Embarazo abdominal

Mario Arturo González Mariño*, María Margarita Heredia Hernández**

RESUMEN: Se reporta un caso de embarazo abdominal presentado en el Hospital Regional San José de Sogamoso. Como suele suceder con esta forma de embarazo ectópico, su diagnóstico no fue establecido hasta realizar laparotomía. El riesgo de muerte materna y un alto índice de complicaciones impone considerar su presencia en un embarazo que curse con síntomas y hallazgos clínicos anormales.

SUMMARY: An abdominal pregnancy found at the San Joseph Regional Hospital, Sogamoso, Boyacá, Colombia, is reported. This extrauterine pregnancy is usually misdiagnosed, the actual case was not diagnosed until laparotomy was executed. The maternal mortality risk and a high score of complications should make us consider its presence when an unusual pregnancy is found.

El embarazo abdominal es una entidad pocas veces considerada en el diagnóstico diferencial de embarazos de curso irregular siendo generalmente sorpresivo su hallazgo en la laparotomía (1, 6, 9). Con una frecuencia de 10.9 embarazos abdominales por 100.000 nacidos vivos, tiene un riesgo de muerte materna de 89.8 veces mayor que el de un embarazo intrauterino (1). Su alta incidencia de morbi-mortalidad impone mayor sospecha sobre su existencia.

Reporte de un caso

Paciente de 20 años G2P1AO en control de embarazo, anotado como normal hasta las 13 semanas cuando manifiesta dolor abdominal leve tipo cólico en hipogastrio que cede espontáneamente.

En el último control prenatal a la semana 26. Aparece dolor que se incrementa con los movimientos fetales.

No hay historia de sangrado genital. Antecedentes patológicos negativos.

A la 33 semana de edad gestacional ingresa al servicio de urgencias por presentar contracciones uterinas, se anota FCT (+) y movimientos fetales presentes. Tres horas después, no se reportan movimientos y FCF es negativa. La ecografía confirma ausencia de latido cardíaco, feto en presentación podálica. Se induce con oxitocina en varias oportunidades y misoprostol oral e intracervical sin respuesta favorable. Se solicitan Rx de abdomen los cuales muestran feto en situación transversa. Fotografía No. 1. Se decide cesárea, encontrándose feto intraabdominal con placenta adherida a fondo uterino y cara anterior de peritoneo la cual se extrae fácilmente, sin sangrado. Se dejan las membranas fetales intactas. Se realiza legrado uterino, el examen de patología informa material fibroso amorfo, material hemático y tejido necrótico.

No se encuentran alteraciones macroscópicas notorias en el feto.

La paciente evoluciona satisfactoriamente en el postoperatorio.

Discusión

El embarazo abdominal se encuentra en 9.2 casos por 1000 embarazos ectópicos, pero tiene una incidencia 7.7 mayor de mortalidad materna causada principalmente por hemorragia e infección (1, 7) y una mortalidad perinatal del 83% adjudicada a una deficiente circulación placentaria y alteraciones en el líquido amniótico (2, 7).

Se debe considerar embarazo abdominal en pacientes con amenorrea que presentan dolor abdominal y uno o más de los siguientes síntomas: Anemia, signos de irritación peritoneal, falta de respuesta a la inducción con oxitocina, diarrea, náuseas, vómito, fiebre, sangrado genital, movimientos fetales dolorosos.

Hallazgos clínicos sugestivos son: actitud y situación fetal anormal, cervix de localización anterior y largo, partes fetales que se definen fácilmente o por el contrario difíciles de precisar por defensa abdominal y palpación del útero separado del feto. (4, 7, 6, 9).

La ecografía se perfila como la principal ayuda diagnóstica en el embarazo abdominal, sin embargo hasta ahora, los errores en el diagnóstico se acercan al 100% por falta de familiaridad del ecografista con sus hallazgos, no sospechar su diagnóstico, distorsión de anatomía pélvica o gas intestinal sobrepuesto (3, 7, 10).

La radiografía simple de abdomen puede confirmar o sugerir la existencia de un embarazo abdominal. Confirman su presencia el hallazgo de litopediación o la existencia de unión íntima al feto a la pared abdominal materna. Son signos indicativos; gas libre contorneando el saco gestacional por encima de la pelvis.

Signos sugestivos: posición fetal elevada con una postura rara, sobreposición fetal con la columna de la madre en la proyección lateral, gas (que no sea rectal) por debajo de la parte que se presenta.

Una vez diagnosticado el embarazo abdominal se debe realizar laparotomía. Sin embargo algunos sugieren un manejo expectante en caso de embarazo avanzado (6, 7).

Esta conducta impone cuidados especiales; la paciente debe estar hospitalizada, tener reserva de sangre, descartar deformaciones congénitas mayores (aproximadamente del

* Médico Gineco-Obstetra, Hospital Regional San José, Sogamoso.

** Médico interno, Hospital Regional San José Sogamoso.

20 al 40% de fetos presentan deformaciones en cara, cabeza, extremidades por compresión). (7) madre y feto en buenas condiciones, implantación placentaria lejos de bazo e hígado y líquido amniótico en buena cantidad. Este manejo puede implicar serios riesgos maternos y fetales.

El procedimiento operatorio en estas pacientes puede ser muy difícil, conducir a sangrado masivo, lesiones viscerales y vasculares. Debe existir una buena reserva de sangre y disponibilidad inmediata de un cirujano con experiencia en cirugía cardiovascular.

Hay que ser muy cuidadoso para no desprender la placenta, excepto que se haya evaluado que el hacerlo no vaya a desencadenar un sangrado masivo (7).

Si se prevee dificultad en la extracción placentaria es preferible pinzar el cordón cerca a su inserción proximal y dejarla en su sitio. Esta elección conduce a mayor morbilidad postquirúrgica principalmente por infección y hemorragia, pero conlleva una menor mortalidad materna (7, 10).

El methotrexate se recomendó en el pasado para acelerar la degradación placentaria, pero produce una mayor cantidad de restos necróticos y mayor índice de infección por lo cual su uso se desaprueba. Se prefiere entonces esperar su reabsorción espontánea (16).

BIBLIOGRAFIA

1. Atrash, H. K., Friede, A. and Hougue, C.J.R. Abdominal Pregnancy in the United States: frequency and Maternal Mortality. *Obstet Gynecol* 1987; 69(3): 333-337.
2. Bell, J.B., Gerdes, J.S., Butani, V.K., Wilmott, R.W. Chronic long Disorder Following Abdominal Pregnancy. *A.J.D.C.* 1987; 141: 1111-1113.
3. Durukan, T., Urman, B., Yarali, H., Arian, ü., Beykal, ö. Abdominal pregnancy 10 years after treatment for pelvic Tuberculosis. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163(2): 594-595.
4. Leikin, E., Randall, H.W, Jr, Hydrocephalic fetus in an abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol* 1987; 69(3): 498-500.
5. Martin, J.N.Jr., Rigdway, L.E.III., CONNORS, J.J., Sessums, J.K., Martin RW., et al. Angiographic arterial embolization and computed tomography directed drainage for the management of hemorrhage and infection with abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1990; 76(5): 941-945.
6. Martin, J.N, Jr., Sessums, K.J., Martin, R.W., Pryor J.A., Morrison, J.C. Abdominal Pregnancy: Current Concepts of Management. *Obstet. Gynecol* 1988; 71(4): 554-557.
7. Martin, J.N, Jr., McCaul, J.F. IV. Emergent management of abdominal pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 71(3): 438-445.
8. Pritchard J.A., MacDonald, P.C. Williams Obstetricia, 15 a ed. México D.F. Salvat, 1980. pg 440-440.
9. Spanta, R., Roffman, L.E., Grissom, T.J., Newland, J.R., McManus, B.M. Abdominal pregnancy: Magnetic resonance Identification with ultrasonographic follow-up of placental involution. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 57(4): 887-9.
10. Spinnato, J.A., Aksel, S., Mendenhall, H.W. Postpartum polyhydramnios a unique complication of advanced abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol* 1987; 70(3): 490-492.