

Reporte de caso

Medwave 2017 Jul;17(6):e7000 doi: 10.5867/medwave.2017.06.7000

Embarazo ectópico abdominal secundario a perforación uterina por interrupción voluntaria del embarazo: presentación de caso

Ectopic abdominal pregnancy due to uterine perforation after an attempt to terminate pregnancy: a case presentation

Autores: Jónathan Hernández Núñez[1], Alexander Abreu Díaz[2], Ndivhuwo Michael Ndwambi[1], Fermín Luis Martínez[3]

Filiación:

[1] Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Tshilidzini, Thohoyandou, Limpopo, Sudáfrica

[2] Departamento de Cirugía General, Hospital Tshilidzini, Thohoyandou, Limpopo, Sudáfrica

[3] Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Mohamed Golliat, Ain Sefra, Naama, Argelia

E-mail: johnhdez1973@gmail.com

Citación: Hernández Núñez J, Abreu Díaz A, Michael Ndwambi N, Martínez FL. Ectopic abdominal pregnancy due to uterine perforation after an attempt to terminate pregnancy: a case presentation. *Medwave* 2017 Jul;17(6):e7000 doi: 10.5867/medwave.2017.06.7000

Fecha de envío: 30/4/2017

Fecha de aceptación: 8/7/2017

Fecha de publicación: 17/7/2017

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por tres pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: Ectopic pregnancy, uterine perforation, abdominal pregnancy, diagnosis, laparotomy

Resumen

El embarazo ectópico abdominal secundario tiene una baja frecuencia de presentación en la práctica clínica, pero puede llevar al incremento de la mortalidad materna. Se presenta el caso de una paciente con embarazo abdominal secundario a una perforación uterina, causada por una interrupción voluntaria del embarazo. Este evolucionó durante nueve semanas con dolor abdominal y sangramiento vaginal escaso. A la paciente se le realizaron diagnósticos como enfermedad inflamatoria pélvica aguda, infección del tracto urinario, restos ovulares post aborto y definitivamente se concluyó como embarazo ectópico abdominal mediante ecografía abdominal. Se le realizó laparotomía exploradora y se extrajo el feto y la placenta sin dificultades con una evolución postoperatoria favorable hacia la curación. Se concluyó que la perforación uterina durante el curetaje de la cavidad pudo pasar inadvertida, llevando a implantación abdominal secundaria del embarazo con un cuadro clínico variable. En dicho cuadro, el ultrasonido juega un papel fundamental para su diagnóstico, siendo el manejo laparotómico el más apropiado en estos casos.

Abstract

Secondary abdominal ectopic pregnancy is rare in clinical practice, but may lead to an increased maternal mortality. We present the case of a patient with an abdominal pregnancy secondary to a uterine perforation caused by a voluntary attempt to interrupt pregnancy that presented with nine weeks of abdominal pain and minimal vaginal bleeding which was mistakenly diagnosed as acute pelvic inflammatory disease, urinary tract infection, and post-abortion products of conception. Finally, the abdominal ultrasound test found an abdominal ectopic pregnancy. An exploratory laparotomy was performed and the fetus and placenta were removed without difficulties with a favorable postoperative course. It was concluded that uterine perforation during curettage of the cavity went unnoticed, leading to secondary abdominal implantation of pregnancy with a inconclusive clinical presentation, where ultrasound plays a fundamental diagnostic role. Laparotomy is indicated in most of these cases.

Introducción

En la actualidad, el embarazo ectópico constituye una de las afecciones que más contribuyen al incremento de la mortalidad materna, alcanzando entre 10 y 15% de los casos. En nuestros días manifiesta un aumento significativo en su incidencia, presentándose en alrededor del 0,8 al 2,0% de todos los embarazos [1].

Existen múltiples factores de riesgo que predisponen al embarazo ectópico, entre los que se encuentran el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, tres o más abortos provocados, así como la historia de infertilidad, embarazo ectópico previo, inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples compañeros sexuales y el empleo de dispositivos intrauterinos [2].

La gestación ectópica se puede implantar en múltiples localizaciones. La mayoría de ellas son tubarias (98%), menos frecuentemente ováricas (1%) o abdominales (1%), y rara vez endocervicales (0,1%) o desarrolladas sobre un divertículo intramiometrial (0,03%). Dentro de estos, la variedad abdominal primaria o secundaria es poco frecuente (con una incidencia de uno por cada diez mil nacidos vivos), y presenta un riesgo de muerte materna superior a otras localizaciones (7,7 veces más que los tubáricos y 90 veces mayor que uno eutópico). Ello, porque con frecuencia involucra múltiples órganos intrabdominales y grandes vasos sanguíneos con hemorragia masiva en caso de ruptura. De manera global, la mortalidad materna es de 0,5 a 18% y la fetal es de 40 a 95% [2],[3],[4].

La localización abdominal secundaria generalmente se debe a un aborto tubario, aunque se puede presentar por otras causas como la rotura de un cuerno uterino, una cicatriz de cesárea anterior y otras más raras como la perforación iatrogénica del útero durante una interrupción voluntaria del embarazo [4].

Teniendo en cuenta todo lo anterior, y la poca frecuencia de una gestación abdominal secundaria a una perforación uterina, se presenta este caso. Su objetivo es destacar la importancia de un diagnóstico temprano del embarazo ectópico abdominal, que conlleve a un tratamiento adecuado y que garantice la supervivencia de la paciente.

Caso clínico

Paciente femenina de 31 años de edad, raza negra, ama de casa y con antecedentes de hipertensión arterial crónica. Nueve semanas antes del ingreso se realizó interrupción voluntaria de embarazo mediante curetaje de la cavidad uterina, a una edad gestacional de ocho semanas por fecha de la última menstruación y confirmado por ultrasonido. Al día siguiente de la interrupción comenzó con dolor abdominal localizado en hipogastrio y sangramiento vaginal escaso en forma de manchas, por lo que acudió a su clínica local. Allí le realizaron el diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica aguda post aborto por el cuadro clínico sin apoyo ecográfico. Se inició tratamiento con

antimicrobianos (amoxicilina y metronidazol) y analgésicos (paracetamol) durante siete días. Esto llevó a la mejoría del dolor, aunque mantuvo el sangramiento diario en forma de manchas esporádicas.

Tres semanas después del haber concluido el tratamiento, el sangramiento era más esporádico. Sin embargo, comenzó nuevamente con dolor en la misma región del abdomen y hacia el lado izquierdo y parte de la espalda, en esta ocasión con menor intensidad. Por este motivo acudió de nuevo a su clínica local donde se le diagnosticó una infección del tracto urinario, la que fue tratada con ciprofloxacina y paracetamol durante 14 días, presentando mejoría clínica.

Después de dos semanas de haber terminado el tratamiento anterior, continuó con el sangramiento mucho más esporádico. En esta oportunidad reinició el dolor abdominal, esta vez con más intensidad y acompañado de náuseas, vómitos matinales escasos y decaimiento durante cinco días. Por esta razón acudió al cuerpo de guardia de nuestro hospital. Allí se constató una historia de hipertensión arterial controlada con amlodipina, el antecedente de menstruaciones regulares de cinco días de duración cada 30 días, con una fecha de última menstruación normal 16,6 semanas antes y una historia obstétrica de dos partos normales anteriores y la interrupción de hace nueve semanas.

Como datos positivos al examen físico se constató dolor a la palpación del abdomen en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda. Allí se palpó una masa tumoral con ligero dolor a la descompresión. El examen con espéculo mostró un cuello largo, posterior y cerrado con escasa cantidad de sangre oscura en el fondo vaginal. Al tacto bimanual se evidenció una vagina de temperatura normal, cuello uterino reblandecido y doloroso a la movilización, fondo de saco posterior no abombado, útero aumentado de tamaño, regular y reblandecido. Se palpó una tumoración hacia el anejo izquierdo de consistencia blanda, superficie algo irregular y dolorosa.

En cuanto a los signos vitales, en el cuerpo de guardia se observó una frecuencia respiratoria de 17 por minuto, una frecuencia cardiaca de 88 latidos por minuto, una tensión arterial de 107/66 milímetros de mercurio y una temperatura de 36,4 grados Celsius. Con los datos obtenidos mediante la anamnesis y el examen físico, se planteó el diagnóstico clínico de endometriitis post aborto y absceso tuvo ovárico izquierdo, presentándose la necesidad de descartar los restos ovulares en la cavidad uterina.

Con el objetivo de confirmar dichos diagnósticos, se indicaron exámenes complementarios y se decidió interconsultar el caso con el especialista para la realización de un ultrasonido. Este reexaminó a la paciente y propuso el diagnóstico de embarazo ectópico abdominal debido al cuadro clínico y a los resultados de los estudios realizados (Tabla 1).

Investigación	Resultado
Hemograma	Hemoglobina: 9,6 g/dL; hematocrito: 30%
Leucograma	Leucocitos totales: 9000 células/mm ³ Neutrófilos: 64% Linfocitos: 36%
Plaquetas	259 x 10 ⁹ /L
PCR	7,68 mg/L
Test cualitativo de embarazo	Positivo
Creatinina	76 mmol/L
Urea	4,6 mmol/L
Sodio	138 mmol/L
Cloro	104 mmol/L
Potasio	3,8 mmol/L
Ultrasonido abdominal	Útero aumentado de tamaño con endometrio engrosado en 19 mm, sin imágenes de restos ovulares. Hacia proyección de fosa iliaca izquierda se observa imagen compleja compatible con embarazo ectópico abdominal.

PCR: Proteína C Reactiva.
g/dL: gramos por decilitro.
mm³: milímetros cúbicos.
/L: litro.
mg/L: miligramos por litro.
mmol/L: milimoles por litro.
mm: milímetros.

Tabla 1. Resultados de los exámenes complementarios.

Teniendo en cuenta el diagnóstico, se realizó laparotomía exploradora de urgencia. En este procedimiento se constató un embarazo ectópico implantado en la pared abdominal de la fosa iliaca izquierda (Figura 1), con placenta adherida al

peritoneo parietal de dicha área y al epiplón. Parte de ella salía a través de una zona perforada en la cara anterior del útero (Figura 2), probablemente iatrogénica en el momento de la interrupción del embarazo.

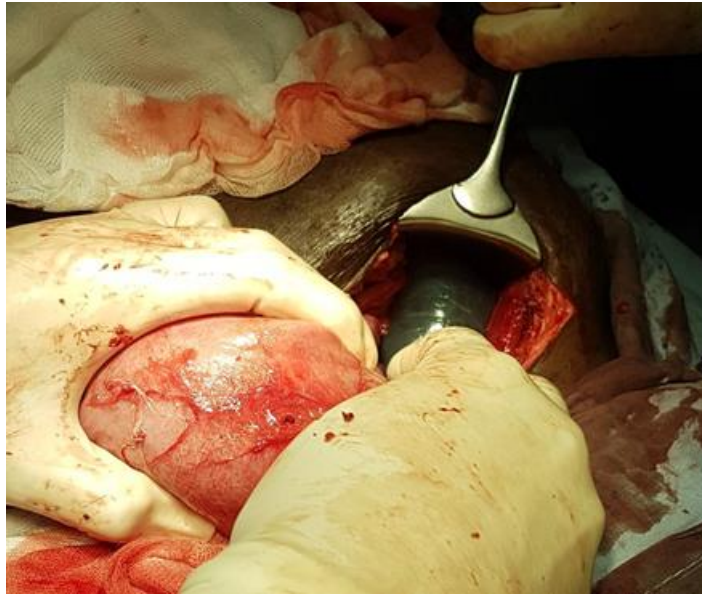


Figura 1. Embarazo abdominal implantado en la pared abdominal de la fosa iliaca izquierda.



Figura 2. Útero con perforación uterina iatrogénica.

Se procedió a la extracción manual del feto en su bolsa amniótica y de la placenta (Figura 3). Se completó la intervención con un legrado de la cavidad uterina a través de la solución de continuidad dada por la perforación

uterina, extrayendo material ovular que se envió a biopsia. La intervención se concluyó con la sutura de dicha perforación en dos planos con catgut cromado (Figura 4).



Figura 3. Extracción manual del feto en su bolsa amniótica y de la placenta.



Figura 4. Histerorrafia de la perforación uterina.

Posteriormente a la cirugía, la paciente presentó una evolución favorable. Fue dada de alta hospitalaria a las 72 horas de la intervención, con seguimiento y control ambulatorio en consulta externa a los 10 y 30 días. No presentó complicaciones postoperatorias y se resolvió en forma total su cuadro clínico.

Discusión

La implantación abdominal de un embarazo ectópico puede ocurrir de forma primaria o secundaria. De manera global, aún se siguen los criterios de *Studdi Ford* emitidos en el año 1942 para considerar que se trata de una implantación primaria. Estos criterios son:

1. Las dos trompas y los ovarios deben estar normales, sin evidencia de trauma reciente o remoto.

2. No debe existir evidencia de fístulas útero-peritoneales.
3. El embarazo debe estar confinado exclusivamente en la superficie peritoneal, sin relación con la fimbria tubárica que implique la posibilidad de una implantación secundaria después de una nidación en la trompa [5].

En ese contexto, la mayoría de los embarazos ectópico abdominales secundarios se deben al aborto o ruptura de un embarazo tubario, o seguido de una implantación ovárica. Más raramente se deben a una rotura en alguna porción del útero. Dentro de esta última causa, más frecuentemente se produce por la rotura de un cuerno uterino o una cicatriz anterior [5],[6].

Por su parte, la implantación secundaria a una perforación uterina iatrogénica durante el curetaje de la cavidad uterina, sólo se reporta en la literatura por cuatro autores.

Estos son Wu y colaboradores en Taiwán en 2008, Tubid en la India en 2011, Seol y colaboradores en Corea del Sur en 2012, y en 2013 por Chauhan y colaboradores también en la India [7],[8],[9],[10].

El embarazo ectópico abdominal secundario reviste una gran complejidad diagnóstica. Esto debido a que se presenta con cuadros clínicos muy variados dependiendo del sitio de implantación inicial y definitivo, de la edad gestacional que alcance e incluso de la probabilidad de pasar inadvertido hasta el término, llegando a ser un hallazgo intraoperatorio con resultados perinatales muchas veces favorables [11].

Wu y colaboradores presentan una paciente nulípara de 23 años a la que se le realizó curetaje para interrupción voluntaria del embarazo, similar al caso que se presenta. Ella fue sometida a laparotomía por perforación uterina y acudió a consulta 19 días después por dolor y distensión abdominal, con signos de peritonitis y de shock hipovolémico. Rápidamente se realizó el diagnóstico de embarazo ectópico con la ayuda de la ecografía [7].

Por otro lado, Tubid presenta una paciente de 35 años a la que se le practicó un aborto voluntario cuatro semanas antes y acudió sólo con dolor abdominal. Inicialmente se diagnosticó como un embarazo temprano normal con un quiste de ovario, al encontrar un útero blando y aumentado de tamaño junto a una masa anexial izquierda. Posteriormente, al realizar ecografía transvaginal se concluyó un embarazo abdominal secundario [8].

Seol y colaboradores, por su parte, presentan un caso muy similar al presente. Se trata de una paciente de 36 años con historia de interrupción de embarazo mediante curetaje ocho semanas atrás. Presentó un cuadro de dolor abdominal con sangramiento vaginal en forma de manchas, que fue interpretado en su clínica local como restos placentarios, por lo que le practicaron nuevamente dilatación y curetaje. Así, dos semanas después continuó con un cuadro similar, por lo que le realizaron ecografía que informa una masa intrauterina sospechosa de enfermedad trofoblástica y posible enfermedad inflamatoria pélvica tratada con antimicrobianos. Al no resolver el cuadro clínico, acudió al hospital donde se realizó el diagnóstico de embarazo abdominal secundario mediante ecografía y tomografía [9].

Finalmente, Chauhan y colaboradores reportan una paciente de 21 años con antecedentes de interrupción y curetaje uterino por anomalías fetales a las 16 semanas siete días antes. Asistió a consulta con dolor abdominal y un útero aumentado para 12 semanas de gestación con signos de infección, por lo que se interpretó como una endometritis o restos ovulares post aborto. Se decidió realizar ecografía que mostró partes fetales en fosa iliaca izquierda que fue confirmado mediante tomografía [10].

Todos los casos tienen en común la historia de interrupción del embarazo mediante dilatación y curetaje, con un cuadro de dolor abdominal recurrente y la presencia de un útero aumentado de tamaño y blando, con masa anexial palpable

o visible mediante estudios imagenológicos que permite la sospecha definitiva de embarazo abdominal, muy similar al caso que se presenta.

Realizado el diagnóstico definitivo, todos están de acuerdo en la necesidad del manejo quirúrgico mediante laparotomía exploratoria. Es en este momento en que también se presentan retos inesperados para garantizar una adecuada hemostasia. Sobre todo a la hora de decidir la extracción o no de la placenta de su sitio de implantación, que en la mayoría de los casos está fuertemente adherida a órganos vecinos en busca de vascularización [11],[12].

En muchos casos la placenta o parte de ella queda retenida o está adherida al propio útero, por lo que se resuelve practicando una histerectomía. En otros casos, la inserción placentaria se presenta en órganos no vitales como el epiplón o la trompa, por lo que se debe extirpar el órgano junto con la placenta. En caso de adherencia a órganos vitales como la cara anterior del recto, el colon, o asas intestinales delgadas, lo más prudente es seccionar el cordón umbilical lo más próximo a la placenta y dejarla en su sitio [13],[14].

Dejar la placenta en el sitio de implantación requiere de un manejo médico posterior, con el empleo de metotrexato por vía parenteral y seguimiento con dosificaciones seriadas de β -gonadotropina coriónica y ecografía. Sin embargo, no está exento de complicaciones como infección, cuadros oclusivos intestinales o hemorragias secundarias. Todo esto exige una estrecha vigilancia de la paciente [15].

Es oportuno plantear aquí algunas limitaciones de esta presentación. Primero, no se tomaron imágenes de las ecografías realizadas con las cuales mejoraría la calidad de esta presentación. En segundo lugar, fue imposible localizar el resultado histológico de la muestra del legrado de la cavidad uterina realizado durante la intervención quirúrgica, aspecto que confirmaría la implantación secundaria del embarazo en la cavidad abdominal.

Conclusiones

La perforación uterina durante el curetaje de la cavidad puede pasar inadvertida. Por esta razón, ante una paciente con dicho antecedente en la que se presente un cuadro de dolor abdominal recurrente, se debe pensar en la posibilidad de un embarazo ectópico.

El cuadro clínico de un embarazo abdominal secundario a una perforación uterina es variable e inespecífico, pudiendo llevar a diagnósticos erróneos como enfermedad inflamatoria pélvica, infección del tracto urinario o restos ovulares post aborto.

La ecografía abdominal constituye un examen complementario de alto valor en el diagnóstico definitivo del embarazo ectópico abdominal.

El manejo laparotómico es el más aconsejable en estos casos, con la extracción del feto y la placenta. En especial si esta última se encuentra implantada en la pared

abdominal o el epiplón, sin afectar otros órganos abdominales vitales.

Notas

Aspectos éticos

El consentimiento informado solicitado por *Medwave*, ha sido firmado por la paciente; una copia de este fue remitido a la dirección editorial de la revista.

Conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

Financiamiento

Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Referencias

1. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Rev Cubana ObstetGinecol.* 2011;37(1):84-99. | [Link](#) |
2. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Torres Chávez AO. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. *Medisur.* 2013;11(6). | [Link](#) |
3. Fylstra DL. Ectopic pregnancy not within the (distal) fallopian tube: etiology, diagnosis, and treatment. *Am J ObstetGynecol.* 2012 Apr;206(4):289-99. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Torres Rojas KL, Hernández Almaguer BC, Cruz Pérez R. Embarazo ectópico abdominal. *Rev Electrón Zoilo Marinello Vidaurreta.* 2013;38(6). | [Link](#) |
5. Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy. *Am J ObstetGynecol.* 1942;44(3):487-91. | [CrossRef](#) |
6. Poole A, Haas D, Magann EF. Early abdominal ectopic pregnancies: a systematic review of the literature. *GynecolObstet Invest.* 2012;74(4):249-60. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Wu HM, Chen CP, Chang KM, Chang SJ. Omental trophoblastic implant with hemoperitoneum as a sequela of suction dilatation and curettage. *Taiwan J ObstetGynecol.* 2008 Jun;47(2):250-1. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. Tubid R. Secondary abdominal pregnancy following uterine perforation. *J ObstetGynaecol India.* 2011 Aug;61(4):443-4. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. Seol HJ, Tong SY, Ki KD. Secondary missed abdominal pregnancy due to iatrogenic uterine perforation: a case report. *ClinExpObstetGynecol.* 2012;39(3):376-8. | [PubMed](#) |
10. Chauhan NS, Gupta A, Soni PK, Surya M, Mahajan SR. Iatrogenic uterine perforation with abdominal extrusion of fetal parts: a rare radiological diagnosis. *J Radiol Case Rep.* 2013 Jan;7(1):41-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
11. Hymel JA, Hughes DS, Gehlot A, Ramseyer AM, Magann EF. Late Abdominal Pregnancies (≥ 20 Weeks Gestation): A Review from 1965 to 2012. *GynecolObstet Invest.* 2015;80(4):253-8. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
12. Gupta P, Sehgal A, Huria A, Mehra R. Secondary abdominal pregnancy and its associated diagnostic and operative dilemma: Three case reports. *J Med Case Rep.* 2009 Aug 7;3:7382. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
13. Torres Rojas KL, González Rivero R, Brito Rodríguez A. Embarazo abdominal avanzado con feto vivo. *Rev Electrón Zoilo MarinelloVidaurreta.* 2016; 41(6). | [Link](#) |
14. Kunwar S, Khan T, Srivastava K. Abdominal pregnancy: Methods of hemorrhage control. *IntractableRareDis Res.* 2015 May;4(2):105-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
15. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, Tinelli A, Malvasi A, Jonat W, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *ObstetGynecolSurv.* 2013 Aug;68(8):571-81. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

Correspondencia a:

[1] Phundamaria Main Road
Shayandima
Thohoyandou 0945
Limpopo
Sudáfrica



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.