

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



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO.**

**Embarazo Abdominal a Término con Recién Nacido Vivo. Reporte
de Caso**

AUTOR: CABRERA CHÁVEZ, LEONARDO ENRIQUE.

ASESOR: ROJAS RUIZ JUAN CARLOS

Trujillo – Perú

2020

Embarazo Abdominal a Término con Recién Nacido. Reporte de caso.

Abdominal Term Pregnancy with a Live Newborn: Case Report

Cabrera-Chávez L¹, Rojas-Ruiz JC²,

¹Bachiller de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo, Perú:

²Ginecólogo del hospital Regional Docente de Trujillo, Perú.

Correspondencia:

Leonardo Enrique Cabrera Chávez. Teléfono: +51992345026

Correo electrónico: leo__cabrera@hotmail.com¹ drjcrojasruiz@hotmail.com²

Dirección: Los cedros #127 La villa universitaria, Cajamarca. Perú

Contribución de los autores:

Cabrera Chávez Leonardo: Elaboración del reporte de caso, búsqueda y recopilación de bibliografía y redacción del informe final.

Rojas Ruiz Juan: Elaboración del reporte de caso y redacción del informe final.

Fuentes de financiamiento: Autofinanciamiento por el autor.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Declaración del consentimiento informado del paciente: Los investigadores certificamos que hemos obtenido el consentimiento informado de uso de imágenes e información clínica para ser documentada en una revista.

Resumen:

Antecedente: El Embarazo abdominal es el 1% de los embarazos ectópicos con una mortalidad materna 90 veces mayor que un embarazo intrauterino y una mortalidad fetal hasta un 90%.

Caso clínico: Mujer de 31 años de edad, llegó al hospital Regional Docente de Cajamarca el 11 de marzo del 2015, con 39 semanas de gestación por fecha de última regla, acudió por dolor abdominal, percibiendo movimientos fetales, negando sangrado vaginal. Funciones vitales estables. Al examen físico se encontró altura uterina 32 cm, frecuencia cardiaca fetal 134 latidos por minuto, feto en transverso, tacto vaginal: Diferido por presunta placenta previa.

Paciente ingresa al servicio de obstetricia con el diagnóstico de: segundigesta de 39 semanas 3 días en pródromos de labor de parto, feto en transverso y placenta previa. Es programada para cesárea de emergencia encontrándose: Útero de 18 cm, placenta adherida a epiplón, intestino, colon sigmoides, recto y pared lateral izquierda del útero. Se obtuvo producto vivo de sexo femenino, peso: 2890 g, APGAR: 8/9, talla: 50 cm, perímetro cefálico: 34.5 cm, perímetro torácico: 33 cm. Capurro: 39 semanas; sin malformaciones. Se realizó extracción placentaria e histerectomía abdominal subtotal más salpingooforectomía izquierda, el sangrado intraoperatorio fue de 1800 cc, por ello se requirió transfusión de 2 paquetes de glóbulos rojos. Madre e hija evolucionan favorablemente, dadas de alta sin complicaciones.

Conclusiones:

El embarazo Abdominal es un evento raro en especial cuando llega a término y con un recién nacido vivo saludable.

El embarazo abdominal avanzado suele tener alta dificultad diagnóstica tanto clínica como por ultrasonografía y por esto la mayoría son diagnosticados durante la cirugía.

El embarazo abdominal avanzado en su abordaje quirúrgico se considera prudente el retiro placentario cuando no compromete estructuras vasculares extensas, ni órganos abdominopélvicos.

Palabras Clave: Embarazo ectópico, embarazo ectópico abdominal, embarazo abdominal.

Abstract:

Background: Abdominal pregnancy is less than 1% of ectopic pregnancies with 90 times higher maternal mortality than intrauterine pregnancy and fetal mortality up to 90%.

Clinical case: A 31-year-old woman arrived at the Hospital Regional Docente de Cajamarca on March 11, 2015, with 39 weeks of gestation due to the date of her last rule, she came for abdominal pain, perceiving fetal movements, denying vaginal bleeding. Stable vital functions. Physical examination found uterine height 32 cm, fetal heart rate 134 beats per minute, fetus in transverse, vaginal examination: Delayed due to presumed placenta previa.

Patient was admitted to the obstetric service with the diagnosis of: second pregnancy of 39 weeks 3 days in prodrome of labor, fetus in transverse and placenta previa. She is scheduled for an emergency cesarean section, finding: 18 cm uterus, placenta attached to omentum, intestine, sigmoid colon, rectum and left lateral wall of the uterus. The live product of a female sex was obtained, weight: 2890 g, APGAR: 8/9, height: 50 cm, head circumference: 34.5 cm, thoracic circumference: 33 cm. Capurro: 39 weeks; without malformations. Placental extraction and subtotal abdominal hysterectomy plus left salpingo-oophorectomy were performed. Intraoperative bleeding was 1800 cc, therefore a transfusion of 2 red blood cells was required. Mother and daughter evolve favorably, discharged without complications.

Conclusions:

Abdominal pregnancy is a rare event especially when it comes to term and with a healthy live newborn.

Advanced abdominal pregnancy tends to be highly difficult to diagnose both clinically and by ultrasonography, and for this reason most are diagnosed during surgery.

In advanced abdominal pregnancy, in its surgical approach, placental removal is considered prudish when it does not involve extensive vascular structures or abdominopelvic organs.

Key words: Ectopic Pregnancy, Abdominal ectopic pregnancy, abdominal pregnancy.

Introducción:

El embarazo ectópico se presenta en el 1% de los embarazos, el embarazo abdominal tiene una incidencia de 1:10 000 a 1:30 000 embarazos, con una morbimortalidad materno fetal alta.^{1,2}

La mortalidad materna es aproximadamente 0.5 a 18%, se describe una mortalidad de 7.7 a 90 veces mayor con respecto a un embarazo tubárico y a un embarazo intrauterino respectivamente; en el feto la mortalidad es del 40 al 90%.^{2,3} Se describe que 21% de los recién nacidos de un embarazo abdominal presentaron anomalías en extremidades, cara, cráneo, sistema nervioso, pabellón auricular e inclusive hipoplasia pulmonar. La sobrevivencia de los recién nacidos de un embarazo abdominal a los 7 días postparto es del 50%.^{4,5}

Se define al embarazo abdominal avanzado al que sobrepasa las 20 semanas, con una incidencia de 1: 1 320 a 1: 25 000 partos, por su rareza no presenta un cuadro clínico típico. El embarazo abdominal avanzado es el único que puede concluir con un producto vivo.²

Existen 2 tipos de embarazo abdominal:

- **Primario:** Cumple con los criterios de Studdiford (1942): trompas de Falopio y ovarios están intactos, sin fístulas peritoneales e implantación en superficie peritoneal.

- Secundario: Debido a una gestación ectópica fímbrica, ovárica o tubárica rota. Es el más frecuente.⁴⁻⁶

El embarazo abdominal se produce cuando el blastocisto se implanta en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina y esta implantación debe darse en la superficie peritoneal y/o vísceras abdominales, esto puede ocurrir por una implantación primaria o secundaria, algunos de los sitios potenciales de implantación son: el fondo de saco de Douglas, omento, hígado, intestino y el bazo. Existen factores de riesgo, tales como: gestación ectópica previa, reproducción asistida, tabaquismo, uso de progestágenos, enfermedad pélvica inflamatoria crónica, endometriosis, entre otros.¹

Las manifestaciones clínicas del embarazo abdominal pueden presentarse en una gran variedad de signos y síntomas que van a depender de la ubicación dentro de la cavidad abdominal y a los órganos que compromete, sin embargo la manifestación más frecuente reportada es el dolor abdominal difuso, y este suele ser atribuido a una implantación secundaria de un embarazo ectópico tubárico roto con posterior implantación abdominal. Se pueden presentar otras manifestaciones clínicas como: crecimiento uterino menor a la edad gestacional, dispepsia, incontinencia urinaria y palpación de partes fetales superficiales, este último dificultándose en madres obesas.⁷⁻⁹

La ultrasonografía es el método diagnóstico con mayor disponibilidad en el embarazo abdominal, sus hallazgos son: ausencia de saco gestacional intrauterino, ausencia de pared miometrial entre vejiga y saco gestacional, ausencia de trompa dilatada con masa anexial compleja, asas intestinales y peritoneo que envuelven saco gestacional, saco gestacional que impresiona amplia movilidad.⁶ Otros signos sugerentes: impresión de placenta previa, oligo hidramnios, partes fetales cercanas a órganos abdominales maternos, mala presentación fetal.^{3,6}

El manejo médico con metotrexato es indicado en caso de placentas no extraídas o en placentas con extracción parcial, sin embargo, este manejo es controversial ya que la retención de restos placentarios da lugar a posibles complicaciones como:

infecciones, hemorragia, preeclampsia persistente, abscesos, adherencias, coagulopatías y requerimiento de cirugías posteriores.^{1,10}

El manejo quirúrgico toma en cuenta disponibilidad de banco de sangre y unidad de cuidados intensivos. La dificultad recae sobre el manejo de la placenta por los riesgos que conllevan su extracción o su permanencia. Por tanto, la piedra angular de un tratamiento exitoso dependerá de un reconocimiento intraoperatorio rápido, destreza quirúrgica y cuidados post operatorios. El seguimiento post operatorio se recomienda con la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana hasta su remisión.^{1,9}

El embarazo abdominal es una entidad rara cuya sospecha y diagnóstico temprano podrían condicionar un mejor pronóstico materno-fetal.

Caso Clínico

Mujer de 31 años ingresó al Hospital Regional de Cajamarca el 11-03-15, acudió por dolor abdominal, percibiendo movimientos fetales, negando sangrado vaginal, negando pérdida de líquido. Funciones vitales estables (frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, temperatura axilar 36°C, presión arterial 110/80 mm hg), talla 1.41 m, peso 62 Kg.

Antecedentes: menarquia 12 años, régimen catamenial 3-4/30, fecha de última regla 05/06/2014, método anticonceptivo usado: acetato de medroxiprogesterona inyectable trimestral, G2P1001, primera gestación: parto domiciliario (2009), varón con 3800 gramos al nacer.

Gestación actual: con 7 controles prenatales desde la semana 15, en el primer trimestre presentó dolor abdominal y náuseas que la acompañaron durante toda la gestación. Se realiza ultrasonografía en el segundo trimestre (Figura 1) y tercer trimestre concluyendo en ambas placenta previa. Desde la semana 27 feto se encontró en situación transversa, al final de la gestación tuvo 8.8 kg de ganancia ponderal.

Al examen clínico: altura uterina 32 cm, frecuencia cardiaca fetal 134 latidos por minuto, feto en transverso. Tacto vaginal diferido por placenta previa según hallazgo ultrasonográfico.

Paciente ingresa al servicio de obstetricia con el diagnóstico de: segundigesta de 39 semanas 3 días en pródromos de labor de parto, feto en transverso y placenta previa.

Análisis de Laboratorio:

Hemograma: Leucocitos 7 130 células/ml; Hemoglobina: 11.5 g/dl, Hematocrito: 35%, plaquetas: 261 000 células/ml, grupo sanguíneo y factor RH: O+.



Figura 1: Ecografía 22 semanas: placenta ocluye orificio cervical interno

Es programada para cesárea de emergencia encontrándose al aperturar la cavidad abdominal: producto de la gestación en cavidad abdominal, útero de 18 cm, placenta adherida a la pared lateral izquierda del útero (Figura 2), con adherencias a epiplón, intestino, colon sigmoides y recto. Luego de la liberación placentaria de la pared lateral izquierda del útero y liberación de las adherencias se presentó sangrado activo abundante en el lecho uterino por lo cual se realizó histerectomía abdominal subtotal más salpingooforectomía izquierda (Figura 3), no evidenció compromiso intestinal. El sangrado intraoperatorio fue de 1800 cc.

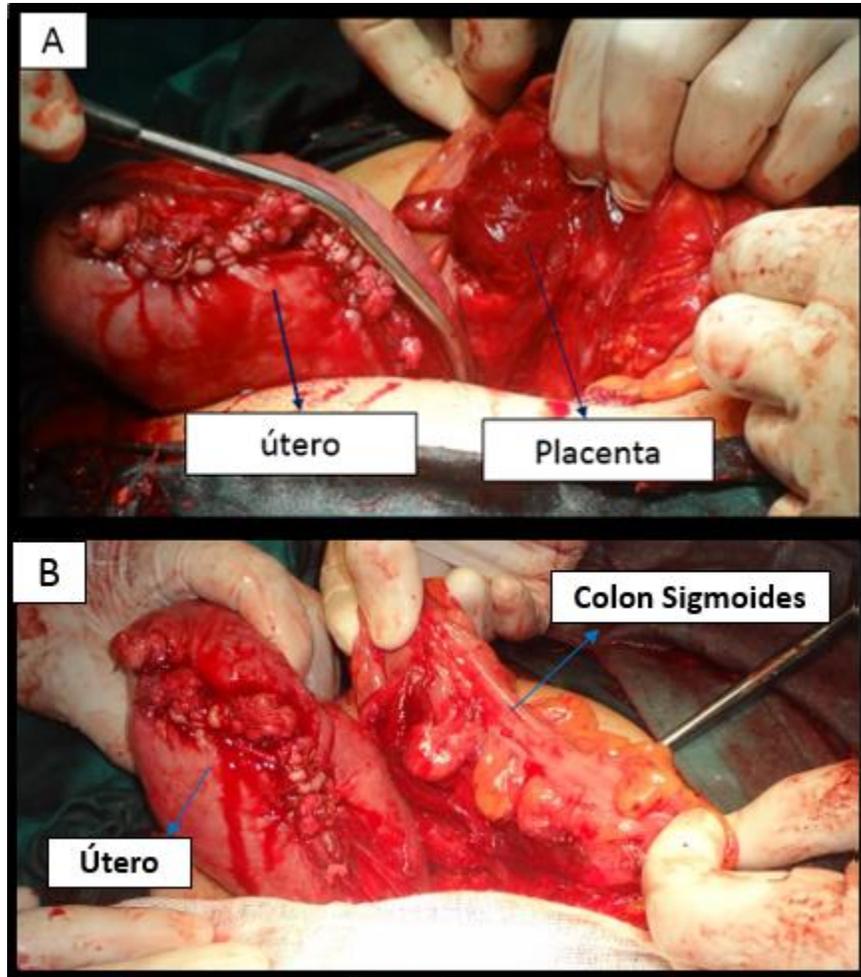


Figura 2: A: Implantación extrauterina de la Placenta y liberación de la pared izquierda del útero. B: Útero y Colon sigmoides luego liberación de adherencias.

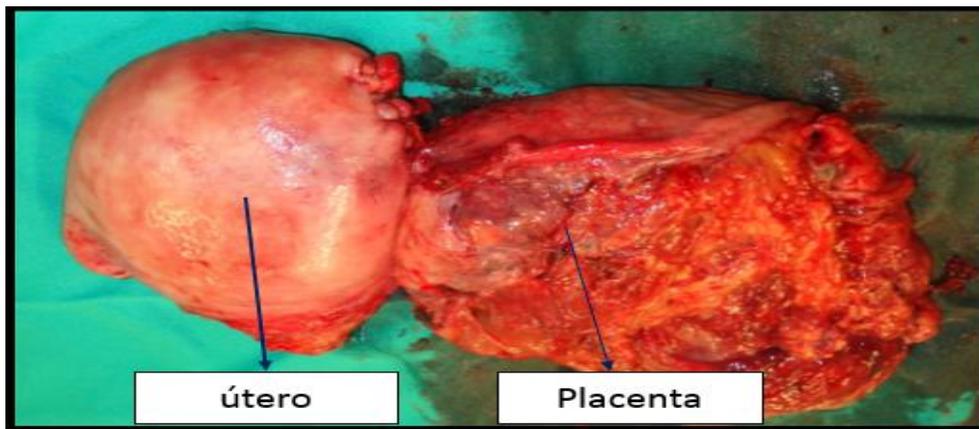


Figura 3: Útero y Placenta luego de extracción quirúrgica.

Se obtuvo producto vivo a término de sexo femenino, peso: 2890g, APGAR: 8/9, talla: 50 cm, perímetro cefálico: 34,5 cm, perímetro torácico: 33 cm. Edad gestacional de 39 semanas por método de Capurro; sin malformaciones (11/03/15, 14:51)

En la evolución postoperatoria requirió transfusión de 2 paquetes globulares por presentar hemoglobina de 6 g/dl, se dio de alta a las 48 horas con hemoglobina: 9,8 g/dl, con deambulación adecuada, sin signos de inestabilidad hemodinámica. La recién nacida fue dada de alta a las 48 horas por el servicio de Neonatología sin evidencia de alguna anomalía. Figura 4.



Figura 4: Madre e hija el día de alta

METODOLOGÍA:

Se realizó búsqueda en Google Scholar con las palabras clave: embarazo ectópico, embarazo ectópico abdominal, embarazo abdominal. Se encontraron 584 artículos con relación al caso, de estos se seleccionaron 114 por título y resumen concordantes con el caso clínico, de los cuales se seleccionaron 16 durante la revisión y análisis de artículos completos.

DISCUSIÓN:

El caso presenta un embarazo abdominal avanzado, teniendo en consideración el dolor abdominal difuso que estuvo presente desde el primer trimestre y los hallazgos intraoperatorios de la adherencia placentaria a órganos pélvicos, podemos atribuir a una implantación secundaria.^{9,11}

Los embarazos ectópicos presentan diversos factores de riesgo, en el caso se reportó antecedente de uso de medroxiprogesterona inyectable trimestral, en una revisión sistemática realizada por Callahan, et al, describen la tasa de fallo en métodos anticonceptivos y su riesgo en embarazos ectópicos, en donde la mayor tasa de fallos se encontró con métodos inyectables por requerir la administración de futuros refuerzos para mantener dicho método.¹² Se describió que en caso de falla del método anticonceptivo se reportan hasta 4 a 5 veces mayor número de embarazos ectópicos, además este riesgo aumenta de forma significativa con métodos anticonceptivos de medroxiprogesterona.¹³

En la actualidad, el diagnóstico de un embarazo abdominal se realiza con apoyo de estudios de imágenes, tales como la ultrasonografía y/o la resonancia magnética; en el caso descrito contaban con la ultrasonografía, en donde se dio como diagnóstico de un feto vivo en posición transversa y con placenta previa, este diagnóstico fue distinto al que se obtuvo durante la cirugía. Debemos considerar que la ultrasonografía puede presentar dificultad para diagnosticar un embarazo abdominal por requerir de una alta sospecha diagnóstica y además de ser un estudio operador dependiente, además de que se ha reportado que con este método se puede presentar un diagnóstico erróneo desde un 50% al 90% de los casos, por ello la resonancia magnética nuclear sería el estudio de elección para el diagnóstico del embarazo abdominal, ya que esta puede dar imágenes claras de la ubicación anatómica de la placenta y de su vascularización, pero este método tiene limitaciones por su alto costo y poca disponibilidad.^{5,6}

El abordaje terapéutico del embarazo abdominal avanzado es complejo y dependerá de la implantación placentaria a estructuras vasculares y órganos abdominales y pélvicos, este escenario decidirá la extracción o no de la placenta. Se describe una mayor seguridad al emplear la embolización arterial selectiva preoperatoria y ligadura arterial intraoperatoria, esta última dependerá que no presente adherencias placentarias a extensas estructuras vasculares.^{14,15}

En la figura 2 evidenciamos el contacto directo de la placenta con la pared lateral izquierda del útero, además de adherencias a órganos pélvicos, que posterior a su liberación culminó en una hemorragia que conllevó a una histerectomía abdominal subtotal más salpingooforectomía izquierda y posterior transfusión por la pérdida sanguínea intraoperatoria, en la revisión de la literatura con respecto al manejo placentario se encontró que se recomienda la extracción placentaria inmediata cuando su implantación se limita a la pared posterior del útero, trompas de Falopio o ligamento ancho y no compromete arterias ováricas y/o uterinas, en el caso presentado la adherencia placentaria comprometía otras estructuras pélvicas y la pared izquierda del útero lo que pudo condicionar un mayor riesgo de sangrado y dando como resultado la histerectomía abdominal subtotal y salpingooforectomía izquierda realizada, esto se hubiera evitado con un diagnóstico preoperatorio oportuno y uso de la embolización arterial selectiva y en caso de haber considerado adecuado no extraer la placenta se pudo iniciar manejo médico con Metotrexato y seguimiento con la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana.^{14,15}

En el embarazo abdominal se ha reportado que un 21% de recién nacidos presentó algún tipo de malformación congénita, además se ha reportado que la supervivencia del sexo femenino es superior al sexo masculino en los embarazos abdominales, en el caso descrito se obtuvo una recién nacida de sexo femenino sin malformaciones.¹⁶

Es importante informar que la paciente no contó con controles posteriores al alta, por la dificultad que presentaba para la accesibilidad al servicio de salud, debido a lejanía de su vivienda, sin embargo ella no reportó complicaciones posteriores.

Destaca la rareza del caso con desenlace materno fetal favorable, evidenciando la dificultad diagnóstica y el manejo terapéutico que este implica.

Conclusiones:

El embarazo Abdominal es un evento raro en especial cuando llega a término y con un recién nacido vivo saludable.

El embarazo abdominal avanzado suele tener alta dificultad diagnóstica tanto clínica como por ultrasonografía y por esto la mayoría son diagnosticados durante la cirugía.

El embarazo abdominal avanzado en su abordaje quirúrgico se considera prudente el retiro placentario cuando no compromete estructuras vasculares extensas, ni órganos abdominopélvicos.

Referencias.

1. Capmas P, Bouyer J FH. Embarazo ectópico. Embarazo ectópico EMC- Tratado Med [Internet]. 2017;21(3):1–5. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410\(17\)86035-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1636-5410(17)86035-9)
2. Rejón-Estrada LG, Haro-Cruz JS, Villa-Villagrana F, García-Morales E, Angulo-Castellanos E, Gutiérrez-Padilla JA. Advanced abdominal pregnancy with a living neonate: Case report and literature review. *Ginecol Obstet Mex.* 2019;87(3):196–201.
3. Ramirez Cabrera J, Zapata Diaz B, Campos Siccha G, Mejía Cabrera F MSP. Embarazo Abdominal Postérmino. Reporte de un caso. *Rev Peru Ginecol y Obstet.* 2019;65(2):209–12.
4. Cheng Chun P, Chua K, Shahul-hameed M, Manisha Mathur RLW. Undiagnosed Abdominal Term Pregnancy with Good Neonatal Outcome. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2019:1–3.
5. Erin R, Tezel K, Isac A., Ahmed S KM. 27 Weeks Abdominal Pregnancy With Misdiagnosed at the First Center : A Case Report. *Int J Innov Res Med Sci.* 2019;04(09):543–6.
6. Vargas-Hernández V, Hernández Fierro M, Ventura Quintana V TRJ. Casos Clínicos Embarazo ectópico abdominal , presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Chil Ginecol.* 2017;82(3):338–44.
7. Zelalem Mengsty, Assefa Getachew MA. Term abdominal pregnancy: A case report. *J Med Case Rep [Internet].* 2015;9(168):1–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13256-015-0635-3>
8. Gutierrez Samperio C PMN. Embarazo extrauterino abdominal. Una sesión clínica insólita. *Cir Gen.* 2018;40(2):132–7.
9. Gwinyai Masukume, Elton Sengurayi SN. Full-term abdominal extrauterine pregnancy complicated by post-operative ascites with successful outcome: A

case report. *J Med Case Rep* [Internet]. 2013;7(10):1–5. Available from: *Journal of Medical Case Reports*

10. Ismail A. Al-Badawi, Osama Al Omar TT. Term Extra-Uterine Pregnancy. Vol. 21, *Modern Diagnosis And Management*. 2011. p. 164–74.
11. Hu Liang H, Sandoval vargas J, Hernández Sánchez A VMJ. Embarazo ectópico: revisión con enfoque en el manejo médico. *Rev Clínica HSJD*. 2018;8(1):28–36.
12. Abderrahim Siati, Taher Berrada, Aziz Baidada AK. Abdominal pregnancy with a healthy newborn: A new case. *Pan Afr Med J*. 2019;34(35):1–5.
13. Rebecca Callahan□, Irina Yacobson, Vera Halpern KN. Ectopic pregnancy with use of progestin-only injectables and contraceptive implants: A systematic review. *Contraception* [Internet]. 2015;92(6):514–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.08.016>
14. Sahara Shurie, Edwin Were AK. Levonorgestrel only emergency contraceptive use and risk of ectopic pregnancy in Eldoret Kenya: A case-control study. *Pan Afr Med J*. 2018;31(214):1–7.
15. Feng S. Advanced Abdominal Pregnancy with Retained Placenta and Methotrexate-Induced Severe Bone Marrow Suppression: A Case Report. *Biomed J Sci Tech Res*. 2019;19(4):1–4.
16. Gwinyai Masukume. Live births resulting from advanced abdominal extrauterine pregnancy, a review of cases reported from 2008 to 2013. *Wedmed Cent Obstet Gynecol* [Internet]. 2014;5(1):2–13. Available from: http://www.webmedcentral.com/article_view/4477ArticleURL:http://www.webmedcentral.com/article_view/4510<http://www.webmedcentral.comon>