

CASO CLÍNICO

CASE REPORT

1. Hospital Nacional Docente San Bartolomé, Lima, Perú
 - a. Médico Gineco-Obstetra
 - b. Médico Gineco-Oncólogo
 - c. Médico Residente de Gineco-Obstetricia

Fuente de Financiamiento: El estudio se realizó con recursos propios de los autores.

Conflicto de intereses: Los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés

Trabajo presentado al Concurso de Temas Libres, XXII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, Perú, agosto 2018.

Recibido: 3 julio 2018

Aceptado: 25 julio 2018

Publicación online: 8 mayo 2019

Correspondencia:

Juan Orestes Ramírez Cabrera

📍 Av. Alfonso Ugarte 825, Lima 1, Perú

☎ 985436784

✉ jjramirezcc@hotmail.com

Citar como: Ramírez Cabrera JO, Zapata Díaz BM, Campos Siccha GJ, Mejía Cabrera FS, Mendoza Solorzano PR. Embarazo abdominal postérmino. Reporte de un caso. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(2):209-212. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2176>

Embarazo abdominal postérmino. Reporte de un caso

Post-term abdominal pregnancy, a case report

Juan Orestes Ramírez Cabrera^{1,a}, Betsy Micol Zapata Díaz^{1,a}, Gerardo Jimmy Campos Siccha^{1,b}, Fiorella Suhayl Mejía Cabrera^{1,c}, Patricia Roxana Mendoza Solórzano^{1,c}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2176>

ABSTRACT

Abdominal ectopic pregnancy is a dramatic situation for the woman's health. It is a rare pathology that proves to be a difficult test even for the most experienced gynecologists in diagnostic ability, decision-making and surgical technique. We present the case of a hospitalized post-term ectopic abdominal pregnancy with a dead fetus inside the chorioamniotic sac and the placenta implanted on vital abdominal viscera. We describe the clinical data, operative findings and conservative management of the retained placenta, followed by a bibliographic review on the subject.

Key words: Ectopic pregnancy, Abdominal pregnancy, Post-term pregnancy.

RESUMEN

El embarazo ectópico abdominal representa una situación dramática para la salud de la mujer. Al ser una patología poco frecuente, resulta al ginecólogo una prueba difícil para habilidad diagnóstica, capacidad de decisión y técnica quirúrgica, incluso para el más experto. Se presenta un caso de embarazo ectópico abdominal postérmino, que llegó con óbito fetal dentro de la bolsa corioamniótica y la placenta implantada sobre vísceras abdominales. Se describe los datos clínicos, hallazgos operatorios y el manejo conservador de la placenta retenida, y se hace una revisión bibliográfica del tema.

Palabras clave. Embarazo ectópico, Embarazo abdominal, Embarazo postérmino.



INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico consiste en la implantación del cigoto fuera del endometrio. El 98% ocurre en la trompa, y otras localizaciones son la cervical, cornual, cicatriz de histerotomía, ovárica o abdominal⁽¹⁾. El embarazo ectópico abdominal (EEA) es una afección infrecuente. En EE.UU. se producen 10,8 casos de EEA por 100 000 partos y 9,2 por 1 000 gestaciones ectópicas. El EEA primario ocurre cuando el óvulo fertilizado se implanta inicialmente en algún órgano abdominal⁽²⁾. En el EEA secundario, el cigoto escapa a la cavidad peritoneal a través de la rotura de la trompa, o como aborto fímbrico o en área de procedimiento quirúrgico⁽²⁻⁴⁾. El EEA avanzado es el que supera las 20 semanas de gestación y es sumamente raro, ya que la mayoría de los fetos sucumben. Luego de las 24 semanas, el tratamiento es expectante e intrahospitalario, buscando la viabilidad fetal, con el riesgo de hemorragia súbita intraabdominal materna. Antes de las 24 semanas, el tratamiento quirúrgico es considerado inmediato. Por lo anterior, la incidencia del EEA a término y exitoso es muy baja (1/25 000 nacimientos)⁽⁵⁾. No existe un cuadro típico para esta entidad. Se señala el dolor abdominal inexplicable como el síntoma primordial. En el EEA a término, pueden ocurrir síntomas graves de oclusión intestinal, peritonitis aguda, constipación y síntomas de compresión vesical. Al examen, hay mala presentación fetal, ausencia de reactividad uterina y palpación fácil de partes fetales. Tamayo menciona la existencia de restricción de crecimiento fetal, hipoplasia pulmonar, 20 a 40% de anomalías y deformidades fetales, debido al oligoamnios severo y compresión fetal por los órganos vecinos⁽⁶⁾. El riesgo de muerte materna es 7,7 veces más que en el ectópico tubárico y 90 veces más que en el embarazo intrauterino⁽⁷⁾. Hay riesgo de choque hemorrágico por desprendimiento placentario y muerte fetal, en 50% de los casos. La mortalidad materna del EEA es 5 a 20%, y la viabilidad fetal, 10 a 25%, con anomalías fetales entre 35 y 75%⁽⁴⁾.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 31 años, G2 P1001, llegó al Hospital San Bartolomé el 21-11-2017, referida con los diagnósticos: 1) embarazo abdominal prolongado de 44 semanas por fecha de última regla; 2) óbito fetal. La paciente provenía de la comunidad nativa Shamaták- Cenepa. Refirió que el 15-11-2017 acudió

al puesto de salud de su comunidad por ausencia de movimientos fetales en las últimas 12 horas. El personal técnico de enfermería constató la ausencia de latidos fetales y la derivó al centro de salud de Nieva, donde confirmaron ecográficamente el óbito fetal, siendo trasladada al hospital de Bagua Chica. El 16-11-2017 iniciaron inducción del parto con misoprostol. El 19-11-2017 reevaluaron el caso y decidieron realizar cesárea por óbito fetal, inducción fallida y feto en transversa. Como hallazgo, encontraron un feto dentro de la bolsa corioamniótica localizada en la cavidad abdominal, adherida a las vísceras adyacentes, procediéndose al cierre y posterior referencia a Lima.

Los antecedentes eran: gesta 1, parto vaginal en 2009; gesta 2 actual, FUR: 15-01-2017, FPP: 22-10-2017. Tuvo 6 controles prenatales por técnico de enfermería. No le realizaron ecografía. Sin antecedentes patológicos. Al examen, la paciente aparecía en buen estado general, afebril, pero pálida. En el abdomen había cicatriz reciente tipo Pfannenstiel, y tumoración abdominal difusa hasta epigastrio. A la palpación, no había dolor, se reconocía las partes fetales en hemiabdomen inferior, ausencia de latidos fetales. Al tacto vaginal, el cérvix era blando y estaba cerrado, útero y anexos no eran precisables por presencia de la masa abdominal. La resonancia magnética nuclear de abdomen del 22/11/2017 mostró embarazo ectópico abdominal, con placenta implantada en la pared abdominal antero-lateral izquierda, en contacto con el mesocolon izquierdo y el mesosigmoide, con lóbulo placentario localizado por debajo del

FIGURA 1. FETO EN CAVIDAD ABDOMINAL, LA PLACENTA EN CONTACTO CON EL RETROPERITONEO.





páncreas, en contacto con los grandes vasos retroperitoneales (figura 1). La ecografía abdominal del 22/11/2017 confirmó gestación extrauterina inactiva de 30,1 semanas por biometría, placenta que llegaba al hipocondrio izquierdo, líquido libre en abdomen, útero globuloso de 132x81x65 mm, endometrio de 13 mm.

Luego de junta médica, se realizó laparotomía exploradora el día 23-11-2017, hallándose plastrón gestacional que incluía feto y membranas, las cuales no eran separables del colon transversero. La placenta bilobulada estaba adherida firmemente al peritoneo parietal anterior y a las asas intestinales en el hemiabdomen izquierdo, así como a la región posterior de la cavidad abdominal, incluyendo el meso intestinal y el riñón derecho. El corion se presentaba engrosado, con vasos prominentes que sangraban al roce con facilidad (figura 2). El amnios aparecía desvitalizado, friable y teñido de meconio (figura 3). Se extrajo un feto femenino momificado, esfacelado, de 1 960 g y 40 cm, con facies deformada (figura 4). El cordón umbilical medía 25 cm, momificado, edematoso, con dos arterias y una vena. El líquido meconial era escaso. Se dejó la placenta *in situ* y se colocó dren laminar. El sangrado se estimó en 400 mL.

FIGURA 2. AL LIBERARSE EL EPIPLÓN, LA MEMBRANA CORIÓNICA ESTABA ENGROSADA Y CON VASOS PROMINENTES.

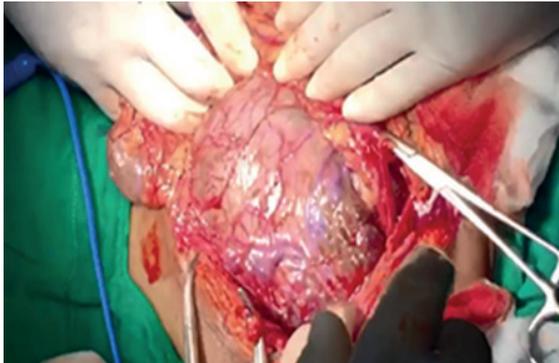


FIGURA 3. AMNIOS FRIABLE, DESVITALIZADO Y TEÑIDO DE MECONIO.

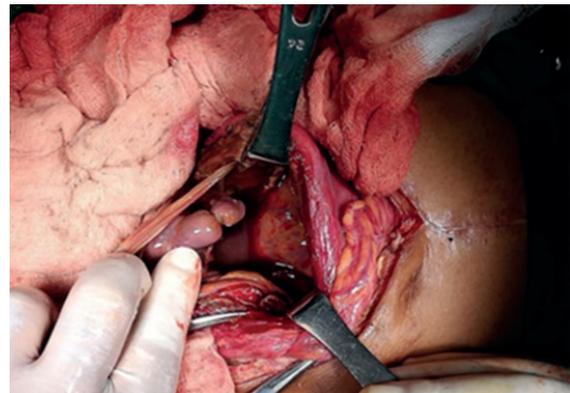


Al 9º día postoperatorio, la púérpera recibió metotrexato 50 mg vía IM como dosis única más ácido fólico 15 mg EV, permaneciendo hospitalizada. El valor de hCG-beta se negativizó el 03-01-2018. Se evidenció distensión progresiva del hemiabdomen inferior y luego fiebre. Al 45º día postoperatorio (05/01/2018), se realizó segunda laparotomía exploradora, hallándose masa quística aplastronada de 25x25cm, limitada por asas intestinales y órganos vecinos. Se drenó 1 000 mL de contenido achocolatado viscoso sin mal olor. Se reconoció el muñón del cordón umbilical y tejido placentario que hacía cuerpo con el riñón derecho y las asas intestinales (figura 5). Se tomó muestra para cultivo, se lavó la cavidad, dejando drenes. El cultivo resultó positivo para *E. coli* Blee, que fue tratado con *Meropenem*. El dren permaneció 25 días, con salida constante de secreción serohemática (hasta 30 mL/día), creándose una fístula hacia la piel. En el control de la resonancia (05/02/2018) se observó imagen quística heterogénea, sin realce del contraste, en relación a tejido placentario residual. Se realizó junta médica y al presentar la paciente evolución favorable, con evidencia de disminución de la masa placentaria y drenaje espontáneo, se procedió al alta el 08/02/2018, para control ambulatorio.

FIGURA 4. FETO FEMENINO MOMIFICADO, ESFACELADO, CON PESO 1 960 G Y TALLA 40 CM.



FIGURA 5. 2da. LAPAROTOMÍA, MUÑÓN DE CORDÓN UMBILICAL Y PLACENTA ADHERIDA A ÓRGANOS VECINOS.





DISCUSIÓN

En el caso presentado, al hallarse la placenta implantada sobre órganos abdominales superiores, se presume su origen primario; sin embargo, no se confirmó la sospecha, por no haber accedido a los órganos pélvicos. El EEA avanzado, con frecuencia es diagnosticado como un embarazo normal o prolongado, que no responde a la inducción. Su diagnóstico es intraoperatorio en 50 a 90% de los casos⁽⁸⁾, tal como sucedió en el nuestro, que no fue detectado básicamente por la complejidad del diagnóstico, su rareza y control prenatal deficiente sin ecografías. Además, cursó asintomática. Escobar y col.⁽²⁾ comunican 74 casos de EEA avanzado, entre 20 y 43 semanas. Nuestro caso tenía 44 semanas y 2 días, según su FUR, y ectoscópicamente el feto lucía postérmino.

Los hallazgos ecográficos más frecuentes son partes fetales separadas del útero, falta de visualización de la pared uterina entre el feto y la vejiga, mayor aproximación entre partes fetales y pared abdominal materna, feto en posición excéntrica y dificultad para una adecuada visualización placentaria, que no se pudo identificar en el centro de salud ni en el hospital de provincia, por lo que terminaron induciendo el parto.

Respecto al abordaje terapéutico, el mayor reto corresponde al manejo de la placenta, en donde ocurre la mayoría de las complicaciones. Se debe tener en cuenta los recursos disponibles para su atención⁽²⁾. La placenta deberá extraerse solo cuando pueda aislarse su aporte sanguíneo y ser ligado con facilidad. En nuestro caso, debido a la intensa adherencia placentaria a los órganos abdominales, no se intentó su remoción. Utilizamos metotrexato en dosis única y se vigiló la involución placentaria con controles seriados de hCG beta, hemogramas, proteína C reactiva, ecografía Doppler y resonancia magnética nuclear.

El retirar la placenta puede provocar sangrado incoercible; el dejarla, también puede complicarse con hemorragia secundaria, hipofibrinogene-

nia, preeclampsia/eclampsia, perforación intestinal, obstrucción intestinal, reacciones febriles, septicemia, peritonitis, formación de abscesos y posibilidad remota del desarrollo de coriocarcinoma⁽⁶⁾. Las complicaciones encontradas por la no remoción placentaria son: infección intraabdominal, retención placentaria, obstrucción intestinal, ascitis⁽⁹⁾. Nuestra paciente presentó las dos primeras. La placenta y membranas formaban una caverna independiente de la cavidad peritoneal, que retuvo el material que se iba degradando de la masa placentaria y que fue evacuado en la segunda intervención. Esto obligó a la colocación del dren, que permaneció casi cuatro semanas para la formación de una fístula, lo que aseguró la expulsión constante del material degradado. El presente caso destaca por su rareza, la dificultad diagnóstica, lo prolongado en remitir el cuadro, así como, por la crudeza de reconocer que, aún en la actualidad, existen compatriotas sin acceso adecuado a nuestro sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zapata B, Ramírez J, Pimentel J, Cabrera S, Campos G. La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico. *Rev Peru Ginecol Obstet.* Ene-mar 2015;61(1):27-32.
2. Escobar Vidarte M. Embarazo ectópico abdominal avanzado: reporte de casos y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2017;68(1):71-82.
3. Okafor II, Ude AC, Aderibigde ASO, Amu OC, Udeh PE, Obianyo NEN, Ani COC. Abdominal pregnancy-a case report. *J West Afr Coll Surg.* 2011;1:121-30.
4. Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1942;44:487.
5. Díaz M. Embarazo abdominal a término: reporte de un caso. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2002;53(1):
6. Tamayo F. Embarazo abdominal: reporte de caso *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2001;47(3):189-92.
7. Espinoza J, Gomero R, Gonzales E, Gonzales I. Embarazo abdominal, a propósito de un caso. *Rev Med Herediana.* 1997;8:78-82.
8. Martin JN Jr, Sessums JK, Martin RW, Pryor JA, Morrison JC. Abdominal pregnancy: Current concepts of management. *Obstet Gynecol.* 1988;71:549-57.
9. Falcón A. Gestación abdominal con feto vivo. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2009;55(4):281-4.