quirúrgica completa a pesar de su presentación multifocal y sin ninguna complicación, que incluye el seguimiento. La manipulación de la placenta presenta frecuentemente dificultades al no poder aislar el aporte sanguíneo. Frecuentemente, se prefiere dejarla in situ con administración de metotrexate o una segunda

intervención para remoción quirúrgica. Las complicaciones incluyen hemorragia incoercible, coagulación intravascular diseminada, obstrucción intestinal y fistulas gastrointestinales o genitourinarias<sup>(11,12)</sup>. En cualquier caso, se debe mantener el seguimiento cuidadoso. La placenta puede ser extirpable, sin acarrear sangrado masivo como en los casos de adherencia al epiplón. El manejo preferible es dejar la placenta en la cavidad. El acumulo de tejido necrótico en mayor cantidad favorecería infección intrabdominal<sup>(13)</sup>.

Actualmente, no se recomienda el uso de metotrexate, pues degrada rápidamente el tejido placentario que da origen a tejido necrótico abundante y mayor riesgo de infección. La decisión quirúrgica es lo más controversial sobre el manejo de la placenta; algunos autores recomiendan la extracción de la placenta, ya que se asocia a una menor tasa de complicaciones que también está asociada a una elevada tasa de mortalidad materna. La decisión si extirpar o no depende del lugar de implantación<sup>(14)</sup>.

Destaca también la evolución del producto, sin complicaciones propias del neonato prematuro, posiblemente por acción de la enfermedad hipertensiva gestacional. Los casos que alcanzan el embarazo más allá de las 20 semanas, como en el presente, son muy raros<sup>(9)</sup>. La madre y la recién nacida no presentaron ninguna complicación propia de un embarazo abdominal avanzado y la inserción multifocal de la placenta.

## CONCLUSIÓN

La presentación del embarazo abdominal ectópico es rara, por lo que un control prenatal adecuado por personal capacitado puede orientar a la sospecha diagnóstica. La madre y la recién nacida no presentaron ninguna complicación, a pesar de ser un embarazo abdominal avanzado y la inserción multifocal de la placenta. Se resalta la importancia del manejo oportuno y multidisciplinario cuando se enfrentan embarazos con curso anormal para la mejor evolución de la madre y del producto.

**Contribuciones de autoría:** Todos los autores participaron en la conceptualización, investigación, metodología y redacción del manuscrito.

**Financiamiento:** Los autores no recibieron ayuda o financiación para el presente trabajo.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

**Recibido:** 12 Enero, 2024.

**Aprobado:** 31 Marzo, 2024.



**Correspondencia:** Arturo García-Galicia

**Dirección:** Calle 2 norte # 2004. Colonia Centro. CP 72000. Puebla, Pue.

**Teléfono:** +52 (222) 2424520 extensión 61314. Teléfono móvil: +521 (222) 1945360

**Correo:** [neurogarciagalicia@yahoo.com](mailto:neurogarciagalicia@yahoo.com)

## REFERENCIAS

- Escobar-Padilla B, Perez-López CA, Martínez-Puon H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. *Rev Med Inst Mex Seg Soc* 2017;55(3):278-285.
- Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. *Fertil Res Pract*. 2015; 1: 15.
- Andrey VD, Roxanne AV, Gary NF. Non-tubal Ectopic Pregnancies: Overview and Treatment via Local Injection. *J Minim Invasive Gynecol*. 2018 Feb;25(2):287-296.
- Oron G, Tulandi T. A Pragmatic and Evidence-Based Management of Ectopic Pregnancy. *Journal of minimally invasive gynecology*. 2013 Apr;20(4).
- Vargas-Hernández Víctor Manuel, Hernández Fierro Marcos Jesús Rodolfo, Ventura Quintana Valeria, Tovar Rodríguez José María. Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2017 Jun; 82(3): 338-344.
- Bravo Torres, Y, Cardet Niebla Y, Machado Rojas F, Camacho Hernández O. Embarazo ectópico abdominal. Informe de caso. *Acta Médica del Centro*. 2018;12(2):176-83.
- Bayless RB. Nontubal ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 1987;30:191-9.
- Naim NM, Ahmad S, Siraj HH, Ng P, Mahdy ZA, Razi ZR. Advanced abdominal pregnancy resulting from late uterine rupture. *Obstet Gynecol*. 2008;111(2 Pt 2):502-4.
- Rohilla M, Joshi B, Jain V, Neetimala, Gainer S. Advanced abdominal pregnancy: a search for consensus. Review of literature along with case report. *Archives of Gynecology & Obstetrics*. 2018;298(1):1-8.
- Fernanda Escobar-Vidarte M, Caicedo-Herrera G, David Solarte-Eraza J, Sofía Thomas-Pérez L, María Dávalos-Pérez D, López-Tenorio J, et al. Embarazo Ectópico Abdominal Avanzado: Reporte De Casos Y Revisión De La Literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2017;68(1):71-82.
- Hernández Rodríguez R, Casado Méndez PR, Hernández Rodríguez A, Santos Fonseca RS, Sambú Z, Fonseca Sosa FK. Embarazo ectópico abdominal a término. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2020;46(2):1-10.
- José Gutiérrez Y, Alvir Alvaro A, Campillos Maza JM, Garrido Fernández P, Rodríguez Solanilla B, Castán Mateo S. Embarazo ectópico abdominal. Diagnóstico y tratamiento médico con metotrexato. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2011;54(5):257-260.
- Tamayo, F., Vera, C., Quispe, J., & Díaz, J. (2015). Embarazo abdominal: Reporte de caso. *Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia*, 47(3), 189-192. Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v47i497>
- Espinoza, Jimmy; Gomero Raúl; Gonzalez Edgard y Gonzalez Isolda. Embarazo abdominal, a propósito de un caso: A case report. *Rev Med Hered [online]*. 1997, vol.8, n.2, pp.78-82. ISSN 1018-130X.

