



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 2001; 47 (3) : 189-192

Embarazo abdominal: Reporte de caso

F. Tamayo, C. Vera, JC. [Quispe](#), J. Díaz

Resumen

Se comunica un caso de embarazo ectópico abdominal, presentando la sintomatología, terapia aplicada, estudio anatomopatológico, evolución, revisión bibliográfica del tema y algunos comentarios pertinentes.

Palabras clave: Embarazo abdominal; Embarazo ectópico; Postdatismo.

Summary

We report a case of abdominal ectopic pregnancy, including symptoms and outcome, as well as pertinent bibliography and comments.

Key words: Abdominal pregnancy; Ectopic pregnancy; Postterm pregnancy.

Caso

Presentamos un caso de embarazo abdominal debido a su poca frecuencia y la inusual forma de presentación postérmino.

Paciente mujer de 23 años, que acude a emergencia el 21 de enero de 2001, a las 18:00 horas, natural de Chiclayo y procedente de Lima, G3 P1102, fecha de última regla (FUR) el 30 de marzo de 2000, con edad gestacional de 42 semanas por FUR, con control prenatal en posta médica (ocho controles).

La paciente ingresó por emergencia con tiempo de enfermedad de cinco días, caracterizado por dolor abdominal difuso, de moderada intensidad, que se exacerbaba con los movimientos fetales, con la deambulación o al incorporarse después de estar en decúbito y, en general, con los cambios de posición. Refirió además que al tercer mes de gestación presentó dolor abdominal difuso, semejante al episodio actual y que duró aproximadamente dos meses; los movimientos fetales los percibe desde el quinto mes de gestación.

Acude a la posta médica el 20/01/2001, donde después de examinarla y determinar una gestación de 42 semanas por FUR, le indican una ecografía obstétrica, cuyo resultado fue gestación única intraútero de 40 semanas por biometría fetal, oligohidramnios severo, feto en oblicua, motivo por el cual fue transferida.



Al examen físico, presión arterial 100/60 mmHg, pulso 98 por minuto, abdomen blando, depresible, levemente doloroso a la palpación en mesogastrio, altura gestacional de 32 cm, movimientos fetales presentes, dinámica uterina no evidenciable; maniobras de Leopold mostraron feto en oblicua, con ubicación del polo cefálico en fosa ilíaca derecha, latido fetal 142/minuto. Al tacto vaginal cuello largo posterior cerrado, estación flotante y pelvis ginecoide.

Se procedió a la cesárea, mediante incisión Pfannestiel. Después de atravesar la pared abdominal y entrar en cavidad se evidenció hemoperitoneo (aproximadamente 100 mL) y saco amniótico, el cual se rompió, observándose líquido meconial espeso, sin mal olor. La placenta se encontraba en la cavidad abdominal, fuera del útero y en la parte anterolateral izquierda del abdomen. Al desplazar la misma hacia un costado, se evidenció un feto vivo de sexo femenino, en transversa, con cabeza en fosa ilíaca derecha y fuera del útero.

Se extrajo el feto en cefálica, recién nacido vivo mujer, Apgar 5-7, peso 3330 g, perímetro cefálico 33 cm, talla 52 cm, edad gestacional de 39 semanas según parámetros de Capurro.

Se revisó la placenta, encontrándose una zona sangrante que podría corresponder a un desprendimiento prematuro de placenta de un 20%. Se procede a sacar la misma, liberándola de su inserción en el epiplón y en la pared lateral izquierda del peritoneo parietal, así como también del muñón superior izquierdo; se aprecia irrigación mayor a través de la arteria ovárica izquierda. Se logra extirpar la placenta, con cotiledones completos, de 500 g, con 15% de fibrosis y calcificaciones; no se pudo extraer las membranas en su totalidad, por estar firmemente adheridas a estructuras del piso pélvico y peritoneo parietal izquierdo. Se identificó útero de aproximadamente 10 cm, hiperémico, de consistencia normal, trompa uterina y ovario derecho de características normales, trompa y ovario izquierdo no identificables por estar inmersos dentro de la placenta.

La evolución de la madre fue sin complicaciones, con alta al cuarto día postoperatorio, sin dolor abdominal ni alza térmica. El recién nacido evolucionó sin complicaciones. Durante el seguimiento, a los 15 días la paciente refirió no tener molestias.

Discusión

El presente caso es una presentación inusual de embarazo abdominal. Casos similares han sucedido en el hospital, sin haber sido publicados. La experiencia anterior fue hace 15 años, con hallazgo de una gestación de 33 semanas por fecha de última regla, con desenlace adverso desde el punto de vista neonatal.

El embarazo abdominal es una forma rara de embarazo ectópico, que se desarrolla en la cavidad abdominal, usualmente con desenlace funesto para la madre y el producto. Se acompaña con implantación de la placenta en cualquiera de los órganos internos de dicha cavidad. Estadísticamente, la incidencia de embarazos ectópicos recibe influencia del uso de técnicas de reproducción asistida¹. El riesgo de muerte por un embarazo ectópico abdominal es 7,7 veces mayor que un embarazo tubárico y 90 veces mayor que un embarazo normal². La mortalidad materna es 0,5 a 18% y la mortalidad fetal 40 a 95%. La incidencia es 10,9 a 20,6 por cada 10,000 nacimientos y 9,2 a 14,5 por cada 1000 embarazos ectópicos³.



Se ha publicado casos raros de gestación ectópica abdominal: gemelar abdominal⁴ asociados con mola parcial⁵, embarazos heterotópicos con ambos recién nacidos vivos⁶ e, incluso, ocurrencia en paciente con antecedente de histerectomía⁷.

Los factores de riesgo reconocidos son: antecedente de infección pélvica, anomalías congénitas, endometriosis, embarazo ectópico previo³, cirugía tubárica o uterina previa, técnicas de reproducción asistida que incluyen fertilización in vitro, inducción de ovulación⁸, exposición del útero al dietilestilbestrol, uso de DIU³, tuberculosis¹, entre otros.

Es importante recalcar que los niveles hormonales de estrógenos, progestágenos y gonadotropinas son similares a un embarazo normal¹ y la placenta puede mostrar actividad hormonal hasta siete semanas posparto, cuando es dejada in situ⁹.

No existe una sintomatología florida para esta entidad. Sin embargo, el dolor abdominal inexplicable es el síntoma primordial, así como el dolor relacionado con los movimientos fetales¹⁻³. Nuestra paciente no presentó sintomatología importante, por lo que consultó debido al posdatismo. En algunos casos a término, se puede producir síntomas graves de oclusión intestinal o peritonitis aguda, a la vez de náuseas y vómitos persistentes, constipación moderada, síntomas de compresión vesical (Morales y col., 1980). Clínicamente se puede encontrar una mala presentación fetal – la cual fue motivo de la transferencia –, ausencia de reactividad uterina y palpación fácil de partes fetales. La ausencia de contracciones uterinas o de su registro por tocodinómetro pueden ser sospechosas de embarazo abdominal, pero puede haber registro de actividad si la placenta se localiza en la parte posterior al útero, desplazándolo hacia la cavidad abdominal, resultando una prueba falso positiva¹¹.

Sólo 10 a 30% llega a cirugía con diagnóstico preoperatorio de embarazo abdominal, debido básicamente a la falta de familiaridad del ginecoobstetra con este tipo de casos, por la baja frecuencia de los mismos¹². Sin embargo, hay varios elementos que pueden llevar a sospechar o a diagnosticar esta patología¹⁰. El elemento más importante de diagnóstico es la ecografía, la cual sólo logra diagnosticar 60% de los casos y, en ocasiones, puede desorientar¹³. Los hallazgos ecográficos más frecuentes son partes fetales separadas del útero, falta de visualización de la pared uterina entre el feto y la vejiga, mayor aproximación entre partes fetales y pared abdominal materna, feto en posición excéntrica y dificultad para una adecuada visualización placentaria^{14,15}.

Las principales complicaciones reportadas son: a) fetales, con retardo en el crecimiento, hipoplasia pulmonar y alteraciones en las extremidades¹, acompañadas de oligohidramnios severo². Se observa anomalías y deformidades fetales, con una tasa combinada de 20 a 40%¹⁶; b) maternas, consistente principalmente en sangrado, sobre todo en el momento de la cirugía, al intentar remoción del tejido placentario. El hecho de dejar la placenta en la cavidad abdominal también presenta graves complicaciones, como hemorragia secundaria, hipofibrinogenemia, preeclampsia/eclampsia¹⁷, perforación intestinal, obstrucción intestinal, reacciones febriles, septicemias, peritonitis, formación de abscesos² y posibilidad remota del desarrollo de un coriocarcinoma¹⁸.

Como se observa, uno de los problemas mayores es el manejo de la placenta. Esto va a depender de la implantación, variando desde un manejo conservador hasta la resección intestinal concomitante. El manejo de la placenta³ depende entonces de la localización placentaria, la disponibilidad de sangre y el estado de viabilidad placentaria¹⁹.



Si la placenta es quirúrgicamente extirpable, sin acarrear un sangrado masivo –como es el caso de las implantaciones en el epiplón– ésta podría ser resecada. Sin embargo, esto no se cumple en la mayoría de los casos, por lo que el tratamiento preferible sería dejar la placenta en la cavidad abdominal, sin ningún tipo de manejo posterior, pues se ha observado que el uso de metotrexato conlleva a una destrucción placentaria muy acelerada. El acúmulo de tejido necrótico en mayor cantidad favorecería la infección intraabdominal¹⁴. La extracción fetal, una vez que se logra la incisión del saco amniótico, debe hacerse en forma muy cuidadosa, ya que se ha descrito hemorragia retroplacentaria inmediatamente posterior a la remoción del feto. En el presente caso, la evolución de la paciente y el neonato fue satisfactoria, no teniendo necesidad de manejo médico, por ejemplo, empleo de metotrexato, debido a que se consiguió casi la remoción total de la placenta.

La placenta puede ser extirpada cuando exista cese de la actividad hormonal de hCG beta20 o si el feto lleva más de cuatro semanas de muerto². Si la placenta es dejada en su lugar, algunos autores recomiendan monitorizarla con ecografía y gonadotropinas en el postoperatorio, para observar su involución¹⁴. No se recomienda dejar dren en la pelvis luego de la cirugía³, ya que se puede convertir en un foco de infección. En gestaciones muy precoces, algunos autores han utilizado manejo laparoscópico²¹; pero, son necesarios más estudios al respecto.

El metotrexato sólo pudiera ser útil en casos de obstrucción intestinal o en casos de niveles progresivamente crecientes de hCG beta en el posparto.

El presente caso es una forma inusual de presentación. Hallazgos semejantes, asociados a desenlace favorable de madre y neonato no han sido publicados en la literatura mundial.

Referencias bibliográficas

1. Cunningham FG, McDonald PC, Leveno KJ. Williams Obstetric 20th Edition Norwalk: Appleton-Lange 1997:584-7.
2. Martín JN Jr, McCaul JF. Tratamiento de urgencia del embarazo abdominal. Clin Obstet Ginecol 1990;3:427-35.
3. Pisarka M, Carson S, Buster J. Ectopic pregnancy. Lancet 1998;351:115-20.
4. Stovall TG, Elkins TE. Twin abdominal pregnancy: A case report. J Reprod Med 1985;30:784.
5. Cordero DR, Adra A, Yasin S. Intraligamentary pregnancy. Obstet Gynecol Surv 1994;49:206-9.
6. Crabtree KE, Collet B, Kilpatrick SJ. Puerperal presentation of a living abdominal pregnancy. Obstet Gynecol 1994;84:646-8.
7. Nehra PC, Loginsky SJ. Pregnancy after vaginal hysterectomy. Obstet Gynecol 1984;64:735.
8. Cheng WF, Ho NH, Yang YS, et al. Abdominal pregnancy after gonadotropin superovulation and intrauterine insemination: A case report. Am J Obstet Gynecol 1994;171:1394-5.
9. France JT, Jackson P. Maternal plasma and urinary hormone levels during and after a successful abdominal pregnancy. Br J Obstet Gynecol 1980;87:356-62.
10. Arman MS, Al-Suleiman SA, Rahman J, et al. Advanced abdominal pregnancy: Observations in 10 cases. Obstet Gynecol 1982;59:366-72.
11. Orr JW, Huddleston JF, Knox GE, et al. False negative oxytocin challenge test associated with abdominal pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1979;133:108-10.
12. Angtuaco TL, Shah HR, Neal MR, et al. Ultrasound evaluation of abdominal pregnancy. Crit Rev Diagn Imaging 1994;35:1-59.



13. Ali V, Saldana LR, Balat IY, et al. Pitfalls in sonographic diagnosis of abdominal pregnancy. *South Med J* 1981;74:477.
14. Akhan O, Cekirge S, Senaati S, et al. Sonographic diagnosis of an abdominal ectopic pregnancy. *Am J Radiol* 1990;155:197.
15. Harris MB, et al. Diagnosis of viable abdominal pregnancy by magnetic resonance imaging. *Am J Obstet Gynecol* 1988;159:150-1.
16. Stevens SA. Malformations and deformations in abdominal pregnancy. *Am J Med Genet* 1993;47:1189-95.
17. Piering WF, Garancis JG, Becker CG, et al. Preeclampsia related to a functioning extrauterine placenta: Report of a case and 25-year follow up. *Am J Kidney Dis* 1993;21:310-3.
18. Jackson RL. Pure malignancy of the trophoblast following primary abdominal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1960;79:1085.
19. Hreshchysshyn NM, Bogen B, Loughran CH. What is the actual present-day management of the placenta in late abdominal pregnancy? Analysis of 101 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1961;81:320.
20. Thompson JD, Rock JA. *Te Linde Ginecología Quirúrgica 7º ed* Buenos Aires: Panamericana. 1993:401-2.
21. Dover RW, Powell M. Management of a primary abdominal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1603-4.