

**TEMA**

**EMBARAZO INTRALIGAMENTARIO A PROPOSITO DE UN CASO.**

**AUTORES: DRA. NORMA GUNSHA LUCERO.**

**DR. FAUSTO PADILLA GUEVARA.**

**DRA. MARIA MORALES RIOFRIO.**

**DRA ROSA ZAMBRANO.**

**DR. ANGEL APRAEZ.**

**INSTITUCION**

**HOSPITAL GINECOOBSTETRICO ENRIQUE C SOTOMAYOR.**

**DIRECCION**

**PEDRO PABLO GOMEZ Y SEIS DE MARZO.**

## **EMBARAZO INTRALIGAMENTARIO. A PROPOSITO DE UN CASO.**

### **AUTORES.**

**Norma Gunsha. Fausto Padilla. María Morales. Rosa Zambrano. Ángel Apraez.**

### **Resumen.**

El embarazo ectópico es una afección relevante dentro del ámbito de la ginecología y obstetricia, porque puede ser una causa frecuente de muerte en mujeres sanas en edad fértil. Su localización intraligamentaria se produce aproximadamente en 1 de cada 300 gestaciones, suele deberse a penetración trofoblástica de un embarazo tubario a través de la serosa hasta el mesosalpinx, con implantación secundaria entre las hojas del ligamento ancho, y puede originar serios problemas quirúrgicos debido a su localización en estructuras profundas de la pelvis o uréter. Presentamos el caso de una paciente de 31 años multigesta con un embarazo de 12 semanas por FUM; que acude al área de emergencia. Al examen físico presenta dolor abdominal difuso, y palidez generalizada sin sangrado vaginal, se realiza ecografía endovaginal observándose embarazo extrauterino izquierdo; por lo cual es intervenida quirúrgicamente, permaneciendo hospitalizada durante 72 horas.

### **Palabras claves**

Embarazo ectópico intraligamentario.

### **Summary.**

The ectopic pregnancy is a top affection into the obstetric and gynecologic field, because it can cause the death of healthy women in fertile age. The intraligamentary location can be present in 1 of 300 pregnancies, and it may be a trophoblastic invasion of a tubular pregnancy through the serosa to the mesosalpinx with a second implantation between the wide ligaments leaves that can originate serious surgical problems due to its situation in deep pelvic structures or ureter. We present a case of a 31 year-old female patient with multiple pregnancies having a 12 weeks pregnancy according with her last period that came to the hospital emergency room. During the physical examination she presented diffuse abdominal pain, a generalized pallor without vaginal bleeding. A vaginal ultrasound exam showed an ectopic pregnancy to the left side of the uterus. For this reason, she was operated on and was dismissed from the hospital 72 hours later.

**Key words:** Ectopic pregnancy intraligamentary

## INTRODUCCION

El embarazo intraligamentario es una forma rara de embarazo ectópico se presenta en menos del 1%, (1,2,3) y se produce cuando el cigoto se implanta hacia el mesosalpinx y la rotura puede ocurrir en la porción de la trompa no cubierta inmediatamente por el peritoneo y el contenido del saco gestacional es eliminado en el espacio formado entre las hojas del ligamento ancho(4,5,6). La incidencia del embarazo ectópico es de 1 a 2 por cada 100 nacimientos (8,9), esta alteración se debe principalmente a los cambios en la conducta sexual de las personas y a la condición asociada de adquirir enfermedades de transmisión sexual y experimentar secundariamente procesos inflamatorios pélvicos(10,11,12,13). Existe un evidente ascenso del número de mujeres con infecciones pélvicas y tubarías, fundamentalmente contraídas por vía sexual, entre las cuales figura la infección por *Chlamydia trachomatis*, con su mayor prevalencia en países en desarrollo (8 – 40 % de las infecciones de transmisión sexual) (14, 15,16). El progreso de la cirugía pélvica en féminas infértiles, el aumento de la esterilización tubaria y las nuevas técnicas de fertilización asistida, son también factores que explican este incremento de embarazos ectópicos(17,18,19,20). Después de un embarazo ectópico se incrementa de 7 a 13 veces el riesgo de embarazo ectópico subsecuente y la posibilidad de que un embarazo subsecuente sea intrauterino es de 50 a 80 % y la de embarazo tubario es de 10 a 25 % (21); las pacientes restantes quedan estériles, generalmente(22,23).

## CASO CLINICO.

Paciente de 30 años multigesta con embarazo de 9 semanas por Fum y de 12 semanas por ecografía particular, con antecedente de legrado uterino instrumental hace 1 semana, y transfusión de 1 unidad de paquete globular en casa, derivada por medico particular al Hospital Enrique C Sotomayor con diagnostico de embarazo de 12 semanas, perforación uterina, y ascitis. Al examen físico presenta dolor abdominal difuso, palidez generalizada y tumoración pélvica 3 cm arriba de sínfisis púbica, dolor a la motilidad cervical con PA: 90/60, pulso 80x`, temperatura 22x`. Hematocrito 20. Se realizo ecografía abdominal superior donde se encontró liquido en cavidad abdominal y espacio de Morrison (foto 1), en la ecografía transvaginal se observo útero en ante versión vacío y liquido en fondo de saco de Douglas (foto 2); feto de 12 semanas por LCR, con movimientos fetales y actividad cardiaca presente, de localización para uterina izquierda (foto 3). Reportando embarazo ectópico no roto. Es ingresada al área de cirugía donde realizan laparotomía exploradora encontrando 2000cc de hemoperitoneo, gran plastrón a nivel de anexo izquierdo adherido a colon y embarazo ectópico roto en ligamento ancho izquierdo; se realizo anexectomia y salpingectomia izquierda colocando dren bilateral a nivel de flanco, 1 a nivel de fondo de saco y otro en cara anterior de útero Permanece en el área observación durante 3 horas donde se transfundió 3 unidades de glóbulos rojos concentrados por presentar hematocrito de 14%. La evolución posoperatoria fue satisfactoria y su estadía hospitalaria fue de 72 horas.

Foto 1

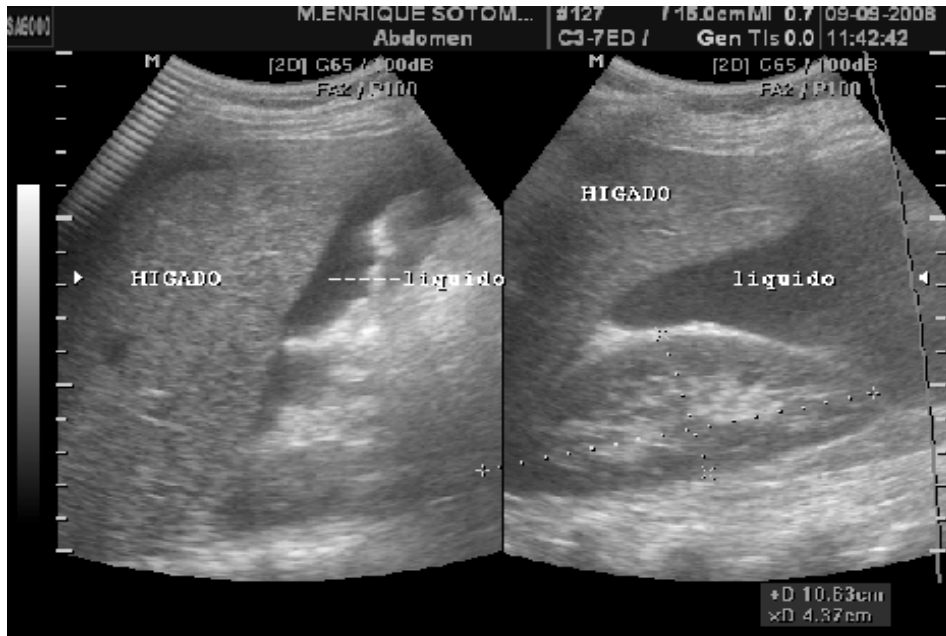


Foto 2

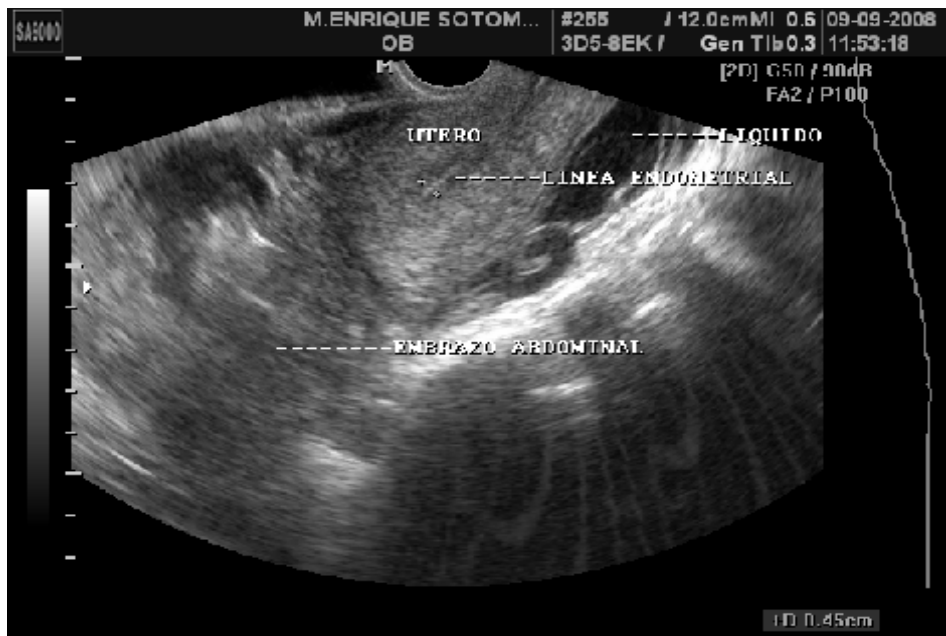


Foto 3



## DISCUSION

El embarazo ectópico intraligamentario se presenta en 1 de cada 300 embarazos, en este caso la paciente fue derivada por medico particular con diagnostico de embarazo de 12 semanas intrauterino y ascitis materna, por presentar ecos particulares que reportaban feto vivo, a pesar de haberse realizado legrado uterino. La historia clínica detallada, el examen físico con ayuda de la ecografía transvaginal fueron importantes para poder diagnosticar este caso oportunamente. En EE.UU., 2 % de todas las gestaciones son ectópicas, y por esa causa fallecen 10-15 % de las grávidas, aumentando la morbi mortalidad materna. Actualmente, el riesgo de muerte por embarazo ectópico es de 1/1 000. Después de un embarazo ectópico, el riesgo de uno subsecuente se incrementa en una proporción de 7 a 13 veces; en tanto la posibilidad de un embarazo intrauterino subsecuente oscila entre 50-80 % y la de tubario fluctúa entre 10-15 %, pero las pacientes restantes quedarán estériles.

## BIBLIOGRAFIA

1. Stone R. Primare care diagnosis of acute abdominal pain. *Nurse Pract* 1996;21(12):19-30.
  2. Kawakami S. Gynecologic and obstetric disorders presenting with abdominal pain. *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi* 2001;61(3);75-83.
  3. Guerra Verdecia C, Hernández Fonseca N, Guerra Vázquez N, Millán Vegas MM, Proenza Masías J. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1999;25(1):66-70.
  4. González Merlo H. Embarazo ectópico. En: *Protocolo de Conductas*. Madrid: Salvat, 1994;t1:330-49.
  5. Cabezas E. Embarazo ectópico. *Rev Cubana med Gen Integr* 1990;6(1):50-7.
  6. Rodríguez Hidalgo N. Embarazo ectópico. [Editorial] *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1995;21(1):3-7.
  7. Fernández Suárez M, Hernández Cabrera J, Molina Guerra C, Dávila Albuérne B, Linares Meléndez R, Benavides García S, Embarazo ectópico: correlación de algunos factores. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1996;22(1):5-10.
  8. Paz Fuentes M, Cruzat Cruzat H, Barrera Quiala M. El embarazo en edades tempranas. Algunas consideraciones al respecto. *Rev Cubana Enferm* 1999;15(1):22-7.
  9. Chirinos de Covas MA. Embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Enferm* 1992;8(1):50-62.
  10. Báez AE, Velásquez H. Un enfoque de riesgo para la maternidad temprana. *Rev Cubana Enferm* 1995;11(1):57-63.
  11. Botella Llusia J. Embarazo ectópico. En: *Tratado de patología obstetricia*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1986;V 2:394-413.
  12. Bueno, F., Saez, J., Y Col. - *Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología - 2006*
  13. Magman R, Shulman A, Magman BB, Barle UGF. Ectopic pregnancy. The new gynecological epidemic disease. *Int J perfil* 1992;37:146-64.
  14. Kory LA. Diagnosis of ectopic pregnancy. *Am J Roentgenol* 2000;175(4):1185-6.
  15. Rusell JBR. Reported ectopic pregnancy. *Hum Retrad* 1995;10(7):64.
  16. Martínez Cuevas M, Martínez Nuzarelló O, Waltiez R, López Fernández R. Embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1998;24(1):13-7.
  17. Toirac Lamarque A. Clínica de las gestaciones ectópicas. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1982;8(4):491-500.
  18. Wong E, Suat SO. Ectopic pregnancy. A diagnostic challenge in the emergency department. *Eur J Emerg Med* 2000;7(3):189-94.
  19. Vilos GA. Recognizin the signs of ectopic pregnancy. *Can J Diagn* 1994;11(3):127-35.
  20. Bowser RTC. Extrauterine abdominal pregnancy: Report of a case. *CRNA* 1999;10(4):181-3.
  21. Rabinerson D, Kaplan B, Ben Rafael Z, Dekel A. Spontaneous bilateral ectopic pregnancy an rare and dangerous occurrence. *Harefuah* 2000;2(138):8-9.
  22. Martínez Camilo RV, Pérez Martínez M, Torriente Hernández B. Embarazo ectópico cervical tratado con metotrexate. Reporte de un caso. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2000;26(2):87-90.
  23. Valentín Martínez, R.,– *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 26 (2): 87-9. 2006
-

**Suscríbete gratis a nuestros artículos científicos**

<http://www.ginecoguayas.com>