

Artículo de presentación de casos clínicos

**Embarazo ectópico abdominal accidentado, presentación de caso clínico.**

**Accidental abdominal ectopic pregnancy, clinical case presentation.**

María Fernanda Calderón León\*, Vicente Patricio Molina Sabando\*\*, Narciso Gotairo Pincay Holguín\*\*\*, María Eugenia Ugarte Vega\*\*\*\*, Priscilla María Lugmania Sánchez\*\*\*\*\*, Pedro Roberto Rodríguez Díaz\*\*\*\*\*, Daniela Abigail Guzñay Muñoz\*\*\*\*\*, Gema Gabriela Guzñay Muñoz\*\*\*\*\*, Paula Elizabeth Pachucho Hernández\*\*\*\*\*, Flor Fernanda Lituma Vásquez\*\*\*\*\*

\*Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4121-6006>

\*\*Universidad de Guayaquil. ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-0937-7264>

\*\*\*Universidad de Guayaquil. ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-1414-8167>

\*\*\*\*Universidad Internacional de la Rioja. ORCID:<https://orcid.org/0000-0003-2934-853x>

\*\*\*\*\*Universidad particular de especialidades Espíritu Santo. ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-3651-6696>

\*\*\*\*\*Universidad de Guayaquil. ORCID:<http://orcid.org/0000-0002-6652-9674>

\*\*\*\*\*Universidad de Guayaquil. ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-3368-6358>

\*\*\*\*\*Universidad de Guayaquil. ORCID:<https://orcid.org/0000-0001-6922-4991>

\*\*\*\*\*Universidad de Guayaquil. ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-5995-5894>

\*\*\*\*\*Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. ORCID:<https://orcid.org/0000-0001-6790-9575>

dracalderonleon@hotmail.es

Recibido: 2 de noviembre del 2022

Revisado: 18 de febrero del 2023

Aceptado: 2 de marzo del 2023

**Resumen.**

Introducción: El embarazo ectópico abdominal, representa el 1% de los embarazos extrauterinos; su incidencia oscila entre 1:10 000 y 1:30 000 embarazos, tiene la tasa de mortalidad más alta, siendo esta 7,7 veces mayor, que en los otros embarazos ectópicos. Objetivos: Presentar un caso clínico de embarazo ectópico abdominal accidentado, su diagnóstico y tratamiento oportuno. Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, presentación de caso clínico. Se obtuvo autorización del departamento de docencia e investigación, para el acceso a las historias clínicas y publicación de imágenes. Caso clínico: Paciente femenino de 21 años de edad, gestas 1, partos: 1, periodo intergenésico 5 años, presenta sintomatología de 2 días de evolución, caracterizada por : dolor de moderada a gran intensidad en fosa iliaca derecha, que se irradia a hipogastrio. Al examen físico llama la atención abdomen blando depresible, doloroso en fosa iliaca derecha a la palpación superficial y profunda, al tacto vaginal cérvix cerrado, doloroso a la movilización, no presenta pérdidas transvaginales. Al rastreo ecográfico, se confirma presencia de embarazo ectópico accidentado, por lo que, se realiza laparotomía exploratoria donde se evidencia hemoperitoneo 1000 CC aproximadamente, se procede a aspiración del mismo, se explora cavidad y se observa útero, anexos dentro de límites normales, indemnes , se observa embarazo ectópico localizado en epiplón del lado derecho, además por maternidad satisfecha, se realiza salpinguectomía parcial bilateral. Discusión: El embarazo ectópico abdominal representa un desafío diagnóstico, pudiendo localizarse en el fondo de saco pélvico, el ligamento ancho, el intestino o la pared pélvica lateral. Es un tipo raro de embarazo y a menudo se diagnostica erróneamente, dejando pasar mucho tiempo, evolucionando en hemoperitoneo, aborto, embolia o, rara vez, en casos diagnosticados, nacimiento vivo por cesárea. En el caso presentado, el embarazo se localizó a nivel de epiplón. Conclusión: En nuestro país, no existe aún, un estudio que exponga la realidad actual de esta condición a nivel nacional, siendo el embarazo ectópico abdominal, una patología con una mortalidad 7 veces mayor que las demás gestaciones ectópicas, por su presentación clínica atípica y su difícil localización ecográfica. Se concluye que

ante la presencia de dolor abdominal y prueba sérica de HGC positivo en una mujer joven en etapa reproductiva con o sin uso de métodos anticonceptivos, se debe sospechar la presencia de un embarazo extrauterino y su tratamiento dependerá de su estado hemodinámico, por cuanto, si llega en shock hipovolémico su tratamiento será quirúrgico, debido a que se trata de un embarazo ectópico accidentado que compromete la vida, como sucedió en el caso presentado, cuyo diagnóstico fue intraoperatorio en el momento de la exploración de la cavidad abdominal; el cual puede realizarse, por vía laparoscópica o mediante laparotomía exploratoria, dando resolución y control de hemodinamia. En otros casos se puede dar tratamiento médico conservador con metotrexato siempre y cuando cumpla criterios.

Palabras clave: Embarazo, Embarazo ectópico, Embarazo extrauterino, gestación abdominal.

### Abstract

**Introduction:** Abdominal ectopic pregnancy represents 1% of extrauterine pregnancies; its incidence ranges between 1:10,000 and 1:30,000 pregnancies, has the highest mortality rate, being this 7.7 times higher, than in other ectopic pregnancies. **Objectives:** To present a clinical case of an abdominal ectopic accident, its diagnosis and timely treatment. **Materials and methods:** a descriptive and retrospective study was performed, presenting a clinical case. Authorization was obtained from the teaching and research department for access to medical records and publication of images. **Clinical case:** 21-year-old female patient, pregnancies 1, deliveries: 1, intergenetic period 5 years, presents symptomatology of 2 days of evolution, characterized by : moderate to high intensity pain in right iliac fossa, which is irradiated to hypogastrium. The physical examination draws attention to the depressive soft abdomen, painful in the right iliac fossa to the superficial and deep palpation, the vaginal exam closed cervix, painful to mobilization, does not present transvaginal losses. Ultrasound examination confirmed the presence of an ectopic miscarried pregnancy, so exploratory laparotomy was performed showing hemoperitoneum 1000 CC approximately, aspiration was performed, cavity was examined and uterus was observed, annexes within normal limits, unscathed, ectopic pregnancy is observed located in epiplón on the right side, in addition to satisfied maternity, partial bilateral salpingectomy is performed. **Discussion:** Abdominal ectopic pregnancy represents a diagnostic and therapeutic challenge and can be located at the bottom of the pelvic sac, wide ligament, intestine or lateral pelvic wall, is a rare type of pregnancy and is often misdiagnosed, passing a long time, evolving into hemoperitoneum, abortion, embolism or, rarely, in diagnosed cases, live birth by cesarean section. In the case presented, the pregnancy was located at the level of epiplón. **Conclusion:** In our country, there is not yet a study that exposes the current reality of this condition at the national level, being abdominal ectopic pregnancy, a pathology with a mortality 7 times higher than other ectopic pregnancies, for its atypical clinical presentation and its difficult ultrasound location. It is concluded that in the presence of abdominal pain and positive serum HGC test in a young woman in reproductive stage with or without the use of contraceptive methods, the presence of an extrauterine pregnancy should be suspected and its treatment will depend on its hemodynamic state, whereas, if you arrive in hypovolemic shock your treatment will be imminent surgical, because it is a life-threatening accident ectopic pregnancy, as happened in the case presented, whose diagnosis was intraoperative at the time of the examination of the abdominal cavity; which can be performed, laparoscopically or by exploratory laparotomy, giving resolution and control of hemodynamics. In other cases conservative medical treatment with metotrexate may be given as long as it meets criteria.

Keywords: Pregnancy, Ectopic pregnancy, Extrauterine pregnancy, Abdominal gestation.

### Introducción

El embarazo ectópico, es aquella gestación que no se implanta en la cavidad uterina, pudiendo localizarse en, la cicatriz anterior de una cesárea, en el abdomen, trompas de Falopio, ovarios y también puede ser, heterotópico, intersticial y cervical(1). En esta investigación nos referiremos al embarazo ectópico abdominal, por ser una

entidad patológica rara, que se caracteriza por la formación de un embarazo dentro de la cavidad peritoneal y representan el 1% de los embarazos extrauterinos (2).

Su incidencia oscila entre 1:10 000 y 1:30 000 embarazos (3), presentando una alta tasa de mortalidad, siendo 7,7 veces mayor, que en los otros embarazos ectópicos (4) (5), por lo que, su

rápido reconocimiento y localización repercute en los resultados finales (1).

Dentro de los factores de riesgo conocidos a nivel general, se encuentran: la enfermedad inflamatoria pélvica, defectos anatómicos, concepción a pesar de la ligadura de trompas, uso de dispositivo intrauterino, patologías de las trompas de Falopio, uso de tecnología de reproducción asistida, ocurriendo en este último, en aproximadamente el 1,5-2,1 % de las pacientes que se someten a fertilización in vitro (FIV), por cuanto, es necesario considerar embarazo ectópico abdominal en el diferencial de cualquier embarazo de localización desconocida después de la FIV (6) (7).

El síntoma de presentación más frecuente es el dolor abdominal, que se puede presentar en diferentes localizaciones (8), siempre que exista dolor abdominal y una prueba de embarazo positiva, se debe sospechar un embarazo ectópico. La triada clásica es: amenorrea, sangrado vaginal y dolor abdominal en el primer trimestre de gestación, siendo el 10% los síntomas muy inespecíficos o ausentes. Cuando el embarazo ectópico se encuentra accidentado, encontramos distensión abdominal, peritonismo, hemoperitoneo o shock hemorrágico; el paso de sangre al peritoneo incrementa el dolor y cambia sus características, irradiándose al hombro por irritación diafragmática o del nervio frénico(9).

El ultrasonido en estos casos tiene bajas tasas de precisión diagnóstica y los hallazgos pueden ser engañosos. En ocasiones, es necesaria la resonancia magnética; por lo general el diagnóstico es intraoperatorio. (10). Existen 4 criterios para determinar la presencia de un embarazo ectópico abdominal: 1) trompas y ovarios normales, 2.- ausencia de fístula útero peritoneal, 3.- embarazo relacionado únicamente con la superficie peritoneal y 4.- sin evidencia de implantación secundaria después de la nidación tubárica primaria inicial (2). En cuanto a las pruebas séricas, si el nivel de HCG es  $\geq 2.400$  mIU / ml en el 1er trimestre de embarazo, sin evidencia de saco gestacional intrauterino, el diagnóstico es muy sugestivo de embarazo ectópico(9).

El manejo ha incluido terapia quirúrgica (laparotomía o laparoscopia), terapia médica (metotrexato intramuscular o intralesional) o una combinación de manejo médico y quirúrgico. Los embarazos abdominales pueden pasar

desapercibidos hasta una edad gestacional avanzada. El pilar del manejo es la cirugía. La extirpación de la masa del embarazo ectópico podría causar una hemorragia intratable y/o lesión de órganos debido a la invasión trofoblástica profunda en el tejido circundante (10).

Objetivos: Presentar un caso clínico de embarazo ectópico abdominal accidentado, su diagnóstico y tratamiento oportuno.

Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, presentación de caso clínico. Se obtuvo autorización del departamento de docencia e investigación, para el acceso a las historias clínicas y publicación de imágenes.

### **Caso Clínico:**

Paciente femenino de 21 años, con Fecha de última regla 25/11/2022, gestas 1, partos: 1, periodo intergenésico 5 años, antecedentes patológicos personales no refiere, antecedentes patológicos familiares: abuela paterna hipertensión arterial, antecedentes quirúrgicos no refiere. Acude transferida de otra casa de salud con diagnóstico de abdomen agudo y embarazo confirmado, por presentar cuadro clínico de 2 días de evolución caracterizado por dolor de moderada a gran intensidad en fosa iliaca derecha, que se irradia a hipogastrio. Al examen físico, paciente orientada en tiempo y espacio, cabeza normocéfala, mucosas orales semihúmedas, cuello sin adenopatías, tórax simétrico, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, que se irradia a hipogastrio. Al tacto vaginal cérvix cerrado, doloroso a la movilización, no pérdidas transvaginales, extremidades inferiores simétricas, se realiza rastreo ecográfico donde se confirma presencia de embarazo ectópico roto. Signos vitales: presión arterial 90/50 MMHG, frecuencia cardiaca 107 LPM, frecuencia respiratoria 22 RPM, temperatura 36, saturación 95%.

Exámenes de laboratorio: biometría hemática completa: leucocitos 16.58, hemoglobina 11.70, hematocrito 34.6 %, plaquetas 307.000, TP 16,4, TPT 31.80, HIV no reactivo, prueba de embarazo cualitativa positiva, VDRL negativo, grupo sanguíneo ORH+, urea 15.6, creatinina 0.65, TGO 24.6, TGP 46.2.

Diagnóstico: embarazo ectópico accidentado

### Tratamiento

Ingreso a quirúrgico, preparar para cirugía, solución salina 0.9 % 1000 CC IV 30 gotas por minutos.

Récord quirúrgico: se realiza laparotomía exploratoria más excéresis de embarazo ectópico accidentado en epiplón más salpinguectomía parcial bilateral.

Procedimiento: asepsia y antisepsia colocación de campos quirúrgicos, incisión infra media umbilical, disección por planos hasta cavidad abdominal, se evidencia hemoperitoneo 1000 CC aproximadamente, se procede a aspiración del mismo, se explora cavidad y se observa útero y anexos dentro de límites normales, indemnes, se observa embarazo ectópico localizado en epiplón del lado derecho. Se realiza excéresis del mismo, hemostasia rigurosa, lavado de cavidad uterina con solución salina 0.9% 2000 CC, se aspira, se coloca dren tubular en cavidad abdominal, se sutura por planos hasta piel. fin del procedimiento. Paciente pasa en condiciones estables pasa al área de recuperación.

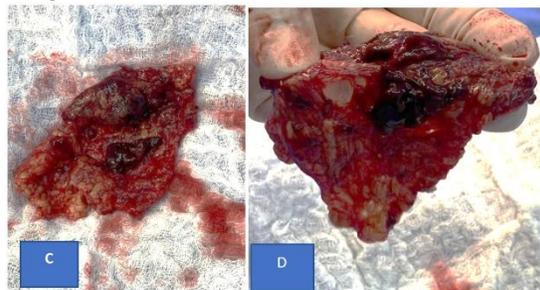
Imágenes: ( PANEL A-B)



Descripción: Imagen A y B útero y anexos normales, no se evidenció presencia de embarazo ectópico en anexos.

Fuente: Dra. María Fernanda Calderón León

Imágenes: (PANEL C-D)



Descripción: Imagen C y D embarazo ectópico, tejido trofoblástico localizado en epiplón

Fuente: Dra. María Fernanda Calderón León

### INFORME DE ANATOMIA PATOLÓGICA:

Pieza quirúrgica correspondiente a epiplón que mide 9 x7 x 1 cm, superficie externa amarillenta untuosa al tacto, hallazgos histopatológicos consistentes con embarazo ectópico abdominal.

### Discusión:

La prevalencia de embarazo ectópico tiene difícil estimación, debido a que, un porcentaje importante de pacientes recibe tratamiento médico que no requiere de ingreso hospitalario; por este motivo, su verdadera prevalencia se puede subestimar(9)

En un estudio llevado a cabo en el Hospital Carlos Andrade Marín, en el periodo del 2017 al 2019, se estimó una prevalencia de embarazo ectópico del 1,5% y una tasa de embarazo ectópico de 15,40/1.000 embarazos (9).

En Ecuador el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), durante el año 2011, reportó un total de 241 muertes maternas, de las cuales el 0.83% fueron por causas de un embarazo extrauterino; en el año 2014, reportó 166 muertes maternas y las asociadas a embarazo ectópico aumentaron hasta el 6.02% (11)

El embarazo ectópico abdominal, representa un desafío diagnóstico y terapéutico pudiendo localizarse en fondo de saco pélvico, ligamento ancho, intestino o pared pélvica lateral. Es un tipo raro de embarazo ectópico y a menudo se diagnostica erróneamente, dejando pasar mucho tiempo, evolucionando en hemoperitoneo, aborto, embolia o, rara vez, en casos diagnosticados, nacimiento vivo por cesárea. En el caso presentado el embarazo se localizó a nivel de epiplón (8).

Los embarazos abdominales deben ser considerados en todas las pacientes, hasta que se pueda confirmar una localización intrauterina. Debido a los retrasos en el diagnóstico y las dificultades en el manejo del embarazo abdominal, el riesgo de mortalidad es significativamente mayor que el de los otros embarazos ectópicos. En nuestro caso el diagnóstico fue intraoperatorio y su tratamiento fue oportuno (10).

Se debe considerar que, un embarazo ectópico, puede darse en situaciones como: enfermedades pélvicas inflamatorias, trastornos de las trompas de Falopio, uso de técnicas de fertilización in vitro y

otras menos frecuentes, como por ejemplo posterior a una histerectomía, siendo esto último un evento raro, pero potencialmente mortal y puede clasificarse como precoz o tardío. Las primeras presentaciones ocurren cuando la concepción, existe en el momento de la histerectomía. Se cree que hay espermatozoides viables o un óvulo fecundado preimplantado en la trompa de Falopio, lo que da lugar a un implante postoperatorio. En presentaciones tardías, la concepción ocurre después de la histerectomía. Una posible explicación es el desarrollo de una fistula entre la vagina y la cavidad peritoneal con presencia de tejido de granulación (11).

El tratamiento del embarazo ectópico accidentado es quirúrgico, en casos de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, sin alteración hemodinámica, con deseo de preservación de la fertilidad femenina, la combinación de mifepristona con terapia de metotrexato tiene mejores efectos curativos al disminuir el nivel de  $\beta$ -HCG, reducir el tamaño de la masa, aliviar los síntomas de dolor abdominal y sangrado, sin amplificar los efectos secundarios tóxicos (12).

Se revisó un caso proveniente de Ambato - Ecuador, sobre embarazo ectópico abdominal, localizado en fondo de saco de Douglas, en una secundigesta de 33 años, con parto vaginal previo y FUM incierta, con ciclos menstruales irregulares, en tratamiento con progestágenos durante dos meses, y sangrado menstrual por 8 días durante el último mes. Ingresa por emergencia con signos de shock hipovolémico. Se realizó laparotomía diagnóstica y terapéutica con evolución favorable (13).

**Conclusión:** En nuestro país, no existe aún, un estudio que exponga la realidad actual de esta condición a nivel nacional, siendo el embarazo ectópico abdominal, una patología con una mortalidad 7 veces mayor que las demás gestaciones ectópicas, por su presentación clínica atípica y su difícil localización ecográfica. Se concluye que ante la presencia de dolor abdominal y prueba sérica de HGC positivo en una mujer joven en etapa reproductiva con o sin uso de métodos anticonceptivos, se debe sospechar la presencia de un embarazo extrauterino y su tratamiento dependerá de su estado hemodinámico, por cuanto, si llega en shock hipovolémico su tratamiento será quirúrgico inminente, debido a que

se trata de un embarazo ectópico accidentado que compromete la vida, como sucedió en el caso presentado, cuyo diagnóstico fue intraoperatorio en el momento de la exploración de la cavidad abdominal; el cual puede realizarse, por vía laparoscópica o mediante laparotomía exploratoria, dando resolución y control de hemodinamia de paciente. En otros casos se puede dar tratamiento médico conservador con metotrexato siempre y cuando cumpla criterios.

#### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

#### **Referencias**

- 1.- Houser M, Kandalaf N, Khati NJ. Ectopic pregnancy: a resident's guide to imaging findings and diagnostic pitfalls. *Emerg Radiol.* 2022 Feb;29(1):161-172. doi: 10.1007/s10140-021-01974-7. Epub 2021 Oct 7. PMID: 34618256.
- 2.- Agarwal, Nilesh y Funlayo Odejinmi. "Embarazo ectópico abdominal precoz: desafíos, actualización y revisión del manejo actual". *El obstetra y ginecólogo* 16.3 (2014): 193-198.
- 3.- Poole, Aaron, David Haas y Everett F. Magann. "Embarazos ectópicos abdominales tempranos: una revisión sistemática de la literatura". *Investigación ginecológica y obstétrica* 74.4 (2012): 249-260.
- 4.- Nielsen, Stine Kretzschmar, Charlotte Møller y Marianne Glavind-Kristensen. "Embarazo ectópico abdominal". *Ugeskrift para Laeger* 182.15 (2020).
- 5.- Cosentino F, Rossitto C, et al. Manejo Laparoscópico del Embarazo Abdominal. *Revista de ginecología mínimamente invasiva.* 2017 julio - agosto;24(5):724-725. DOI: 10.1016/j.jmig.2017.01.023. PMID: 28179200.
- 6.- Wong JQE, Lim YH. Early Abdominal Ectopic Pregnancy Masquerading as a Missed Miscarriage. *J Med Cases.* 2020 Jun;11(6):169-173. doi: 10.14740/jmc3484. Epub 2020 May 28. PMID: 34434391; PMCID: PMC8383645.
- 7.- Fessehaye A, Gashawbeza B, Daba M, Arusi M, Terefe T. Abdominal ectopic pregnancy complicated with a large bowel injury: a case report. *J Med Case Rep.* 2021 Mar 22;15(1):127. doi: 10.1186/s13256-021-02713-9. PMID: 33745446; PMCID: PMC7983259.

- 8.-- Yoder N, Tal R, Martin JR. Abdominal ectopic pregnancy after in vitro fertilization and single embryo transfer: a case report and systematic review. *Reprod Biol Endocrinol.* 2016 Oct 19;14(1):69. doi: 10.1186/s12958-016-0201-x. PMID: 27760569; PMCID: PMC5070159.
- 9.- Logroño D, Ramírez J, Campoverde A. Prevalencia de embarazo ectópico en el Hospital Carlos Andrade Marín, 2017 a 2019. *MetroCiencia.* 2020 ene; 28(1): p. 58-65. DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol28/1/2020/58-65>. Available from: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/58>
- 10.-Shao EX, Hopper K, McKnoulty M, Kothari A. A systematic review of ectopic pregnancy after hysterectomy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 May;141(2):159-165. doi: 10.1002/ijgo.12385. Epub 2017 Nov 30. PMID: 29119546.
- 11.-Chávez Reinoso, Juan Fernando. Reporte de caso clínico y revisión de la literatura acerca de un embarazo ectópico abdominal tratado en el Hospital Eugenio Espejo en noviembre del 2015. BS thesis. PUCE, 2016.
- 12.- Eisner SM, Ebert AD, David M. Rare Ectopic Pregnancies - A Literature Review for the Period 2007-2019 on Locations Outside the Uterus and Fallopian Tubes. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2020 Jul;80(7):686-701. doi: 10.1055/a-1181-8641. Epub 2020 Jul 14. PMID: 32675831; PMCID: PMC7360401.
- 13.- Su Q, Feng H, Tian T, Liao X, Li Y, Li X. The efficacy of mifepristone combined with methotrexate for the treatment of ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med.* 2022 Dec;54(1):3269-3285. doi: 10.1080/07853890.2022.2136747. PMID: 36382690; PMCID: PMC9673811.
- 14- Keche, Atul S., V. Poovaragavan y JS Sravan. Muerte súbita por ruptura de embarazo ectópico en madre joven lactante. *Cureus* 15.1 (2023).
- 15.- Miranda Ruiz O, Goyes Ortega R. Embarazo ectópico abdominal: caso reportado en Ambato (Ecuador). *Horiz Med [Internet].* 17 de septiembre de 2015 [citado 15 de marzo de 2023];15(3):74-7. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/307>