

EMBARAZO ECTÓPICO HEPÁTICO: REPORTE DE CASO

LIVER ECTOPIC PREGNANCY: CASE REPORT

Winnie Campos Rodríguez^{1,3,a}, Brenda Condori Mendoza^{2,b}

RESUMEN

Introducción. El embarazo ectópico hepático (EEH) es una forma extraordinariamente rara de implantación extrauterina, asociada con un alto riesgo de complicaciones hemorrágicas y mortalidad materna. **Presentación de caso.** Este caso ilustra la presentación clínica, diagnóstico y manejo de una paciente de 30 años con EEH complicado. El diagnóstico se confirmó mediante ecografía abdominal, identificando un feto viable implantado en el lóbulo hepático derecho. Ante la inestabilidad hemodinámica, se realizó laparotomía urgente con resección hepática y manejo de la placenta in situ en terapia combinada con metotrexato para prevenir complicaciones asociadas al tejido placentario residual. **Conclusión.** La experiencia reportada refuerza la importancia del diagnóstico temprano con imagenología avanzada y un enfoque multidisciplinario para reducir la morbimortalidad en condiciones críticas. Aporta evidencia clave para optimizar estrategias clínicas, especialmente en escenarios con recursos limitados, contribuyendo al diseño de protocolos más seguros y eficaces en salud materna.

Palabras clave: Embarazo Ectópico Hepático, Informes de Casos, Salud Materna (fuente: DeCS- Bireme).

ABSTRACT

Introduction. Hepatic ectopic pregnancy (HEP) is an extraordinarily rare form of extrauterine implantation, associated with a high risk of hemorrhagic complications and maternal mortality. **Case presentation.** This case illustrates the clinical presentation, diagnosis, and management of a 30-year-old patient with complicated HEP. The diagnosis was confirmed through abdominal ultrasound, revealing a viable fetus implanted in the right hepatic lobe. Due to hemodynamic instability, an urgent laparotomy was performed with hepatic resection and in situ management of the placenta, combined with methotrexate therapy to prevent complications related to residual placental tissue. **Conclusion.** The reported experience underscores the importance of early diagnosis using advanced imaging and a multidisciplinary approach to reduce morbidity and mortality in critical conditions. It provides key evidence for optimizing clinical strategies, especially in resource-limited settings, contributing to the design of safer and more effective maternal health protocols.

Keywords: Liver ectopic pregnancy, Case Reports, Maternal Health (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico hepático (EEH) es una forma extremadamente rara de implantación extrauterina, representando menos del 1% de los embarazos ectópicos abdominales^(1,2). Aunque infrecuente, esta condición implica un alto riesgo de mortalidad materna, siendo hasta 7,7 veces mayor que en el embarazo ectópico tubárico y 90 veces superior al embarazo intrauterino⁽³⁾. El diagnóstico oportuno es complejo debido a la inespecificidad de los síntomas, como dolor abdominal y signos de inestabilidad hemodinámica, lo que exige un alto grado de sospecha clínica. Las técnicas de imagen, como la ecografía y la resonancia magnética, son fundamentales para confirmar la implantación hepática⁽⁴⁻⁶⁾. Este reporte documenta un caso de EEH complicado tratado mediante laparotomía

y terapia con metotrexato, destacando la importancia del abordaje interdisciplinario. Su presentación contribuye al conocimiento de esta entidad, ayudando a optimizar futuros diagnósticos y tratamientos^(7,8).

REPORTE DE CASO

Se presenta el caso de una mujer de 30 años, sin antecedente de importancia, referida desde el Hospital Yanahuara al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo por un cuadro de dolor abdominal severo asociado a inestabilidad hemodinámica. Al ingreso, la paciente presentó signos de choque hipovolémico, con presión arterial de 80/50 mmHg, frecuencia cardíaca de 100 lpm y saturación de oxígeno del 97%. El examen físico evidenció abdomen con defensa muscular marcada.

¹ Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Alto Inclan, Arequipa Perú.

² Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa, Perú

³ Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Arequipa, Perú.

^a Médico Ginecólogo Obstetra

^b Médico Residente de Ginecología y Obstetricia.

Citar como: Campos Rodríguez W, Condori Mendoza B. Embarazo Ectópico Hepático: Reporte de caso. Liver ectopic pregnancy: Case Report. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2024; 13(3): 43-46. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2024415>

Los estudios iniciales reportaron hemoglobina de 9,6 g/dL, plaquetas de 266,000/mm³ y β-hCG cuantitativa elevada a 55,710 UI/L. Se solicitó una ecografía abdominal, la cual mostró un hígado con características hipocogénicas y una formación redondeada de 50 mm localizada en el lóbulo derecho. En el interior de esta estructura, se identificó un feto único vivo, con un diámetro biparietal de 21 mm, movimientos activos y latido cardíaco presente, compatible con una edad gestacional aproximada de 13 semanas (Figura 1). Estos hallazgos se confirmaron mediante una segunda ecografía abdominal, estableciendo el diagnóstico de embarazo ectópico hepático complicado.



Figura 1. Ecografía hepática que muestra la imagen fetal en el lóbulo derecho.



Figura 2. Producto extraído: feto íntegro con restos de placenta y tejido hepático.

Debido a la inestabilidad hemodinámica de la paciente, se realizó una laparotomía exploratoria de urgencia en coordinación con el equipo de cirugía general. Durante la intervención, se confirmó la localización hepática del embarazo ectópico. Se procedió a la extracción del producto gestacional, identificado como un feto íntegro de características macroscópicas normales para la edad gestacional estimada, con restos placentarios adheridos al parénquima hepático (Figura 2). Se realizó resección

en cuña del lóbulo hepático derecho, colocación de puntos hemostáticos y packing hepático para control de hemorragia.

En el posoperatorio inmediato, la paciente presentó un descenso de hemoglobina a 6.8 g/dL, requiriendo recambio del packing y la instalación de drenajes de Penrose. El manejo incluyó transfusión de dos paquetes globulares, cuatro unidades de plasma fresco congelado y seis de plaquetas. Posteriormente, se administró una dosis única de metotrexato (76 mg, equivalente a 50 mg/m²) para promover la resolución del tejido placentario residual. Se indicó realizar controles seriados de β-hCG que confirmaron la resolución completa del cuadro. El seguimiento mostró una disminución progresiva de los niveles de β-hCG, alcanzando valores indetectables en el día 45 posquirúrgico. La paciente fue dada de alta en condiciones clínicas estables.

Tabla 1. Línea de tiempo clínica integrada con la evolución de los valores de β-hCG.

FECHA	Evento clínico	Valor de β-hCG (mUI/mL)
04/06/2024	Ingreso: dolor abdominal severo, choque hipovolémico, diagnóstico de EEH	55,710
05/06/2024	Laparotomía exploratoria; extracción del producto gestacional; resección hepática; packing hemostático	No registra
16/06/2024	Recambio de packing; instalación de drenajes de Penrose	2,928
19/06/2024	Seguimiento posquirúrgico; evolución estable	880.8
25/06/2024	Reducción sostenida de β-hCG; administración de metotrexato	292
01/07/2024	Control posquirúrgico ambulatorio	74,9
05/07/2024	Seguimiento con valores en descenso progresivo	34,77
12/07/2024	β-hCG casi indetectable	9,28
19/07/2024	β-hCG indetectable; alta definitiva	2,4

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico hepático, una localización extremadamente rara del embarazo extrauterino, presenta desafíos clínicos en diagnóstico y manejo debido a su potencial riesgo de hemorragia masiva y alta mortalidad materna. Este reporte resalta la importancia

del enfoque multidisciplinario, el diagnóstico temprano mediante estudios de imagen avanzados y la selección del tratamiento más adecuado, comparándolo con la evidencia actual de otros estudios similares.

El diagnóstico inicial en este caso se logró mediante ecografía abdominal, identificando una masa hepática compatible con un saco gestacional, lo que coincidió con los criterios ecográficos clásicos para embarazos abdominales descritos por Zhang et al. y Allibone GW et al. Estos criterios incluyen la ausencia de pared uterina entre el feto y la vejiga, así como la localización anómala de la placenta fuera de la cavidad uterina^(9,10). Posteriormente, la tomografía computarizada (TC) permitió confirmar la localización en el lóbulo hepático derecho, facilitando la planificación quirúrgica. Este abordaje coincide con lo reportado por Xu et al. y Abdelazim IA et al, quienes enfatizan que la TC y la resonancia magnética son herramientas indispensables al proporcionar una localización precisa de la implantación hepática^(6,11).

La laparotomía exploratoria fue la intervención seleccionada debido a la inestabilidad hemodinámica de la paciente, permitiendo la resección en cuña del lóbulo hepático comprometido y dejando la placenta in situ para evitar una hemorragia masiva. Este abordaje es consistente con lo reportado por Katiyar et al., quienes destacan que este abordaje ofrece mayor seguridad en escenarios de alto riesgo hemorrágico⁽¹²⁾. En contraste, Zhao et al. reportan el uso exitoso de la laparoscopia en pacientes hemodinámicamente estables, logrando menor tiempo de recuperación y mínima pérdida sanguínea⁽⁵⁾. Se enfatiza que la laparoscopia requiere cirujanos con experiencia en procedimientos avanzados, lo que puede limitar su aplicación en centros con recursos restringidos o en casos complejos. El presente caso reafirma que la laparotomía sigue siendo el estándar en situaciones críticas debido a su accesibilidad y eficacia en el control quirúrgico inmediato.

El manejo de la placenta en embarazos ectópicos hepáticos es un tema ampliamente debatido. Salazar-Reviakina A, et al. sugieren que la extracción forzada de la placenta puede desencadenar hemorragias incontrolables, manejable con el uso de metotrexato permitiendo una regresión progresiva del tejido placentario⁽¹³⁾. Así mismo, autores como Abdelazim IA et al. recomiendan un seguimiento estricto de los niveles de β -hCG tras dejar la placenta in situ, con el fin de detectar de manera temprana signos de persistencia placentaria o complicaciones infecciosas⁽¹¹⁾. Siguiendo esta línea de acción recomendada, se decidió dejar la placenta in situ y se realizó un monitoreo postoperatorio riguroso con β -hCG que evidenció una disminución de los niveles y permitió confirmar la efectividad de esta terapia farmacológica combinada coincidiendo con lo descrito por ambos autores.

Zhang et al. reportaron una tasa de éxito del 90% al utilizar metotrexato en pacientes con niveles de β -hCG <1500 UI/L contrario a lo que se observó en el caso descrito. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la efectividad de este medicamento disminuye cuando los niveles de β -hCG son elevados⁽⁹⁾.

El manejo expectante, recomendado en casos seleccionados de embarazos abdominales, ha sido descrito por Kun y Wong como una opción cuando el feto es viable y la paciente está estable, proponiendo la intervención quirúrgica solo antes de las 24 semanas de gestación⁽¹⁴⁾. No obstante, en el presente caso, la inestabilidad hemodinámica descartó esta posibilidad, reafirmando que el manejo expectante debe reservarse únicamente para pacientes seleccionadas con embarazos abdominales avanzados y sin riesgo inminente de ruptura o hemorragia.

Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para la publicación de este reporte de caso.

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano y el manejo interdisciplinario en el embarazo ectópico hepático, una condición rara, pero de alto riesgo. La combinación de técnicas quirúrgicas y manejo farmacológico permitió resolver el caso de manera efectiva, destacando la relevancia de un enfoque personalizado y la capacidad resolutoria del centro médico. Este caso aporta evidencia valiosa para guiar futuras decisiones clínicas en escenarios similares.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruíz NVF, Escolero A del RS de. Embarazo ectópico hepático. Alerta Rev Científica Inst Nac Salud. 2021;4(1):5–11. doi:10.5377/alerta.v4i1.10099
2. Jenabi E, Ayubi E, Khazaei S, Soltanian AR, Salehi AM. The environmental risk factors associated with ectopic pregnancy: An umbrella review. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2023;52(2):102532. doi:10.1016/j.jogoh.2022.102532
3. Shaw HA, Ezenwa E. Secondary abdominal pregnancy in a Jehovah's Witness. South Med J. 2000;93(9):898–900.
4. Wang C, Cheng L, Zhang Z, Yuan Z. Imaging diagnosis of hepatic ectopic pregnancy: A report of one case. Intractable Rare Dis Res. 2012;1(1):40–4. doi:10.5582/irdr.2012.v1.1.40
5. Zhao R-F, Huang S-R, Xu L-L, Liu N-P, Liang N.

- Successful Management of a Live 14-week Primary Hepatic Ectopic Pregnancy Combined with a Residual Horn of the Uterus Using Laparoscopy. *Chin Med J (Engl)*. 2017;130(24):3013-4. doi:10.4103/0366-6999.220298
6. Xu D, Wang P, Chen G, Zhang L. Laparoscopic wedge hepatectomy for primary hepatic pregnancy. *Kaohsiung J Med Sci*. 2023;39(1):97-8. doi:10.1002/kjm2.12638
 7. León Cid I, Rodríguez Iglesias G, Segura Fernández A, Atienza Barzaga AM. Embarazo ectópico abdominal con implantación en el hígado. *Rev Cuba Med Mil*. 2011;40(3-4):302-10.
 8. Herrera-Ortiz A, Rodríguez-Cervantes MA, Niebla-Cárdenas D, Torres-Barragán PA, Camacho-Cervantes A, Heredia MS, et al. Embarazo ectópico abdominal: protocolo de tratamiento combinado. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet México*. 2019;87(4):262-7. doi:10.24245/gom.v87i4.2787
 9. Zhang J, Zhang Y, Gan L, Liu X-Y, Du S-P. Predictors and clinical features of methotrexate (MTX) therapy for ectopic pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):654. doi:10.1186/s12884-020-03350-8
 10. Allibone GW, Fagan CJ, Porter SC. The sonographic features of intra-abdominal pregnancy. *J Clin Ultrasound JCU*. 1981;9(7):383-7. doi:10.1002/jcu.1870090706
 11. Abdelazim IA, AbuFaza M, Shikanova S, Karimova B. Diagnostic Criteria and Treatment Modalities of Ectopic Pregnancies: A Literature Review. 2021 [citado el 17 de diciembre de 2024]; Disponible en: <https://www.emjreviews.com/reproductive-health/article/diagnostic-criteria-and-treatment-modalities-of-ectopic-pregnancies-a-literature-review-j150121/>
 12. Katiyar G, Fernandes Y, Lawande S, Kumar P, Vernekar JA. A rare case of hepatic ectopic pregnancy. *Egypt J Radiol Nucl Med*. 2022;53(1):142. doi:10.1186/s43055-022-00818-9
 13. Salazar-Reviakina A, Agudelo-Cañón KM, Montoya-Hurtado LC, Puentes-Puentes LO, Amaya V. Embarazo abdominal avanzado: retos en el manejo. Un reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2024;89(5):379-88. doi:10.24875/RECHOG.24000007
 14. Abdominal pregnancy presenting as a missed abortion at 16 weeks' gestation [Internet]. HKMJ. 2015 [citado el 23 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.hkmj.org/abstracts/v6n4/425.htm>

Correspondencia

Winnie Campos Rodríguez

Dirección: Av. Lima 801, quinta El Haras casa 26, Arequipa, Perú.

Teléfono: (+51) 920826971.

Correo electrónico: dra.winniecamos@gmail.com