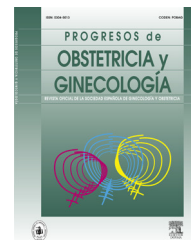




PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Embarazo ectópico primario en epiplón. Reporte de caso

Jhoan Aragon-Charry, Joel Santos-Bolívar, Duly Torres-Cepeda y Eduardo Reyna-Villasmil *

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Maternidad Dr. Nerio Beloso, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Venezuela

Recibido el 11 de marzo de 2012; aceptado el 27 de marzo de 2013

Disponible en Internet el 20 de mayo de 2013

PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico;
Epiplón;
Embarazo ectópico
abdominal

KEYWORDS

Ectopic pregnancy;
Omentum;
Abdominal ectopic
pregnancy

Resumen Los embarazos abdominales ocurren en uno de cada 10.000 partos. El embarazo ectópico en epiplón es el más raro de estos y el diagnóstico generalmente se hace durante la laparotomía. Se presenta el caso clínico de paciente de 28 años, secundigesta, secundípara, quien consulta por presentar marcada palidez cutáneo-mucosa, retraso menstrual y dolor abdominal de fuerte intensidad. Durante la laparotomía se observó la presencia del epiplón en la pelvis, útero y los anexos normales con tumoración fija en el borde inferior del epiplón, procediéndose a la resección de la tumoración y a hacer la omentectomía parcial. Se diagnostica embarazo ectópico primario en epiplón.

© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Primary ectopic pregnancy in the omentum. A case report

Abstract Abdominal pregnancy occurs in one out of 10,000 deliveries. Omental ectopic pregnancy is the least common of these pregnancies and diagnosis is generally made during laparotomy. We report the case of a 28-year-old woman, secundigesta, secundípara, who presented with menstrual delay, cutaneous-mucosal pallor, and severe abdominal pain. During laparotomy, the presence of omentum was observed in the pelvis and uterus. Both adnexa were normal. A tumor was found on the inferior border of the omentum. The tumor was removed and partial omentectomy was performed. A primary omental ectopic pregnancy was diagnosed.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los embarazos abdominales ocurren en uno de cada 10.000 partos y el embarazo ectópico en epiplón es el más raro de estos. La tasa de mortalidad materna es alrededor del 6% y la presentación clínica es muy variable^{1–4}. Solo unos pocos casos de embarazo ectópico en epiplón se han reportado hasta la fecha, y la mayoría son secundarios. El diagnóstico de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sippenbauch@gmail.com

(E. Reyna-Villasmil).

embarazo ectópico en epiplón generalmente se hace durante la laparotomía⁵. Se presenta el caso clínico de un embarazo ectópico primario en epiplón con ambos anexos normales.

Reporte de caso

Se trata de paciente de 28 años, secundigesta, secundípara, quien consulta por presentar retraso menstrual de 8 semanas y dolor abdominal de fuerte intensidad. La paciente no utilizaba ningún tipo de método anticonceptivo.

La presión arterial era de 140/80 mm de Hg y la frecuencia cardíaca de 105 latidos por minuto. El examen físico de ingreso demostró dolor en el abdomen inferior, difuso, con ruidos hidroáereos presentes y normales y sin palpación de visceromegalias. El examen ginecológico reportó el útero en anteversoflexión, móvil y doloroso a la movilización con ambos anexos dolorosos a la palpación y ligero abombamiento del fondo de saco de Douglas. No se observó sangrado genital. La culdocentesis fue positiva. Los hallazgos del tacto rectal estaban dentro de límites normales. Los valores de gonadotropina coriónica fueron de 2.530 mUI/L.

La ecografía abdominal evidenció útero con un endometrio de grosor normal (7 mm) y una masa compleja en el anexo uterino derecho de aproximadamente 5 cm de diámetro. No se observaron estructuras gestacionales dentro del útero. También se observó la presencia de líquido en el fondo de saco de Douglas, por lo que se realizó el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico y se decidió realizar la laparotomía.

Durante la laparotomía se observó la presencia de coágulos oscuros, sangre libre en cavidad (aproximadamente 1.000 ml) y la presencia del epiplón en la pelvis. Al revisar el útero y los anexos, no se observaron alteraciones anormales en la morfología de las estructuras, por lo que se procedió a lavar la cavidad abdominal, encontrándose una tumoración de 3 cm de diámetro fija en el borde inferior del epiplón como la fuente de sangrado activo (fig. 1), procediéndose a la resección de la tumoración y a la realización de la omentectomía parcial de aproximadamente 7 × 4 cm de extensión. El resto de los órganos abdominales estaban normales. Se realizó lavado y evacuación de todos los coágulos de la cavidad abdominal.

En el postoperatorio inmediato a la paciente se le colocó una dosis de 50 mg de metotrexato para asegurar la rápida regresión de cualquier estructura trofoblástica no observada durante la laparotomía. La paciente no presentó ningún tipo de complicaciones durante el postoperatorio inmediato y fue dada de alta al tercer día.

El examen patológico de la tumoración demostró la presencia de células de sinciciotrofoblasto en el tejido del epiplón con densa invasión y presencia de vellosidades,

Discusión

El embarazo ectópico es definido como la implantación de un huevo fertilizado fuera del útero. Más del 90% de los embarazos ectópicos ocurren en las trompas de Falopio⁴. Se ha considerado el uso de anticonceptivos (como las tabletas con progesterona sola), los embarazos ectópicos o las cesáreas previos, los antecedentes de enfermedades infecciosas del



Figura 1 Embarazo ectópico en epiplón.

sistema reproductivo, las múltiples parejas sexuales o los dispositivos intrauterinos como factores de riesgo¹⁻⁷. Los embarazos abdominales ocurren en el 1,4% de todos los embarazos ectópicos y el embarazo ectópico en el epiplón es el menos común de los embarazos abdominales. La tasa de mortalidad de los embarazos abdominales es 7 veces mayor que la de los embarazos ectópicos no abdominales^{8,9}.

Los embarazos ectópicos en el epiplón se dividen en 2 tipos: primarios y secundarios. En los embarazos ectópicos primarios de epiplón, se debe demostrar la presencia histológica de neovascularización o crecimiento del trofoblasto en el tejido. La ausencia de cualquiera de estos permite considerar al embarazo ectópico como secundario⁵. Las evidencias fisiopatológicas confirmaron el origen primario del embarazo ectópico en epiplón. Los criterios de Studdiford para el diagnóstico de embarazo primario en epiplón son: 1) ambas trompas y ovarios normales y con lesiones recientes o antiguas; 2) ausencia de fístulas uteroperitoneales; 3) presencia de embarazo exclusivamente en la superficie peritoneal y suficientemente temprana para eliminar la posibilidad de implantación posterior a la nidación primaria en trompa¹⁰.

Los signos clínicos son diferentes a los del embarazo ectópico clásico. En algunos casos no existe retraso menstrual ni sangrado genital. El síntoma más común es el dolor abdominal, que generalmente es inespecífico y de fuerte intensidad al inicio del embarazo y se agrava mientras este avanza, producto de la hemorragia interna que se presenta en forma más temprana que en el embarazo ectópico tubárico. La mortalidad debida a embarazos en el epiplón generalmente se relaciona con choque hemorrágico^{5,10}.

Dependiendo de la edad gestacional, la palpación puede ser normal o puede ser posible detectar una masa correspondiente al saco gestacional. Las concentraciones de gonadotropina coriónica están elevadas y la ecografía puede revelar la presencia de un amnios extrauterino con un feto vivo y ausencia de un saco gestacional intrauterino. Sin embargo, en muchos de los casos no es posible, particularmente, cuando ocurren la rotura del saco y el hemoperitoneo¹⁰.

Se deben combinar los hallazgos clínicos, ecográficos y quirúrgicos para diagnosticarlo como un embarazo ectópico primario. El diagnóstico preparatorio de la paciente del caso fue embarazo ectópico tubárico. Durante la cirugía, la trompa y los ovarios estaban normales y se encontró la tumoración en el epiplón que estaba en la pelvis sin adherencias a los órganos genitales externos. Se realizó la omentectomía parcial para remover la mayor cantidad de tejido trofoblástico.

El tratamiento quirúrgico consiste en la realización de laparotomía o laparoscopia, dependiendo de la edad gestacional y de las condiciones clínicas de la paciente. Aunque existen reportes del manejo de casos como este por vía laparoscópica, en especial en aquellas pacientes que, como la del presente caso, se encuentran hemodinámicamente estables⁵, en esta paciente no se pudo realizar debido a razones técnicas (laparoscopia dañado). Cuando la remoción de la placenta es imposible debido a la hemorragia intraabdominal o al choque hipovolémico, es preferible dejarla *in situ*, debido a que generalmente sufre degeneración progresiva, lo cual se puede valorar por la rápida disminución de las concentraciones de gonadotropina coriónica en los días siguientes a la cirugía⁷.

El tratamiento médico con metotrexato es poco útil debido a que generalmente el diagnóstico se realiza durante la cirugía. Más aún, el metotrexato está contraindicado en embarazos ectópicos rotos⁹. Una posible indicación para el uso del fármaco puede ser en casos de retención de tejido placentario en abdomen para acelerar su reabsorción ya que, si no ocurre rápidamente, se produce una cantidad considerable de tejido necrótico y existe un aumento en el riesgo de sepsis y muerte¹⁰.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la

publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. González L, Cabrera C, Jiménez J, Grössl J. Embarazo ectópico ovárico con dispositivo intrauterino in situ: caso clínico. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2005;65:203–6.
2. Colmenares B, López J, Rivas M, Silva D. Embarazo ectópico abdominal: caso clínico. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002;62:279–81.
3. Guevara B, Kizer S, González M. Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico tubárico. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1987;47:164–7.
4. Guevara B, Guevara J, Beltrán Z, Quinto H. Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1989;49:8–12.
5. Onan M, Turp A, Saltik A, Akyurek N, Taskiran C, Himmetoglu O. Primary omental pregnancy: Case report. *Hum Reprod.* 2005;20:807–9.
6. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly J, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: A 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod.* 2002;17:3224–30.
7. Yıldızhan R, Kurdoglu M, Kolusari A, Erten R. Primary omental pregnancy. *Suadi Med J.* 2008;29:606–9.
8. Atrash H, Friede A, Hogue C. Abdominal pregnancy in the United States: Frequency and maternal mortality. *Obstet Gynecol.* 1987;69:333–7.
9. Wong W, Wong B, Kun K, Ng T, Kwok S, Lee C. Primary omental ectopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2004;30: 226–9.
10. Ozdemir I, Demirci F, Yucel O, Alper M. Primary omental pregnancy presenting with hemorrhagic shock. A case report. *Gynecol Obstet Invest.* 2003;55:116–8.