

# CASO CLÍNICO

1. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela
  - a. Doctor en Medicina Clínica, Especialista en Ginecología y Obstetricia, ORCID 0000-0002-5433-7149
  - b. Doctora en Ciencias Médicas, Especialista en Ginecología y Obstetricia, ORCID 0000-0002-9937-1850
  - c. Médico especialista, ORCID 0000-0001-9366-6343

## Declaración de aspectos éticos

**Reconocimiento de la autoría:** Todos los autores declaramos que hemos contribuido a la idea, diseño del estudio, recogida de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que presentamos.

**Responsabilidades éticas:** Protección de las personas. Los autores declaramos que los procedimientos seguidos se ajustaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos:** Los autores declaramos que se han seguido los protocolos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la intimidad y consentimiento informado:** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento está en posesión del autor correspondiente.

**Financiación:** Los autores certificamos que no hemos recibido apoyo financiero, equipamiento, personal o en especie de particulares, instituciones públicas y/o privadas para la realización del estudio.

Recibido: 31 agosto 2022

Aceptado: 20 enero 2023

Publicación en línea: 5 julio 2023

## Correspondencia:

Dr. Eduardo Reyna-Villasmil

📍 Hospital Central "Dr. Urquinaona", Final Av. El Milagro, Maracaibo, Venezuela

☎ +58162605233

✉ sippenbauch@gmail.com

Citar como: Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D, Rondon-Tapia M. Embarazo ectópico retroperitoneal primario. Rev peru ginecol obstet. 2023;69(2). DOI: 10.31403/rpgo.v69i2521

# Embarazo ectópico retroperitoneal primario

## Primary retroperitoneal ectopic pregnancy

Eduardo Reyna-Villasmil<sup>1,a</sup>, Duly Torres-Cepeda<sup>1,b</sup>, Martha Rondon-Tapia<sup>1,c</sup>

DOI: 10.31403/rpgo.v69i2521

## RESUMEN

El embarazo ectópico representa 1,5% a 2% de todos los embarazos y es causa común de mortalidad relacionada con el embarazo durante el primer trimestre. La ubicación más común es la trompa de Falopio y menos del 2% son embarazos abdominales. El embarazo ectópico retroperitoneal es un tipo extremadamente raro con una patogénesis bastante compleja. Esta ubicación inusual tiene un alto riesgo de complicaciones potencialmente mortales. El diagnóstico temprano es difícil por la incapacidad de diferenciar signos, síntomas, concentraciones de gonadotropina coriónica e imágenes con embarazos ectópicos de las ubicaciones inusuales, como el retroperitoneo. Además, es necesario tener cuidado con el diagnóstico de estos casos cuando los sitios más comunes de aparición no presentan alteraciones. El tratamiento consiste en la extracción de tejido trofoblástico por laparotomía o laparoscopia. Se presenta un caso de embarazo ectópico retroperitoneal primario. **Palabras clave.** Embarazo ectópico, retroperitoneal

## ABSTRACT

Ectopic pregnancy accounts for 1.5%-2% of all pregnancies and is a common cause of pregnancy-related mortality during the first trimester. The most common location is the fallopian tube and less than 2% are abdominal pregnancies. Retroperitoneal ectopic pregnancy is an extremely rare type with a rather complex pathogenesis. This unusual location has a high risk of life-threatening complications. Early diagnosis is difficult because of the inability to differentiate signs, symptoms, chorionic gonadotropin concentrations, and imaging with ectopic pregnancies from unusual locations, such as the retroperitoneum. In addition, it is necessary to be careful with the diagnosis of these cases when the most common sites of appearance do not present alterations. Treatment consists of removal of trophoblastic tissue by laparotomy or laparoscopy. A case of primary retroperitoneal ectopic pregnancy is presented.

**Key words:** Pregnancy, ectopic, retroperitoneal

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la implantación del óvulo fecundado en una ubicación diferente al endometrio. Ocurre en las trompas de Falopio en 95% de los casos, mientras que la ubicación ovárica y abdominal es menos frecuente<sup>(1,2)</sup>. El embarazo ectópico abdominal representa 2% de todos los casos y puede ser clasificado en primario o secundario. La implantación puede ocurrir en el fondo de saco de Douglas o en la parte posterior del útero, hígado, bazo y diafragma<sup>(3,4)</sup>. El espacio retroperitoneal es un lugar excepcional de implantación y existen menos de 30 informes de casos de implantación primaria<sup>(2,5,6)</sup>. Se presenta un caso de embarazo ectópico retroperitoneal primario.

## COMUNICACIÓN DEL CASO

Una paciente de 26 años con dos gestaciones y dos abortos acudió a la emergencia por presentar sangrado genital en abundante cantidad, acompañado de dolor continuo de fuerte intensidad en hemiabdomen inferior, de aproximadamente 12 horas de evolución junto a náuseas y presión rectal. La fecha de última regla era de 7 semanas previas al inicio de la sintomatología. Refería menarquía a los 16 años con ciclos regulares de 28 días y duración de 7 días con sangrado moderado y sin dolor. Tenía antecedentes de apendicectomía a los 12 años sin complicaciones. Además, una prueba cualitativa de embarazo realizada en forma particular fue positiva.



Al examen físico se observó moderada palidez cutáneo-mucosa y estaba orientada en tiempo, espacio y persona. La presión arterial fue 90/60 mmHg, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones/minuto y frecuencia cardíaca de 110 latidos/minuto. En la evaluación abdominal se encontró dolor en hemiabdomen inferior con aumento de la sensibilidad tanto a la palpación superficial como profunda, pero sin defensa. El examen ginecológico halló el útero aumentado de tamaño e intrapélvico, suave y con superficies lisas, cuello uterino liso, ligero dolor a la palpación y movilización. Los anexos no eran palpables. Había sangrado en moderada cantidad de color rojo rutilante.

En la evaluación ecográfica transvaginal se apreció el útero aumentado de tamaño con grosor endometrial de 15 milímetros, sin evidencia de saco gestacional intrauterino. Ambos anexos estaban normales y sin tumoraciones. Sin embargo, se pudo observar tumoración de aproximadamente 50 milímetros de diámetro, ligeramente hiperecogénica y heterogénea, con saco gestacional y embrión en su interior, sin evidencia de actividad cardíaca (figura 1). Había líquido libre en fondo de saco de Douglas. Las pruebas de laboratorio mostraron los siguientes valores: hemoglobina 7,8 g/dL, leucocitos 8,300/mL y plaquetas 353,000/mL. Las concentraciones de gonadotropina coriónica fueron de 59,756 mUI/mL. El resto de las pruebas de funcionalismo hepático y renal, examen de orina, electrolitos y pruebas de coagulación estaban dentro de límites normales. En vista de los hallazgos se decidió realizar exploración laparoscópica de emergencia.

Durante la cirugía se encontró aproximadamente 500 mL de sangre libre en cavidad abdominal y pélvica. El útero estaba aumentado de tamaño, con superficies lisas y sin evidencia de sangrado. El anexo izquierdo estaba normal. La trompa de Falopio derecha aparecía normal y el ovario ipsilateral estaba aumentado de tamaño, pero sin evidencia de alteraciones macroscópicas. No se observaron evidencias de rotura, adherencias o sangrado de algunas de estas estructuras. Luego de extraer todo el líquido libre en cavidad, se observó tumoración redondeada, de aproximadamente 20 milímetros de diámetro adyacente a la pared pélvica derecha, con apariencia de saco gestacional cubierta de peritoneo parietal y junto a hematoma que se extendía desde el

canal paracólico derecho hasta el área presacra. El peritoneo estaba intacto, era de color azulado y sangraba cuando era presionado. El espacio retroperitoneal se disecó cuidadosamente, el tumor estaba adyacente al uréter y los órganos vecinos no mostraron daños evidentes (figura 2). Los coágulos y tejidos gestacionales fueron extraídos y se irrigó con solución salina. Se observó entonces que parte del uréter izquierdo mostraba edema. Se colocó celulosa hemostática absorbible en el espacio retroperitoneal para evitar hemorragia. Después de insertar el tubo de drenaje en la cavidad peritoneal posterior, el peritoneo fue cerrado y la cirugía concluyó sin complicaciones.

El análisis histopatológico de la tumoración mostró vellosidades coriónicas con embrión normal, saco gestacional y tejido peritoneal. El diagnóstico definitivo fue embarazo ectópico retroperitoneal (figura 3).

La paciente evolucionó satisfactoriamente y el postoperatorio cursó sin complicaciones, siendo dada de alta al tercer día. Las concentraciones de gonadotropina coriónica al momento del egreso fueron de 430 mUI/mL. Las concentraciones sanguíneas de gonadotropina fueron medidas semanalmente y alcanzaron valores indetectables 29 días después de la cirugía.

## DISCUSIÓN

El embarazo ectópico representa aproximadamente 2% de todos los embarazos y su incidencia se ha visto multiplicada por 6 en las últimas dos décadas. Es una emergencia común en obstetricia y representa 13% de todas las muertes relacionadas con el embarazo<sup>(7)</sup>. Su patogenia es desconocida, aunque se ha propuesto como la posible causa a cambios adhesivos en la pelvis, incluidas las trompas de Falopio<sup>(8)</sup>.

El embarazo ectópico abdominal es la forma más rara de embarazo ectópico (1,4% del total de estos) con tasas de mortalidad 8 veces mayor comparada con los embarazos ectópicos no abdominales y aproximadamente 90 veces mayor que la del embarazo intrauterino<sup>(2)</sup>. Esto es debido a que es difícil de diagnosticar y está asociado con mayor morbimortalidad, en especial por hemorragia masiva al implantarse cerca de vasos sanguíneos de gran calibre<sup>(9)</sup>. Los sitios más comunes del embarazo abdominal son el fondo



de saco de Douglas, pared uterina posterior, ligamentos infundibulopélvicos, pared abdominal anterior, epiplón, hígado, bazo y diafragma. En casos excepcionales, la implantación del embrión se produce en el espacio retroperitoneal<sup>(8)</sup>.

Los embarazos ectópicos pueden clasificarse en primarios o secundarios. La mayoría de los casos son secundarios, ya que probablemente los óvulos fecundados implantados en las trompas de Falopio u ovarios se desprenden y en forma secundaria llegan a la cavidad abdominal para implantarse<sup>(2)</sup>. Solo una fracción pequeña de casos cumple con los criterios para el embarazo ectópico abdominal primario: trompas de Falopio y ovarios normales sin evidencia de daño reciente o antiguo, ausencia de fístula útero-peritoneal, sitio de implantación limitado exclusivamente a la superficie peritoneal y diagnosticado tempranamente para excluir la posibilidad de implantación secundaria<sup>(10)</sup>.

La patogenia del embarazo ectópico retroperitoneal primario es compleja y aún no es bien comprendida. Sin embargo, existen varias teorías que tratan de explicarlo. La teoría del seno retroperitoneal propone que el blastocisto transita a través de una comunicación entre la trompa de Falopio y el espacio retroperitoneal, especialmente en pacientes con antecedentes de cirugías pélvicas<sup>(11)</sup>. Algunas comunicaciones han informado que el óvulo fecundado puede migrar por los vasos linfáticos, como lo hacen las células metastásicas, consistente con la teoría de migración linfática. Esto es apoyado por el hecho que los embarazos ectópicos retroperitoneales aparecen cerca de los vasos retroperitoneales y que tanto los vasos como los tejidos linfáticos están aumentados de tamaño en el sitio de implantación<sup>(12)</sup>. No obstante, estos cambios en los tejidos linfáticos han sido reportados en pocos casos. Otra teoría indica que el embrión puede implantarse inicialmente en la superficie peritoneal posterior y alcanza el espacio retroperitoneal luego de la invasión trofoblástica. El defecto peritoneal indicaría la ubicación original de penetración<sup>(13)</sup>.

El diagnóstico preoperatorio del embarazo ectópico retroperitoneal es un verdadero desafío. Los síntomas son similares a la sintomatología del embarazo ectópico en otras localizaciones (náuseas, vómitos, estreñimiento, amenorrea y

sangrado vaginal). La mayoría de los casos presentan dolor abdominal variable. A medida que el saco gestacional crece, la presión aumenta en la superficie peritoneal que lo rodea, lo que incrementaría la frecuencia y severidad del dolor. Si existe invasión de los órganos vecinos, como intestino o vejiga, los síntomas pueden simular obstrucción o inflamación de estos órganos<sup>(4)</sup>.

La herramienta diagnóstica principal es la ecografía transvaginal junto con la determinación cuantitativa de los valores séricos de gonadotropina coriónica humana. No obstante, si la ubicación es extrapélvica, la ecografía es poco útil y el diagnóstico puede ser difícil de realizar. La tomografía computarizada y la resonancia magnética son herramientas de diagnóstico útiles. Además, pueden ayudar a visualizar la relación entre el saco gestacional y los órganos - vasos sanguíneos vecinos. Las imágenes de tomografía computarizada muestran mejor la posición placentaria, comparado con la ecografía o resonancia magnética, pero su uso en el embarazo es limitado por la exposición fetal a radiaciones ionizantes<sup>(14)</sup>.

No existen pautas terapéuticas únicas y bien definidas para el manejo del embarazo ectópico retroperitoneal<sup>(2)</sup>. El método quirúrgico ideal es la extirpación quirúrgica del saco gestacional retroperitoneal. El tratamiento tradicional es la laparotomía con extracción del embrión con o sin tejido placentario. En casos hemodinámicamente estables, el abordaje laparoscópico puede ser la técnica de elección, ya que puede reducir el tiempo quirúrgico, minimizar la pérdida sanguínea, estadía hospitalaria y costo de la cirugía. No obstante, es necesario considerar la ubicación del embarazo ectópico, grado de afectación de los tejidos, conocimiento de la estructura anatómica del retroperitoneo y experiencia del cirujano. Por lo tanto, es necesario excluir la afección vascular retroperitoneal con resonancia magnética, especialmente en embarazos con edad gestacional avanzada<sup>(15)</sup>. La extracción del tejido placentario en embarazo ectópico con edad gestacional mayor de 12 semanas es controversial. La recomendación general es eliminar completamente el tejido trofoblástico y, si es posible, realizar la ligadura del vaso sanguíneo. Los remanentes de tejido placentario pueden causar obstrucción intestinal, peritonitis, hemorragia masiva y choque hipovolémico<sup>(4)</sup>.



El uso de metotrexato (sistémico o por embolización arterial selectiva) es ampliamente aceptado como tratamiento adyuvante para controlar el riesgo de hemorragia por restos placentarios y disminuir la cantidad de tejido trofoblástico persistente posterior a la cirugía. Existen informes de casos de embarazos ectópicos abdominales tempranos tratados exitosamente con metotrexato sistémico sin cirugía adicional<sup>(5)</sup>. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico está indicado cuando existe embarazo ectópico roto, concentraciones séricas de gonadotropina coriónica iguales o superiores a 5,000 UI/L, actividad cardíaca fetal o sospecha de embarazo heterotópico<sup>(5,16)</sup>.

En conclusión, el embarazo ectópico retroperitoneal primario es un desafío diagnóstico debido a su baja frecuencia y diferentes manifestaciones clínicas. En aquellos casos en los que existe sospecha, se debe prestar atención a la búsqueda de signos y síntomas inespecíficos cuando los hallazgos en los sitios más comunes de ubicación del embarazo ectópico no presentan resultados positivos. Tanto la cirugía, laparotomía o laparoscopia como el tratamiento médico con metotrexato son útiles en el tratamiento de los casos de embarazos ectópicos retroperitoneales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Xu H, Cheng D, Yang Q, Wang D. Multidisciplinary treatment of retroperitoneal ectopic pregnancy: a case report and literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):472. doi: 10.1186/s12884-022-04799-5
2. Eisner SM, Ebert AD, David M. Rare ectopic pregnancies - A literature review for the period 2007-2019 on locations outside the uterus and fallopian tubes. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2020;80(7):686-701. doi: 10.1055/a-1181-8641
3. Barel O, Suda RR, Stanleigh J, Pansky M. Laparoscopic removal of an abdominal pregnancy in the pelvic sidewall. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019;26(6):1007-8. doi: 10.1016/j.jmig.2018.12.020
4. Ouassour S, Filali AA, Raiss M, Bezad R, Tazi Z, Alami MH, Bennani J, Dafiri R. Retroperitoneal ectopic pregnancy: Diagnosis and therapeutic challenges. *Case Rep Surg*. 2017;2017:9871865. doi: 10.1155/2017/9871865
5. Anh ND, Hai NX, Ha NT, Toan NK, Thuong PH, Duc NM. Retroperitoneal ectopic pregnancy after in vitro fertilization: A case report of a patient with bilateral salpingectomy. *Radiol Case Rep*. 2021;17(3):721-4. doi: 10.1016/j.radcr.2021.12.011
6. OuYang Z, Wei S, Wu J, Wan Z, Zhang M, Zhong B. Retroperitoneal ectopic pregnancy: A literature review of reported cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021;259:113-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.02.014
7. Lu Q, Zhang Z, Zhang Z. Laparoscopic management of retroperitoneal ectopic pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019;26(3):405-6. doi: 10.1016/j.jmig.2018.07.007
8. Zhang M, Qin LL. A case of retroperitoneal para-aortic ectopic pregnancy detected by sonography. *J Clin Ultrasound*. 2018;46(6):412-4. doi: 10.1002/jcu.22554
9. Tegene D, Nesha S, Gizaw B, Befikadu T. Laparotomy for advanced abdominal ectopic pregnancy. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2022;2022:3177810. doi: 10.1155/2022/3177810
10. Abedin Y, Chadha K. Case of ruptured ectopic pregnancy in the uterosacral ligament and review of the literature. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2020;2020:5897341. doi: 10.1155/2020/5897341
11. Jones DD, Kummer T, Schoen JC. Ruptured ectopic pregnancy with an intrauterine device: case report and sonographic considerations. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2020;4(4):559-63. doi: 10.5811/cpcem.2020.7.48258
12. Pak JO, Durfee JK, Pedro L, Osborne A, Larkins-Pettigrew M. Retroperitoneal ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018;132(6):1491-3. doi: 10.1097/AOG.0000000000002965
13. Tong A, Pu Y, Ye J, Qi X. Complete resection of retroperitoneal ectopic pregnancy adherent to the inferior vena cava by laparoscopy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2022;29(7):810-1. doi: 10.1016/j.jmig.2022.03.009
14. Yang Y, Liu Z, Song L, Liu H, Li L, Meng Y. Diagnosis and surgical therapy of the retroperitoneal ectopic pregnancy: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2018;49:21-4. doi: 10.1016/j.ijscr.2018.05.027
15. Veleminsky M, Stepanek O, Koznar P, Michal M, Mainzerová P, Stikova Z. A rare case of ectopic pregnancy - retroperitoneal ectopic pregnancy. *Neuro Endocrinol Lett*. 2018;39(3):156-9.
16. Dardalas I, Rigopoulos P, Pourzitaki C. Treatment of ectopic pregnancy with methotrexate. *Arch Gynecol Obstet*. 2019 Oct;300(4):1093-4. doi: 10.1007/s00404-019-05248-z