

Embarazo abdominal, a propósito de un caso.

Abdominal pregnancy. A case report.

ESPINOZA Jimmy*, GOMERO Raúl, GONZALES Edgard**, GONZALES Isolda**.**

* Médico Gineco-Obstetra, Asistente del Servicio 4 del Instituto Materno Perinatal (IMAPE). Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

** Estudiante de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

SUMMARY

We present a case of primary abdominal pregnancy that represented a diagnostic and therapeutic challenge because its inespecific clinical presentation. Knowledge of the differential diagnosis and the complications of abdominal pregnancy is required to avoid the mistakes that could be life threatening for the mother. A review of the literature is done, as well. (*Rev. Med Hered 1997; 8: 78-82*).

KEY WORDS: Primary abdominal pregnancy, obstetric emergency, ectopic pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo abdominal constituye un problema muy complejo dentro de la práctica médica incluso para el clínico mas experto y es una de las situaciones mas terribles que pudiera ocurrirle a una mujer. Siendo una patología poco frecuente, a menudo no es sospechada lo que la convierte en una prueba de la habilidad diagnóstica, la capacidad de decisión y la técnica quirúrgica de cualquier médico (1,2).

En EEUU se producen 10.8 embarazos abdominales por 100,000 partos y 9.2 embarazos de este tipo por cada 1000 gestaciones ectópicas. El riesgo de muerte es 7.7 veces mayor que el de un embarazo tubario y 90 veces mayor que el de embarazo intrauterino.

A continuación se presenta el caso de un embarazo abdominal primario, inusualmente documentado en nuestro medio, cuya evolución determinó serias dificultades diagnósticas y

terapéuticas, las cuales hacen evidente la falta de información sobre el tema y la necesidad de difundirlo para plantear el diagnóstico precoz.

Caso Clínico

Mujer de 22 años de edad, primigesta de 18 semanas por fecha de última menstruación, controlada en un hospital del oriente peruano, con antecedente de un episodio de melena y hematemesis 3 semanas antes de su ingreso a dicho hospital. Basándose en una ecografía, en la cual se informa presencia de una ecogenicidad heterogénea y ausencia de feto en útero, le diagnostican mola hidatidiforme y es sometida a legrado uterino. Al no obtener vellosidades coriales ni restos se agrega el diagnóstico de útero tabicado.

A los 7 días es referida a un hospital oncológico donde le realizan estudios ecográficos y radiográficos, identificándose óbito fetal. Tal hallazgo determina su transferencia a nuestra institución; al examen en el servicio de emergencia se encuentra PA: 90/60, FR: 25/min, FC: 84/min y temperatura axilar 36.2°C, palidez marcada, dolor abdominal difuso y resistencia muscular. Al examen genitourinario no se evidenció sangrado activo, orificio externo abierto, orificio interno entreabierto, útero de 11 cm., doloroso a la movilización, y se palpaba una masa en anexo derecho.

Los exámenes de laboratorio mostraron valores anormales en hematocrito (25%) y hemograma (L:14200 A:4 S:82 E:1 B:0 M:20 L:30); úrea creatinina, plaquetas, tiempo de coagulación y de sangría en rangos normales. Se indicó una ecografía la que mostró un útero ocupado por feto único en posición podálica derecha sin malformaciones, actividad cardíaca ausente, volumen de líquido amniótico disminuido y placenta anterior con grado de madurez cero. Al confirmarse óbito fetal se efectúa laparotomía exploratoria, encontrándose un embarazo abdominal con la placenta implantada casi en su totalidad en la cara peritoneal del fondo uterino, además de hemoperitoneo (vol. Aproximado de 3000 ml; (foto N°4)), múltiples adherencias y un feto difícil de identificar luego de liberar asas intestinales. Dados estos hallazgos se decide realizar histerectomía.

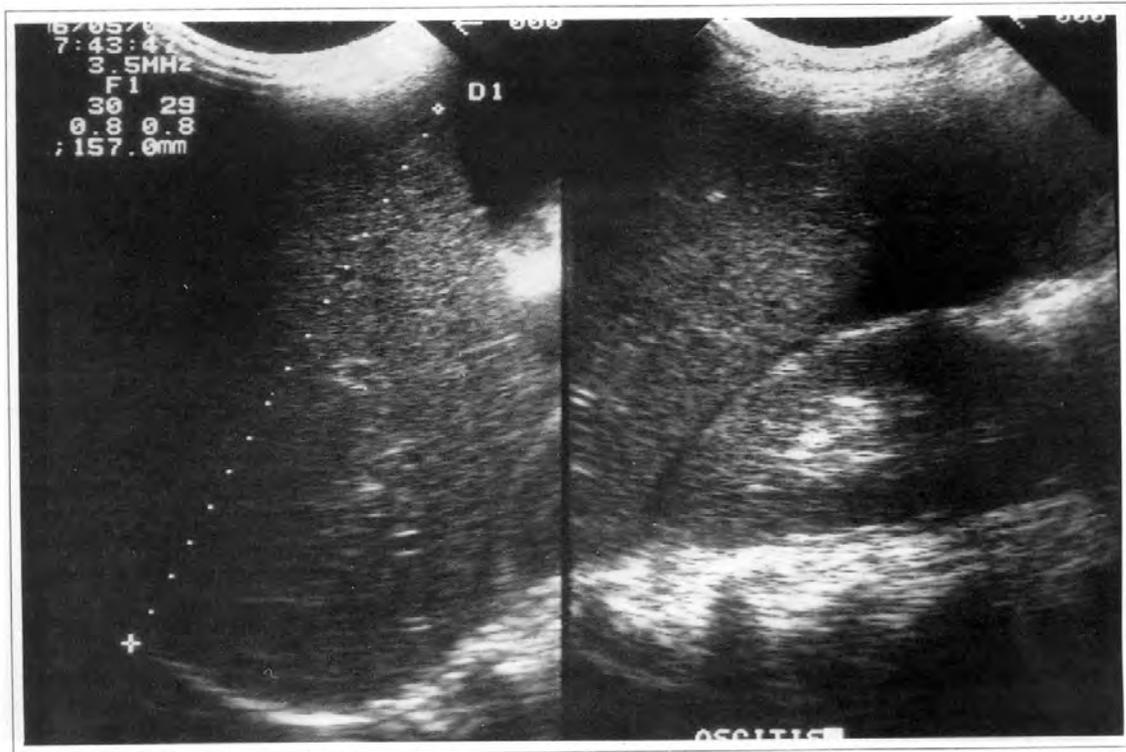


Foto N°4: Muestra parénquima hepático normal, riñon derecho y ascitis

La paciente evolucionó febril hasta el tercer día post-operatoio, siendo reintervenida quirúrgicamente por absceso sub-frénico; este procedimiento incluyó salpingooforectomía bilateral por sospecha de necrosis de los anexos. Posteriormente la evolución fue favorable.

La anatomía patológica confirmó la naturaleza abdominal de la gestación, documentado además que se trataba de un embarazo abdominal primario, ya que no se halló tejido trofoblástico en los anexos.

DISCUSION

Para considerar un embarazo como abdominal primario deben cumplirse los criterios establecidos por Studdiford (1942)(2):

1. Anexos intactos
2. Ausencia de fistula útero-placentaria.
3. Implantación del producto sólo en la superficie peritoneal y evidenciada tempranamente, de manera que quede eliminada la posibilidad de ser una implantación secundaria a la ruptura de un embarazo tubárico.

El diagnóstico temprano resulta muy importante en la prevención de complicaciones como la hemorragia masiva. El dolor abdominal inexplicable es el síntoma más común, otros son: malestar general, náuseas y vómitos persistentes, hemorragia vaginal, movimientos fetales dolorosos y feto en zonas altas del abdomen.

No se advierten contracciones de Braxton – Hicks y a menudo hay anemia. En raras ocasiones se han descrito casos de rectorragia masiva o expulsión de huesos fetales por el recto. Se ha reportado ausencia de vellosidades coriónicas al hacer dilatación y curetaje (1).

Respecto al laboratorio, generalmente los exámenes de B-HCG son positivos tanto en suero como en orina (a menos que exista óbito fetal).

Se ha reportado niveles de alfafetoprotina en suero materno tan elevados como los encontramos en hematomas y tumores del seno endodermal (20 veces la media) (2). Esto sustenta porque debe ser considerado como diagnóstico diferencial del óbito fetal no explicado y del incremento de alfa-fetoproteína (3).

Dentro de las técnicas de imágenes la más sencilla, tal como sugieren Clark y Guy, es placa radiográfica abdomino-pélvica (antero-posterior y lateral). El hallazgo patognómico es la presencia del cráneo fetal ubicado posterior al borde anterior de la columna materna (2) tal como se ve en la foto N°1.



Foto N° 1: Radiografía abdomino-pélvica que muestra la posición horizontal de la columna y partesfetales

El diagnóstico por ultrasonido como en este caso, sigue siendo difícil, a pesar de los grandes avances (4). Hallazgos importantes incluyen: 1) útero pequeño con mínimo ecos internos, 2) cabeza y cuerpo fetales localizados fuera del útero 3) cuerpo fetal y la vejiga materna no separados por la pared uterina 4) identificación de las partes fetales cercanas a la pared abdominal, pero los hallazgos ecográficos no son concluyentes, la prueba definitiva será Resonancia Magnética Nuclear (RMN)(5). La tomografía axial computarizada (TAC) también ha sido considerada como un método de diagnóstico útil.

Respecto al manejo quirúrgico, lo más controversial es el tratamiento de la placenta; algunos autores han encontrado que si bien la extracción de la placenta se asocia a una tasa menor de complicaciones también está asociada a una tasa menor de complicaciones también está asociada a una elevada tasa de mortalidad materna (1). La decisión de extirpar o no la placenta está en relación con el lugar de implantación, pues si compromete o amplias superficies vasculares deberán realizarse una extirpación en bloque.

Actualmente no se recomienda el uso de metotrexate, pues una degradación rápida de tejido placentario da origen a tejido necrótico abundante y por consiguiente, mayores riesgos de infección.

En orden de importancia las complicaciones más severas son la hemorragia y la infección, pudiendo presentarse preeclampsia, eclampsia, anemia, hipofibrinogenemia, embolia de líquido amniótico, obstrucción intestinal y fistula entre el amnios y los intestinos (1) (Foto N°2 y foto N°3).

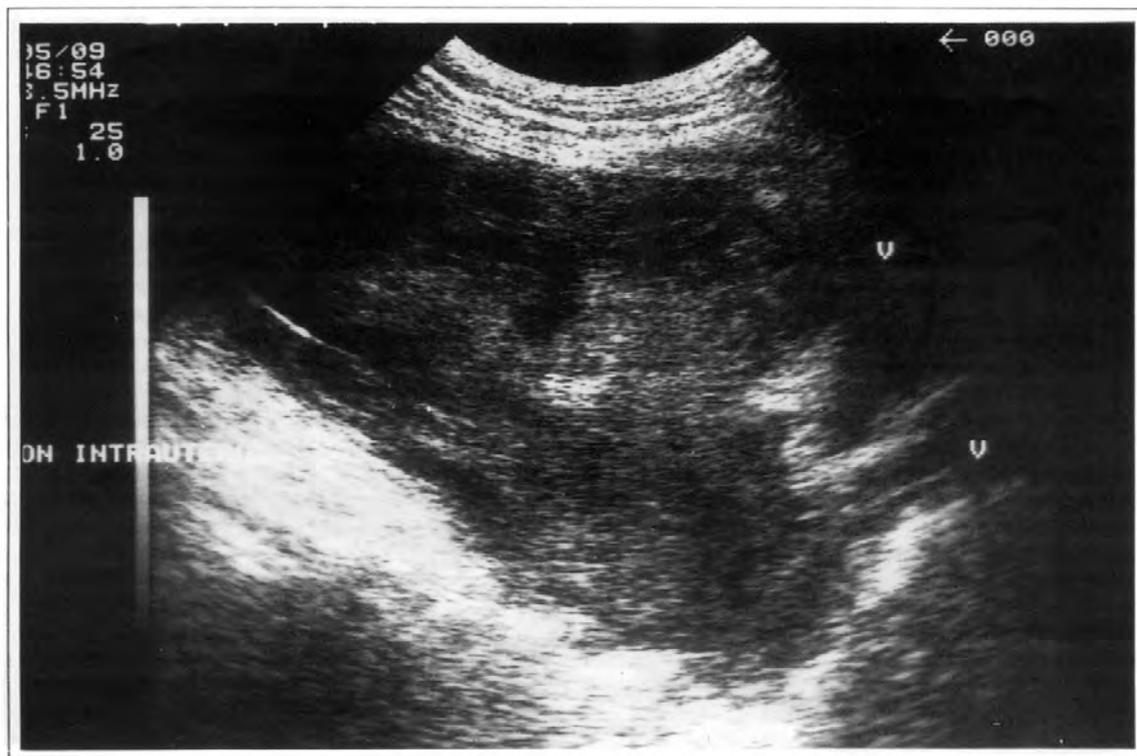


Foto N° 2: Ecografía que muestra ausencia de feto in útero.

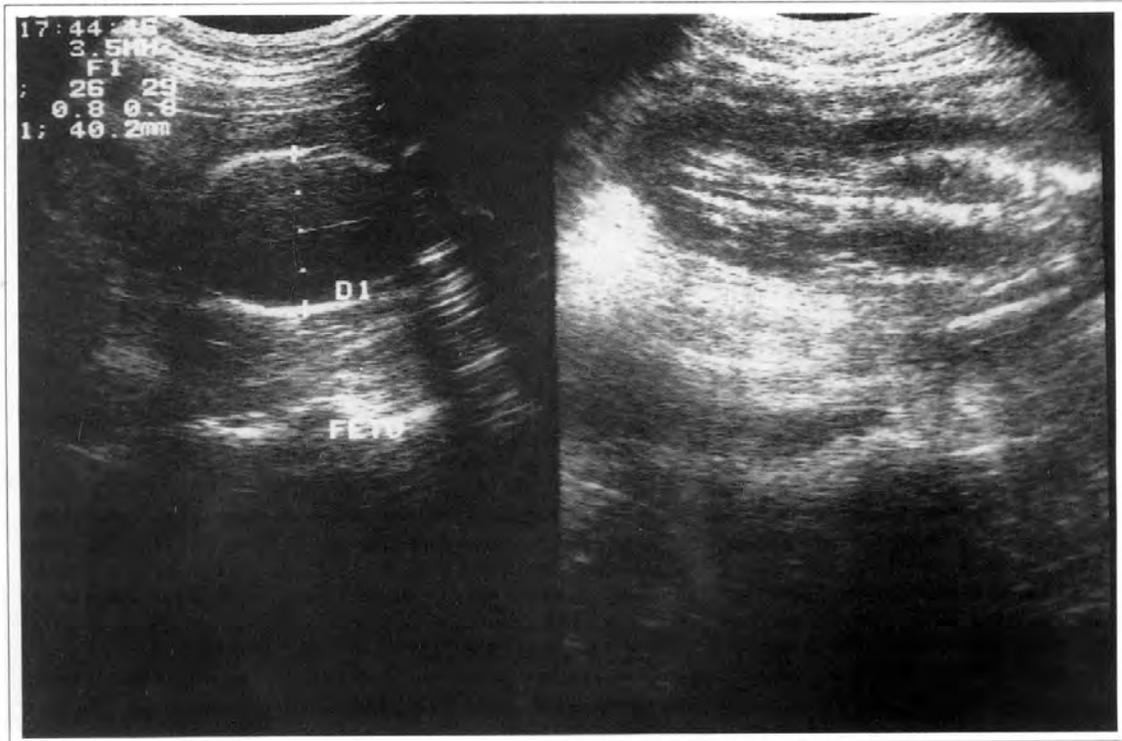


Foto N° 3: Muestra el cráneo y columna vertebral fetales fuera de útero.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martín J, McCaul J. Emergent management of abdominal pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1990; 33 (3): 438-87.
2. Oliver JR, Paul RH. Abdominal pregnancy. En: Nichols DH. Gynecologic and obstetric Surgery. Sn Louis Missouri: Mosby Year Book; 1993: 1067-1074.
3. Jackson S, Hollingworth T, Macpherson M. Elevated serum alpha fetoprotein values in association with an abdominal pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynecol 1993; 33(2): 214-215.
4. Angtuaco TL, Shah HR, Neal MR, Quir JG. Ultrasound evaluation of abdominal pregnancy. Crit Rev Diagn Imaging 1994; 35(1): 1-59.
5. Wagner Am Burchardt AJ. MR: imaging in advanced abdominal pregnancy. A case report of fetal death. Acta Radiol 1995; 36(2): 193-5.

Correspondencia:

Dr. Jimmy Espinoza Dorado
Instituto Materno Perinatal.
Av. Miroquesada 941.
Lima. Peru