

# Embarazo ectópico abdominal: reporte de caso y revisión de la literatura

Casos clínicos  
Vol. 62  
Núm. 5

Abdominal ectopic pregnancy: case  
report and review of the literature

Maritza García-Espinosa<sup>1a</sup>, Abisai Montañón-Martínez<sup>2b</sup>, María de la Caridad Carranco-Salinas<sup>3c</sup>, Germán Maytorena-Córdova<sup>2d</sup>, Israel Bravo-Pérez<sup>3e</sup>, Felipe Caldiño-Soto<sup>4f</sup>

## Resumen

**Introducción:** el embarazo ectópico abdominal es una complicación poco frecuente con elevada morbilidad materna y perinatal. El objetivo fue presentar el manejo multidisciplinario de un embarazo ectópico abdominal avanzado asociado a COVID-19 y hacer una revisión de la literatura.

**Caso clínico:** paciente multigesta de 33 años, con embarazo ectópico abdominal de 34 semanas, diagnosticado por ultrasonido a las 27 semanas. Seis días antes inició con dolor abdominal difuso. Fue referida con prueba RT-PCR para SARS-CoV-2 positiva, sin síntomas respiratorios. La tomografía reportó probable infiltración a asas intestinales, techo vesical y uretero derecho. El ultrasonido abdominal corroboró diagnóstico y mostró ausencia de compromiso de vasos ilíacos y ureteres. La resonancia magnética reportó aporte vascular del lecho placentario dependiente de arteria iliaca derecha y ramos distales de mesentérica superior. Se hizo laparotomía exploradora y se encontró al feto vivo en cavidad abdominal con amnios roto, peso 2385 gramos, Apgar 5/8; placenta con implantación en ligamento ancho, salpínge, ovario, techo vesical, ligamento infundibulopélvico y apéndice. Se realizó histerectomía total abdominal con salpingooforectomía derecha, salpingectomía izquierda y apendicectomía. Hubo un sangrado total de 3000 mL y una evolución postquirúrgica favorable.

**Conclusión:** el embarazo ectópico abdominal representa un reto en la obstetricia. Ofrecer un manejo multidisciplinario permite tener un resultado favorable.

## Abstract

**Background:** Abdominal ectopic pregnancy is a rare complication with high maternal and perinatal morbidity. The objective was to present the multidisciplinary management of an advanced abdominal ectopic pregnancy associated with COVID-19, and a review of the literature.

**Clinical case:** 33-year-old multiparous patient with an abdominal ectopic pregnancy of 34 weeks, diagnosed by ultrasound at 27 weeks. 6 days prior to admission she started with diffuse abdominal pain. She was referred with positive RT-PCR test for SARS-CoV-2, without respiratory symptoms. CT scan reported probable infiltration of bowel loops, bladder roof and right ureter. Abdominal ultrasound corroborated the diagnosis and showed absence of involvement of iliac and ureteral vessels. MRI reported vascular contribution of the placental bed dependent on the right iliac artery and distal branches of the superior mesenteric artery. Exploratory laparotomy was performed, finding a live fetus in the abdominal cavity with a ruptured amnion, weight 2385 g, Apgar 5/8; placenta with implantation in the broad ligament, salpinges, ovary, bladder roof, infundibulopelvic ligament and appendix. A total abdominal hysterectomy was performed with right salpingo-oophorectomy, left salpingectomy and appendectomy. The total bleeding was of 3000 mL and there was a favorable post-surgical evolution.

**Conclusion:** Abdominal ectopic pregnancy represents a challenge in obstetrics. Offering a multidisciplinary management allows to have a favorable outcome.

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", Servicio de Complicaciones de la Segunda Mitad del Embarazo. Ciudad de México, México

<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", Servicio Ginecología Oncológica. Ciudad de México, México

<sup>3</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", Departamento de Toco-cirugía. Ciudad de México, México

<sup>4</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", División de Obstetricia. Ciudad de México, México

ORCID: 0000-0003-2565-2868<sup>a</sup>, 0000-0003-0555-0784<sup>b</sup>, 0000-0002-9490-454X<sup>c</sup>, 0000-0002-5026-1802<sup>d</sup>, 0000-0002-2487-4488<sup>e</sup>, 0000-0003-0061-4478<sup>f</sup>

**Palabras clave**  
Embarazo Ectópico  
Embarazo Abdominal  
Histerectomía

**Keywords**  
Pregnancy, Ectopic  
Pregnancy, Abdominal  
Hysterectomy

**Fecha de recibido:** 18/08/2023

**Fecha de aceptado:** 13/05/2024

**Comunicación con:**

Maritza García Espinosa

 dramaritzage@yahoo.com.mx

 55 5568 2234

**Cómo citar este artículo:** García-Espinosa M, Montañón-Martínez A, Carranco-Salinas MC, *et al.* Embarazo ectópico abdominal: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2024;62(5):e5609. doi: 10.5281/zenodo.12668180

## Introducción

El embarazo ectópico se produce cuando el blastocisto en desarrollo se implanta en un sitio distinto al endometrio de la cavidad uterina. La ubicación extrauterina más común es la trompa de Falopio.<sup>1</sup> La distribución de los sitios más frecuentes es: ampular (70%), ístmica (12%), fimbrial (11%), ovárica (3.2%), intersticial (2.4%) y abdominal (1.3%).<sup>1</sup> (figura 1).

Debido a los avances tecnológicos en ecografía transvaginal y radioinmunoensayos para determinar los niveles séricos de gonadotropina coriónica humana y la mejor vigilancia médica, más del 80% de los embarazos ectópicos son diagnosticados antes de su ruptura, lo que favorece el manejo conservador.<sup>2</sup>

La incidencia reportada es de 1-2% de todos los nacimientos y del ectópico abdominal difiere en la literatura y se reportan de 1:10000 a 1:30000.<sup>3</sup> La literatura asocia muerte materna en 0.5 a 18% de los ectópicos abdominales y muerte fetal en 40 a 90% de los casos.<sup>4</sup>

Las localizaciones de los embarazos abdominales tempranos reportadas en orden de frecuencia descendente son los fondos de saco (fondo de saco de Douglas y fondo de saco anterior), serosa de útero y anexos, órganos abdominales, omento, intestino, apéndice, hígado, bazo, retroperitoneo y pared abdominal.<sup>5</sup> Puede ser primario (implantación directa del blastocisto en la superficie peritoneal o vísceras abdominales) o secundario (resultado de la extrusión de un embrión de la trompa, por aborto tubario o perforación uterina secundaria a procedimientos como raspado endometrial o técnicas de reproducción asistida).<sup>6</sup> Según el momento del diagnóstico, se puede dividir en temprano (antes de la semana 20) y avanzado (después de la semana 20).<sup>6</sup>

Las manifestaciones clínicas son diversas y dependen de la localización y la edad gestacional. Los síntomas pueden ser dolor abdominal repentino y estado de choque

debido al sangrado abundante intraabdominal después del desprendimiento de la placenta o la ruptura de los vasos sanguíneos maternos.<sup>7</sup>

El embarazo ectópico abdominal temprano a menudo se confunde con un embarazo tubario; sin embargo, el sangrado vaginal debido a la respuesta del endometrio a elevaciones insuficientes de fracción beta de gonadotropina coriónica humana (b-hCG) se observa con menos frecuencia que en los embarazos tubarios, y los niveles de b-hCG a menudo tienen una curva de elevación normal. En el embarazo ectópico avanzado, el dolor durante los movimientos fetales puede ser el síntoma de inicio. Si el embarazo se localiza en relación con el estómago, las náuseas y los vómitos pueden ser el síntoma principal.<sup>7</sup>

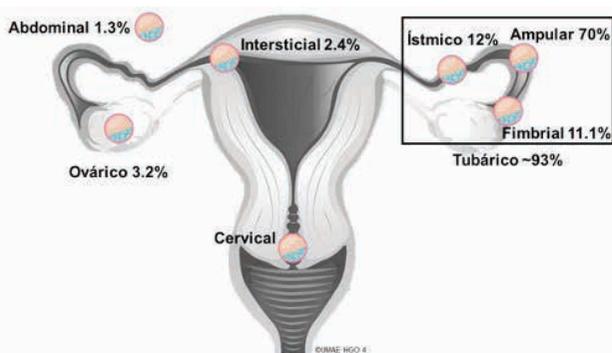
La localización abdominal puede ser desconocida hasta el final del embarazo y hay informes de casos en la literatura sobre mujeres que posponen el parto hasta el término, y en algunas ocasiones el diagnóstico a veces se realiza solo por el intento fallido a la inducción con oxitocina.<sup>8</sup>

Los factores de riesgo para embarazo ectópico abdominal incluyen enfermedad inflamatoria pélvica, antecedentes de cirugía pélvica, uso de dispositivo intrauterino (DIU), un embarazo ectópico previo, edad materna avanzada y reproducción asistida.<sup>9</sup>

En toda mujer en edad reproductiva con dolor abdominal, sangrado vaginal o alteración del ciclo menstrual debe descartarse embarazo y al confirmarse es de suma importancia identificar la ubicación de este.<sup>10</sup>

El objetivo de este estudio fue presentar un caso de embarazo ectópico abdominal avanzado con recién nacido vivo, asociado a enfermedad por SARS-CoV-2. Asimismo, se hizo una revisión de la literatura, con el fin de precisar el diagnóstico clínico, la conducta inicial y el tratamiento multidisciplinario de esta entidad poco frecuente.

Figura 1 Localización de los embarazos ectópicos por frecuencia



## Caso clínico

Paciente de 33 años, procedente de zona rural del sur de México, referida a centro de tercer nivel por embarazo ectópico abdominal avanzado. Antecedentes: mujer indígena tzeltal, monolingüe no hispanohablante, escolaridad primaria básica, sin toxicomanías. Antecedentes gineco-obstétricos: gesta 8, parto 7, sin método de planificación familiar y con mal control prenatal, con ultrasonido abdominal único a las 27.2 semanas, reportado como ectópico abdominal. La paciente inició con dolor abdominal difuso de 6 días de evolución y acudió al Hospital Rural de Chiapas para su valoración. Por diagnóstico de embarazo ectópico

abdominal avanzado, la paciente fue referida a nuestro centro de tercer nivel, con prueba RT-PCR para SARS-CoV-2 positiva, sin síntomas respiratorios y con tomografía simple que reportó embarazo ectópico de localización intraabdominal en hipocondrio y flanco izquierdo, placenta de localización posterolateral en flanco y fosa iliaca derecha de bordes mal definidos; no se descartó infiltración a asas intestinales, techo vesical y uretero derecho (figura 2).

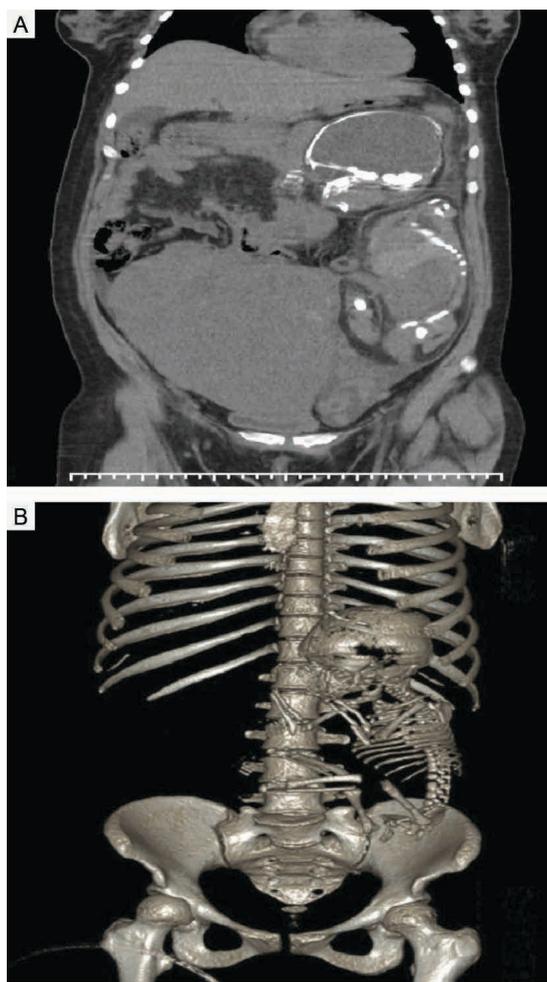
A su ingreso al Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la paciente fue hospitalizada para abordaje diagnóstico-terapéutico. Se realizó ecografía obstétrica a partir de la cual se documentó feto único vivo en hemiabdomen izquierdo, situación longitudinal, presentación pélvica, cabeza en hipocondrio izquierdo materno, dorso en corredera parietocólica izquierda, fetometría promedio 34 semanas, peso fetal estimado de 2042 g (percentil 22 para edad

y sexo), líquido amniótico no valorable; sin embargo, se observó amnios circundando la cabeza. La placenta ocupó pared abdominal, flanco y fosa iliaca derecha con 40% de lagunas, sin evidencia de compromiso de vasos iliacos, útero no ocupado, desplazado a la izquierda, unido a placenta en su pared anterolateral derecha (figura 3).

Se hizo resonancia magnética que reportó embarazo ectópico intraabdominal, feto en hemiabdomen izquierdo, pélvico, placenta en flanco y fosa iliaca derecha, con bordes bien definidos de 115 x 191 x 147 mm, con aporte vascular dependiente de arteria iliaca derecha y ramos distales de mesentérica superior (figura 4).

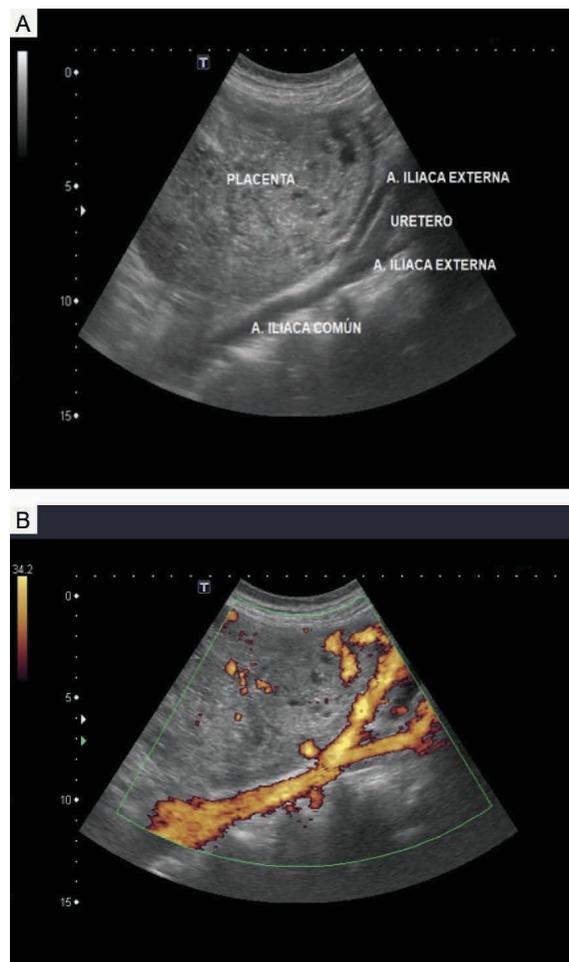
Se efectuó laparotomía exploradora programada con equipo multidisciplinario, bajo protocolo de paciente con COVID-19. La paciente ingresó a quirófano con oxemia 99%, frecuencia cardiaca de 78 lpm, TA 120/76 mmHg.

**Figura 2** Tomografía simple y reconstrucción 3D



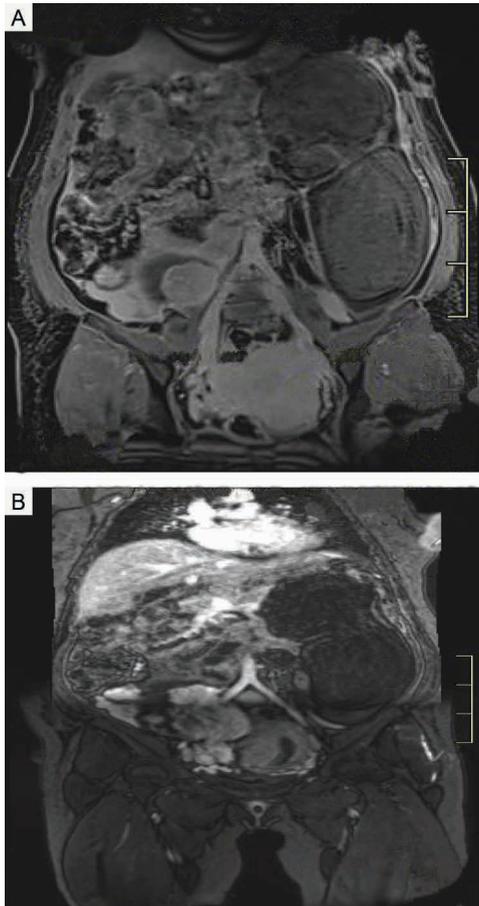
A: tomografía axial computarizada simple, corte coronal anterior: feto único extrauterino en corredera parietocólica izquierda y placenta; B: reconstrucción 3D

**Figura 3** Ultrasonido de la paciente



A: se visualiza placenta y vasos iliacos en 2D; B: imagen de doppler: poder de vasos iliacos en la que no se visualiza invasión de vasos placentarios hacia vasos iliacos

**Figura 4** Resonancia magnética de la paciente



A: fase simple; B: angiografía fase arterial

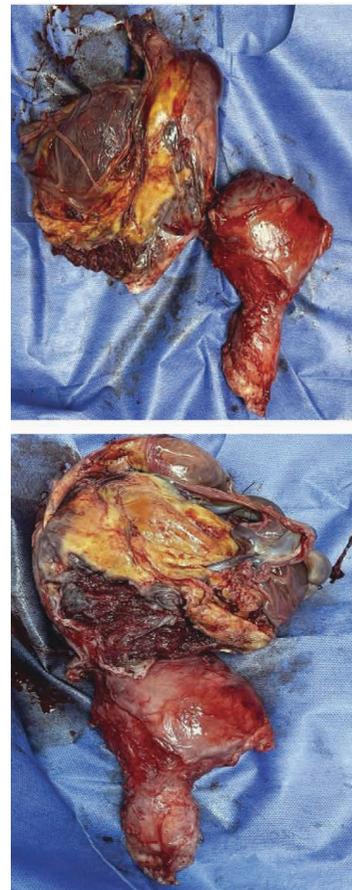
temperatura 36 °C, exámenes preoperatorios en parámetros normales con dímero D 230 ng/mL, y se encontró líquido peritoneal y epiplón con tinte verdoso, amnios roto, feto en hipocondrio izquierdo, nacimiento cefálico, recién nacido vivo, sexo femenino, peso 2385 gramos, talla 43 cm, Apgar 5/8, Capurro 36 semanas. Se amplió incisión hacia región infraumbilical con exploración abdominal y se encontraron múltiples adherencias peritoneales laxas interasa y fijas peritoneales. Se identificó cara fetal de placenta y se disecó, liberando útero y anexo izquierdo, con placenta en ligamento ancho que incluyó salpínge, ovario derecho, ligamento infundibulopélvico y apéndice. Se desangró la placenta y se ferulizó la vena umbilical al administrar 50 g de metotrexate intraplacentario; se observó desprendimiento de borde lateral de placenta con sangrado, por lo que se decidió hacer histerectomía. Se procedió a realizar histerectomía, salpingooforectomía derecha, apendicectomía y salpingectomía izquierda. Se obtuvo útero de 16 x 12 x 4 cm, placenta de 19 cm de diámetro, peso 1100 g en conjunto (figura 5), sangrado total de 3000 cc, con transfusión de 3 concentrados eritrocitarios y un plasma fresco congelado. La paciente fue

ingresada a la unidad de cuidados intensivos (UCI) para vigilancia de estado hemodinámico. Las primeras 24 horas con antibioticoterapia profiláctica (ceftazidima 3 dosis) y tromboprofilaxis profiláctica (enoxaparina 60 mg/24 horas). La paciente tenía COVID-19 asintomática, sin datos clínicos y radiológicos de neumonía, con requerimiento mínimo de oxígeno y sin desarrollo de datos de dificultad respiratoria, con adecuada evolución inicial. En su quinto día postquirúrgico, la paciente presentó deterioro respiratorio, con saturación de oxígeno de 78% al medio ambiente, datos de broncoespasmo y radiológicamente con compromiso a nivel pulmonar, por lo que se inició manejo con esteroide (dexametasona), broncodilatador (salbutamol) y antiviral (oseltamivir), sin adecuada respuesta, debido a lo cual reingresó a la UCI, donde se escaló la antibioticoterapia (cefuroxima + claritromicina), se agregó antifúngico (anfotericina B), con evolución clínica favorable. La paciente fue egresada 14 días después.

## Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed, ClinicalKey, ScienceDirect con los

**Figura 5** Pieza quirúrgica después del nacimiento e histerectomía obstétrica: cara anterior y posterior



términos (MeSH) en español e inglés: “embarazo abdominal”, “embarazo esplénico”, “embarazo hepático”, “embarazo omental” y “embarazo peritoneal”. De enero de 2000 a enero de 2022, se identificaron 249 artículos. Se incluyeron estudios tipo reporte y series de casos, estudios de cohorte y se descartaron cartas al editor y revisiones de la literatura que estuvieran comprendidas dentro del mismo periodo de tiempo establecido, con la intención de no obtener resultados duplicados. Se excluyeron los estudios en los cuales no hubo acceso al texto completo. De los artículos identificados, se excluyeron 191, se tomaron 58 para la revisión de la literatura y de estos se seleccionaron 34 (cuadro I, el cual se presenta al final) de reportes de embarazos abdominales avanzados ( $\geq 20$  semanas de gestación) con recién nacido vivo, que incluían 43 casos. Se evaluó lo siguiente: edad gestacional al momento del parto, localización y manejo de la placenta, resultado materno y resultado neonatal, así como el continente en el que el artículo fue publicado.

## Discusión

Un embarazo ectópico que se encuentra dentro de la cavidad peritoneal y evade la participación de las trompas de Falopio, los ovarios y el ligamento ancho se denomina *embarazo abdominal*. Esta variante, aunque rara, constituye una parte desproporcionadamente grande de la morbilidad y mortalidad relacionadas con los embarazos ectópicos. Representa alrededor del 1% de todos los embarazos ectópicos y es una condición grave que puede tener tasas de mortalidad aún mayores cuando no se maneja adecuadamente.<sup>11</sup>

Las mejores herramientas diagnósticas son la ecografía y la resonancia magnética. La ecografía es el único método no invasivo disponible que permite identificar el embarazo peritoneal, pero el diagnóstico diferencial con el embarazo tubárico aún no ha sido satisfactorio y se llega a diagnosticar solo el 45% de los embarazos abdominales. Un embarazo ectópico avanzado puede malinterpretarse como intrauterino si el ecografista no observa el miometrio durante la exploración y el único signo puede ser la presencia de malformaciones fetales.<sup>12</sup> La resonancia magnética es la segunda opción y con ella se puede detectar con mayor precisión la ubicación del embarazo y evaluar el grado de afectación vascular del tejido circundante, dado que ofrece una imagen multiplanar, multiparamétrica, así como una mejor resolución de los tejidos blandos y ausencia de radiación; asimismo, permite confirmar el diagnóstico al mostrar las relaciones anatómicas exactas del feto, la placenta y los órganos intraabdominales maternos, y detallar la invasión de órganos vasculares y placentarios para la planificación preoperatoria. La identificación del sitio y la extensión de la placenta permite al cirujano decidir si extraer o dejar la placenta *in situ* y definir el sitio de incisión.<sup>12</sup>

Los signos ecográficos de embarazo ectópico abdominal son:<sup>13</sup>

- Útero cuyo tamaño está aumentado y con ausencia de saco gestacional intrauterino.
- Ausencia de anomalías anexiales.
- Un saco gestacional rodeado por asas de intestino y separado por peritoneo.
- Una amplia movilidad, particularmente evidente, con una suave presión del transductor transvaginal.

El uso de la angiografía por resonancia magnética resulta de gran utilidad para la evaluación preoperatoria de la anatomía vascular y, por lo tanto, para la planificación quirúrgica.<sup>14,15</sup>

En casos de sospecha de embarazo abdominal por ecografía, las indicaciones para una resonancia magnética son:<sup>12</sup>

1. No visualización de la pared uterina normal alrededor del feto.
2. Presencia de útero vacío.
3. Evaluar el sitio y la extensión de la placenta.
4. Definir las relaciones anatómicas exactas del feto, la placenta y los órganos intraabdominales maternos.

Los elementos más importantes de evaluación en la resonancia magnética para casos de sospecha de embarazo abdominal son:<sup>12</sup>

1. *El feto*. Determinar la presencia intraabdominal extrauterina del feto (situación, posición y su relación con el útero y los órganos intraabdominales); la viabilidad y las anomalías congénitas; signos de muerte fetal/maceraación/hidropesía.
2. *La placenta*. Sitio y extensión de la implantación: suministro de sangre placentario, sangrado del lecho placentario e infarto de placenta.
3. *El saco amniótico*. Oligohidramnios: signos de ruptura de membrana y pérdida de líquido amniótico.
4. *El útero*. Integridad del cuello uterino, la pared uterina y la cavidad endometrial: signos de ruptura uterina y posible salida del embrión/feto.

## 5. Naturaleza del líquido intraabdominal y el líquido amniótico: hemorrágico o claro.

El caso presentado tuvo un abordaje diagnóstico con ultrasonido, tomografía y resonancia magnética y mostró una mayor precisión la ultrasonografía en los hallazgos encontrados quirúrgicamente.

Las mediciones repetidas del nivel de b-hCG pueden contribuir al diagnóstico, aunque en el embarazo ectópico abdominal a menudo se considera un aumento normal de los niveles de b-hCG, mientras que los embarazos tubáricos a menudo se asocian con un aumento insuficiente.<sup>15</sup> En raras ocasiones, el embarazo ectópico abdominal puede causar incremento del nivel de alfafetoproteína sérica materna.<sup>7</sup>

La elección del tratamiento depende de las circunstancias clínicas, incluida la ubicación del embarazo, el tamaño y los síntomas de la paciente. Pero la primera opción es, por regla general, la cirugía.

En relación con los casos de la revisión bibliográfica (cuadro 1)<sup>16-50</sup> la edad gestacional al momento del parto tuvo un rango de 23 a 42 semanas, con pesos entre 580 a 3255 gramos.<sup>48</sup> El manejo placentario, en la mayoría de los casos (76.7%) fue la remoción quirúrgica, de los cuales solo 5 casos fueron en una segunda intervención (15.1%).<sup>31,40,44,46</sup> En 13 pacientes, el manejo placentario fue *in situ* posterior al nacimiento; de las 13 pacientes, a 3 (23%) se les añadió como tratamiento metotrexate<sup>38,40,49</sup> y una de ellas requirió remoción quirúrgica de placenta en una segunda intervención,<sup>40</sup> debido a que 4 meses después presentó abdomen agudo. En nuestro caso, el tratamiento inicial fue metotrexate intraplacentario seguido de remoción quirúrgica en el mismo evento quirúrgico, por despegamiento de la placenta y sangrado secundario.

El tratamiento médico con metotrexate se utiliza en otros tipos de embarazo ectópico, pero no ha mostrado un buen efecto sobre el embarazo ectópico abdominal; se utiliza en casos en los que hay un alto riesgo de hemorragia quirúrgica. El metotrexate se usa sistémica y localmente. Hay reportes de otros tratamientos médicos a base de glucosa hiperosmolar, cloruro de potasio y mifepristona.<sup>50</sup> Con el tratamiento médico se puede esperar la reabsorción natural; sin embargo, se ha reportado que la cirugía es inevitable después del tratamiento médico, lo que solo prolonga el curso de la enfermedad.<sup>51</sup> En el primer trimestre, la remoción quirúrgica por laparoscopia es el tratamiento de elec-

ción, incluso cuando exista hemoperitoneo.<sup>12</sup> En el pasado, la laparotomía se recomendaba para embarazos ubicados en un área altamente vascularizada. El desarrollo de la cirugía endoscópica ha encontrado varios métodos para asegurar el control del sangrado por vía laparoscópica.<sup>52</sup> La embolización arterial se ha utilizado para controlar el sangrado después de la extracción quirúrgica del feto y la placenta, pero también se ha utilizado sola como tratamiento.<sup>53</sup> Si el embarazo está más avanzado (entre segundo y tercer trimestre), se recomienda laparotomía. La extracción de la placenta puede ser problemática y provocar un sangrado materno potencialmente mortal, dejando la placenta después de la ligadura del cordón umbilical. El postratamiento puede ser embolización arterial, metotrexate o simplemente manejo expectante.<sup>54,55</sup> Las complicaciones asociadas con una placenta *in situ* pueden incluir formación de abscesos, sepsis, sangrado posterior, obstrucción intestinal o ureteral y formación de fistulas.<sup>56</sup>

En el caso presentado no se observó ninguna complicación asociada al manejo médico-quirúrgico en una sola intervención del embarazo ectópico abdominal avanzado y a pesar de una evolución tórpida por el cuadro concomitante de infección por SARS-COV-2, la paciente fue egresada sin complicaciones.

## Conclusiones

El embarazo ectópico abdominal avanzado representa una complicación rara cuyo diagnóstico y tratamiento se consideran un reto. El manejo multidisciplinario permite obtener resultados con baja morbimortalidad materna. Tras la revisión de la literatura y la experiencia expuesta del caso, proponemos un algoritmo de manejo diagnóstico-terapéutico (figura 6, después de las referencias).

## Agradecimientos

A todo el personal de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala", que contribuyó al favorable resultado de la paciente.

---

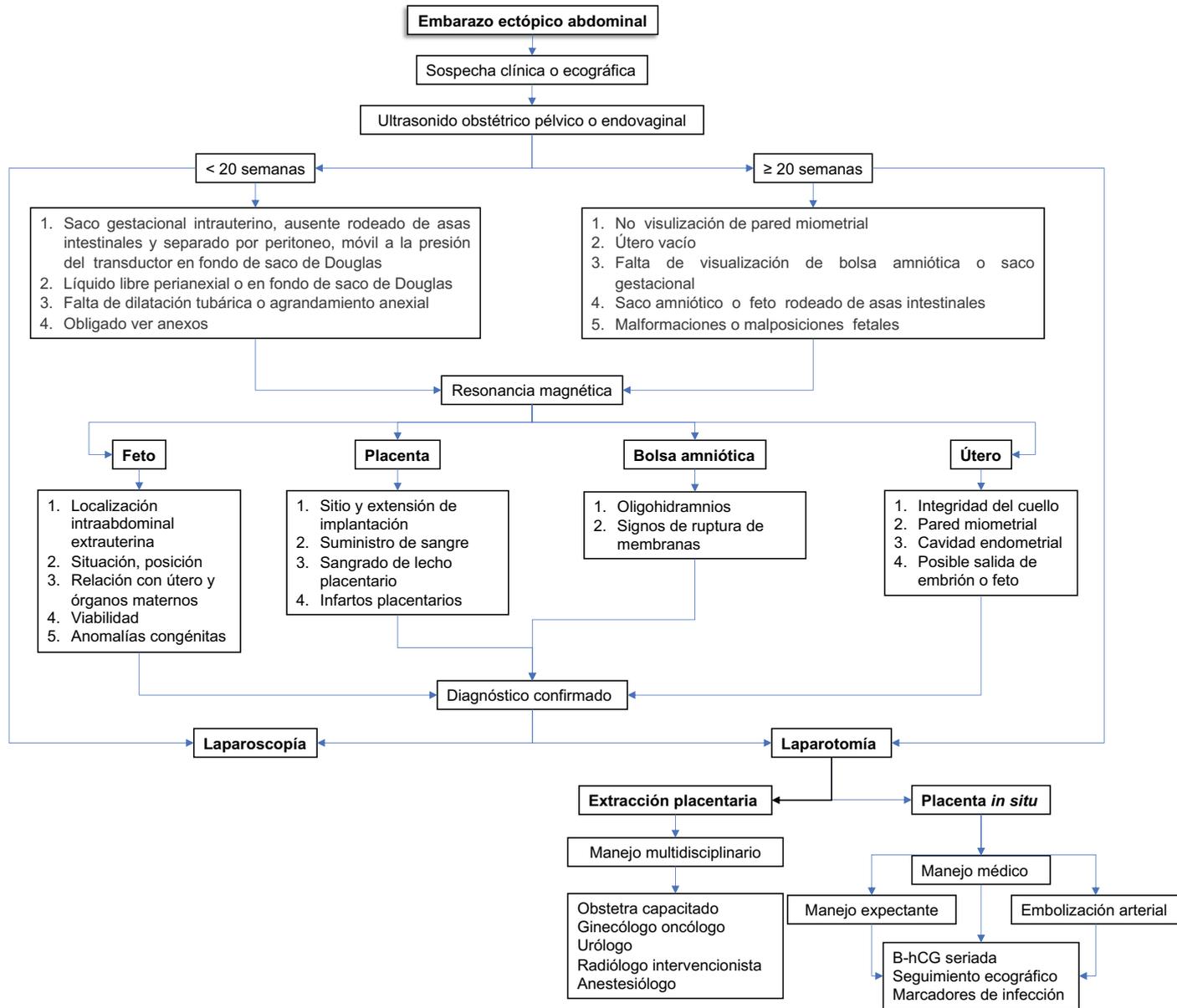
**Declaración de conflicto de interés:** los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

## Referencias

1. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10-year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod.* 2002;17(12):3224-30. doi:10.1093/humrep/17.12.3224
2. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2013;68(8):571-81. doi:10.1097/OGX.0b013e31829cdeb
3. Hossain MA, Begum F, Jahan S, et al. Embarazo a término de ligamento ancho con un recién nacido sano. *Medicina.* 2019; 31(1):60-3. doi: 10.3329/medtoday.v31i1.40324
4. Ramirez Cabrera J, Zapata Diaz B, Campos Siccha G, et al. Embarazo abdominal postérmino. Reporte de un caso. *Rev Peru Ginecol y Obstet.* 2019;65(2):209-12. doi: 10.31403/rpgo.v65i2176https://doi.org/10.24245/gom.v87i3.2493
5. Poole A, Haas D, Magann EF. Early abdominal ectopic pregnancies: a systematic review of the literature. *Gynecol Obstet Invest.* 2012;74(4):249-60. doi: 10.1159/000342997
6. Rabinerson D, Berezowski A, Gabbay-Benziv R. Advanced abdominal pregnancy. *Harefuah.* 2017;156(2):114-7.
7. Nielsen SK, Møller C, Glavind-Kristensen M. Abdominal ektopisk graviditet. *Ugeskr Laeger.* 2020;182(15):V08190467
8. Lamina MA, Akinyemi BO, Fakoya TA, et al. Abdominal pregnancy: a cause of failed induction of labour. *Niger J Med.* 2005; 14(2):213-7. doi: 10.4314/njm.v14i2.37183
9. Chen L, Liu J, Shu J et al. Successful laparoscopic management of diaphragmatic pregnancy: a rare case report and brief review of literature. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):99 doi: 10.1186/s12884-019-2248-0
10. Hendriks E, Rosenberg R, Prine L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.* 2020;101(10): 599-606.
11. Ozen M, Birmingham E, Hoffman M et al. Non-surgical management of abdominal ectopic pregnancy with uterine artery embolization. *Radiol Case Rep* 2022;17(5):1631-3. doi: 10.1016/j.radcr.2022.02.040
12. Deng MX, Zou Y. Evaluating a magnetic resonance imaging of the third-trimester abdominal pregnancy: What the radiologist needs to know. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(48):e8986. doi: 10.1097/MD.0000000000008986
13. Elmiski F, Ouafidi B, Elazzouzi E, et al. Abdominal pregnancy diagnosed by ultrasonography and treated successfully by laparotomy: Two cases report. *Int J Surg Case Rep.* 2021;83: 105952 doi: 10.1016/j.ijscr.2021.105952
14. Malian V, Lee JH. MR imaging and MR angiography of an abdominal pregnancy with placental infarction. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;177(6):1305-6. doi: 10.2214/ajr.177.6.1771305
15. Tromans PM, Coulson R, Lobb MO, et al. Abdominal pregnancy associated with extremely elevated serum alpha-feto-protein. Case report. *Br J Obstet Gynaecol.* 1984;91(3):296-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.1984.tb04773.x
16. Escobar-Vidarte MF, Caicedo-Herrera G, Solarte-Erazo Juan D, et al. Embarazo ectópico abdominal avanzado: reporte de casos y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginec.* 2017;68 (1):71-82. doi: 10.18597/rcog.2983
17. Harirah HM, Smith JM, Dixon CL, et al. Conservative Management and Planned Surgery for Perivable Advanced Extrauterine Abdominal Pregnancy with Favorable Outcome: Report of Two Cases. *AJP Rep.* 2016;6(3):e301-8. doi: 10.1055/s-0036-1588003
18. Udigwe GO, Eleje GU, Ihekwoaba EC, et al. Acute Intestinal Obstruction Complicating Abdominal Pregnancy: Conservative Management and Successful Outcome. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2016;2016:2576280 doi: 10.1155/2016/2576280
19. Nassali MN, Benti TM, Bandani-Ntsabele M, et al. A case report of an asymptomatic late term abdominal pregnancy with a live birth at 41 weeks of gestation. *BMC Res Notes.* 2016;9:31. doi: 10.1186/s13104-016-1844-6
20. El-Agwany AS, El-Badawy el-S, El-Habashy A, et al. Secondary Advanced Abdominal Pregnancy after Suspected Ruptured Cornual Pregnancy with Good Maternal Outcome: A Case with Unusual Gangrenous Fetal Toes and Ultrasound Diagnoses Managed by Hysterectomy. *Clin Med Insights Womens Health.* 2016;9:1-5. doi: 10.4137/CMWH.S36311
21. Bhoil R, Aggarwal N, Jhobta A, et al. Advanced abdominal pregnancy with successful outcome. *Intern Emerg Med.* 2016; 11(6):877-8. doi: 10.1007/s11739-015-1339-9
22. Brouard KJ, Howard BR, Dyer RA. Hepatic Pregnancy Suspected at Term and Successful Delivery of a Live Neonate With Placental Attachment to the Right Lobe of the Liver. *Obstet Gynecol.* 2015;126(1):207-10. doi: 10.1097/AOG.0000000000000703
23. Mengistu Z, Getachew A, Adefris M. Term abdominal pregnancy: a case report. *J Med Case Rep.* 2015;9:168. doi: 10.1186/s13256-015-0635-3
24. Gidiri MF, Kanyenze M. Advanced abdominal ectopic pregnancy: lessons from three cases from Zimbabwe and a literature appraisal of diagnostic and management challenges. *Womens Health.* 2015;11(3):275-9. doi: 10.2217/whe.15.3
25. Dabiri T, Marroquin GA, Bendek B, et al. Advanced extrauterine pregnancy at 33 weeks with a healthy newborn. *Biomed Res Int.* 2014;2014:102479. doi: 10.1155/2014/102479
26. Marcellin L, Ménard S, Lamau MC, et al. Conservative management of an advanced abdominal pregnancy at 22 weeks. *AJP Rep.* 2014;4(1):55-60. doi:10.1055/s-0034-1371749
27. Joshi B, Aggarwal N, Singh A. Obstetrical catastrophe averted: successful outcome of an abdominal pregnancy. *Am J Emerg Med.* 2014;32(10). doi: 10.1016/j.ajem.2014.03.041
28. Matovelo D, Ng'walida N. Hemoperitoneum in advanced abdominal pregnancy with a live baby: a case report. *BMC Res Notes.* 2014;7:106. doi: 10.1186/1756-0500-7-106
29. Renfroe S, Dajani NK, Pandey T, et al. Role of serial MRI assessment in the management of an abdominal pregnancy. *BMJ Case Rep.* 2013;2013:bcr2013200495. doi: 10.1136/bcr-2013-200495
30. Smrtka MP, Gunatilake R, Miller MJ, et al. Improving the management of an advanced extrauterine pregnancy using pelvic arteriography in a hybrid operating suite. *AJP Rep.* 2012;2(1): 63-6. doi: 10.1055/s-0032-1322507
31. Aliyu LD, Ashimi AO. A multicentre study of advanced abdominal pregnancy: a review of six cases in low resource settings. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;170(1):33-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.05.022
32. Masukume G, Sengurayi E, Muchara A, et al. Full-term abdominal extrauterine pregnancy complicated by post-operative ascites with successful outcome: a case report. *J Med Case Rep.* 2013;7:10. doi: 10.1186/1752-1947-7-10
33. Kim MJ, Bae JY, Seong WJ, et al. Sonographic diagnosis of a viable abdominal pregnancy with planned delivery after fetal lung maturation. *J Clin Ultrasound.* 2013;41(9):563-5. doi: 10.1002/jcu.22010
34. Collins SL, Grant D, Black RS, et al. Abdominal pregnancy: a perfusion confusion? *Placenta.* 2011;32(10):793-5. doi: 10.1016/j.placenta.2011.07.032

35. Dahab AA, Aburass R, Shawkat W, et al. Full-term extrauterine abdominal pregnancy: a case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:531. doi: 10.1186/1752-1947-5-531
36. Baffoe P, Fofie C, Gandau BN. Term abdominal pregnancy with healthy newborn: a case report. *Ghana Med J.* 2011;45(2):81-3. doi: 10.4314/gmj.v45i2.68933
37. Brewster EM Sr, Braithwaite EA, Brewster EM Jr. Advanced abdominal pregnancy: a case report of good maternal and perinatal outcome. *West Indian Med J.* 2011;60(5):587-9.
38. Ramphal SR, Moodley J, Rajaruthnam D. Hepatic pregnancy managed conservatively. *Trop Doct.* 2010;40(2):121-2. doi: 10.1258/td.2009.090218
39. Gupta P, Sehgal A, Huria A, et al. Secondary abdominal pregnancy and its associated diagnostic and operative dilemma: three case reports. *J Med Case Rep.* 2009;3:7382. doi: 10.4076/1752-1947-3-7382
40. Oneko O, Petru E, Masenga G, et al. Management of the placenta in advanced abdominal pregnancies at an East African tertiary referral center. *J Womens Health* 2010;19(7):1369-75. doi: 10.1089/jwh.2009.1704
41. Sunday-Adeoye I, Twomey D, Egwuatu EV, et al. A 30-year review of advanced abdominal pregnancy at the Mater Misericordiae Hospital, Afikpo, southeastern Nigeria (1976-2006). *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(1):19-24. doi: 10.1007/s00404-009-1260-4
42. Worley KC, Hnat MD, Cunningham FG. Advanced extrauterine pregnancy: diagnostic and therapeutic challenges. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(3):297.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2007.09.044
43. Isah AY, Ahmed Y, Nwobodo EI, et al. Abdominal pregnancy with a full term live fetus: case report. *Ann Afr Med.* 2008;7(4):198-9. doi: 10.4103/1596-3519.55653
44. Promsonthi P, Herabutya Y. Uterocutaneous fistula in term abdominal pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007;132(2):239-41. doi: 10.1016/j.ejogrb.2006.04.041
45. Lockhat F, Corr P, Ramphal S, et al. The value of magnetic resonance imaging in the diagnosis and management of extrauterine abdominal pregnancy. *Clin Radiol.* 2006;61(3):264-9. doi: 10.1016/j.crad.2005.10.013
46. Roberts RV, Dickinson JE, Leung Y, et al. Advanced abdominal pregnancy: still an occurrence in modern medicine. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2005;45(6):518-21. doi: 10.1111/j.1479-828X.2005.00489.x
47. Tshivhula F, Hall DR. Expectant management of an advanced abdominal pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2005;25(3):298. doi: 10.1080/01443610500106819
48. Godyn JJ, Hazra A, Gulli VM. Subperitoneal placenta accreta succenturiate in the case of a successful near-term extrauterine abdominal pregnancy. *Hum Pathol.* 2005;36(8):922-6. doi: 10.1016/j.humpath.2005.05.020
49. Xiao GH, Chen DJ, Sun XF, et al. Abdominal pregnancy: full-term viable baby. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;118(1):117-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2004.04.027
50. Raughley MJ, Frishman GN. Local treatment of ectopic pregnancy. *Semin Reprod Med.* 2007;25(2):99-115. doi: 10.1055/s-2007-970049
51. Okorie CO. Retroperitoneal ectopic pregnancy: is there any place for non-surgical treatment with methotrexate? *J Obstet Gynaecol Res.* 2010;36(5):1133-6. doi: 10.1111/j.1447-0756.2010.01270.x
52. Shaw SW, Hsu JJ, Chueh HY, et al. Management of primary abdominal pregnancy: twelve years of experience in a medical centre. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(9):1058-62. doi: 10.1080/00016340701434476
53. Varma R, Mascarenhas L, James D. Successful outcome of advanced abdominal pregnancy with exclusive omental insertion. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;21(2):192-4. doi: 10.1002/uog.25
54. Rahaman J, Berkowitz R, Mitty H, et al. Minimally invasive management of an advanced abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004;103(5 Pt 2):1064-8. doi: 10.1097/01.AOG.0000127946.14387.48
55. Hymel JA, Hughes DS, Gehlot A, et al. Late Abdominal Pregnancies ( $\geq 20$  Weeks Gestation): A Review from 1965 to 2012. *Gynecol Obstet Invest.* 2015;80(4):253-8. doi: 10.1159/000381264
56. Ayinde OA, Aimakhu CO, Adeyanju OA, et al. Abdominal pregnancy at the University College Hospital, Ibadan: a ten-year review. *Afr J Reprod Health.* 2005;9(1):123-7.

**Figura 6** Algoritmo de manejo para embarazo ectópico abdominal



**Cuadro I** Reportes de casos de embarazo ectópico abdominal avanzado con recién nacidos vivos

Autor	Año	No. de casos	Edad gest. del parto	Localización de placenta	Manejo de placenta	Resultado materno	Resultado neonatal	Continente
Escobar-Vidarte <sup>16</sup>	2016	2	32	Cara post. del útero/intestino/vejiga	Remoción quirúrgica	Viva. HTA Ileo postcirugía	Vivo 1205 g Apgar 1-3	América del Sur
			28	Cara anterior y posterior del útero	Remoción quirúrgica	Viva	Vivo 1260 g Apgar 7-8-9 SDR	
Harirah <sup>17</sup>	2016	2	29	Omento/ intestino	Remoción quirúrgica + omentectomía	Viva Hemorragia intraperitoneal Transfusión	Vivo, 1225 g Apgar 6-9	América del Norte
			30	Fondo del útero/ Sigmoides	<i>In situ</i>	Viva Resonancia magnética 6 meses después con reducción 1/3 de tejido placentario residual	Vivo 1085 g Apgar 6-8 Síndrome por bandas amnióticas en pie derecho	
Udigwe <sup>18</sup>	2016	1	32	Intestino/ anexo derecho	Remoción quirúrgica	Viva Sangrado 1000 mL Transfusión Oclusión intestinal	Vivo 2300 g Apgar 9-10 Deformidad del pie, asimetría facial, clitoromegalia	África
Nassali <sup>19</sup>	2016	1	41	Omento/ ileón/ fondo de saco de Douglas	Remoción quirúrgica parcial	Viva Sangrado > 2000 mL Transfusión	Vivo 3108 g Apgar 7-8	África
El-Agwan <sup>20</sup>	2016	1	28	Omento/ fondo uterino	<i>In situ</i>	Viva Sangrado masivo no controlado Histerectomía subtotal, transfusión	Vivo 1500 g Dedos de los pies gangrenados por bandas omentales	África
Bhoil <sup>21</sup>	2016	1	34	Cavidad peritoneal	Remoción quirúrgica	Viva	Vivo 2300 g	África
Brouard <sup>22</sup>	2015	1	37	Lóbulo derecho hepático	<i>In situ</i>	Viva Sangrado: 1500 mL RM 7 semanas después, con placenta residual significativa, asintomática	Vivo	África
Mengistu <sup>23</sup>	2015	1	40	Oemtno/ superficie serosa de útero	Remoción quirúrgica	Viva Sangrado masivo no controlado Histerectomía	Vivo 2600 g	África
Gidir <sup>24</sup>	2015	2	35	Intestino grueso y delgado/omento y fondo uterino	<i>In situ</i>	Viva Persistencia de placenta residual 6 meses después	Vivo 2000 g	
Dabiri <sup>25</sup>	2014	1	33	Fondo de saco de Douglas, Sigmoides/serosa uterina	Remoción quirúrgica	Viva Sangrado masivo Transfusión	Vivo 2362 g	América del Norte
Marcellin <sup>26</sup>	2014	1	32	Omento	<i>In situ</i>	Viva Sangrado moderado Embolización arterial selectiva	Vivo 2300 g	Europa

Continúa en la página: 11

Continúa de la página: 10

Autor	Año	No. de casos	Edad gest. del parto	Localización de placenta	Manejo de placenta	Resultado materno	Resultado neonatal	Continente
Joshi <sup>27</sup>	2014	1	34	Intestino	Remoción quirúrgica	Viva Sangrado 1300 mL Transfusión	Vivo Asfixia perinatal Mal- formaciones congénitas	Asia
Matovelo <sup>28</sup>	2014	1	32	Omento/cuerno derecho	Remoción quirúrgica	Viva. Hemoperitoneo y anemia severa.	Vivo. 1700g. Apgar 8-10	
Renfro <sup>29</sup>	2013	1	24	Sigmoideas/fondo uterino	Remoción quirúrgica	Viva Sangrado: 5500 mL Transfusión masiva	Vivo 660 g Apgar 2-4-5. Displasia bron- copulmonar.	
Smrtka <sup>30</sup>	2013	1	23	Sigmoideas/ovario izquierdo	Remoción quirúrgica	Viva Sangrado 600 mL Ooforectomía izquierda	Vivo 580 g Apgar 5-7 UCI por 5 meses	América del Norte
Aliyu <sup>31</sup>	2013	6	42	Intestino	Remoción quirúrgica en segunda intervención	Viva	Vivo 3200 g Apgar 5-7	África
			35	Intestino/ omento	Remoción quirúrgica en segunda intervención.	Viva Oclusión intestinal e infección Remoción de tejido placentario necrótico	Vivo 3200 g Apgar 4-6 Muerte a las 24 horas	
Masukume <sup>32</sup>	2013	1	40	Colon/ intestino delgado/vejiga	Remoción quirúrgica	Viva Sangrado 1500 mL Transfusión	Vivo 2850 g Apgar 8-10	África
Kim <sup>33</sup>	2013	1	34	Sigmoideas/pared uterina posterior	Remoción quirúrgica	Viva Sangrado moderado Transfusión	Vivo 2100 g Apgar 5-8	Asia
Collins <sup>34</sup>	2011	1	30	Cara lateral derecha de piso pélvico	Remoción quirúrgica	Viva	Vivo	Europa
Dahab <sup>35</sup>	2011	1	40	Cara posterior de ligamento ancho izquierdo	Remoción quirúrgica	Viva Sangrado masivo Transfusión masiva	Vivo Apgar 6-10	Asia
Baffoe <sup>36</sup>	2011	1	38	Colon/ omento/ útero	Remoción quirúrgica	Viva Sangrado 100 mL Transfusión	Vivo 2300 g	
Brewster <sup>37</sup>	2011	1	33	Pared posterior del útero	Remoción quirúrgica	Viva	Vivo	Asia
Ramphal <sup>38</sup>	2010	1	34	Lóbulo derecho hepático	<i>In situ</i> + metotrexate	Viva	Vivo	África
Gupta <sup>39</sup>	2009	1	41	Omento/ intestino	Remoción quirúrgica	Viva Sangrado masivo Transfusión	Vivo	Asia
Onoko <sup>40</sup>	2009	7	37	Omento/intestino	<i>In situ</i> + metotrexate Remoción quirúrgica en segunda intervención	Viva 4 meses después con dolor abdominal Requirió segunda laparotomía	Vivo 2950 g Apgar 9-10	África

Continúa en la página: 12

Continúa de la página: 11

Autor	Año	No. de casos	Edad gest. del parto	Localización de placenta	Manejo de placenta	Resultado materno	Resultado neonatal	Continente
			33	Intestino	<i>In situ</i>	Viva	Vivo 2600 g Apgar 8-10	África
Sunday-Adeoye <sup>41</sup>	2009	10	37	Fondo uterino	Remoción quirúrgica	Viva	Vivo 2650 g	África
Worley <sup>42</sup>	2008	2	30	Pared pélvica y vejiga	<i>In situ</i>	Viva Transfusión Absceso de placenta 10 días después Manejo médico	Vivo Retraso de crecimiento intrauterino	Asia
Isah <sup>43</sup>	2008	1	39	Fondo uterino	Remoción quirúrgica	Viva Sangrado 900 mL Transfusión	Vivo 3200 g Apgar 7-8	África
Promsonthi <sup>44</sup>	2007	1	40	Pared peritoneal posterior y fondo del útero	<i>In situ</i> Remoción en segunda intervención.	Viva Sangrado masivo Absceso abdominal 3 meses después	Vivo 3540 g	Europa
Lockhat <sup>45</sup>	2006	9	28	Fondo uterino derecho	Remoción quirúrgica	Viva	Vivo 1500 g	África
			31	Hígado	<i>In situ</i>	Viva Placenta retenida	Vivo 1400 g	
			29	Fondo uterino derecho	Remoción quirúrgica	Viva	Vivo	
			31	Ligamento pélvico derecho/ omento	Remoción quirúrgica	Viva	Vivo 1800 g	
			31	Fondo uterino derecho/ omento	Remoción quirúrgica	Viva	Vivo 1500 g	
			31	Fondo uterino	Remoción quirúrgica	Viva	Vivo 1500 g	
Roberts <sup>46</sup>	2006	1	35	Peritoneo	<i>In situ</i> Remoción en segunda intervención	Viva Hidronefrosis y ascitis	Vivo	Oceanía
Tshivhula <sup>47</sup>	2006	1	32	Fondo uterino/ ligamento ancho derecho/ colon/ intestino delgado	Remoción quirúrgica	Viva Picos febriles	Vivo 1416 g Apgar 10 Enfermedad de membrana hialina	África
Godyn <sup>48</sup>	2006	1	37	Cavidad peritoneal	Remoción quirúrgica	No reportado	Vivo 3255 g	América del Norte
Xiao <sup>49</sup>	2005	1	31	Omento	<i>In situ</i> + metotrexate	Viva	Vivo 1745 g Apgar 5-8-10	Asia