

PRESENTACIÓN DE CASO

Embarazo abdominal en primigesta a término

Abdominal pregnancy present in a term-primipara

Yovany E. Vázquez Martínez¹; Josefina López Menéndez¹¹; Venancio Vera Fernández¹¹; Nelsy Pérez García¹¹¹

¹ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

¹¹ Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Asistente. Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

¹¹¹ Licenciada en Enfermería. Instructora. Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

RESUMEN

El embarazo abdominal es poco frecuente y está asociado con alta mortalidad materna y fetal. Es raro que llegue al término y mucho menos obtener un recién nacido en buenas condiciones. El presente artículo trata de una paciente de 30 años de edad atendida en el Hospital Ginecoobstétrico Ramón González Coro, con diagnóstico al ingreso de embarazo de 38,5 semanas y placenta previa oclusiva, se diagnosticó en el transoperatorio embarazo abdominal a término, con producto de la gestación en buenas condiciones. Se revisa el tema.

Palabras clave: Embarazo abdominal, embarazo ectópico.

ABSTRACT

Abdominal pregnancy is infrequent and is associated with a high mortality rate for mother and for fetus. It is no easy to arrive to term, and much less to obtain a newborn in good conditions. Present paper is on the case of a patient aged 30 seen in "Ramón González Coro" Gynecology and Obstetrics Hospital diagnosed at admission with a 38,5 weeks pregnancy and occlusive previa placenta, in transoperative period we diagnosed term abdominal pregnancy with a fetus in good conditions. We made a review on this matter.

Key words: Abdominal pregnancy, ectopic pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los embarazos ectópicos es la variedad abdominal una de las menos frecuentes, su incidencia es de 1:10000 nacidos vivos.^{1,2}

Se han señalado elementos que influyen en su ocurrencia, a saber: nivel de desarrollo en salud, estatus económico y diferencias geográficas.³

Se señalan que su mayoría son secundarios a la ruptura de un embarazo tubárico u ovárico y los primarios, producto de la fertilización fuera de la trompa.

Su diagnóstico es difícil y en general son hallazgos intraoperatorios^{1,4} como en nuestro caso.

En los embarazos abdominales el riesgo de muerte es 7,7 veces mayor que en los embarazos tubáricos y 90 veces mayor que uno normal. La mortalidad materna es de 0,5 a 18 % y la fetal 40 a 95%.

Sus complicaciones pueden ser:⁵⁻⁷

- Hemoperitoneo.
- CID.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Sepsis.
- Fístulas.
- La calcificación es una complicación rara, alrededor de 300 casos reportados en la literatura mundial.⁸

Caso clínico

Paciente de 30 años de edad, primigesta, con captación a las 12,6 sem que ingresa en nuestro hospital el 22-11-07 con 28,3 semanas de gestación, y diagnóstico de placenta previa oclusiva total.

Se le realiza seguimiento por ultrasonografía (biometría y perfiles normales) donde se confirma el diagnóstico de placenta previa oclusiva total y presentación pelviana. Se mantiene ingresada en reposo absoluto hasta el 30-01-08 en que se le realiza perfil toxémico y otros complementarios, se recibe hemoglobina en 10,4g/L y por lo próximo de la operación y el riesgo de sangrado abundante durante el acto operatorio se decide transfundir 600 mL de glóbulos rojos.

El 02-02-08 se anuncia para interrumpir el embarazo el día 04-02-08 con diagnóstico de 38,5 semanas y placenta previa oclusiva total.

A las 6:00 p.m. de ese mismo día se llama a la guardia por presentar la paciente fuerte cuadro doloroso abdominal tipo cólico acompañado de vómitos, la paciente es examinada negando alteraciones sensoriales, con tensión arterial de 100 /60 Mm.Hg., resto del examen físico negativo, dinámica uterina de 0 en 10', frecuencia cardiaca fetal 148 Lat. /min. Se interpreta el episodio como un trastorno dispéptico.

A las 10:45 p.m. se llama nuevamente al médico porque persiste el cuadro doloroso abdominal, está hemodinámicamente estable y aunque el médico considera el mismo diagnóstico de la llamada anterior decide llevarla a parto para una vigilancia estrecha.

A las 11:45 p.m. se evoluciona a la paciente en parto y dentro del chequeo que se le realiza está una cardiotocografía (CTG) y un perfil toxémico de urgencia.

A las 11:50 p.m. se retira del monitor, se evalúa el CTG como normal y a las 12:00 p.m. se decide discutir el caso en colectivo:

La paciente permanece con igual sintomatología, el examen físico es negativo con pulso en 92, perfil toxémico negativo, ultrasonido abdominal con imagen sugestiva de vesícula biliar dilatada con posible litiasis, se interpreta el cuadro como colecistitis y se trata como tal, las evoluciones durante el resto de la noche hasta el amanecer son normales.

A las 7:00 a.m. reaparece el dolor difuso en flanco izquierdo que se irradia a la región lumbar, persiste la taquicardia ligera y febrícula. Por las nuevas características del dolor nos planteamos un abdomen agudo y se decide activar la comisión de casos graves y prepararla para cirugía. Se coloca en el monitor.

A las 7:40 a.m. CTG patológico, se comienza reanimación intraútero, se avisa a la guardia de Neonatología y de Anestesia.

A las 8:05 a.m. al ver que el feto no se recupera se pasa urgente al salón.

En la operación se constata diagnóstico de embarazo abdominal, sangrado intenso, se extrae recién nacido femenino, deprimido, con Apgar 2-4-6, líquido amniótico fétido y caliente, se yugula sangrado extrayendo placenta, se toman medidas especiales y antibioticoterapia, recién nacido y su mamá evolucionan satisfactoriamente.

DISCUSIÓN

Por la incidencia infrecuente del embarazo abdominal tenemos que tener sumo cuidado en su manejo, generalmente diagnosticado luego de un cuadro clínico irregular. Es una entidad con un alto riesgo materno fetal en el que debemos pensar ante determinados signos y síntomas.

Factores de riesgo:

- Antecedentes de E.I.P.
- Endometriosis.

- Anomalías congénitas.
- Embarazo ectópico previo.
- Cirugía tubárica.
- Técnica de reproducción asistida.
- Inducción de la ovulación.
- Otros.⁹

Cuadro Clínico:^{10,11}

- Dolor abdominal (a veces inexplicable).
- Dolor relacionado con los movimientos fetales.
- Casos a término:
Síntomas de oclusión
Náuseas y vómitos
Síntoma de compresión
Vicios de presentación
Ausencia de actividad uterina
Fácil palpación de partes fetales (en panículos delgados).

Complementarios:¹²

- Ultrasonografía abdominal: no se observa pared uterina entre feto y vejiga.
- Estrecha aproximación de partes fetales a pared materna.
- Actitud fetal anormal.
- Visualización de placenta extraútero.
- Feto alejado del útero.

Se considera que con este equipo se puede realizar hasta el 50 % de los diagnósticos.

- Rx (simple de abdomen) aporta signos que contribuyen al diagnóstico.
- Test de Oxitocina: no se obtienen contracciones.

Como ocurre con frecuencia el diagnóstico se efectúa durante el acto quirúrgico y una de las complicaciones más peligrosas es el sangrado que puede ser muy intenso (como el caso que nos ocupa), por lo que debe ser manejado por un personal de experiencia y técnicamente apto. En este hubo necesidad de retirar la placenta para hacer hemostasia, porque adherida a la pared lateral del abdomen estaba parcialmente desprendida. En general se aconseja dejar la placenta en el lugar donde está adherida y mantener vigilancia por ultrasonido y BHCG. (Fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica). El riesgo de dejar la placenta en el

abdomen consiste en que puede producir obstrucciones intestinales, infecciones, adherencias, abscesos y dehiscencias.^{13,14}

Un tratamiento que se ha recomendado para el manejo de la placenta ha sido el Metrotexate que produce degeneración trofoblástica, reducción del tamaño y la vascularización.¹⁵⁻¹⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa SD, Presley J, Bastert G. Advanced abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol Surg.* 1991;46:515-25.
2. Jazayeri A, Davis TA, Contreras DN. Diagnosis and management of abdominal pregnancy. A case report. *J Reprod Med.* 2002;47(12):1047-9.
3. Atrash HK, Friede A, Hogue CJ. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality. *Obstet Gynecol.* 1987;69:333-7.
4. Beacham WD, Hernquist WC, Beacham DW, Wester HD. Abdominal pregnancy at Charity Hospital in New Orleans. *A J Obstet Gynecol.* 1984.
5. Martin JN Jr, Sessums JK, Martin RW, Pryor JA, Morrison JC. Abdominal pregnancy: current concepts of management. *Obstet Gynecol.* 1988;71:549-57.
6. Ankelen F. Embarazo abdominal. *Rev Med Valparaiso.* 1957;10:121.
7. Shaw HA, Ezenwa E. Secondary abdominal pregnancy in a Jehovahs Witness. *South Med J.* 2000;93(9):898-900.
8. Passini R Jr, Knobel R, Paripinelli MA, Pereira BG, Aaral E, De Castro Surita FG. Calcified abdominal pregnancy with eighteen years of evolution: case report. *Sao Paulo Med J.* 2000;9:118(6):192-4.
9. Tamayo F, Vera C, Quiste JC. Embarazo Abdominal: Reporte de caso. *Ginecol Obstet (RA) (Perú).* 2001;47(3):189-92.
10. Haratz L, Kizer S. Embarazo Abdominal. Análisis de 21 casos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1977;37:179-93.
11. Costa SD, Presley J, Bastert G. Advanced abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 1991;46:515-23.
12. Akhan O, Cekirge S, Senaati S, Besin A. Sonografic diagnosis of an abdominal ectopic pregnancy. *Am J Radiol.* 1990;155:97.
13. López LE, Zamara Mf, Buitron GR. Embarazo ectópico abdominal con producto vivo. Presentación de un caso. *Ginec y Obst de México.* 2001;69:151-4.
14. Dias BJ, D'Ambrosio M, Figueroa PB. Embarazo abdominal a término con feto vivo: reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1985;45(4):220-3.

15. Rahman MS, Al-Suleiman SA, Rahman J, Al- Sibai MH. Advance abdominal pregnancy observations in 10 cases. *Obstet Gynecol.* 1982;56:366-72.
16. Díaz Bolaños J, D' Ambrosio M, Figueroa B. Embarazo abdominal a término con feto vivo. Reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1985;45(4):220-3.
17. Cunningham F, Macdonald P, Gart N, Leveno K, Gilstrap L, Clark S. En: Williams (editor). *Obstetricia.* 20ma. ed. Buenos Aires: Edit Médica Panamericana, S.A; 1998. p. 569-93.

Recibido: 15 de abril de 2009.
Aprobado: 30 de abril de 2009.

Dra. *Yovany E. Vázquez Martínez.* Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro". Calle 21 y 4, Vedado. La Habana, Cuba. Autora de correspondencia.
Dra. *Josefina López Menéndez.* E-mail: fifi@infomed.sld.cu