



HALLAZGO QUIRÚRGICO DE EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL A TÉRMINO CON FETO VIVO: PRESENTACIÓN DE CASO

SURGICAL DISCOVERY OF ABDOMINAL ECTOPIC PREGNANCY AT TERM WITH LIVE FETUS

Aleida Z. Álvarez Sánchez ⁽¹⁾

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3706-787x>

¹ Especialista de 2do. Grado en Gineco-Obstetricia,

Profesora Auxiliar. Hospital Ginecobstétrico Docente de Guanabacoa.

Fecha de presentación: Enero, 2025

Fecha de aceptación: Marzo, 2025

Fecha de publicación: Junio, 2025

Gertrudis M. Oduardo Arencibia ⁽²⁾

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2221-0225>

² Especialista de 1er Grado en MGI y Gineco-Obstetricia. Hospital Ginecobstétrico Docente de Guanabacoa.
Profesor Asistente.

Giordanys Ramírez Reyes ⁽³⁾

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3677-4361>

³ Especialista de 1er Grado en Gineco-Obstetricia, Máster en atención integral a la Mujer, Profesora Asistente.
Hospital Ginecobstétrico Docente de Guanabacoa.

Maritza Pérez Basulto ⁽⁴⁾

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6863-292X>

⁴ Especialista de 1er Grado en Gineco-Obstetricia, Máster en atención integral a la Mujer, Profesora Asistente.
Hospital Ginecobstétrico Docente de Guanabacoa.

Yordanka Gámez Londres ⁽⁵⁾

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8430-8370>

⁵ Especialista de 1er Grado en MGI y Gineco-Obstetricia. Hospital Ginecobstétrico Docente de Guanabacoa.
Profesor Asistente.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Álvarez Sánchez, A. et al. (2025). Hallazgo quirúrgico de embarazo ectópico abdominal a término con feto vivo: presentación de caso. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 4(7), 26-31.

RESUMEN

Paciente de 33 años, primigesta, con embarazo de 39,4 semanas logrado con inductores de la ovulación; que durante la cesárea se descubre embarazo abdominal y se obtuvo feto vivo masculino con peso 3300grs y Apgar 9/9. La placenta estaba adherida a colon descendente, recto y cara posterior del útero, requiriendo histerectomía subtotal obstétrica durante su remoción. Presentó como complicación inestabilidad hemodinámica, tratada satisfactoriamente con glóbulos rojos y expansores del volumen plasmático. La porción residual placentaria tuvo regresión espontánea hasta su eliminación completa a los 5 meses.

Palabras clave: embarazo abdominal: embarazo ectópico.



SUMMARY

A 33 years old patient, primigravida, with 39.4 weeks of pregnancy achieved with ovulation inducers; during the cesarean section, an abdominal pregnancy was discovered and a live fetus was obtained with weight 3300 grs and Apgar 9/9. The placenta was adhered to the descending colon, rectum and posterior surface of the uterus, requiring subtotal obstetric hysterectomy during its removal. The complication presented was hemodynamic instability, satisfactorily treated with red blood cells and plasma volume expanders. The residual portion evolved spontaneously until its complete removal at 5 months.

Keywords: abdominal pregnancy; ectopic pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Se define al embarazo ectópico como la implantación del blastocisto fuera del lugar normal, o sea, endometrio del fondo uterino, cara posterior o anterior del cuerpo de este y cerca de la línea media. Este tipo de embarazo se clasifica en su barrio, en un 98%, que, a su vez, se subclasifica en 65% ampulares, 20% ístmicos, 13% del pabellón y 2% intersticiales; además de 1% ováricos, otro 1% abdominales y excepcionalmente 0.1 % endocervicales o sobre un divertículo intramimetrial, en un 0.03%.¹ El embarazo ectópico abdominal lo reportó por primera vez Abulcasim, en el 912 - 1013 d.C., en el libro titulado “Al Tasrif” (El Método)². Este, a su vez, se clasifica en primario cuando su implantación inicial ocurre en la serosa abdominal y secundario cuando se reimplanta en la cavidad abdominal, luego de migrar o desprenderse de la trompa o el ovario.¹

En 1942, Studdiford propuso tres criterios para el diagnóstico de la implantación primaria:³

- Trompas y ovarios normales, sin evidencia de lesiones recientes o pasadas,
- Ausencia de cualquier evidencia de fístula útero-placentaria y datos de ruptura uterina,
- Presencia de un embarazo relacionado exclusivamente con la superficie peritoneal y lo suficientemente joven como para eliminar la posibilidad de una implantación secundaria posterior a la nidación primaria en la trompa.

Entre los factores de riesgo del embarazo abdominal, se reconocen: antecedentes de E.I.P., dispositivos intrauterinos, endometriosis, anomalías congénitas del sistema reproductor femenino, embarazo ectópico previo, cirugía tubárica, técnicas de reproducción asistida e inducción de la ovulación,⁴ así como el uso de cocaína, según estudio de Audain & cols.⁵ El diagnóstico clínico se basa en la presencia de los siguientes signos y síntomas: dolor abdominal (a veces inexplicable), dolor relacionado con los movimientos fetales y, en los casos a término, síntomas de oclusión intestinal, náuseas y vómitos, síntoma de compresión abdominal, presentación fetal viciosa, ausencia de actividad contráctil uterina, fácil palpación de partes fetales (en panículos delgados).⁶ En la ultrasonografía abdominal, puede descubrirse ausencia de pared uterina entre feto y vejiga, estrecha aproximación de partes fetales a pared materna, actitud fetal anormal, visualización de placenta extraútero y feto alejado del útero.⁷ Otra herramienta diagnóstica que podría emplearse es la resonancia magnética nuclear; esta parece ser muy precisa y específica.⁸ A pesar de existir una ruta, el diagnóstico del embarazo abdominal resulta muy difícil cuando la paciente evoluciona de forma asintomática, lo que representa un gran problema obstétrico por el riesgo de mortalidad materno-fetal. Por otro lado, cuando se establece el diagnóstico y se decide interrumpir el embarazo, se plantea otra situación, el manejo de la placenta.



Presentación del caso

Paciente de 33 años, primigesta, con embarazo de 39,4 semanas, logrado con inductores de la ovulación, en consulta de Infertilidad. Previa discusión en Colectivo Médico, se decide realizar de forma electiva cesárea primitiva por tratarse de paciente infértil con feto valioso, presentación pelviana y condiciones cervicales desfavorables.

APP: Infertilidad Primaria APF: Madre-HTA, Padre-DM2

Datos positivos del examen físico, al ingreso

Ex. Obstétrico: AU: 39 cms, DI, Pelviano, DU: 0/10, Tono uterino normal, Mov fetales activos, FCF: 136 Lpm

Espéculo: cuello central largo, no leucorrea

Diagnósticos

1. Gestación de 39,4 semanas
2. Presentación pelviana
3. Condiciones cervicales desfavorables
4. Infertilidad primaria con Feto valioso

Conducta a seguir: Cesárea electiva primitiva

Acto operatorio

Previo asepsia y antisepsia se inicia proceder quirúrgico con incisión de Pfannenstiel y al arribar a la cavidad abdominal, en lugar del segmento arciforme uterino se encontró como hallazgo el amnios engrosado de color rosado blanquecino y a la incisión la placenta; a través de la cual se realizó extracción del feto en céfálico, sexo masculino, peso de 3,300 gramos, Apgar 9/9 y líquido amniótico claro. Al precisar los límites de la placenta, estaba adherida a colon descendente, recto y cara posterior del útero; este último estaba discretamente aumentado de tamaño. Durante su extracción, fue muy difícil remover la porción adherida a cara posterior del útero, provocando una hemorragia en el sitio, por lo que se realizó histerectomía subtotal obstétrica. La porción residual placentaria, en cavidad abdominal representó un 20 % de su volumen total, la cual tuvo seguimiento clínico y ecográfico, evolucionando satisfactoria hasta constatarse su eliminación completa a los 5 meses. No se usó el Metrotexate, atendiendo a la pequeña porción residual de la placenta, la pérdida hemática y el deseo conocido de la paciente de lactar.

Informe anatomopatológico

Diagnóstico macroscópico: útero que pesa 275 gramos, que presenta en ligamento ancho izquierdo un tejido membranoso hemorrágico pardo oscuro que emerge en forma de banda de 7x4x3mm, penetrando la serosa; además, adherido en región lateral, tejido membranoso grisáceo que recuerda membrana de placenta a término, que toma parte de la región posterior con fibrosis y hemorragia en el fondo. Se observa tejido que recuerda trompa de Falopio con hidátides y tortuosidad de 4x1cm que, al corte, impresiona una luz y otro tejido que recuerda al ovario de 3x2cm. Al corte del útero miometrio de 2.5cm, cavidad afelpada, endometrio de 10mm, parte del cuello con mucus, falta el exocervix. Aparte apéndice cecal de 5x1cm con hematoma en la superficie. Diagnóstico microscópico: Útero muestra reacción decidual con necrosis del endometrio y tejido placentario adherido a la serosa (membranas y vellosidades coriales fibrosas) consistente con embarazo ectópico abdominal.



Fig. 1 y 2. Útero con reacción decidual, con necrosis del endometrio.

Fuente: archivo de la autora.

Discusión

El hallazgo diagnóstico de nuestro caso, durante el acto quirúrgico, denota el desafío que representa el embarazo ectópico abdominal, en pacientes que evolucionan satisfactoriamente hasta llegar al término de la gestación, sin signos ni síntomas de sospecha, pero esta singularidad clínica no reduce los riesgos de complicaciones para el feto y para la madre, donde el grado de infiltración placentaria en los órganos abdominales se convierte en una encrucijada quirúrgica, similar lo reportado por Rumbao y cols¹², así como Yovany y cols¹³; a diferencia de Tedesse & cols y Rejón y cols¹⁴ que, dada la clínica de la paciente, arribaron al diagnóstico antes de la interrupción de la gestación. Algunos autores consideran que el diagnóstico preoperatorio del embarazo abdominal es escaso porque no se piensa en esta patología y donde el ultrasonido solo permite establecer el diagnóstico en el 50% de los casos, aun con excelentes equipos y buen entrenamiento.⁷ En cuanto al abordaje quirúrgico, fue preciso realizar extracción fetal transplacentaria al igual que Lovenitti y cols,¹⁵ obteniéndose feto vivo con buen peso y Apgar, a diferencia de lo descrito en la literatura que reporta la mortalidad perinatal al término en el rango del 90%.¹⁶ Se ha de mencionar que el embarazo abdominal se clasifica en precoz o prematuro hasta las 20 semanas y avanzado a partir de las 20 semanas, con utilidad en función de la posible implementación de esquemas de tratamiento con Metrotexate como muestran Huan & cols¹⁷ en el precoz y la conducta expectante, en el avanzado. Una vez establecido el diagnóstico, debe plantearse la interrupción del embarazo; aunque cada día es mayor el número de autores que preconiza seguir una conducta expectante si la gestación es avanzada y el embarazo es de gran valor, ofreciendo inducción de madurez pulmonar fetal y posterior resolución,^{6,9} como muestra Ramphal en una serie de 46 pacientes donde la conducta fue expectante con gestación de 24 semanas o más. Sin embargo, se debe tener presente que, a medida que avanza el embarazo, existe la probabilidad de mayor infiltración placentaria en los diversos órganos abdominales.¹⁰ La interrupción del embarazo conlleva toma de decisiones como el manejo de la placenta. Algunos autores prefieren extraerla, cuando sea posible, lo cual depende de la edad de gestación y el lugar de implantación. Cuando no es factible la extracción de la placenta, algunos autores recomiendan tratamiento



médico con Metrotexate, pero muchas veces este produce destrucción acelerada de la placenta, con acúmulo de tejido necrótico y formación de abscesos.^{17,18} En nuestro caso, la porción de la placenta que no pudo ser removida fue seguida por clínica y ultrasonografía a los cinco días, dos semanas, cuatro semanas y los cinco meses hasta confirmarse su reabsorción total.

CONCLUSIÓN

El embarazo ectópico abdominal a término representa un gran desafío diagnóstico y terapéutico, dados los riesgos para la vida de la madre y el feto, por lo que se necesita su búsqueda desde etapas tempranas de la gestación, con el fin de evitar o reducir sus complicaciones, lo cual podría ser factible en las múltiples consultas prenatales implementadas por el programa de atención materno infantil (PAMI).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigol Ricardo O, Santiesteban Alba SR. Obstetricia y Ginecología. [Internet]. 4ta ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023. p 400-411. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/obstetricia-y-ginecología-cuarta-edicion/>
2. Zúñiga Cisneros M. Historia de la medicina. 2da Edición. Madrid: Ediciones EDIME; 1977.p.400-401.
3. Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1942; 44:487-491.
4. Tamayo F, Vera C, Quiste JC. Embarazo Abdominal: Reporte de caso. Ginecol Obstet (RA) (Perú). 2001;47(3):189-92
5. Audain L, Brown WE, Smith DM, Clark JF. Cocaine use as a risk factor for abdominal pregnancy. J Natl Med Assoc 1998; 90:277-283.
6. Haratz L, Kízer S. Embarazo abdominal. Análisis de 21 casos. Rev. Obstet Ginecol Venez 1977;37:179-19
7. Akhan O, Cekirge S, Senaati S, Besin A. Sonografic diagnosis of an abdominal ectopic pregnancy. Am J Radiol. 1990;155:97
8. Wagner A, Burchardt AJ. MR imaging in advanced abdominal pregnancy. A case report of fetal death. Acta Radiol 1995;36:193-195
9. Bonfante E, Bolaños R, Pereyra L, Juárez L, García C. Embarazo abdominal experiencia institucional. Ginecol Obstet Méx 1998; 66:287-289.
10. Ramphal S, Khaliq O P, Abel T, Moodley J. Expectant management of advanced abdominal pregnancies: Is it justifiable?Eur J Obstetric Gynecology Report Biol ; 281: 99-108, 2023 Feb
11. George R, Powers E, Gunby R. Abdominal ectopic pregnancy. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2021 Jul.; 34(4): 530-531. doi:10.1080/08998280.2021.1884932. Pub Med PMID: 34219949; Pub Med Central PMCID: PMC822408.
12. Rumbao F, Da Silva M, Benítez G, De Conno A, Cohen A, Pinzón A. Embarazo ectópico abdominal a término. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. Obstet Ginecol Venez v.61 n.3 Caracas se p.2001



13. Tadesse G, Semir S, Rehama A, Abdek A, Bayissa D, Ibsa U & Setegn T (2021) Term Abdominal Pregnancy with Live Baby: Case Report from Hiwot Fana Specialized University Hospital, Eastern Ethiopia, International Medical Case Reports Journal, 689-695, DOI: 10.2147/IMCRJ.S331195.
14. Rejón Estrada LG, Haro Cruz JS, Villa Villagrama F, García Morales E, Angulo Castellanos E, Gutiérrez Padilla JA. Embarazo ectópico abdominal de término con neonato vivo: caso clínico y revisión de la bibliografía. Rev. Ginecol Obstet Mex 2019; 87 (03)
15. Iovenitti P, Galiano V, Finco A, Tiberio F, Gerard O, Garzia E, Guie P. Asymptomatic 39 weeks abdominal pregnancy video report of a case occurred in Ivory Coast resulting in a live birth. J Mother Child; 27(1): 30-32, 2023 Jun 01.
16. Ndeki, P. E., Ngarina, M., Kundi, H. A., Massawe, S. N. (2024). Successful Expectant Management of an Incidental Extra-uterine Abdominal Pregnancy: A Case Report at Muhimbili National Hospital, Eastern Tanzania. OpeAcce Jou Dis Glo Heal, 2(1), 01-04.
17. Huan X, Huimin T, Qiucheng J, Yao C, Wulin S, Wenying L, Cuiying S, Jiming C. Analysis of Clinical Effect and Influencing Factors for Conservative Treatment in Ectopic Pregnancy. Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 2024, 51(1), 19. Disponible en: <https://doi.org/10.31083/j.ceog5101019>
18. Mekki Y, Gilles JM, Mendez L, O'Sullivan MJ. Abdominal pregnancy: To remove or no to remove the placenta. Prim Care Update Obstet Gyn 1998;5:192-196.