

EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL DE TÉRMINO CON FETO VIVO

ABDOMINAL ECTOPIC PREGNANCY TO TERM WITH FETUS

Dr. René Teran Mendizabal Gineco-obstetra H.M.I.G.U., *jherquy@hotmail.com*
Dr. Mario García Sainz Gineco-obstetra H.M.I.G.U., *magasabol@hotmail.com*
Dra. Vania Oquendo Benavides Residente III año de Gineco-obstetricia
Dra. Gabriela Terceros Berrios Residente III año de Gineco-obstetricia

RESUMEN

El siguiente caso es una presentación inusual de un embarazo ectópico abdominal que llega a término y con feto vivo, la paciente fue referida del Hospital de Quillacollo con diagnósticos de: Embarazo de 38 semanas, primigesta, con feto único vivo, presentación pélvica, placenta oclusiva total, oligoamnios severo y una gran masa en cara posterior de útero, miomatosis?

Internada en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidí de Cochabamba, el reporte ecográfico coincide con los diagnósticos de referencia, por lo que se programa la cesárea cuya indicación es presentación pélvica y por la miomatosis realizar probable miomectomía o histerectomía, de acuerdo a los hallazgos; sorpresivamente durante la cirugía, se encuentra el feto en cavidad abdominal, de término (38 semanas) y vivo, la gran masa descrita como mioma, correspondía a parte de la placenta inserta en fondo y cara posterior del útero aumentado de tamaño.

El embarazo abdominal es una patología infrecuente, con muy pocos casos reportados y aún menos con embarazo de término y feto vivo, por lo que se decide hacer una revisión de la incidencia, diagnóstico, manejo y tratamiento, sobre todo de la conducta controvertida de la extracción o no de la placenta.

PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico abdominal a término, feto vivo.

ABSTRACT

The following case is an unusual presentation of an abdominal ectopic pregnancy comes to term with live fetus, the patient was referred to the hospital Quillacollo with diagnoses: Pregnancy 38 weeks primigravida, live single fetus, breech presentation, placenta occlusive total, severe oligohydramnios and a large mass on the posterior aspect of the uterus, fibroids?

Hospitalization in Maternal Hospital German Urquidí of Cochabamba, the ultrasound report coincides with diagnosis of reference, which is scheduled for caesarean section is named, breech presentation and make probable fibroids myomectomy or hysterectomy, according to the findings, surprisingly for surgery, is the fetus in the abdominal cavity, the term (38 weeks) and I live, the great mass described as myoma, corresponded to part of the placenta attaches to the bottom and back of the enlarged uterus.

Abdominal pregnancy is an uncommon condition with very few cases reported and even less with term pregnancy and lives fetus, so it was decided to review the incidence, diagnosis, management and treatment, especially the conduct at issue removal or not the placenta.

KEY WORDS: Abdominal ectopic pregnancy to term, live fetus

INTRODUCCIÓN

La incidencia del embarazo ectópico abdominal se

reporta con amplias variaciones, 1 en 3.337 nacidos vivos según Beacham (1), de 1 en 10.000 nacidos vivos (2), y hasta de 1 en 550.000 nacidos vivos según Cattaneo y Sievers (3). Estos registros con amplias diferencias se dan según la localización geográfica, estatus socioeconómico y nivel de desarrollo de las unidades de salud (4). El índice de mortalidad materna varía del 0.5 al 18 % y el perinatal del 40 al 95 %. El riesgo de muerte materna por embarazo abdominales es 7.7 veces mayor en relación al embarazo ectópico tubárico y 90 veces mayor que en un embarazo normal, y la mortalidad neonatal se reporta de un 75 a 95 % (5).

El embarazo abdominal es una forma rara de embarazo ectópico, que se desarrolla en la cavidad abdominal y que generalmente se asocia con una alta tasa de morbilidad y mortalidad materna como neonatal (6). Es posible que el embarazo abdominal sea primario o secundario, para considerar primario se exige los siguientes requisitos:

- a) Ambas trompas y ovarios deben estar normales.
- b) No debe existir evidencia de fístulas útero peritoneales
- c) El embarazo debe estar asociado exclusivamente con la superficie peritoneal sin relación con la fimbria tubárica.

En caso de ser secundario debe existir solución de continuidad de útero o trompas para su exteriorización a cavidad o que su implantación inicial en ovario se libere y se implante en cavidad abdominal (4)

El diagnóstico en estos casos es muy difícil, por cuanto no se tiene una sintomatología clara como en un embarazo ectópico tubárico, sin embargo con una buena anamnesis es posible reconocer algunos antecedentes, que pueden de alguna manera orientar al diagnóstico como:

Las infecciones pélvicas (tuberculosis abdominal), anomalías congénitas, endometriosis, embarazos ectópicos previos, cirugías uterinas o tubarias, reproducción asistida, fertilización in vitro, inducción de la ovulación, uso de dispositivos uterinos y otros (7).

Durante el embarazo la paciente puede cursar asintomática, aunque se describe el dolor abdominal inexplicable como el síntoma primordial, relacionado con los movimientos fetales, durante el examen clínico se puede encontrar presentaciones anormales del feto, inactividad uterina con ausencia de las contracciones de Braxton Hicks, anatomía fetal fácilmente palpable, latidos fetales timbrados, presentaciones indiferentes. El ultrasonido es el método de elección para llegar al diagnóstico, sin embargo su margen de error es de 50 a 90 % (8).

La descripción del cuadro clínico de acuerdo al Dr. J. I. López es la siguiente:

- Dolor en bajo vientre con los movimientos fetales.
- Muchas veces diarrea por la irritación peritoneal.
- Las partes fetales se palpan con mayor facilidad por debajo de la piel.
- No existe contracciones de Braxton Hicks ni aumento del tono uterino.
- La presentación del feto es casi siempre viciosa, predominando la situación transversa, seguido de la pélvica, cuando es cefálica es móvil.
- Los ruidos de la frecuencia cardíaca fetal son mucho más fuertes.
- El fondo de saco siempre está abombado, ocupado, endurecido muy por delante del cuello uterino.
- El cuello uterino siempre está cerrado y endurecido.
- La ultrasonografía ayuda al diagnóstico pero no en cien por ciento (9)

Es importante recalcar que los niveles hormonales de estrógenos, progesterona y gonadotropinas son

similares al de un embarazo normal, y la placenta puede mostrar actividad hormonal hasta siete semanas posteriores en caso de dejar la placenta en cavidad abdominal, así mismo es posible que presente sintomatología neurovegetativa y una emésis poco manifiesta.(8)

En cuanto al tratamiento, la cirugía resuelve fácilmente el problema de la extracción fetal, las interrogantes que se plantean es en relación a la placenta, hay criterios controvertidos respecto a la conducta que se debe seguir, pues el mayor peligro que ofrece el desprendimiento, es la hemorragia aguda, ya que la placenta del embarazo abdominal posee vasos muy dilatados mal conformados anatómicamente y muy penetrados en las estructuras vecinas, ocasionando hemorragias que pueden comprometer la vida de la paciente. Sin embargo la mayoría de los autores estudiados optan por su extracción cuando las condiciones son favorables, pero si es necesario dejar la placenta in situ, se recomienda el uso de metotrexate por 5 días a una dosis de 10 mg/día y repetir cada 6 semanas hasta realizar 3 ciclos (9).

Entre las complicaciones maternas se encuentra el hemoperitoneo, anemia aguda, coagulación intravascular diseminada, infecciones cuando se deja la placenta, embolismo pulmonar y formación de fístulas a intestino (10). Las complicaciones fetales son el retardo de crecimiento hipoplasia pulmonar, oligoamnios severo con alteraciones en el crecimiento de las extremidades, anomalías y deformidades fetales (7).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 29 años de edad, primigesta, referida del Hospital de Quillacollo con diagnóstico clínico y ecográfico de: Embarazo de 38 semanas, presentación pélvica, oligoamnios severo, placenta oclusiva total, masa sólida en cara

posterior de útero, mioma?, en ese hospital realiza 6 controles prenatales

Internada en el Hospital Materno Infantil German Urquidi, acusando como único síntoma dolor abdominal tipo espasmódico en hipogastrio de leve intensidad, irradiado hacia región lumbosacra, movimientos fetales presentes, sin otra sintomatología. Los antecedentes durante el embarazo fueron: sintomatología simpática soportable, que persistió hasta los 6 meses, posteriormente dolor abdominal con irradiación a región lumbosacra. Al examen físico: signos vitales dentro de parámetros normales. Al examen obstétrico: Abdómen con útero gestante altura uterina 33 cm. Se palpa partes fetales con facilidad, situación longitudinal, dorso izquierdo, presentación pélvica. Frecuencia Cardíaca Fetal: 144 por minuto, dinámica uterina ausente. Genitales: Especular; vagina de paredes rosadas, cérvix posterior, cerrado, sin evidencia de sangrado. Tacto vaginal: Vagina de paredes elásticas, cérvix posterior consistente, cerrado.

Reporte de ecografía en nuestro servicio: Feto único vivo, presentación pélvica, valoración anatómica totalmente dificultada, atriun fetal de 15 mm, placenta de implantación baja de difícil valoración por presencia de masa heterogénea contigua compleja en relación con orificio cervical interno y aparentemente dividido por membrana amniótica, mide 179 x 105 x 139 mm, volumen 1.366 cc. Estudio doppler revela flujo periférico. Líquido amniótico disminuido en saco de feto vivo. Conclusión ecográfica: Gestación de 36 semanas +/- 14 días, Hidrocefalia, Oligoamnios severo, Gran masa compleja en saco, aparentemente mola parcial ??, síndrome de Perfusión Arterial Invertida (TRAP) ??

Los laboratorios realizados reportaron completa normalidad.

La conducta en el hospital fue cesárea programada, bajo los diagnósticos clínicos y ecográficos de:

Primigesta, Embarazo de 38 semanas, Feto único vivo, Presentación pélvica, Hidrocefalia, Placenta de inserción baja, Oligoamnios severo.

ACTO QUIRÚRGICO

Se inicia la cirugía bajo anestesia con Bloqueo Peridural que terminó en anestesia general. Realizada la incisión media infraumbilical, disección hasta peritoneo, adherida al mismo se identifican membranas corioamnióticas, incidida la misma se visualiza los pies del feto, se amplía la incisión, se aspira el líquido amniótico y se procede a la extracción del producto por el polo pélvico sin dificultad hasta la cabeza, la misma que se encontraba adherida por el cuero cabelludo a las membranas y éstas al diafragma, con divulsión digital se logra liberar la cabeza y extraer el feto, doble pinzamiento del cordón umbilical cerca de la inserción placentaria, (con la intención de dejar la placenta y retirar en segunda intención, previa aplicación de metotrexate), pero en la corredera parieto-cólico derecha donde estaba adherida parte de la placenta, se encuentra un sangrado importante de un desgarró de aproximadamente 1 cm. Se intenta hemostasia con un punto transfixiante, lo cuál no se consigue y el sangrado fue mayor (al ver esto uno de los colegas presentes sugirió clampear la aorta para disminuir el sangrado y retirar la placenta), se invita al cirujano vascular que acude casi de inmediato, intenta realizar dicho procedimiento ampliando aun mas la incisión, pero al remover intestino y epiplón el sangrado se incrementa, decidiendo retirar la placenta ligando los vasos sangrantes en mayor proporción adheridos al epiplón, conseguido el mismo, el sangrado disminuye, pero en la parte inferior adherida al fondo y cara posterior de útero se encontraba otra porción de placenta, se libera el mismo, pero el útero y los anexos del lado derecho que se encontraban completamente hiperémicos y congestivos continuaban con sangrado activo,

entonces el cirujano vascular, con la intención de conservar el útero por primigesta, intenta realizar ligadura de hipogástricas, al incidir el peritoneo para identificar la arteria del lado derecho, el sangrado fue mayor, (probablemente por alteraciones de la coagulación que hasta entonces había recibido mas de 5 unidades de sangre), entonces decidimos realizar la histerectomía subtotal, el sangrado disminuye, pero continúa en napa en cúpula y pared, por lo que se realiza empaquetamiento con 2 compresas, cierre de pared con puntos totales, la paciente fue controlada en Terapia Intensiva Materna. Al segundo día se reinterviene la paciente en condiciones estables, para retirar las compresas, mismas que se extraen sin mayores dificultades sin embargo de estar bien adheridas, pero el sangrado fue muy escaso, revisada la hemostasia del epiplón se encuentra pequeños hematomas con áreas de necrosis en los lugares de la ligadura anterior, disección de los mismos con ligaduras transfixiantes en porciones mas pequeñas, revisión de la hemostasia, lavado de cavidad y cierre de pared por planos con técnica y material de costumbre, previa aplicación de 2 drenajes tubulares en región parietocólico y fondo de saco, terminó la reintervención sin mayores complicaciones.

El Recién Nacido fue de sexo femenino con peso de 3.016 g. Perímetro Cefalico 36 cm. con ligero aplastamiento de parietal izquierdo, talla 49 cm. APGAR 6/8 de 40 semanas.

La paciente permaneció en Terapia Intensiva Materna por 2 días más, y en salas de interacción por otros 3 días, en total permanecieron internadas madre e hijo 9 días desde su ingreso hasta el día de su alta con una evolución favorable.

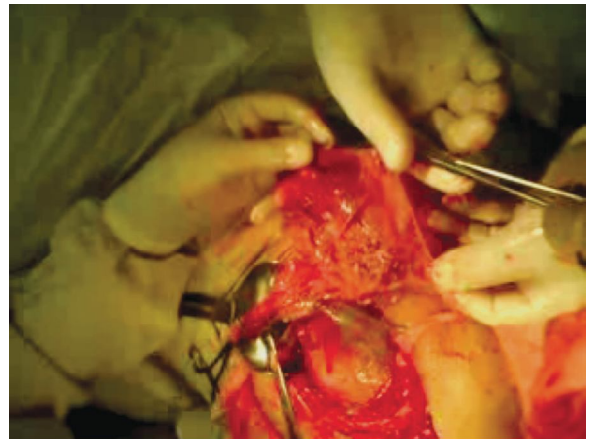
NOTA

Es trascendental ponderar el trabajo en equipo que en este caso sí fue multidisciplinario, porque desde que el momento en que los cirujanos manifiestan

que se trata de un embarazo abdominal acudieron en auxilio del equipo quirúrgico, el servicio de anestesiología en las personas de las Dras. Graciela Cordova, Giovana Camacho. Servicio de Terapia Intensiva en la persona del Dr. Cristian Arcienega. Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Viedma el equipo del Dr. Harold Muñoz, y los colegas que estuvieron presentes durante todo el acto quirúrgico, opinando o sugiriendo, en definitiva sufriendo junto a nosotros, el Dr. Ronald Aparicio, Dr. Remy Uriona, Dr. Antonio Pardo, Dr. Rolando Iriarte, residentes y enfermeras. Gracias a la entereza y la dedicación de todos ellos, la paciente así como su hijo egresaron del hospital en buenas condiciones de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Beacham WD, Hernquist WC, BeachamDW, Webster HD, Abdominal pregnancy at Charity Hospital in New Orleans. A J Obstet Gynecol 1984; 1257
- 2.- Costa SD, Presley J, Bastert G: Advanced abdominal pregnancy. Obstet Gynecol Sur 1991; 46: 515-25
- 3.- Cattaneo F, Sievers R: Revisión casuística nacional a propósito de un caso de embarazo abdominal a termino con niño vivo. Bol Soc Chil Obstet Ginecol 1958 23: 223
- 4.- Atrash HK, Frede A, Hogue CJ: Abdominal pregnancy in the United States: Frequency and maternal mortality. Obstet Gynecol 1987; 69: 333-7
- 5.- Shaw HA, Ezenwa E. Secondary abdominal pregnancy in a Jehovah's Witness. South Med J 2000; 93 (9): 898-900
- 6.- Ricce PA, Perucca E, Cuellar E, Leiva J, Blanch J. Embarazo abdominal. Revista Chilena de Obstet y Ginecol 2003; 68 (3)
- 7.- F. Tamayo, C. Vera, IC Quispe, J. Diaz. Embarazo abdominal. Reporte de um caso Ginecol Obstet (Peru) 47 (3): 189-192
- 8.- Jazayeri A, Davis TA, Contreras DN: Diagnosis and management of abdominal pregnancy. A case report. JReprod Med 2002; 47 (12): 1047-9
- 9.- López JI, Rueda R, Lugones MA. Embarazo abdominal com 62 semanas de duracion, presentacion de um caso y revision de la entidad. Ver. Cubana de Obstetr y Ginecol v. 32 -2 Habana mayo 2006.
- 10.- Hernandez R, Trujillo C, Delgado J y cols: Embarazo abdominal con recién nacido vivo asociado a histerectomía total: complicación post operatorio. Rev Chil Obstet Ginecol 1990; 55(2): 113-7.



Identificación de membranas corioamnióticas



Extracción por el polo pélvico



Polo cefálico adherido a las membranas



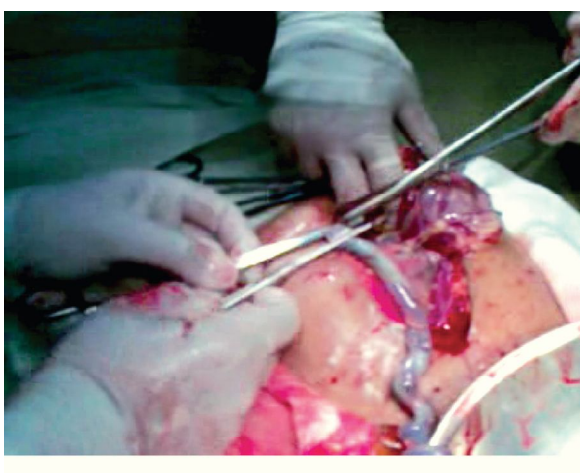
Identificación de la zona sangrante en la inserción placentaria



Liberación de la cabeza fetal



Extracción completa de la placenta con ligadura y sección de vasos correspondientes



Pinzamiento y corte del cordón umbilical



Recién Nacido en Neonatología