

# Embarazo ectópico vesical. Presentación de un caso

*Deivys Rodríguez Navarro<sup>1</sup>, Anisley Sosa Rodríguez<sup>2</sup>,  
Yoanis Hernández Say<sup>3</sup>*

## Resumen

El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Alrededor del 95 % de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa. Las formas no tubáricas del embarazo ectópico incluyen el embarazo cervical, ovárico, abdominal, cornual e intraligamentario. Se presenta el caso de una paciente de 43 años de edad, con antecedentes de salud y una amenorrea de 9 semanas, en la cual, luego de la evaluación clínica y complementaria se sospecha la posibilidad diagnóstica de un embarazo ectópico. Se describe su tratamiento y los resultados finales de los estudios anatomopatológicos. El embarazo abdominal es una anomalía poco frecuente que plantea un desafío clínico, el diagnóstico y tratamiento tempranos son determinantes para reducir el índice de mortalidad materna. La disminución en los errores diagnósticos se logrará siempre y cuando se establezca una correlación entre la clínica y los auxiliares diagnósticos.

## Palabras clave

Embarazo ectópico, Embarazo abdominal, Laparotomía.

*Citar como:* Rodríguez Navarro DR, Sosa Rodríguez A, Hernández Say Y. Embarazo ectópico vesical. Presentación de un caso.

BJM 2022; 11(2): 36-39

## ■ INTRODUCCIÓN

EL embarazo ectópico (del griego  $\sigma\kappa$ , "fuera", y  $\tau\acute{o}\pi\omicron\varsigma$ , "lugar") es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la cavidad uterina. Descrito por primera vez en el siglo XI, hasta mediados del siglo XVIII era una patología generalmente fatal. John Bard informó la primera intervención quirúrgica exitosa para el tratamiento de un embarazo ectópico en la ciudad de Nueva York en 1759. (1)

El embarazo ectópico es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación, siendo responsable del 9 % de las muertes durante este periodo. En el Reino Unido, durante los años 1997-1999, se diagnosticaron unos 32 000 al año, sucediendo en total 13 fallecimientos. (2)

1. Médico Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor. Hospital Dr. Mario Muñoz Monroy, Colón, Cuba.

Autor corresponsal. Correo electrónico: deivys.83@nauta.cu

2. Médico Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Medicina Interna. Profesor instructor. Hospital Dr. Mario Muñoz Monroy, Colón, Cuba.

3. Médico Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. Hospital Ernesto Guevara, Las Tunas, Cuba.

La frecuencia de la entidad ha aumentado en los últimos 30 años desde un 0,5 % en los años 70 al 1,1 % en la actualidad. Este hecho está relacionado con una serie de factores de riesgo, entre ellos: el aumento del número de pacientes que se someten a técnicas de reproducción asistida, el empleo de métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino, el aumento de la enfermedad inflamatoria pélvica, pacientes con embarazos ectópicos previos, pacientes con cirugía abdominal previa, especialmente tubárica, esterilidad, endometriosis, o tabaquismo, etc. (3,4)

Esta entidad se puede dividir topográficamente en dos grupos: los intrauterinos, consistentes en el embarazo cornual y el cervical, y los extrauterinos, situados en la trompa, el ovario o la cavidad abdominal. (4)

El embarazo abdominal representa el 1,4 % de todos los embarazos ectópicos; y la incidencia estimada es de 1 por cada 10 000 nacimientos; son aquellos embarazos que se implantan fuera del útero como epiplón, órganos vitales, o grandes vasos y ligamento ancho. (4) Pueden pasar inadvertidos hasta el último trimestre y a menudo se manifiestan como resultado de una hemorragia severa, con

tasas de mortalidad materna alta, hasta del 20 %. El embarazo abdominal tiene riesgo de hemorragia, coagulación intravascular diseminada, obstrucción intestinal, fistulas y con frecuencia, el feto puede llegar a ser viable. Los factores de riesgo para el embarazo abdominal incluyen daño tubario, enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, uso de técnicas de reproducción asistida, y multiparidad. (4-6)

Los embarazos abdominales se cree que son el resultado de la implantación secundaria de un embarazo tubárico abortado o resultado de la fertilización intraabdominal. (6)

En la actualidad, el diagnóstico de embarazo abdominal se realiza por métodos de imágenes. La ecografía es una herramienta útil para el diagnóstico del embarazo ectópico, detecta la presencia o ausencia de un saco gestacional dentro o fuera del útero, tiene especificidad del 94 % y una sensibilidad del 87 %. También se ha descrito el uso de la resonancia magnética nuclear, cuya limitación fundamental es la disponibilidad y no se tienen datos sobre su exactitud diagnóstica. (6,7)

## ■ MÉTODO

Se describen las características clínicas del caso, así como los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados. El análisis y la síntesis de la bibliografía permitió la comparación con otros casos similares.

## ■ PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 43 años de edad, con antecedentes de salud, niega tener hábitos tóxicos, y presenta antecedentes obstétricos de ocho gestaciones, con tres embarazos que llegaron al término con partos eutócicos, y cinco interrupciones de embarazos, cuatro provocados de forma voluntaria por la paciente y uno de ellos presentado de forma espontánea.

Acude a la institución hospitalaria refiriendo retraso de su ciclo menstrual de aproximadamente ocho semanas, que correspondía a su fecha de última menstruación. Presentó como síntomas ligero dolor en bajo vientre, náuseas, vómitos ocasionales, pérdida del apetito, mareos y toma del estado general. Se realiza un examen físico general que no aportó datos de interés médico, y al examen físico ginecológico se encuentra el útero ligeramente aumentado de tamaño, doloroso a la movilización cervical y se palpó una masa tumoral derecha cuyas características no se precisan por el dolor abdominal, anejos normales, fondo de saco vaginal libre.

Los exámenes complementarios de urgencia mostraron un test en orina rápido positivo a embarazo, y ultrasonido transvaginal que informa: útero aumentado de tamaño, imagen ecolúcida anexial derecha redondeada con aro ecogénico correspondiente a saco gestacional con esbozo embrionario y latido cardíaco presente. (Figura 1)



Figura 1. Imagen ultrasonográfica tomada al ingreso.

Fuente: Historia clínica.

Se procede al ingreso de la paciente con el diagnóstico de embarazo ectópico no complicado; y se toman todas las medidas establecidas en los protocolos de actuación. Se realiza laparotomía exploradora, observándose múltiples adherencias que involucran al epiplón en forma de velo sobre la cavidad pélvica; una vez liberadas las mismas se puede visualizar un útero ligeramente aumentado de tamaño con coloración normal, ambas trompas engrosadas, tortuosas y enrojecidas, tumoración retroperitoneal derecha de aproximadamente seis centímetros y otra imagen similar en la cara anterior de la vejiga, esta de color violáceo.

Ante la duda, se decide realizar nuevamente ultrasonido transvaginal para confirmar cuál de las dos tumoraciones se



Figura 2. Imagen ultrasonográfica durante la intervención quirúrgica.

Fuente: Historia clínica.

correspondía con el posible diagnóstico de embarazo ectópico, en este momento abdominal, no relacionado con la trompa uterina como se pensaba al ingreso. (Figura 2) El estudio demuestra que el saco gestacional estaba presente en

la tumoración vesical. Se solicita la asistencia de un especialista en Urología y se procede a la resección de la tumoración vesical, que se encontraba la pared anterior, de color violáceo, de aproximadamente cuatro centímetros.

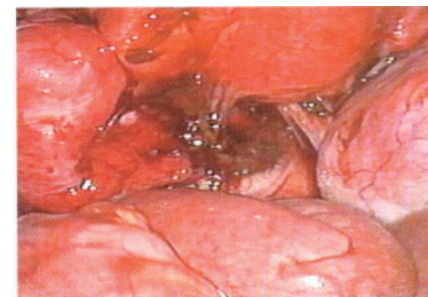


Figura 3. Imagen intraoperatoria de la tumoración vesical.

Fuente: Foto tomada a la paciente en la intervención quirúrgica.

(Figura 3) Posteriormente se resecó la tumoración retroperitoneal. La paciente se recuperó favorablemente de su intervención quirúrgica con una estadía hospitalaria de cinco días.

Se recibe resultado de la biopsia que informa:

1) Fibrohistiocitoma angiomatoide con atipia moderada. (Refiriéndose a la tumoración retroperitoneal).

2) Presencia de trofoblasto infiltrando tejido vesical en la muestra enviada.

## ■ DISCUSIÓN

La gestación ectópica abdominal es una variante rara del embarazo ectópico, que se desarrolla en la cavidad abdominal con implantación placentaria en cualquiera de sus estructuras y crecimiento fetal. (5)

Según una publicación de Fernández Arena y colaboradores (8) el rango de edad varía entre los 20 a 29 años, o incluso entre los 20 a 40 años, correspondiendo con el momento más fértil de la mujer. Esto podría deberse a que en este periodo de la vida de la mujer es cuando más se utilizan los métodos anticonceptivos, se incrementa la actividad sexual y por ende aumentan las enfermedades de transmisión sexual.

El mayor porcentaje de embarazos ectópicos se producen en las trompas de Falopio; en cualquiera de sus tres cuatros porciones, siendo más del 65 % los ampulares. Y en una menor proporción los abdominales; sean primarios o secundarios. (1,4) Se recoge en la bibliografía consultada disímiles localizaciones de implantación de embarazos abdominales, que incluyen la placenta insertada en asas intestinales, embarazo hepático primario, e incluso varios casos de embarazo retroperitoneal. Otras implantaciones incluyen al omento, el diafragma, la cicatriz de una cesárea y el ectópico intraligamentario. (4-7)

Las manifestaciones clínicas son muy variables, existiendo pacientes asintomáticas y otras con cuadros graves que pueden llevar a la muerte tanto materna como fetal. La intensidad de las manifestaciones clínicas se relaciona directamente con la precocidad del diagnóstico y la edad gestacional en el momento de este. (5,6)

Al analizar los motivos de consulta, se puede observar también concordancia con la bibliografía revisada, constatándose que la mayoría de las pacientes consultó por dolor abdominal y genitorragia. Las alteraciones del sensorio son fenómenos mucho menos frecuentes. (5,10). Las manifestaciones clínicas clásicas ocurren generalmente entre las seis y ocho semanas después de la fecha de la última menstruación, aunque como se ha hecho referencia, muchas pacientes pueden llegar próximas o al término de la gestación asintomáticas o con manifestaciones propias de una gestación aparentemente normal. (5,6,9)

Para llegar al diagnóstico, además de valorar los aspectos clínicos junto con una exploración ginecológica, existen pruebas complementarias que pueden ayudar a confirmar o descartar el cuadro, como la ecografía con sonda vaginal que es la técnica más utilizada, que puede permitir la visualización del saco gestacional implantado fuera del útero. (11) También puede ser útil para el diagnóstico la

monitorización de la  $\beta$ -HCG, valorando la evolución de sus niveles cada dos días. La laparoscopia puede confirmar el diagnóstico por visualización directa, pudiendo en ocasiones permitir el tratamiento en el mismo acto. Otra técnica que puede tener utilidad en el diagnóstico es la culdocentesis, hoy en día poco utilizada porque se dispone de otras técnicas más precisas y menos invasivas. (10,12)

Respecto al tratamiento del embarazo ectópico, se ha descrito la terapia con metotrexato para algunas formas clínicas, en especial para los estadios iniciales no complicados; sin embargo, la cirugía continúa siendo el tratamiento de elección, la cual se ha ido perfeccionando hasta alcanzar la modalidad videolaparoscópica que actualmente se aplica ampliamente en el mundo. (6,8,12)

El tratamiento puede ser expectante, pues se han observado casos de regresión espontánea. Esta opción terapéutica requiere un control muy estricto de las pacientes con determinaciones seriadas de  $\beta$ -HCG, y ecografías. El tratamiento médico mediante metotrexato puede administrarse de forma local (guiado por laparoscopia o ecografía) o inyectarlo por vía intramuscular. Para poder optar por este tratamiento, la paciente debe estar estable y debe tratarse de un embarazo abdominal no complicado. (13) El tratamiento quirúrgico suele reservarse para aquellas pacientes hemodinámicamente inestables o con un cuadro complicado. La técnica de elección como habíamos mencionado anteriormente será la laparoscopia aunque también puede emplearse la laparotomía. La vía utilizada dependerá fundamentalmente de la localización del embarazo y del estado del mismo en el momento de la intervención. (6,12)

El embarazo abdominal es una anomalía poco frecuente que plantea un desafío clínico, el diagnóstico y tratamiento tempranos son determinantes para reducir el índice de mortalidad materna. La disminución en los errores diagnósticos se logrará siempre y cuando se establezca una correlación entre la clínica y los medios auxiliares de diagnósticos. La presentación de esta implantación ectópica poco frecuente requiere tratamiento multidisciplinario. (14,15)

## ■ CONCLUSIONES

El embarazo ectópico abdominal constituye una patología poco frecuente. El avance de la ciencia ha permitido que el diagnóstico se realice antes de la ocurrencia de complicaciones que anteriormente podían conducir a la muerte de la paciente. La tendencia actual se orienta al empleo de métodos menos invasivos, recurriendo en la mayoría de los casos a la cirugía por video laparoscopia en cualquiera de sus formas. La presentación de esta implantación ectópica poco frecuente requiere tratamiento multidisciplinario.

**Bladder ectopic pregnancy. Clinical case report****Abstract**

*Ectopic pregnancy is defined as the implantation of the fertilized ovum outside the uterine cavity. About 95 % of ectopic pregnancies are located in the tube. Nontubal forms of ectopic pregnancy include cervical, ovarian, abdominal, cornual, and intraligamentary pregnancy. The case of a 43-year-old patient, with a health history and a 9-week amenorrhea is presented. After clinical and complementary evaluation, the diagnostic possibility of an ectopic pregnancy was suspected. Her treatment and the final results of the anatomopathological studies are described. An exhaustive bibliographic review of the subject was carried out, without finding any reference on another case of ectopic pregnancy in bladder tissue. Abdominal pregnancy is a rare anomaly that poses a clinical challenge, early diagnosis and treatment are crucial to reduce the maternal mortality rate. The decrease in diagnostic errors will be achieved as long as a correlation is established between the clinical findings and investigations. The presentation of this infrequent ectopic implantation requires multidisciplinary treatment.*

**Keywords**

*Ectopic pregnancy, abdominal pregnancy, laparotomy.*

**■ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Doyle MB, DeCherney AH, Diamond MP. Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1991; 18(1): 1-17.
- Lewis G, Drife J. Why Mothers Die 1997-1999. The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press, 2001.
- Roth LK, Taylor HS. Risks of smoking to reproductive health: assessment of women's knowledge. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Apr;184(5):934-9. DOI: 10.1067/mob.2001.112103
- Moussa B, Serge T, David L, Adama D, Issa O. (2022) Ectopic Pregnancy: Epidemiological, Clinical, Therapeutical, Anatomopathological Aspects and Prognosis at the Department of Obstetrics and Gynecology of the Teaching Hospital Sourou Sanou of Bobo-Dioulasso: About 79 Cases and Literature Review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2022; 12(1): 1-10. DOI: 10.4236/ojog.2022.121001
- George R, Powers E, Gunby R. Abdominal ectopic pregnancy. *Baylor Univ Med Center Proc* [Internet]. 2021 [citado 16 Julio 2022]; 34(4): 530-531. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08998280.2021.1884932>
- Agarwal N, Odejinmi F. Early abdominal ectopic pregnancy: challenges, update and review of current management. *The Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 [citado 16 Julio 2022]; 16(3): 193-198. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/tog.12109>
- Audifred Salomón JR, Herrera Ortiz A, González Medrano MG, Estrada Rivera SF. Embarazo ectópico intraligamentario. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2013 [citado 11 Junio 2022]; 81(4): 211-4. Disponible en: <https://ginecologiyobstetricia.org.mx/articulo/embarazo-ectopico-intraligamentario>
- Fernández Arena C, Guerra Castro M, Soler Cárdenas DF. Comportamiento del embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2011; 37(1): 84-99.
- Chen Y, Peng P, Li C, Teng L, Liu X, Liu J, Cao D, Zhu L, Lang J. Abdominal pregnancy: a case report and review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2022 Abril 26 (Publicación electrónica) [citado 12 Junio 2022]. DOI: 10.1007/s00404-022-06570-9.
- Wong E, Suat SO. Ectopic pregnancy-a diagnostic challenge in the emergency department. *Eur J Emerg Med* [Internet]. 2000 [citado 11 Junio 2022]; 7(3): 189-94. DOI: 10.1097/00063110-200009000-00005
- Khaydarovich RU, Berdialievich US, Servetovna AA. Ultrasound diagnostics of ectopic pregnancy. *CAJMNS* [Internet]. 2021 [citado 14 Julio 2022]; 2(2): 25-8. Disponible en: <https://cajmns.centralasianstudies.org/index.php/CAJMNS/article/view/109>
- Barel O, Suday RR, Stanleigh J, Pansky M. Laparoscopic removal of an abdominal pregnancy in the pelvic sidewall. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2019 [citado 16 Julio 2022]; 26(6): 1007-1008. DOI: 10.1016/j.jmig.2018.12.020
- Naveed AK, Anjum MU, Hassan A, Mahmood SN. Methotrexate versus expectant management in ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2022 [citado 16 Julio 2022]; 305(3): 547-553. DOI: 10.1007/s00404-021-06236-y
- Xu H, Cheng D, Yang Q, Wang D. Multidisciplinary treatment of retroperitoneal ectopic pregnancy: a case report and literature review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 [citado 16 Julio 2022]; 22(1): 472. DOI: 10.1186/s12884-022-04799-5
- Fessehaye A, Gashawbeza B, Daba M, Arusi M, Terese T. Abdominal ectopic pregnancy complicated with a large bowel injury: a case report. *J Med Case Reports* [Internet]. 2021 [citado 16 Julio 2022]; 15(1): 127. DOI: 10.1186/s13256-021-02713-9

Recibido: 24, diciembre, 2021  
 Revisado: 19, junio, 2022  
 Aceptado: 1, agosto, 2022