



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Ectópico abdominal complicado con hemoperitoneo



J. Ercilla Orbañanos*, A. Couso González, G.I. Ruiz Barraón, V. Quintero Morillo, M. Martí Sopeña y Á. Zapico Goñi

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido el 12 de julio de 2019; aceptado el 11 de octubre de 2019

Disponible en Internet el 3 de diciembre de 2019

PALABRAS CLAVE

Ectópico;
Abdominal;
Hemoperitoneo

KEYWORDS

Ectopic;
Abdominal;
Haemoperitoneum

Resumen El embarazo abdominal es una modalidad extremadamente rara de embarazo ectópico (EE) extratubárico, con muy pocos casos documentados en la literatura. La mortalidad materna es mayor que en los EE tubáricos por la demora en el diagnóstico y las complicaciones. Presentamos un caso de EE abdominal que se complicó con la aparición de hemoperitoneo severo en el primer trimestre de gestación. En nuestro caso, fueron necesarias 2 laparoscopias de urgencia en menos de 24 h hasta poder dar con el diagnóstico definitivo, lo cual demuestra lo dificultoso que puede llegar a ser la identificación de esta enfermedad en estadios precoces. © 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Complicated abdominal ectopic with haemoperitoneum

Abstract Abdominal ectopic pregnancy is an extremely rare type of extratubal ectopic (EE) pregnancy, with very few cases documented in the literature. Maternal mortality is higher than in tubal EE because of the delay in diagnosis and complications. The case is presented of a patient with an abdominal EE that was complicated by the appearance of severe haemoperitoneum in the first trimester of pregnancy. In this case, two emergency laparoscopies were needed in less than 24 hours, until the definitive diagnosis could be found. This demonstrates how difficult it can be to identify this pathology in its early stages. © 2019 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se define embarazo ectópico (EE) como el proceso obstétrico consecuencia de la implantación del embrión fuera de la cavidad uterina¹. Esta implantación extrauterina se produce en hasta un 95-98% de los casos a nivel tubárico².

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juliaercillaorbananos@gmail.com
(J. Ercilla Orbañanos).

El embarazo abdominal es una forma rara de embarazo ectópico extratubárico que se ha reportado en el 1% de las pacientes con EE. La incidencia de embarazo abdominal se reporta con amplias variaciones según los autores, oscilando entre uno de cada 3.337 nacidos vivos y de uno de cada 550.000 nacidos vivos³, según localización geográfica, nivel socioeconómico y nivel de desarrollo del sistema de salud. En términos generales, se acepta una incidencia de uno de cada 10.000 nacidos vivos⁴.

Se trata de un proceso con una alta morbilidad materna por la dificultad en su diagnóstico y su alta tasa de complicaciones asociadas. La mortalidad materna de las pacientes con embarazo abdominal es 7,7 veces mayor que las pacientes con EE tubáricos, y hasta 90 veces mayor que en las gestaciones intrauterinas³.

Las gestaciones abdominales no suelen ser viables, y son muy pocos los casos reportados de ectópicos abdominales que hayan llegado a término. La mortalidad fetal en estos casos es muy elevada, del 75-90%³. Además, se ha detectado una alta incidencia de malformaciones en estos fetos, que alcanza en algunas series hasta el 40%⁵.

Entre las complicaciones maternas que podemos encontrar destaca el hemoperitoneo, la anemia aguda, la coagulación intravascular diseminada, la infección, el embolismo pulmonar y la formación de fístulas a intestino⁴.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 33 años sana y sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, salvo una cesárea hace 2 años por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Consulta en urgencias por cuadro de dolor abdominal de inicio brusco de 9 h de evolución, con predominio en hemiabdomen inferior, asociado a cortejo vegetativo, sin otra clínica acompañante. No presenta amenorrea en ese momento.

A su llegada, la paciente se encuentra hemodinámicamente estable. A la exploración física destaca un abdomen doloroso, con defensa y signos de irritación peritoneal. En la exploración ginecológica no se objetiva metrorragia, el aparato genital interno (AGI) es normal, pero destaca un dolor selectivo a la palpación del fondo de saco de Douglas.

La ecografía transvaginal confirma la normalidad del AGI, y destaca la presencia de moderada cantidad líquido libre en el fondo de saco de Douglas. La ecografía abdominal muestra líquido libre en ambas fosas parietocólicas.

Presenta una analítica normal con una hemoglobina (Hb) en ese momento de 12,4 g/dl, sin objetivarse alteraciones en las plaquetas ni en la bioquímica. La PCR es de 1,6 mg/l. El test de embarazo es positivo, por lo que se solicita una BHCG en sangre, cuyo resultado es de 3.551 mIU/ml.

Tras observación y analgesia intravenosa la paciente presenta un empeoramiento clínico, asociada a hipotensión y taquicardia (TA: 103/54 mmHg y FC: 110 lpm). El control analítico a las 3 h pone de manifiesto un descenso de la Hb a 11,1 g/dl.

Dada la sospecha de gestación ectópica complicada se decide realizar una laparoscopia exploradora de urgencia. Durante la intervención se objetiva hemoperitoneo severo. Se aspira 1,5 l de sangre y se realizan lavados y revisión sistemática de la cavidad abdominal, tras lo cual no se consigue objetivar ningún punto con sangrado activo. El AGI se

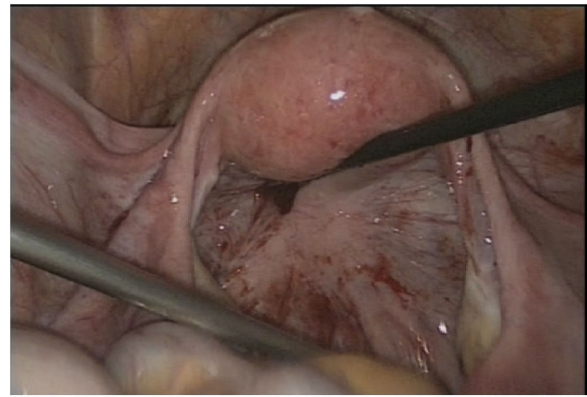


Figura 1 Imagen de la primera laparoscopia donde se puede apreciar un aparato genital interno normal.

visualiza íntegro, con ambas trompas y ovarios de características normales, sin áreas de dilatación ni rotura (fig. 1). La paciente se mantiene estable durante todo el procedimiento.

Tras la intervención, la paciente ingresa en la unidad de reanimación anestésica (REA) con tensiones dentro de los límites de la normalidad y una Hb posquirúrgica de 9,7 g/dl. Tras pasar la noche estable en la REA, sube a planta de ginecología.

Se solicita una nueva analítica a primera hora de la mañana que muestra una Hb de 8,8 g/dl y una BHCG de 2.250 mIU/ml. En ese momento la paciente se encuentra estable hemodinámicamente, aunque persiste un dolor sordo abdominal. Se decide repetir otra analítica esa tarde puesto que no ha llegado a determinarse el origen del sangrado.

Dicha analítica pone de manifiesto una anemia progresiva (Hb: 7,1 g/dl). Además, la paciente refiere empeoramiento paulatino del dolor. Se realiza una ecografía abdominal que muestra de nuevo hemoperitoneo severo. Ante este escenario se decide realizar una segunda laparoscopia exploradora en un intervalo menor a 24 h.

Durante la intervención se objetiva hemoperitoneo y numerosos coágulos adheridos al fondo de saco de Douglas. Se aspira 1 l de sangre y se realizan lavados de la cavidad, tras lo cual se confirma la indemnidad del AGI. Se realiza una revisión sistemática de toda la cavidad abdominal y de las asas intestinales sin objetivarse ningún punto de sangrado a nivel del AGI ni de otros órganos intraperitoneales.

Sin embargo, el fondo de saco de Douglas parece rellenarse de sangre. Al acercar la óptica llama la atención que, lo que *a priori* parecía un pequeño coágulo, es una lesión con sangrado en sábana, firmemente adherida a la superficie que recubre el recto-sigma (fig. 2) y que parece infiltrar el peritoneo (fig. 3).

Ante la sospecha de posible ectópico abdominal y la proximidad a estructuras intestinales se avisa a servicio de cirugía general, quienes realizan resección lineal de defecto sin apertura de la luz intestinal.

El postoperatorio transcurre sin incidencias y la paciente es dada de alta 3 días después tras transfusión de 2 concentrados de hematíes, con una Hb al alta de 9,7 g/dl y una BHCG de 1.250 mIU/ml. La anatomía patológica de la lesión

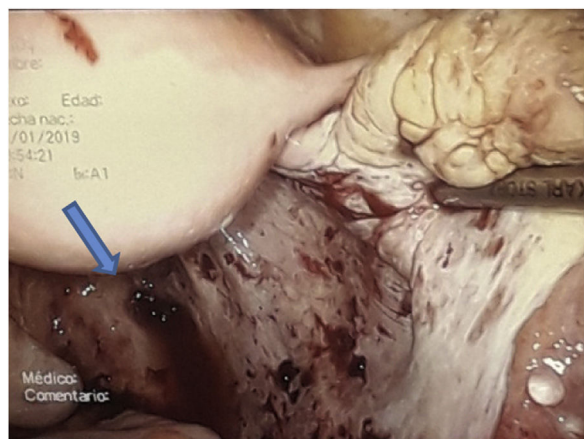


Figura 2 Localización de la lesión a nivel de saco de Douglas (flecha azul) sobre el peritoneo que recubre el recto. Se puede apreciar el sangrado en sábana de la lesión.



Figura 3 Detalle de la lesión donde se aprecia la infiltración peritoneal.

a nivel de Douglas revela la presencia de trofoblasto, lo que confirma la sospecha clínica de ectópico abdominal.

Discusión

Los embarazos abdominales pueden clasificarse en primarios o secundarios en función del lugar de la fecundación. Para considerar que un embarazo abdominal es primario debe cumplir los criterios de Studdiford^{3,5}:

- Ambas trompas y ovarios deben ser normales
- No debe existir evidencia de fístulas útero-peritoneales
- El embarazo debe estar asociado exclusivamente con la superficie peritoneal, sin relación con la fimbria tubárica

Se considerarán secundarios aquellos casos en los que la implantación inicial se haya producido en la trompa y posteriormente la vesícula se libere y reimplante en cavidad abdominal. Este caso de embarazo abdominal cumple los criterios de Studdiford, por tanto, podemos afirmar que se trata de un embarazo abdominal primario.

Generalmente el diagnóstico de esta enfermedad suele resultar muy complejo por la inespecificidad de la clínica y la dificultad en la interpretación ecográfica. Además, la evolución de la BHCG en estos casos suele ser similar a la de una gestación intrauterina, a diferencia de lo que ocurre en los EE tubáricos. Esto suele condicionar un retraso en el diagnóstico que revierte en la aparición de complicaciones.

La complicación potencial de este tipo de gestación es el desprendimiento y la hemorragia severa, como ocurrió en nuestro caso. Ambas situaciones ocasionan una anemia aguda que es la principal causante de mortalidad materna en estas pacientes. En estos casos, la laparoscopia exploradora es el pilar fundamente para la detección precoz y manejo de esta enfermedad.

A pesar de ello, el diagnóstico intraoperatorio puede resultar dificultoso si se trata de gestaciones tempranas, como ocurrió en nuestro caso, por lo que es indispensable una revisión sistemática de la cavidad con el fin de evitar LPS en blanco.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. SEGO. Embarazo Ectópico. Documento de consenso SEGO.
2. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2010; 30:84-99.
3. Teran Mendizabal R, García Sainz M, Oquendo Benavides V, Terceros Berrios G. Embarazo ectópico abdominal de término con feto vivo. *Rev Méd (Cochabamba).* 2010;21: 80-5.
4. Paolo Ricci A, Ernesto Perucca P, Eduardo Cuellar J, Juan Leiva R, Jaime Blanch E, Daniella Alvarez C, Romina Aceituno B, Patricia Arancibia H, Jorge Castillo A. Embarazo abdominal complicado del primer trimestre. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003;68.
5. Trivedi K, Singh L. Advanced abdominal pregnancy with a healthy newborn: A rare case report. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2016;5:3583-6.