

Embarazo abdominal con recién nacido y madre vivos. Presentación de un caso

Abdominal pregnancy with newborn and mother alive . Case presentation

Dr. Francisco Amaro Hernández; Dra. Ana Benítez Tait; Dra. Esmeralda León Chávez; Dr. Nelson Mejías Victoris

Policlínico Docente X Aniversario. Camalote -Güaimaro

RESUMEN

El embarazo ectópico de localización abdominal es una entidad rara que constituye menos del 4% de los embarazos ectópicos, pero que se acompaña de una elevada morbimortalidad. Reportamos un caso de embarazo abdominal ocurrido en nuestra provincia en 1999 que tuvo una evaluación satisfactoria, donde no fue posible realizar el diagnóstico precoz durante la atención prenatal. Después de una laparotomía de urgencia a las 35 semanas de gestación, motivada por una preclampsia grave, se extrajo un recién nacido vivo, masculino de 2060 gr con Apgar 8/9, que presentó asimetría facial, pie varo equino congénito derecho y neumonía congénita. Madre e hijo sobrevivieron y se encuentran en buen estado de salud.

DeCS: EMBARAZO ABDOMINAL; RECIÉN NACIDO

ABSTRACT

Ectopic pregnancy with abdominal localization is a rare entity that covers lower than 4% of the ectopic pregnancies, but it is accompanied by high morbimortality.

We report a case of abdominal pregnancy occurred in our province in 1999 with a satisfactory evaluation in which it was not possible to care. After urgent laparotomy at 35 weeks of gestation, motivated by a severe preclampsia, an alive newborn, masculine of 2060 gr with Apgar 8/9 was extracted, who presented facial asymmetry, congenital pie equinovarus and congenital pneumonia. The mother and her son survived and are in good health state.

DeCS: PREGNANCY, ABDOMINAL; INFANT, NEWBORN

INTRODUCCIÓN

Toda forma de vida tiene capacidad de reproducir nuevos individuos de su propia clase; ésta es la forma superior de vida es sexual; en la cual se produce la unión de dos clases diferentes de células reproductivas llamadas gametos, que al migrar al útero donde se anida puede seguir su curso normal. Cuando esta ocurre fuera de su lugar determina un embarazo ectópico que produce trastornos a corto o a largo plazo poniendo en riesgo la vida de la madre (1).

El embarazo abdominal es una entidad rara y se ha clasificado como primario y secundario por diferentes criterios; se presenta con más frecuencia entre 24 y 35 años, tiene una alta mortalidad materna y constituye el 4% de los embarazos ectópicos (2 y 3).

En principio todos los embarazos comienzan siendo ectópicos teniendo en cuenta el sitio normal de la fecundación. En el caso del embarazo abdominal se plantea que el óvulo puede ser fecundado incluso antes de su llegada a la trompa e implantarse directamente en la serosa abdominal (1).

La mayor frecuencia de casos se presenta en mujeres que llevan más de tres años casadas y sin descendencia (3). Esta forma de embarazo es la única que le es dada al feto para mantenerse en evolución a veces hasta el término, por lo que se han encontrado en raras ocasiones fetos a término libres en cavidad abdominal (3-7). La placenta se inserta en los órganos de esta cavidad, muchos de estos casos cuando no se tratan, el feto muere y luego se calcifica dando lugar a un litopedion (niño de piedra) (3).

Otras veces cuando el embarazo abdominal logra más de seis meses de evolución se adiciona el incremento de malformaciones congénitas, retardo del crecimiento fetal, la dismadurez y la viabilidad del feto es prácticamente cero; por lo que se comprende el nulo interés en conservarlo (3,8).

A pesar de los riesgos y las complicaciones se han reportado en diversos países embarazos de este tipo con un recién nacido y madre vivos (6-12). En nuestra provincia no existe ninguno reportado, lo que nos motivó a revisar el tema y presentarlo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente con HC: 403009 nacida en 1971 de parto normal. En 1990 es remitida al Hospital Municipal Martín Chang Puga por presentar un embarazo ectópico a expensas de la trompa izquierda. Al intervenirla quirúrgicamente se describe un útero pequeño sin otras alteraciones. No se recogen antecedentes patológicos personales ni familiares. Buen estado de salud anterior.

Después de ocho años de operada y no haber logrado embarazo a pesar de estar casada y llevar una relación estable de cinco años, acude a consulta con más de tres meses de amenorrea y se diagnostica embarazo del segundo trimestre, por lo que se indican los complementarios correspondientes cuyos resultados fueron normales.

Al llegar a las dieciocho semanas se realiza la alfafetoproteína que no refleja alteración, y luego con 23 semanas por amenorrea se realiza el ultrasonido del programa donde no se refleja el DBP, por estar en presentación encajada. Tampoco se refleja la localización de la placenta ni la relación aurículo ventricular, se informa líquido amniótico disminuido y longitud del fémur de 22 mm (17 Sem); por lo que se envía el caso a la consulta de Genética Provincial donde fue evaluada y este segundo ultrasonido confirmó los resultados del anterior, por lo que se decide reexaminar en tres semanas con test de furosemida.

La evolución es favorable en este período y al repetir el ultrasonido se comprueba una imagen ecolúcida a nivel de la abdominal fetal y líquido amniótico escaso que hacen que el personal médico sugiera la posibilidad de interrupción de la gestación; pero la paciente se niega a pesar de conocer los riesgos. Se realizan dos ultrasonidos más con iguales características a este último.

A las 30 semanas se realiza una nueva ultrasonografía y se DBP 80 mm, presentación cefálica, buena vitalidad, líquido amniótico escaso y placenta posterior, sin otras alteraciones. Los complementarios de este período están dentro de límites normales, al igual que la evolución clínica.

Fue seguida en consulta por el área y a las 35 semanas se remite al Hospital Materno Provincial con el diagnóstico de embarazo pretérmino, preclampsia grave y riesgo genético incrementado.

Después de cinco horas de inducción, período en el que se mantiene elevada la presión, no se producen modificaciones del cuello uterino y se decide realizar cesárea de urgencia bajo anestesia peridural; donde se haya un útero con reacción gravídica de 12 semanas y un embarazo abdominal con feto vivo, masculino 2 060 gr que presentó asimetría facial, pie varo equino congénito derecho neumonía congénita. La placenta se encontraba adherida a peritoneo posterior y recto. Ambos pacientes (madre e hijo) salen del salón con buen estado de salud.

DISCUSIÓN

El diagnóstico del embarazo en las primeras 10 semanas de gestación nos permite conocer en la mayoría de los casos, la presencia o no de un embarazo extrauterino y hace posible tomar conductas tempranamente que evitan numerosos riesgos y complicaciones; pero esto se hace difícil cuando hay otras condiciones que dificultan las maniobras diagnósticas como la obesidad, el acudir tardíamente al médico y la rareza de probabilidad de esta condición.

Es significativo señalar que en nuestro caso, a pesar de realizar un examen clínico completo a las 18 semanas, y más de cinco ultrasonidos por genética; no fue posible realizar el diagnóstico antes del parto.

Bonfante considera que estos embarazos se manifiestan por dolor abdominal, sangramiento vaginal y amenorrea; aunque en ocasiones tienen curso normal (3); algunos autores como *Al Karen y Botella* (1,4) plantean a pesar de las grandes complicaciones que lo acompañan debido a la inserción placentaria en diferentes estructuras de la cavidad abdominal incluyendo al hígado, en algunos casos no se producen crisis.

Esta paciente después de evolucionar favorablemente hasta la 35 semanas de gestación; debuta con una preeclampsia grave resistente al tratamiento habitual que motiva la inducción del parto de 5 horas de duración; período en el que no se producen modificaciones del cuello uterino, debido a la ausencia de feto en la cavidad uterina que impide la acción que sobre el cérvix realiza normalmente la bolsa amniótica y el polo fetal presentado. Esta situación obliga la indicación de una cesárea de urgencia para poner fin al embarazo y corregir la preeclampsia; pero al realizar la laparotomía se descubre el saco amniótico con feto vivo en su interior, libre en la cavidad abdominal.

La inserción anómala de la placenta impide su extracción, por lo que se realiza hemostasia y se deja en cavidad.

Es importante señalar que la conducta anestésica acompaña la relevancia quirúrgica, al estar dada la misma por el diagnóstico operatorio y los diagnósticos sobreañadidos como consecuencia de los hallazgos durante la operación y el efecto de ambos resultados. Es sorprendente para el anestesiólogo las eventualidades imprevistas, como fue el motivo de esta intervención que lo hacen asumir una magnitud mayor de responsabilidad, al presentarse posibles modificaciones sistémicas derivadas de las diferencias con el diagnóstico inicial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al karen A. Advanced abdominal pregnancy complicated by bilateral uretral obstruction. A case report. J. Reprod. Med 1993,38(11):900-2.
2. Bachorz T. Abdominal pregnancy at term with a live fetus. Ginekol Pol 1994;65(9):518-12.
3. Bofante Ramírez E. Abdominal pregnancy, institutional experience. Ginecol Obstet Mex 1998;287-9.
4. Botella Lluvia J, Clavero JA. Embarazo ectópico. Tratado de Ginecología. T2. 1983 P 393-407.
5. Brasso K. Abdominal pregnancy with a livin infant. Ugeskr Leager 1991;153(22):1593-4.
6. Cetin MT. Abdominal pregnancy. Six personal cases. Rev. Fr Gynecol obstet 1992,87(2):76-8.
7. Pagola Prado V. Embarazo abdominal a término. Informe de un caso. Rev Cubana.Obst y Ginec 1981; 193-97.
8. Gillete RD. Full-term abdominal preganancy. J Am Board Fam Pract 1994;7(6):538.
9. Hamdan M. Abdominal pregnancy an autoch tonous case with full-term living normal infant. J Chir 1991;128(12):544-7.
10. Ludwing M. The forgotten child. A case of heterotopic intra abdominal and intrauterine pregnancy carried to term. Dep gyne -Obst; Germany. Hum Reprod 1999;14(5):1372-4.
11. Old J L. Full-ter abdominal preganancy mother and infant survical. J Am Board Fam Pract 1994;7(4):342-3.
12. Rigol Ricardo O. Embarazo ectópico. Obstetricia y Ginecología. T2. La Habana: MINSAP; 1987.P 49-61.

Recibido: 19 de julio de 2000

Aprobado:15 de junio de 2001