

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO**

**HEMOPERITONEO ASOCIADO A EMBARAZO ECTÓPICO  
INTRALIGAMENTARIO: REPORTE DE CASO**

**AUTORA: CORREA SALINAS CLAUDIA MARIA  
ASESOR: AGUIRRE HERRERA ELIZABETH**

**Trujillo – Perú**

**2020**

## **Hemoperitoneo asociado a embarazo ectópico intraligamentario: Reporte de caso**

Hemoperitoneum associated with intraligamentary ectopic pregnancy: Case report

Claudia Correa-Salinas <sup>1,a</sup>, Elizabeth Aguirre-Herrera <sup>1,b</sup>

1. Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
  - a. Estudiante de medicina.
  - b. Médico cirujano.

### **Contribución de los autores:**

CC-S recolectó los datos del caso clínico y redactó el primer borrador. EA-H hizo aportes críticos. Ambas autoras aprobaron el manuscrito final.

### **Conflictos de interés:**

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

### **Autora corresponsal:**

Claudia Correa-Salinas

Dirección Postal: Mz R Lt 13 Urb. Villa del contador, Trujillo 13001, Perú.

E- mail: ccorreas@upao.edu.pe

Teléfono: +51 949 665 668

**RESUMEN:**

La implantación intraligamentosa es una localización muy rara dentro de los ya escasos embarazos ectópicos intraabdominales. Sin un diagnóstico temprano las opciones terapéuticas se reducen al igual que la esperanza de vida de la gestante. Se presenta el caso de una gestante de 26 años sin controles prenatales, con antecedente de quistectomía ovárica derecha hace 5 años, que acude a emergencias por ginecorragia y dolor abdominal de una semana de evolución. Laboratorio reporta hemoglobina de 9,6 g/dL y leucocitosis; la prueba rápida para SARS-CoV2/ COVID-19 fue negativa. La ecografía mostró gestación única viable de 12 semanas. Se ingresa a quirófano con diagnóstico probable de apendicitis aguda; hallándose hemoperitoneo y tumoración con presencia de feto. Luego de la intervención, tuvo una evolución favorable y fue dada de alta.

**Palabras clave:** Embarazo Ectópico; Hemoperitoneo; Hemorragia Uterina; Informes de Casos. (Fuente: DeCS).

**ABSTRACT:**

Intraligamentous implantation is a very rare location within the already few intraabdominal ectopic pregnancies. Without an early diagnosis, the therapeutic options are reduced, as is the life expectancy of the pregnant woman. We present the case of a 26-year-old pregnant woman without prenatal controls, with a history of right ovarian cystectomy 5 years ago, who attended emergencies due to gynecorrhagia and abdominal pain of one week of evolution. Laboratory reports hemoglobin of 9.6 g / dL and leukocytosis; the rapid test for COVID-19 was negative. Abdominal ultrasound showed a viable 12-week single gestation. She was admitted to the operating room with a probable diagnosis of acute appendicitis; finding hemoperitoneum and tumor with presence of fetus. After the intervention, she had a favorable evolution and was discharged.

**Key words:** Pregnancy, Ectopic; Hemoperitoneum; Uterine Hemorrhage; Case Reports (Source: MeSH).

## **INTRODUCCIÓN:**

El embarazo ectópico (EE) representa una de las principales causas de mortalidad entre mujeres embarazadas <sup>1</sup>. Su incidencia en Perú es de 1 de cada 49 embarazos <sup>2</sup>. Solo 2% de los EE no son tubáricos <sup>3</sup>. El embarazo intraligamentario constituye una forma rara de EE y ocurre aproximadamente en 1 por cada 300 EE, suele deberse a penetración trofoblástica de un embarazo tubárico a través de la serosa hasta el mesosalpinx, con implantación secundaria entre las hojas del ligamento ancho <sup>4</sup>. Es posible que ocurra también si aparece una fístula uterina entre la cavidad endometrial y el espacio retroperitoneal, como sucede en el embarazo abdominal <sup>4</sup>.

Un control prenatal adecuado incluye el seguimiento con ecografías del producto de la gestación, evaluando continuamente su evolución <sup>5</sup>. Este control permite descartar diversas patologías, entre ellas, los EE <sup>1,5</sup>.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:**

Gestante de 26 años segundigesta sin controles prenatales, con antecedente de quistectomía ovárica derecha hace 5 años, su 1° gestación fue parto eutócico en el año 2017; paciente refiere utilizar método anticonceptivo ACO; FUR : no recuerda. Acude, en junio de 2020, a emergencias del Hospital Belén de Trujillo. Paciente consultó por ginecorragia asociada a dolor abdominal de una semana de evolución. Un día antes de la consulta presenta dolor tipo cólico en mesogastrio asociado a náuseas y vómitos. Diez horas antes del ingreso, dolor se localizó en fosa iliaca derecha. A la exploración física se encontró abdomen con útero grávido, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación superficial en fosa iliaca derecha y hemiabdomen derecho; sangrado en canal vaginal de poca cantidad, orificio cervical externo cerrado; signos vitales estables en rangos normales. Exámenes de laboratorio reporta hemoglobina (9,6 g/dL), Hcto (30%), leucocitos (14 540/mL), neutrófilos (93,9%), bastones (2%) fibrinógeno (627 mg/ dl); se realizó prueba rápida para SARS-CoV2/ COVID-19, que resultó negativa. Se realiza interconsulta con servicio de ginecología quien realiza ecografía (**Figura 1**) gestación única activa de 12 semanas y 5 días por longitud cefalo-nalgas, con frecuencia cardiaca fetal de 176 latidos/min.

Se decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente con diagnóstico pre operatorio de apendicitis aguda. Sin embargo, se halló sangrado activo en cavidad abdominal con coágulos organizados (aproximadamente 1000 mL) y apéndice cecal de aproximadamente 7x5cm con tercio distal erosionado. Tras retiro de coágulos se encuentra tumoración de 8 cm con presencia de feto de aproximadamente 6 cm (**Figura 2**). Se realiza extirpación anexo izquierdo junto a la tumoración. El diagnóstico post operatorio fue EE intraligamentario. LA paciente tuvo una evolución favorable y fue dada de alta.

### **DISCUSIÓN:**

El tratamiento médico es una alternativa para casos de embarazo ectópico cuando son diagnosticados de manera temprana y cuando los niveles de B-HCG es menor de 1000UI/ ml. Consiste en un manejo expectante o administrar metotrexato (1 mg/kg). Por su facilidad y eficacia la administración intramuscular es la más usada para tratamiento definitivo en los embarazos ectópicos. Cuando la estrategia anterior no da los resultados esperados o existen otras complicaciones, la intervención quirúrgica es la mejor alternativa <sup>6</sup>. El tratamiento quirúrgico se utiliza en casos diagnosticados en emergencia para controlar cuadros hemorrágicos, puede ser conservador (salpingotomía) o radical (salpingectomía). Por otro lado, otros autores recomiendan la terminación inmediata del embarazo, pues un manejo expectante conlleva un riesgo de hemorragia intraabdominal repentina, poniendo en riesgo la vida de la gestante y generalmente el producto termina siendo no viable <sup>7</sup>.

En casos de gestantes con dolor abdominal, se debe mantener como diagnóstico diferencial los embarazos ectópicos, hasta que se pueda demostrar lo contrario; considerando también, otras causas de abdomen agudo <sup>8</sup>.

Los signos clínicos de un embarazo intraligamentario son diferentes, el tratamiento se asemeja al del embarazo abdominal, se reporta en su mayoría la laparatomía, pero existen reportes donde utilizan laparoscopia en embarazos incipientes <sup>13</sup>

Existen reportes de manejo de embarazo ectópico intraligamentario por vía laparoscópica, específicamente en pacientes que se encuentran hemodinámicamente estables.<sup>8</sup>

comunicaron el caso de una mujer de 25 años de edad con 10 semanas de amenorrea y embarazo ectópico en el ligamento ancho de 6.5 cm, tratada por laparoscopia de manera exitosa; no se encontraron casos reportados de mayor tamaño. La laparotomía exploradora se realiza en la mayor parte de los embarazos ectópicos abdominales por el riesgo de hemorragia intraoperatoria masiva.<sup>15</sup>

encontraron que la ecografía transvaginal en el diagnóstico de un embarazo ectópico tiene sensibilidad de 87 %, especificidad de 94 % y valor predictivo positivo de 92,5 %. Cuando se encuentra una masa anexial por ecografía transvaginal y ésta se combina con la cuantificación sérica de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica, la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo positivo aumentan a 97 %.<sup>14</sup>

En la ecografía abdominal también se debe evaluar en busca de hemoperitoneo, debido a que es una de las complicaciones en EE. Usando la ecografía transvaginal se puede detectar un volumen de 50 ml en el fondo de saco; y con la ecografía transabdominal se puede cuantificar de manera más exacta la magnitud del hemoperitoneo<sup>1,9</sup>. Así, de sospecharse EE, es importante realizar una ecografía transabdominal minuciosa buscando signos de hemorragia antes de descartar ese diagnóstico.

La particularidad de la evolución clínica del caso provocó que se dificulte su rápido diagnóstico. Un correcto seguimiento y control prenatal podría haber detectado el diagnóstico. Los controles prenatales incluyen la monitorización de la viabilidad del producto<sup>11</sup>. Sin embargo, las medidas tomadas durante la cuarentena por COVID-19, restringen un acceso seguro y pleno a estos servicios; sumado al temor de la población de acudir a centros de salud u hospitales. Recomendamos se implementen vías de atención adecuada a las gestantes durante pandemias, a fin de reducir complicaciones o muertes que se evitarían con un diagnóstico temprano.

En conclusión, detectar un embarazo de manera temprana y realizar los controles prenatales, incluyendo ecografías transvaginales como abdominales, es muy importante para detectar EE y otras malformaciones en el producto.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Capmas P, Bouyer J, Fernandez H. Embarazo ectópico. EMC - Tratado Med. 2017;21(3):1-5.
2. Martínez Guadalupe Ál, Mascaró Rivera YS, Méjico Mendoza SW, Mere Del Castillo JF. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el hospital nacional Arzobispo Loayza. Rev peru ginecol Obs. 2013;59:177-86.
3. Fylstra DL. Tubal pregnancy: A review of current diagnosis and treatment [Internet]. Vol. 53, Obstetrical and Gynecological Survey. Obstet Gynecol Surv; 1998 [citado 26 de junio de 2020]. p. 320-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9589440/>
4. Audifred Salomón JR, Herrera Ortiz A, González Medrano MGM, Estrada Rivera SF. Caso clínico Embarazo ectópico intraligamentario. Ginecol Obs Mex. 2013;81:211-4.
5. Nazario-Redondo C, Ventura-Laveriano J, Flores-Molina É, Ventura W. La importancia de la ecografía a las 11+0 a 13+6 semanas de embarazo. Actualización. An Fac med. 2011;72(3):211-5.
6. Nappi C, D'elia A, Carlo C Di, Giordano E, De Placido G, Iaccarino V. Conservative treatment by angiographic uterine artery embolization of a 12 week cervical ectopic pregnancy [Internet]. Vol. 14, Human Reproduction. 1999 [citado 17 de junio de 2020]. Disponible en: <https://academic.oup.com/humrep/article-abstract/14/4/1118/628807>
7. Koo HS, Bae JY, Kang IS, Koong MK, Kim HO, Cha SH, et al. Laparoscopic management of early primary peritoneal pregnancy: A case report. Clin Exp Reprod Med [Internet]. junio de 2011 [citado 25 de junio de 2020];38(2):109-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22384428/>
8. Aragon-Charry J, Santos-Bolívar J, Torres-Cepeda D, Reyna-Villasmil E. Embarazo ectópico primario en epiplón. Reporte de caso. Prog Obs Ginecol. 2014;57(1):30-2.

9. Abdul Jabbar NAR, Saquib S, Talha WEM. Successful management of abdominal pregnancy: Two case reports. *Oman Med J* [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 25 de junio de 2020];33(2):171-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29657689/>
10. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy [Internet]. Vol. 173, *CMAJ*. Canadian Medical Association; 2005 [citado 27 de junio de 2020]. p. 905-12. Disponible en: </pmc/articles/PMC1247706/?report=abstract>
11. Susana Aguilera P, Peter Soothill MD. Control Prenatal. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 1 de noviembre de 2014 [citado 25 de junio de 2020];25(6):880-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-control-prenatal-S0716864014706340>
12. Ade-Ojo IP, Akintayo AA, Afolayan JM, Aduloju OP, Olagbuji BN. Intraligamentary extrauterine pregnancy delivered at term: A case report and review of literature. *Afr J Reprod Health*. 2016;20(1):104-8.
13. Apantaku O, Rana P, Inglis T : Broad ligament ectopic pregnancy following in vitro fertilisation in a patient with previous bilateral salpingectomy. *J Obstet Gynaecol* 26 (5) : 474, 2006
14. Condous G, Okaro E, Khalid A et al : The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. *Hum Reprod* 20(5): 1404, 2005.
15. Slow A, Chern B, Soong Y. Successful laparoscopic treatment of an abdominal pregnancy in the broad ligament. *Singapore Med J* 2004;45:88-89

**FIGURAS:**

**Figura 1. Ecografía abdominal al momento del ingreso.**



**Figura 2.** Hallazgos intraoperatorios.

