

Policlínico Universitario "26 de Julio"

Embarazo abdominal con 62 semanas de duración. Presentación de un caso y revisión de la entidad

Jose Israel Lopez,¹ Rina Rueda Rodríguez,² Miguel A. Lugones Botell,³ y Jose Enrique Fernandez Garrido⁴

RESUMEN

Se realizó la presentación de un caso de embarazo abdominal con una duración exacta de 62,4 semanas, según fecha de última menstruación de la paciente, la que atendimos en nuestra misión médica realizada en el hermano país de Haití. La paciente fue operada, se confirmó el embarazo abdominal y se extrajo feto muerto. No se presentaron otras complicaciones y la paciente fue dada de alta con evolución satisfactoria. Se revisó y actualizó la literatura al respecto.

Palabras clave: Embarazo abdominal, Diagnóstico, laparotomía, muerte fetal.

El embarazo ectópico es la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina (*ectos*, fuera y *topos*, lugar). El término ectópico no es sinónimo de extrauterino, sino que tiene más amplitud, ya que hay gestaciones intrauterinas, como el embarazo intersticial y el cervical, que también son ectópicas.¹

La anidación y el desarrollo fuera de su lugar normal determinan siempre trastornos a corto o a largo plazo. Suelen originar graves alteraciones, con riesgo, a menudo, para la vida de la madre.

La mayoría de los embarazos ectópicos son tubarios (98 %); 65 % son ampulares, 20 % ístmicos, 13 % del pabellón, 2 % intersticiales, más raramente son ováricos (1 %) o abdominales (1 %) y, excepcionalmente, endocervicales (0,1 %) o desarrollados sobre un divertículo intramiometrial (0,03 %).¹

Desde su lugar de origen, el óvulo puede ser fecundado y anidar en cualquier parte del trayecto que normalmente sigue: ovario, trayecto ovárico-abdominal, trompa y útero.¹

El motivo de esta comunicación es la exposición y discusión del caso de una paciente que atendimos en nuestra misión en Haití, la cual llegó a presentar 62 semanas de amenorrea y el diagnóstico de embarazo abdominal lo hicimos con ese tiempo, al ser remitida a nuestra consulta por sangramiento vaginal y cifras tensionales elevadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente LJV, de 29 años de edad, negra, primigesta, con antecedentes de salud anterior y sin hacer uso de planificación familiar. Antecedentes de 3 controles prenatales en el embarazo con 62,4 semanas de amenorrea. Nos solicita los servicios de salud por presentar hemorragia vaginal y se comprueba en el acto cifras tensionales elevadas, por lo que es referida por la enfermera de turno de la Fundación Haitiana de Salud (HHF) el día 3 de febrero de 2004 a nuestra institución hospitalaria, donde clínicamente se

sospechó el diagnóstico de embarazo abdominal, el cual se corrobora por ultrasonido. En el se observa feto único sin latidos cardíacos, con cabalgamiento de los huesos del cráneo y apelsonamiento de los huesos largos, con un útero que midió 62 x 37 x 45 mm. Se indicó y realizó laparotomía a esta gestante con anemia (900 g/L) y con riesgo de coagulación intravascular diseminada, donde se confirmó el embarazo abdominal. Se obtuvo recién nacido femenino fallecido, de 2 720 g.

El embarazo abdominal presentaba una bolsa amniótica de más de 1 cm de pared que ocupaba toda la cavidad abdominal, rechazando al útero caudalmente, el cual era de aspecto normal. No se logró encontrar la placenta, la cual consideramos que por el tiempo de embarazo quedó reabsorbida. La paciente tuvo evolución satisfactoria, presentó en el posoperatorio cifras de Hb de 840 g/L sin necesidad de hemotransfusión y sin otra complicación. Se observó la salida de unos 200mL de líquido serohemático por un orificio de 4-5 mm en la herida y se retuvo en el hospital 14 días por la posibilidad de una dehiscencia de la misma, después de lo cual egresó.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El embarazo abdominal es una de las entidades más infrecuentes encontradas en la práctica obstétrica.² Existen amplias variaciones reportadas en su frecuencia, debido, probablemente, a la influencia del azar dentro de cada grupo de estudio, pero todos coinciden en que es una entidad bastante rara. En nuestro país se han hecho reportes de casos de embarazo abdominal por diferentes autores.²⁻⁶ La experiencia más amplia de esta entidad corresponde a *Beacham* y otros con 65 casos atendidos entre 1937 y 1961 según ha sido señalado.⁶ La morbimortalidad materna y fetal es elevada, además de la alta incidencia con que aparecen malformaciones congénitas y monstruosidades.^{7,8} Las posibilidades de vida son muy escasas para el feto, de ahí que el 85 % de los mismos mueren.⁸⁻⁹ La relación entre embarazo abdominal y embarazo ectópico ha sido poco estudiada; solamente hemos encontrado la referencia hecha por *Rahman* que lo calcula entre 1/70.¹⁰

Se considera que para clasificar un embarazo como tal, el feto debe estar libre en la cavidad peritoneal, como es el caso que presentamos. En la gran mayoría de los casos el embarazo abdominal ocurre tras un aborto tubario, denominándose embarazo abdominal secundario, ya que el huevo cae libremente en la cavidad peritoneal donde se anida y desarrolla, mientras el trofoblasto sigue en la trompa y se extiende paulatinamente en estructuras anatómicas vecinas en busca de una mejor irrigación.

El embarazo abdominal primario es aquel en que la fecundación y anidación del huevo ocurre directamente en la cavidad peritoneal. Se plantea que es muy raro, al punto de que algunos autores niegan su existencia,¹¹ pues se ha puesto en dudas que la placenta pueda lograr desprenderse con el huevo en su totalidad de la implantación tubárica y por el mecanismo del aborto tubario termine reimplantándose sobre las vísceras de la cavidad abdominal;⁶ no obstante, hay reportes hechos en la literatura sobre esta variedad de embarazo abdominal.¹²

Se han establecido 4 condiciones que se deben cumplir para establecer el diagnóstico de embarazo abdominal primario:³

- Trompas y ovarios normales sin evidencias de lesión reciente o remota.

- Ausencia de cualquier evidencia de fístula uteroplacentaria.
- Presencia de un embarazo exclusivamente relacionado con la superficie peritoneal y suficientemente reciente para no considerarlo aborto tubario.
- Ausencia de dehiscencia posoperatoria de la herida uterina de una cesárea anterior.

Dado lo avanzado de la edad gestacional de esta paciente y su diagnóstico muy tardío, es muy difícil determinar si el mismo fue primario o secundario según las condiciones que debe cumplir,³ ya que aunque cumple las normas establecidas para considerarlo como primario,³ lo avanzado de la edad gestacional crea un sesgo en la apreciación que hacemos por los criterios establecidos.³

La evolución del embarazo abdominal, en general, clínicamente va hacia la muerte del producto de la concepción; raras veces pueden alcanzar el término de la gestación. Al morir el feto, si es muy grande para poder ser reabsorbido, puede evolucionar en 2 formas:³

- Si está próximo al intestino (adherido al mismo) puede haber traspaso de bacterias patógenas hacia el feto, con su posterior supuración y abscedación. En este caso se pueden abrir fístulas hacia el intestino o el útero o también el fondo de saco de Douglas, con la consecuente eliminación de partes fetales supuradas a través de las mismas.
- Modificación y calcificación del feto, engendrando así el llamado *litopedion*. Hay reporte de un caso de *litopedion* abdominal de 18 años de evolución, asintomático todo el tiempo.¹³

Hay ocasiones en que el embarazo abdominal, desde el punto de vista del feto, evoluciona normalmente hasta el término (lo cual es muy raro) y se obtienen fetos ectópicos completamente normales y viables, sin tener siquiera malformaciones.

La frecuencia de esta entidad no guarda relación aparente con la edad de la paciente, ni con la paridad. Ha sido reportada, como es conocido, la mayor frecuencia en pacientes tratadas por infertilidad, pero esto es válido para cualquier forma de gestación ectópica.

En cuanto al diagnóstico se ha señalado que no es fácil de realizar, pues desde un inicio y dada la rareza de dicha entidad, el pensamiento médico no se dirige hacia esta posibilidad,³ pero con un seguimiento sistemático y continuo de una gestante, no creemos que resulta tan difícil.

Generalmente existe una historia de amenorrea interrumpida por episodios de sangramiento de intensidad variable, así como dolor bajo vientre. Muchas veces se presentan diarreas por la irritación peritoneal y al examen físico se describen los siguientes hallazgos:³

- Disminución de la abolición de los movimientos fetales.
- Las partes fetales se palpan con mayor facilidad por debajo de la piel. Siempre es bueno recordar que en las grandes múltíparas, en la que la pared abdominal es delgada, ocurre un fenómeno muy similar.
- No existen las contracciones de Braxton-Hicks y el estímulo externo de la pared uterina no está seguido del aumento de tono, como normalmente ocurre.

- Los movimientos fetales mientras el feto vive, son muy dolorosos para la madre.
- La presentación del feto casi siempre es viciosa. Generalmente predomina la situación transversa y la presentación pelviana y cuando es cefálico, casi siempre es alta y móvil.
- Auscultación de los ruidos cardíacos fetales mucho más fuertes.
- El fondo de saco siempre está abombado, ocupado, endurecido, muy por delante del cuello uterino. Este último puede estar ablandado, pero no permeable y muy anterior en la sínfisis del pubis.
- El estudio radiológico puede ayudar, pero tampoco siempre es categórico: en las vistas laterales se pueden observar partes fetales muy próximas a las vértebras de la madre.
- La ultrasonografía ayuda, como ocurrió con nuestra paciente, pero no registra un ciento por ciento de éxito.

En cuanto al tratamiento, la cirugía resuelve fácilmente el problema de la extracción fetal. Las interrogantes que aún se plantean es con relación a la placenta. En nuestro caso no existió la posibilidad de este dilema por lo que señalamos inicialmente de la reabsorción que seguramente hubo de la misma, pero en la literatura revisada hay criterios controvertidos respecto a la conducta que se debe seguir frente a la misma, pues el mayor peligro que ofrece su desprendimiento es la hemorragia aguda, ya que la placenta del embarazo abdominal posee vasos muy anchos, mal conformados anatómicamente y muy penetrados en las estructuras vecinas, que al desprenderlos no se contraen, causando grandes hemorragias que pueden comprometer la vida de la paciente.

La posibilidad de dejar la placenta *in situ* y ligar el cordón exclusivamente manteniendo un drenaje presenta también complicaciones importantes como infección, abscedación que puede llevar a la septicemia, adherencias, obstrucciones intestinales, fístulas, dehiscencia de la herida, etc.³

La mayoría de los autores optan por su extracción, sobre todo, cuando las condiciones son favorables, pero si es necesario dejar la placenta *in situ*, se recomienda por algunos autores el uso de methotrexate por 5 días en una dosis de 10 mg diarios y repetir cada 6 semanas hasta realizar 3 ciclos para destruir el tejido placentario.^{3,10,13,14,15}

Se concluye que asistimos un embarazo abdominal posttermino al que se le realizó el diagnóstico en el momento de su llegada al hospital, obteniendo por laparotomía un feto muerto con reabsorción placentaria y posterior evolución favorable de la madre.

SUMMARY

Abdominal pregnancy of 62 weeks'duration.. A case report and review of the entity

A case of abdominal pregnancy with an exact duration of 62.4 weeks, according to the date of the last menstruation of the patient, seen during our medical mission in Haití is reported. The patient underwent surgery, where the abdominal pregnancy was confirmed and the dead fetus was removed. No other complications were observed. The patient was discharged with a satisfactory evolution. Literature on this topic was updated and reviewed.

Key words: Abdominal pregnancy, diagnosis, laparotomy, fetal death.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez PL, Águila SS, Acosta AR. Sangramiento en Obstetricia. En: Rigol Obstetricia y Ginecología. Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/cap14.htm
2. Aquino González D, Camacho Martínez E, Lugones Botell M, Delgado Expósito R. Embarazo abdominal y su expulsión a través del fondo de saco de Douglas. Presentación de un caso y revisión de la entidad. Rev Cubana Obstet Ginecol 1990;16(2):252-5.
3. Reyes FS, Manzano Ovies BR, Puntonet F, Trujillo M, Chepacioglu M, Ramírez V, et al: Embarazo abdominal. Frecuencia en nuestro medio. Rev Cubana Obstet Ginecol 1989;15(3):233-40.
4. Pagola Prado V; Pérez Santos R, Fernández-Britto Rodríguez JE, Alvarez Fernández R: Embarazo abdominal a término. Informe de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol 1981;7(2):193-7.
5. Cordero Isaac R, García Rodríguez C, Andérez Velásquez O, Morales Larramendi ME. Embarazo abdominal. Presentación de 3 casos con fetos vivos a término. Rev Cubana Obstet Ginecol 1991;17(1):69-72.
6. Weber Iliia. Nuestros apuntes de embarazo abdominal a término. Rev Cubana Cir 1966;5(2):237-43.
7. Conill MV. Tratado de ginecología y de técnicas quirúrgicas. Barcelona. 4ta ed.. Edición. Salvat. 1960:645-53.
8. Miranda M: Embarazo abdominal. Rev Obstet Ginecol Ving 1986;46(1):31-2.
9. Benson RC. Complicaciones obstétricas del embarazo, trabajo de parto y parto. En: Manual de Ginecología y Obstetricia. México.: El Manual Moderno. 1983:237-40.
10. Rahman MS. Advance abdominal pregnancy. Observations in 10 cases. Am J Obstet Gynecol 1982;59(3):366.
11. Meizner I. Abdominal pregnancy: review of current manegement and addition of 10 cases. Obstet Gynecol Surv 1984;39(3):145.
12. Cavanagh SW: Primary peritoneal pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1942;44:487.
13. Trajo Ramírez CA. Embarazo abdominal. Informe de un caso de 18 años de evolución. Gynecol Obstet Mex 1984; 52(324):105.
14. Rumbao F, Da Silva M, Benítez G, De Conno A, Cohen A, Pinzón A. Embarazo ectópico abdominal a término. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Obstet Ginecol Venez 2001;61(3):183-6.
15. Rísquez F, Szajnert C. Embarazo ectópico. Rev Obstet Ginecol Venez 1995;55(3):149-159.

Recibido: 15 de febrero de 2006. Aprobado:17 de mayo de 2006.

Dr. *José Israel Rodríguez*. Policlínico Universitario "26 de Julio". Municipio Playa. Ciudad de La Habana, Cuba.

¹Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. Responsable Municipal del Programa Materno Infantil. Municipio Playa.

²Especialista de I Grado en Anestesiología. Jefe de Servicio de Anestesiología del Hospital "Héroes del Baire ". Isla de la Juventud.

³Especialista de I y II Grados en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Policlínico Universitario Docente "26 de Julio".

⁴Especialista de I Grado en Imagenología. Hospital Materno Sur "Mariana Grajales" de Santiago de Cuba.