

# Embarazo ectópico abdominal a término. Presentación de un caso y revisión de la literatura

*Drs. Fabio Rumbao, María da Silva, Gidder Benítez, Alfonso De Conno, Aarón Cohen, Alex Pinzón, José Moros*

*Servicio de Obstetricia. Hospital "Dr. Jesús Yerena". Caracas*

*RESUMEN: Se presenta una paciente de 42 años de edad, con embarazo abdominal a término y feto vivo. No se logró la extracción total de la placenta lo que ameritó histerectomía abdominal total. Se realiza una revisión y análisis de la literatura sobre esta entidad clínica.*

*Palabras clave: Embarazo abdominal. Embarazo ectópico.*

*SUMMARY: We present a 42 years old female patient with abdominal pregnancy at term and live fetus. The placental extraction wasn't possible, for that required total abdominal hysterectomy. We present a review of the current literature regarding this pathology.*

*Key words: Abdominal pregnancy. Ectopic pregnancy.*

## INTRODUCCIÓN

El embarazo abdominal es una entidad rara. Al parecer, la primera comunicación conocida la realizó Abulcasim (912 – 1013 d.C.) en el libro titulado "Al Tasrif" (El Método) (1).

Este tipo de embarazo ectópico se define como la implantación del producto de la concepción dentro de la cavidad peritoneal y puede ser primario o secundario (2).

En 1942 Studdiford (3) propuso tres criterios para el diagnóstico de la implantación primaria:

1. Trompas y ovarios normales, sin evidencia de lesiones recientes o pasadas.
2. Ausencia de cualquier evidencia de fístula útero-placentaria y datos de ruptura uterina.
3. Presencia de un embarazo relacionado exclusivamente con la superficie peritoneal y lo suficientemente joven como para eliminar la posibilidad de una implantación secundaria posterior a la nidación primaria en la trompa.

El diagnóstico del embarazo abdominal resulta muy difícil, lo que representa un gran problema obstétrico, con una mortalidad materna aproximada de 18% y una mortalidad perinatal de 95% (4). Por otro lado, cuando se establece el diagnóstico y se decide interrumpir el embarazo, se plantea otra situación, el manejo de la placenta (5-7).

El hallazgo de un embarazo abdominal a término, con feto vivo, como el caso que nos ocupa, es un evento poco frecuente. Esto motivó su presentación y revisión de la literatura.

## Descripción del caso

Paciente femenina de 42 años, VII G, VI P, con embarazo no controlado de 42 semanas + 3 días, quien consultó a sala de parto del Hospital "Dr. Jesús Yerena", el 27/01/01, por presentar contracciones uterinas dolorosas y sangrado genital escaso.

Antecedentes de importancia: laparotomía por peritonitis en 1991.

Los hallazgos relevantes al examen físico fueron:

Altura uterina 30 cm, situación transversa, frecuencia cardíaca fetal (FCF): 80 lat x´.

*Recibido: 11-07-01*

*Aceptado para publicación: 31-07-01*

Espéculo: sangrado escaso con coágulos.

Tacto: cuello uterino corto, posterior, blando, permeable a un dedo; no se tactan las membranas.

Fue hospitalizada con los siguientes diagnósticos:

1. Embarazo de 42 semanas + 3 días.
2. Desprendimiento prematuro de placenta.
3. Sufrimiento fetal agudo.
4. Situación transversa.

Se solicitó quirófano para realizar cesárea segmentaria. Al realizar laparotomía media infraumbilical se encontró:

1. Feto vivo en cavidad abdominal, envuelto en membranas ovulares íntegras.
2. Líquido amniótico escaso, teñido de meconio espeso.
3. Placenta con cotiledones aberrantes, adherida a epiplón, peritoneo parietal y pared uterina derecha, con desprendimiento parcial.
4. Útero de aproximadamente 16 cm de longitud.
5. Ovarios normales.

Luego de extraer al recién nacido, no se logró la completa extracción de la placenta debido a su firme inserción en la pared uterina derecha, lo que ocasionó un sangrado incoercible que ameritó la realización de histerectomía abdominal total (Figura 1).

La evolución posoperatoria fue normal, y egresó a los 2 días.

Se obtuvo recién nacido femenino vivo a término, peso: 2 400 g, talla: 50 cm, deprimido, que ameritó maniobras de reanimación avanzadas, las cuales fueron exitosas.



Figura 1. Pieza operatoria: útero y placenta.

Presentó pie equino varo izquierdo y pie talo derecho. La evaluación neurológica fue normal. Al nacer presentó hipocalcemia y luego un cuadro de sepsis que respondió a tratamiento antibiótico. Permaneció un mes en reten, egresó en buenas condiciones (Figura 2).



Figura 2. Recién nacido femenino.

## DISCUSIÓN

El embarazo abdominal es generalmente secundario a un embarazo tubario, que se desprende a la cavidad peritoneal luego de una ruptura temprana o un aborto tubario. El embarazo abdominal secundario es más frecuente que el primario e incluso existen autores que ponen en duda la existencia de este último (2).

La frecuencia se estima en 10,9 embarazos abdominales por 100 000 nacidos vivos y 9,2 por 1 000 ectópicos; no obstante, dicha frecuencia varía de 1: 3 372 a 1:10 200, con una proporción de 1,6% que oscila entre 0,9% y 4% (8-10).

Haratz y Kízer (5) en un estudio de 21 casos, encontraron una frecuencia de 1:69 920 embarazos (1:60 179 partos).

El embarazo abdominal tiene como factores de riesgo la transferencia intratubaria de gametos, el aborto inducido, la endometriosis, la tuberculosis y los dispositivos intrauterinos (5,11,12); también se ha informado, que el consumo de cocaína incrementa el riesgo de embarazo abdominal (13).

El diagnóstico de esta entidad es un reto, ya que el cuadro clínico es inespecífico e incluye dolor abdominal leve, difuso, sensación de peso abdominal, amenorrea y sangrado genital. Además, el ultrasonido sólo permite establecer el diagnóstico en el 50% de los casos, aun con excelentes equipos y buen entrenamiento (7,14).

Otra herramienta diagnóstica que podría emplearse es la resonancia magnética nuclear, ésta parece ser muy precisa y específica (15).

Algunos autores consideran que el diagnóstico preoperatorio del embarazo abdominal es escaso porque no se piensa en esta patología (7), a esto se puede agregar el hecho de que las pacientes no se hayan controlado el embarazo como este caso y el descrito por Díaz Bolaños y col. (6).

Una vez establecido el diagnóstico, debe plantearse la interrupción del embarazo, si la edad de gestación es avanzada o el embarazo es de gran valor. La mayoría de los autores está de acuerdo en seguir una conducta expectante ofreciendo inducción de madurez pulmonar fetal y posterior resolución (5,7). Sin embargo, se debe tener presente, que a medida que avanza el embarazo existe la probabilidad de mayor infiltración placentaria en los diversos órganos abdominales.

Al interrumpir el embarazo, el manejo de la placenta representa otra situación controversial para el cirujano. Muchos autores prefieren extraerla, siempre que sea posible, lo cual depende de la edad de gestación y el lugar de implantación (5-7,16).

De no ser posible la extracción de la placenta, existe la posibilidad de tratamiento médico con metotrexate (6,7). Sin embargo, muchas veces éste produce una destrucción acelerada de la placenta, con acúmulo de tejido necrótico y formación de abscesos (17).

Otra opción sería no extraer la placenta y esperar que ocurra la reabsorción que permitiría su extracción con menor dificultad en una segunda intervención (18,19). No obstante, esta conducta puede traer consecuencias graves, que incrementan la morbimortalidad, tales como: hemorragia intraabdominal, dehiscencia de la herida operatoria, hematomas retroplacentarios, abscesos pélvicos y subfrénicos, obstrucción intestinal, peritonitis y sepsis. Otras complicaciones que han sido descritas incluyen formación de quistes vasculares, eliminación de tejido trofoblástico a través de la uretra y desarrollo de coriocarcinoma (5,6,16).

A pesar de los inconvenientes que se pueden presentar al realizar la intervención quirúrgica,

recientemente han sido reportados casos de embarazo abdominal tratados satisfactoriamente por laparoscopia (20).

Si el feto muere y su tamaño es demasiado grande como para ser reabsorbido, puede supurar, momificarse o calcificarse. Si está próximo al intestino, las bacterias pueden invadirlo y formarse un absceso que luego se rompe y la paciente puede morir por sepsis. En otros casos el feto momificado y calcificado puede permanecer en la cavidad abdominal por años hasta ser eliminado durante la realización de una intervención quirúrgica o al realizar una autopsia (21,22).

En los embarazos abdominales avanzados, las deformidades fetales más comunes son asimetrías faciales, craneanas, anormalidades de las articulaciones y malformaciones del sistema nervioso central. En este caso, el recién nacido presentó pie equino varo izquierdo y pie talo derecho.

En conclusión, el embarazo abdominal sigue siendo una entidad de difícil diagnóstico a pesar de los avances tecnológicos; tal vez debido a que no se sospecha y las pacientes no asisten oportunamente a la consulta prenatal. Una vez diagnosticado pensamos que debe interrumpirse, a menos que la edad de gestación sea avanzada y el manejo de la placenta debe ser individualizado.

## REFERENCIAS

1. Zúñiga-Cisneros M. Historia de la medicina. 2ª edición. Madrid: Ediciones EDIME; 1977.p.400-401.
2. Main JN, Sessums JK, Martín RW, Prior JA, Morrison JC. Abdominal pregnancy: Current concepts of management. *Obstet Gynecol* 1988;71:749-757.
3. Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1942;44:487-491.
4. Delke I, Veridiano NP, Tancer ML. Abdominal pregnancy: Review of current management and addition of 10 cases. *Obstet Gynecol* 1982;60:200-204.
5. Haratz L, Kízer S. Embarazo abdominal. Análisis de 21 casos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1977;37:179-193.
6. Díaz-Bolaños J, D'Ambrosio M, Figueroa B. Embarazo abdominal a término con feto vivo. Reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1985;45:220-223.
7. Bonfante E, Bolaños R, Pereyra L, Juárez L, García C. Embarazo abdominal experiencia institucional. *Ginecol Obstet Méx* 1998;66:287-289.
8. Atrah HK, Freide A, Hougue CJ. Abdominal pregnancy in the United States: Frequency and maternal mortality. *Obstet Gynecol* 1987;69(1):333-337.
9. Geerinchx KR, Baekelandt M, Dauwe D, Pandelaere F. An advanced abdominal twin gestational after primary

- infertility and tubal pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1987;26:283-288.
10. Gutiérrez O, Gonzales M, Fernández H, Esaa J, Borregales J, Marcano A. Embarazo ectópico. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1990;50:184-188.
  11. Ferland RJ, Chaclick DA, O'Brien JA, Granai CO. An ectopic pregnancy in the upper retroperitoneum following in vitro fertilization and embryo transfer. *Obstet Gynecol* 1991;78:544-546.
  12. Durukan T, Urman B, Yarali H, Arikan U, Beykal O. An abdominal pregnancy 10 years after treatment for pelvic tuberculosis. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:594-595.
  13. Audain L, Brown WE, Smith DM, Clark JF. Cocaine use as a risk factor for abdominal pregnancy. *J Natl Med Assoc* 1998;90:277-283.
  14. Costa SD, Presley J, Bastert G. Advanced abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1991;46:515-523.
  15. Wagner A, Burchardt AJ. MR imaging in advanced abdominal pregnancy. A case report of fetal death. *Acta Radiol* 1995;36:193-195.
  16. Mekki Y, Gilles JM, Mendez L, O'Sullivan MJ. Abdominal pregnancy: To remove or no to remove the placenta. *Prim Care Update Obstet Gyn* 1998;5:192-196.
  17. Rahman MS, Al-Suleiman SA, Rahman J, Al-Sibai MH. Abdominal pregnancy observations in 10 cases. *Obstet Gynecol* 1982;59:366-372.
  18. Teppa P, Rajbe V. Embarazo abdominal. Reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1980;40:151-152.
  19. Briceño R, Delgado A, Vielma R. Acerca de un caso de embarazo abdominal a término con feto vivo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1960;20:671-687.
  20. Ginath S, Malinger G, Golan A, Shahmurov M, Glezerman M. Successful laparoscopic treatment of ruptured primary abdominal pregnancy. *Fertil Steril* 2000;74:601-602.
  21. Tarun J, Eckert O. Abdominal pregnancy with lithopedion formation presenting as a pelvic abscess. *Obstet Gynecol* 2000;96:808-809.
  22. Pasini R, Knobel R, Parpinelli M, Pereira BG, Amaral E, Surita FG, et al. Calcified abdominal pregnancy with eighteen years of evolution: Case report. *Sao Paulo Med J* 2000;118:192-194.

## “Uso de la embolización de la arteria uterina para tratar fibromas”

“Para muchas mujeres, la embolización de la arteria uterina (EAU), procedimiento radiológico, representa una opción, menos invasiva, para tratar los fibromas uterinos y pueden ser una alternativa a la cirugía mayor, tal como histerectomía o miomec-tomía. La EAU trabaja sobre un principio simple: por inyección de una solución de partículas para bloquear parcialmente las arterias que suministran la sangre al útero que contiene los fibromas, la EAU ocluye el flujo sanguíneo al útero. Como resultado, los fibromas —junto con el útero— disminuyen, a un grado variable que depende de su tamaño. Aun cuando el procedimiento se hace cada vez más, la posición oficial del Colegio Americano de Obstetras y Perinatólogos es considerarlo como “en investigación” y alerta sobre su potencial de infección y de otras secuelas que requieren cirugías de emergencia... El primer reporte sobre EAU para el tratamiento de fibromas, publicado en 1995, detalló una pequeña serie de casos de un hospital en París. Los primeros reportes de casos en Estados Unidos aparecieron en 1996 y 1997 y la primera serie de EE.UU describió 11 casos... Un artículo en el

número de julio 2001 de “*Obstetrics and Gynecology*”, describe los resultados de uno de los más grandes estudios sobre EAU reportados hasta la fecha: estudio de 2 años de 200 pacientes sometidas al procedimiento en la Universidad Georgetown, en el cual el 90% de las mujeres dijeron estar satisfechas con el alivio de los síntomas a dos años después de la embolización... A un año pos EAU el tamaño de los fibromas se redujo en 58%, el sangrado menstrual abundante mejoró en 90% de las mujeres, y otros síntomas mejoraron en 91%... Las contraindicaciones para la embolización desde el punto de vista radiológico van desde las reacciones alérgicas al contraste usado amenazantes para la vida hasta las infecciones agudas, problemas renales y la diabetes pobremente controlada. Las únicas contraindicaciones ginecológicas absolutas a la EAU son: la presencia de un embarazo, la infección pélvica aguda o crónica o la evidencia de cáncer pélvico. Pero, dicho esto, con pocas excepciones, está actualmente contraindicada en mujeres que deseen conservar su fertilidad...” (Schwartz ML, Klein A, McLucas B. *Contemporary Ob/Gyn* 2001;46(8):14-27).