

## EMBARAZO ABDOMINAL SECUNDARIO A PARTIR DE MUÑON RESTO-TUBARICO

COMUNICACION DE UN CASO DEL INSTITUTO MATERNO INFANTIL

Doctor **Rubén Darío Guzmán Alandete** \*

Por lo poco frecuente que suele ocurrir esta situación, relatamos un caso verificado en el Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta", en febrero de 1965.

El embarazo abdominal primario es extremadamente raro y hasta hace poco tiempo existía cierto escepticismo sobre la posibilidad de que un huevo fecundado se implantara por sí mismo en el peritoneo pélvico, pero parece que tal posibilidad puede ocurrir según las observaciones descritas por Studdiford (1 y 2) en 1942. Además este mismo autor ha aceptado como auténticos, otros casos registrados con anterioridad por Hurst y Knipse en 1908. En cuanto al embarazo abdominal secundario sabemos que presenta características especiales como ser su rareza, lo difícil de diagnosticar y la gravedad que entraña si no se trata adecuada y oportunamente.

Navas G. (3) en 1948 nos comunicó un caso de embarazo abdominal

primario, el cual evolucionó a litofospedión.

La frecuencia del embarazo abdominal secundario, según Williams (4) es de 1 por 15.000 embarazos. Douglas y Kohn relacionando la proporción existente entre los embarazos abdominales secundarios y los embarazos que llegan a término con feto vivo es de 1 por 16.310. La estadística de otros autores extranjeros es muy semejante.

También entre nosotros la frecuencia de embarazos abdominales secundarios es muy baja, así Turbay B. (5) en una revisión de 300 casos de embarazos ectópicos, encontró uno de embarazo abdominal secundario y otro ovárico.

Ramírez Merchán (6,7) en dos comunicaciones en 1946, relata un caso de embarazo abdominal secundario y dos casos de embarazos ováricos, los cuales llegaron casi a término.

Botero-Uribe (8) presenta una revisión completa sobre tal complicación.

\* Instructor del Departamento Obstétrico-Ginecológico de la Universidad Nacional.

ción, aportando 8 nuevos casos, de los cuales 6 lograron viabilidad.

Acosta B. Eduardo (9) en 1957 comunicó dos casos de embarazo abdominal secundario.

Serpa R. (10) presenta 4 casos más, los cuales llegaron a término: uno con feto vivo de 3,500 grs., evolucionando posteriormente en forma normal y 3 con fetos muertos, uno de los cuales se fistulizó a ombligo, pues la paciente no admitió ser sometida a tratamiento quirúrgico.

Londoño Mejía A. (11) en 1954 presenta también un caso de embarazo abdominal secundario.

Bechara Z. (12) nos presenta un caso de embarazo abdominal secundario y otro ovárico sobre 151 casos revisados.

Sánchez Torres F. (13) presenta un caso de tal complicación, ocurrido en el I.M.I., a quien se le practicó Histerectomía Abdominal por inserción activa de la placenta en la cara posterior del útero, conducta aconsejada por Browne en los casos que presentan esta localización y actividad placentaria.

Acuña G. (14) comunica otro caso presentado también en el I.M.I. en el año de 1963.

Ahora bien, si la incidencia del embarazo abdominal secundario es baja, según las estadísticas extranjeras y nacionales, es aún más baja la del embarazo ectópico resto-tubárico. Así, Corneli citado por León (15) encontró en una revisión bibliográfica, 36

casos. Entre nosotros existe un caso comunicado por Rafal (16) en 1948; otro ocurrido en el I.M.I. en 1953; otro relatado por Zabaleta Lombana (17) verificado en la Maternidad Rafael Calvo C. de Cartagena.

El caso que relataremos posteriormente, se trata de una paciente a quien se le practicó una Salpingectomía izquierda en el año de 1960 por presentar un embarazo tubárico. En febrero de 1965 ingresa al I.M.I. por presentar una masa abdominal, se le diagnostica embarazo abdominal secundario y se le practica extirpación de éste.

Por no haberse encontrado en el acto quirúrgico ninguna relación entre el embarazo y la cavidad uterina, por haberse encontrado la trompa derecha y el ovario del mismo lado intactos y el ovario izquierdo indemne, consideramos este caso como embarazo abdominal secundario a partir del muñón resto-tubárico izquierdo.

Como es de conocimiento general, el embarazo abdominal secundario y el resto tubárico son consecutivos a un embarazo tubárico, cuyo producto de gestación es expulsado a la cavidad abdominal, ya sea a través de la fimbria o por ruptura de la pared tubárica, conservando generalmente sus conexiones con ésta para luego extenderse sobre el peritoneo vecino. Aquí el feto puede proseguir su desarrollo envuelto por el amnios y el corion o por fuera de estos elementos; la placenta se implantará en la región tubárica, en la superficie pos-

terior del ligamento ancho y del útero. Otras veces el huevo se escapa de la trompa con todas sus envolturas para ir a fijarse en algún sitio de la cavidad peritoneal.

Cuando el huevo alcanza cierto tamaño, al morir puede sufrir un proceso de formación de absceso, sobre todo cuando está adherido al intestino, por penetración de gérmenes piógenos en el saco fetal, pudiendo originar una septicemia o fistulizarse a la pared abdominal, al intestino o a la vejiga. Puede también evolucionar siguiendo un proceso de momificación o de calcificación o de adipocira, o sea la formación de un conglomerado grasoso amarillento que se cree que contenga una sustancia jabonosa amoniacal. En algunos casos de momificación o de calcificación puede permanecer muchos años como un cuerpo extraño benigno, sin ningún perjuicio si no origina distocia en el embarazo subsiguiente o fenómenos de compresión mecánica, además de presentarse diagnósticos difíciles que se aclaran con una radiografía simple de abdomen o con una histerosalpingografía o por medio del test del pitocín. Cuando la gestación llega a su término puede presentarse trabajo de parto y aun en ocasiones dilatación del cuello uterino hasta dos cms. sin haber borramiento.

M. L. Pérez (18) sostiene que en el embarazo abdominal secundario, el pronóstico está en relación con la precocidad del diagnóstico y con la terapéutica oportuna y adecuada.

Según Te Linde (19) la mortalidad materna es del 14.3%, la fetal del 85%.

Según Te Linde (19) la mortalidad materna es del 85%. Según Ware (21) la mortalidad fetal es del 75%, la materna de 14.85; sostiene este mismo autor que esta cifra puede reducirse con las transfusiones sanguíneas y con mayor prudencia en la extracción de la placenta.

Según Williams las deformaciones fetales llegan hasta el 50%.

Historia clínica Nº 121868. Edad: 38 años. Origen: Aipe (Huila). Fecha de ingreso: II-12/65.

#### *Motivo de consulta*

Paciente que ingresa al I.M.I. por presentar disminución progresiva del abdomen y ausencia de movimientos fetales desde hace aproximadamente 3 meses.

Refiere la paciente que su última menstruación fue el III-13/64 y que a los 7 meses de gestación presentó contracciones uterinas irregulares y hemorragia vaginal de tres días de duración y que hace aproximadamente 15 días volvió a presentar discreta hemorragia vaginal y dolor en bajo vientre.

Antecedentes familiares: sin importancia.

Antecedentes personales: sin importancia.

Antecedentes quirúrgicos: intervenida hace 5 años de SALPINGECTOMIA IZQUIERDA, por haber pre-

sentado un embarazo extrauterino izquierdo, de tres meses.

*Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos:* G.: 5 Para: 2. Aborto: 1. Embarazo extrauterino: 1. Primer parto hace 18 años. Segundo embarazo hace 16 años. El aborto no precisa la fecha. Extrauterino hace 5 años. Menarquía: 13 años. Ciclos: 30 x 3. Última menstruación: III-13/64.

### EXAMEN FISICO

Paciente que colabora muy bien al interrogatorio. TA: 13 x 9. Pulso: 80 xm. Temperat. 36,1. Cabeza: normal. Ojos: reacción a la luz y a la acomodación normales. Oídos: normales. Cuello: tiroideas normal. No se palpan adenopatías. Tórax: senos secretantes. Ruidos cardíacos: normales. Auscultación pulmonar: normal. Abdomen. blando y depresible. Hígado y bazo normal. Se palpa una masa en hipogastrio, blanda, de unos 25 cms. de altura, poco móvil y no dolorosa.

### *Examen Gineco-Obstétrico*

Altura uterina: 24 cms., globuloso, elástico. Ruidos fetales negativos: Tacto: cuello corto, de consistencia dura, cerrado.

Impresión diagnóstica: feto muerto. (?)

Se solicita placa simple de abdomen. N<sup>o</sup> 22977. Cuyo resultado fue el siguiente:

Embarazo con feto único de aproximadamente 6 meses de embarazo,

en actitud de hiperflexión y con acalalgamiento de los huesos de la cúpula craneana, signos en favor de la hipótesis de feto muerto.

### *Exámenes de Laboratorio*

Cuadro hemático: Hgb.: 10,8 grs%  
Leucocitos: 8.000. Polinucleares neutrófilos: 60. Eosinófilos: 5. Linfocitos pequeños: 35.

Orina. Densidad: 1.021. PH: 6,5. Albúmina (—). Glucosa (—). Moco: x Células; Bacterias ++. Piocitos: ++.

Grupo sanguíneo: B Rh. (+).

El II-19/65 se le practica examen bajo anestesia, encontrándose lo siguiente: Tacto: cuello cerrado, de consistencia dura, móvil. Al parecer el útero es de caracteres normales, encontrándose rechazado hacia atrás por una tumefacción semi-blanda, de unos 24 a 25 cms. de diámetro mayor, no dolorosa, fija, que ocupa el hipogastrio. Histerometría: 8 cms.; no existe dificultad al paso del histerómetro; la cavidad uterina es regular.

Se decide practicar laparotomía.

Incisión mediana e infraumbilical. Abertura por planos hasta peritoneo. Se encuentra una gran masa renitente, de aproximadamente 24 cms. de diámetro; firmemente adherida al fondo del útero sin poderse individualizar del mismo y con adherencias muy firmes a asas delgadas y cara anterior del recto sigmoide. Se encuentra además un mioma de unos 5 cms. de diámetro hacia la parte derecha de la

cara posterior del útero. Al tratar de liberar la masa de las asas intestinales y del recto se rompe, exteriorizándose un feto de aproximadamente 24 semanas, adherido a la placenta por medio del cordón umbilical. Se despolió el fondo del útero, motivo por el cual se peritonizó, previa extirpación de la masa anotada. Se practica además miomectomía. El ovario izquierdo era normal. Trompa y ovario derecho: normales.

Cierre por planos. Seda en apaneurosis y en piel.

La enferma realizó un postoperatorio normal. Al 7º día sale del I.M.I. en buenas condiciones.

Anatomía Patológica Nº 187/65.

Descripción macroscópica. La pieza consiste en un feto masculino que pesa 1.550 gramos y mide 32 cms. de longitud. Se encuentra marcadamente macerado. Al explorar las cavidades los órganos se encuentran en marcado estado de putrefacción. El corazón tiene la situación conveniente y la forma usual. Los pulmones presentan el número de lóbulos normales. La cavidad abdominal es muy difícil de explorar por la marcada putrefacción. Viene adherida la placenta y el cordón umbilical. La placenta mide 16 cms, de diámetro mayor y pesa 385 gramos. Presenta severos cambios de putrefacción al corte. Por la cara materna se encuentra cubierta por una capa de tejido que recuerda músculo, el que presenta un espesor hasta de un cm. y que cubre por completo la placenta. Estando

fuertemente adherida en uno de los extremos de esta capa se encuentra un leiomioma de 1 cm. de diámetro.

También se recibe un fragmento de miometrio de 5 x 3 cms. de diámetro por 0,8 cms. de espesor, en donde hay un leiomioma intramural de 0,5 cms. de diámetro.

Aparte hay un leiomioma de forma redondeada de 6 cms., en el que se ven áreas de necrosis.

Descripción microscópica. Los cortes muestran placenta en su mayor parte necrosada, con focos de calcificación. Por la cara materna se encuentra cubierta por un miometrio, en el que se identifican glándulas endometriales y un leiomioma. No se ve estroma endometrial. Hay cortes de un leiomioma con necrosis extensa.

Como puede apreciarse en la descripción microscópica de la anatomía patológica, no se pudo individualizar trompa. Las glándulas endometriales encontradas en la descripción corresponden según nosotros, a focos de adenomiosis.

## RESUMEN

1º El embarazo abdominal primario es una entidad rara, inclusive algunos se muestran escépticos de su existencia.

2º El embarazo abdominal secundario es una entidad de baja incidencia, como lo demuestran las estadísticas extranjeras y las nacionales. Además presenta características especiales, como son su difícil diagnóstico,

así como la gravedad que entraña si no se diagnostica adecuada y oportunamente.

3º Es muy baja la frecuencia del embarazo tubárico en el muñón resto-tubárico, siéndolo aún más, la asociación de éste con embarazo abdominal secundario.

4º Se consignan algunos conceptos sobre la evolución y complicaciones del embarazo abdominal secundario.

5º Se comenta la mortalidad materna y la fetal, las cuales son altas.

6º Se comunica un caso de embarazo abdominal secundario a partir del muñón resto tubárico, ocurrido en I.M.I. a quien se le había practicado hacía 5 años Salpingectomía izquierda por embarazo tubárico izquierdo. Se considera este caso como de los pocos ocurridos en nuestro medio y desde este punto de vista se publica.

7º Se considera el embarazo abdominal secundario como un grave problema en Obstetricia, tanto para la madre como para el feto.

### BIBLIOGRAFIA

1. STUDEFORD W. E.: Primary peritoneal pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.*, **44**: 487, 1942.
2. NOVAK E.: *Tratado de Ginecología*, 5ª Ed. México, 1958. Ed. Interamericana. Págs. 600.
3. NAVAS GUILLERMO: Embarazo Ectópico avanzado. Tesis de grado. 1948.
4. WILLIAMS J.: *Obstetricia*. Edit. Utheda. X. 3ª Edic. 1960. Pág. 545.
5. TURBAY SALOMON: Embarazo ectópico. Rev. de 300 casos. *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* Vol. **XXX**: N° 3, 1963.
6. RAMIREZ MERCHAN R.: Embarazo ectópico casi a término. Relato de 2 casos. *Rev. Medicina y Cirugía*, Nos. 8-9: 1946.
7. RAMIREZ MERCHAN R.: Un caso más de embarazo ovárico llegado a término. *Rev. Médica*, Vol. **48**: N° 563, 1946.
8. BOTERO URIBE J.: Embarazo ectópico avanzado. *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* Vol. **XI**, N° 2, 1960.
9. ACOSTA B. EDUARDO: Comentarios acerca de dos casos de embarazo ectópico a término. *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* **8**: 195, 1957.
10. SERPA R.: *Conferencias de Clínica Ginecológica*. 1953.
11. LONDOÑO MEJIA A.: Una historia de embarazo abdominal. *Rev. Col. de Obst. y Gin.* Vol. **XI**: N° 2, 1960.
12. BECHARA R.: Consideraciones alrededor de 151 casos de embarazos ectópicos. *Rev. Col. de Obst. y Gin. Memorias de la II Convención Nacional*, 1955
13. SANCHEZ TORRES F.: Un caso de embarazo extrauterino avanzado. *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* Vol. **XII**: N° 3, 1963.
14. ACUÑA G.: Embarazo ectópico avanzado. *Rev. Col. de Obst. y Gin.* **1**[17], 1965.

15. LEON J.: **Tratado de obstetricia**. 1ª Ed. Buenos Aires, 1957. Edit. Científica Argentina. Vol. 2, pág. 734.
16. RAFUL J.: Presentación de un caso de embarazo resto-tubárico, **Rev. Col. de Obst. y Ginec.** 9: 507, 1958.
17. ZABALETA-LOMBANA: Un embarazo ectópico resto-tubárico. **Rev. Col. de Obst. y Gin.** 5: 600. 1960.
18. PEREZ M. L.: **Compendio de clínica obstétrica**, Ed. López Libreros, 3ª Ed. 1962. pág. 412.
19. TE LINDE RICHARD: **Ginecología operatoria. Embarazo abdominal**. Ed. Bernades, 2ª Edic., 1958.
20. BEACHAM W. D. y BEACHAM D. V.: Abdominal pregnancy. **Obst. y Gynec. Surv.** 1: 777, 1946.
21. WARE H. H.: Observations on thirteen cases of late extrauterine pregnancy. **Am. J. Obst. & Gynec.** 42: 1951.