

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EMBARAZO ABDOMINAL

Revisión de 3 casos en el
Hospital Nacional de Escuintla.

JULIO ESTUARDO MORA DOMINGUEZ

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EMBARAZO ABDOMINAL
Revisión de 3 casos en el
Hospital Nacional de Escuintla.

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

JULIO ESTUARDO MORA DOMINGUEZ

En el Acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JUNIO DE 1978

PLAN DE TESIS

- A) INTRODUCCION
- B) ANTECEDENTES
- C) OBJETIVOS
- D) CONSIDERACIONES GENERALES
- E) MATERIAL Y METODOS
- F) CONCLUSIONES
- G) RECOMENDACIONES
- H) BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION:

El presente trabajo de Tesis lo llevé a cabo en el Hospital Nacional de Escuintla, en donde efectué mi práctica de E.P.S. Hospitalario, movido por el entusiasmo que despertó entre todo el Personal Médico el hallazgo hecho, en el lapso de mi práctica, de 2 casos de Embarazo Abdominal a Término y tener noticias de que anteriormente se habían presentado ya otros casos similares.

Quisimos hacer una revisión de 10 años, pero desafortunadamente, el Hospital no contaba con un archivo adecuado para hacer estos trabajos, es por eso que la revisión empieza desde Enero de 1975, fecha en la que formalmente se empiezan a llevar libros en la Maternidad, para llegar posteriormente (1976) a la creación del Departamento de Gineco-Obstetricia y el Personal Médico se incrementa para completar un número de 8 Residentes en el Hospital, designando uno para la Sala de Ginecología, otro para la Maternidad y el resto para los otros servicios, y por ende, la atención prestada se mejora.

La frecuencia del Embarazo Abdominal es baja, aunque puede ser variable, como se podrá conocer en este trabajo, pero nosotros tuvimos la suerte de conocer y manejar 2 de estos casos que son poco conocidos (de allí la idea de hacer el estudio) y que siguen siendo una de las complicaciones más graves en la práctica de Obstetricia.

ANTECEDENTES:

Con la inquietud de saber si con anterioridad ya se había hecho algún estudio idéntico o similar al presente para así tomar una idea del mismo y tratar de mejorarlo, fui a investigar todas y cada una de las tesis de los graduados en la Facultad de Medicina hasta el año de 1977, encontrando que no hay ningún estudio de Embarazo Abdominal sino únicamente algunos trabajos de Embarazo Ectópico en general, haciendo la aclaración de que todos estudiaron únicamente el Embarazo Ectópico Tubárico.

Estos trabajos son:

1. "Embarazo Extra-Uterino".
Jorge Vides L. Julio, 1901.
2. "Embarazo Ectópico".
Luis Galich. Octubre, 1937.
3. "Embarazo Ectópico".
Carlos Crowe. Abril, 1951.
4. "Consideraciones sobre Embarazo Ectópico y su Tratamiento en el Medio Rural de Tiquisate".
Carlos E. Guzmán. Junio, 1954.
5. "Embarazo Ectópico Roto".
Mercedes Vides de Collado. Octubre, 1958.
6. "Embarazo Ectópico en el Hospital Roosevelt".
Virgilio Figueroa Micheo. Febrero, 1968.
7. "Embarazo Ectópico, revisión de 35 casos en el Departamento de Obstetricia, Hospital Roosevelt, Agosto 1973-Agosto 1974".
Manuel Lou Chuy. Noviembre, 1976.

OBJETIVOS

1. Estudiar el Embarazo Abdominal y darlo a conocer para mejorar su Diagnóstico y Tratamiento.
2. Contribuir de esta manera para que en el futuro se manejen en una forma más acertada las pacientes con Diagnóstico de Embarazo Abdominal.

CONSIDERACIONES GENERALES:

1. DEFINICION
2. TIPOS DE EMBARAZO ECTOPICO
3. ETIOLOGIA
4. FRECUENCIA
5. ANATOMIA PATOLOGICA
6. EVOLUCION

EMBARAZO ABDOMINAL

7. ETIOLOGIA
8. FRECUENCIA
9. TIPOS DE EMBARAZO ABDOMINAL
10. LOCALIZACION
11. EVOLUCION
12. SINTOMATOLOGIA
13. DIAGNOSTICO
14. TRATAMIENTO
15. PRONOSTICO

CONSIDERACIONES GENERALES:

DEFINICION:

Se define Embarazo Ectópico como la implantación del huevo fecundado en un tejido distinto de la mucosa que recubre la cavidad uterina.(6)

TIPOS DE EMBARAZO ECTOPICO:

Las variedades habituales (8) son:

1. TUBARICA: Es la más común de todas las variedades, según la porción de la trompa que ocupe el huevo se subdivide en:
 - 1.1. Intersistencial o Intramural: cuando el huevo se implanta en la porción de la trompa que recorre la pared del útero.
 - 1.2. Istmica: localizada en la porción media y más estrecha de la trompa.
 - 1.3. Ampollar: es la más frecuente de estas variedades, el huevo se implanta en el tercio externo de la trompa.
 - 1.4. Infundibular: cuando se localiza en las franjas del pabellón de la trompa.
2. OVARICA: Cuando la fecundación se lleva a cabo en el ovario y se implanta el huevo ya sea intra o extrafolicularmente, siendo estas sus dos variedades.
3. TUBOOVARICA

4. **ABDOMINAL:** Cuando el huevo se implanta en cualquier sitio de la cavidad abdominal, puede ser primario y secundario.
5. **INTRALIGAMENTARIA:** Cuando estando implantado al huevo originalmente en la trompa, ésta se perfora a lo largo de la línea de unión del mesosálpinx y los productos de la gestación se escapan entre los pliegues del ligamento ancho.
6. **CERVICAL:** Cuando el huevo se implanta en el cuello del útero.
7. **CASOS RAROS:** En muñón de Salpingectomía, en prolapso vaginal post-histerectomía (6) y otros.

ETIOLOGIA:

Las causas a las que se atribuye el Embarazo Tubárico pueden clasificarse en dos grupos principales (4, 9) que son:

1. **FACTORES QUE RETARDAN O IMPIDEN EL PASO DEL HUEVO FECUNDADO HACIA LA CAVIDAD UTERINA:**
 - 1.1 Los procesos inflamatorios crónicos de la trompa (Salpingitis) que trastornan la actividad ciliar y el peristaltismo muscular así como determinan la aparición de deformaciones, estrecheces u oclusiones de su luz. La Salpingitis Folicular forma conductos ciegos por los que puede extraviarse el óvulo fecundado.
 - 1.2 Las anomalías tubáricas congénitas como los divertículos y los orificios accesorios, así como las trompas atrésicas o hipoplásicas y las trompas excesivamente largas, o bien trompas accesorias.

- 1.3 Las acodaduras o desviaciones del trayecto tubario por compresiones o adherencias externas a causa de procesos plásticos peritoneales, o para corregir esterilidad, miomas, quistes del ovario, ligamentopexias, insuflaciones y por histerosalpingografías.
- 1.4. Las alteraciones funcionales como las disquinesias, espasmos, y contracciones antiperistálticas que estrechan la luz de ciertos sectores de la trompa.
- 1.5. Los pólicos localizados en la luz de la trompa.
- 1.6. Cuando el huevo retarda su progreso por la trompa permite que el trofoblasto desarrolle su potencial infiltrativo que le permite implantarse fácilmente en cualquier tejido.

2. FACTORES QUE ACRECIANTAN LA RECEPTIVIDAD DE LA MUCOSA TUBARICA FRENTE AL HUEVO FECUNDADO:

- 2.1 Se puede hacer el descubrimiento de lesiones de endometriosis en la trompa con lo que es fácil comprender la implantación del huevo.
- 2.2. En muchos casos se puede demostrar histológicamente la existencia de un mayor o menor grado de respuesta decidual, que pone de manifiesto una capacidad de reacción que al menos se acerca a la del endometrio.

FRECUENCIA:

La frecuencia del Embarazo Ectópico con respecto a su localización anatómica (4) la podemos resumir de la siguiente

manera: la variedad Tubárica es la más frecuente de todas y ocupa el 95 a 98o/o de los casos, siendo a su vez más frecuente la porción Ampollar con un 50-70o/o de los casos, después la porción Istmica con un 30-40o/o y la porción Intersticial con 1 a 2o/o. La variedad de ectópico Ovárico ocupa el 0.5 a 1o/o de los casos.

También podemos decir que es más frecuente en las multiparas que en las primíparas, así como más frecuente entre las mujeres de raza negra (6). La edad promedio de las mujeres con embarazo ectópico es de alrededor de 31 años (4).

Algunos autores indican que uno de cada 300 embarazos es ectópico, en Baltimore hay un ectópico por cada 200 embarazos en mujeres blancas y uno por cada 120 en mujeres negras, o sea, una diferencia de casi 50o/o. (6)

En Harlem, New York, hay un embarazo ectópico por cada 64 nacimientos vivos. (6) En Jamaica la cifra es de un ectópico por cada 28 embarazos y Schwarcz observa un embarazo ectópico por cada 100 a 200 nacidos vivos. (8)

Mientras en Guatemala, a través de los trabajos que se han hecho (1, 2, 5), podemos mencionar dos frecuencias únicamente siendo éstas la de un embarazo ectópico por cada 70 nacimientos (2) y la otra de un embarazo ectópico por cada 444 nacimientos. (5)

Y en nuestra serie revisada tenemos una cifra de un embarazo ectópico por cada 119 nacimientos, obteniendo un 86.95o/o (20 casos) de ectópicos tubáricos y un 13.04o/o (3 casos) de ectópicos abdominales.

Algunos autores (6), dicen que un embarazo ectópico puede recidivar en la trompa restante en el 10o/o de los casos, mientras que otros (9) calculan esta cifra entre 10 y 20o/o.

ANAMOTIA PATOLOGICA:

La acción erosiva del trofoblasto veloso (6), provoca la perforación de la pared tubárica, proceso que puede extenderse a la capa peritoneal. La invasión de vasos sanguíneos produce hemorragia dentro del conducto (hematosalpinx), pared tubárica o cavidad peritoneal (hematocele).

Microscópicamente, lo patognomónico del embarazo tubárico es el hallazgo de vellosidades coriónicas en el conducto lleno de sangre, las cuales algunas veces penetran en la pared. Las vellosidades pueden estar bien conservadas o mostrar degeneración e hialinización intensas, pero aún en este caso conservar netamente su contorno típico. (6).

Cuando las vellosidades se encuentran bien conservadas, muestran los rasgos histológicos característicos de las vellosidades jóvenes. En la superficie se ven dos capas de epitelio trofoblástico, la interna (capa de Langhans o citotrofoblasto) es cuboide, el sincitio externo se encuentra representado por una delgada banda de citoplasma con núcleos situados a intervalos regulares, aunque no se observa diferenciación celular alguna. Como sucede en el embarazo uterino, la capa de Langhans presenta a menudo un conglomerado localizado (nódulos trofoblásticos), y el sincitio deja ver excrecencias abotonadas cuyo corte transversal constituye las llamadas células gigantes sincitiales o placentarias. (6)

También se produce la reacción decidual de la trompa, pero cuando se logra comprobar (en la minoría de los casos) siempre presenta carácter fragmentario e incompleto, en contraste con la respuesta masiva y uniforme que puede ser observada en el útero.

Una imagen anatomopatológica que se observa en la decidua es lo que se conoce como fenómeno de Arias Stella, que consiste en alteraciones del epitelio glandular y puede simular un adenocarcinoma. En el fenómeno de Arias Stella ocurre una

multiplicación celular exagerada con pluriestratificación de las células del epitelio glandular, con hiper cromasia nuclear y algunas mitosis anormales. (6)

EVOLUCION:

La evolución que puede seguir el Embarazo Tubárico es muy variable (4, 8, 9), y puede ocurrir:

1. Perforación Tubárica: el trofoblasto, al proliferar, perfora la pared y los vasos de la trompa, que si no son de gran calibre, la sangre se derrama lentamente en la cavidad peritoneal, coleccionándose en el fondo de saco de Douglas y constituyendo un hematocele pelviano.
2. Aborto Tubárico: generalmente las contracciones tubaricas favorecen el desprendimiento del huevo y su pasaje al abdomen, dando origen al aborto tubario. Una vez en el abdomen el huevo puede tomar tres caminos:
 - 2.1. Su reabsorción absoluta y espontánea.
 - 2.2. Reimplantarse en la cavidad peritoneal y dar origen a un embarazo abdominal secundario.
 - 2.3 Embarazo intraligamentario.
3. Cuando la hemorragia es de tipo cataclísmica por estar abiertos vasos de mayor calibre, hay shock y el cuadro clínico es grave, lo que obliga a una rápida intervención quirúrgica para detener la pérdida de sangre, puede suceder secundariamente a una perforación tubárica o bien a un aborto tubárico.
4. Regresión espontánea: cierta cantidad de embarazos

tubáricos pasan inadvertidos pues el embrión sucumbe en fase temprana, con regresión de la placenta y síntomas no muy severos o agudos para requerir atención médica, aunque sí puede dejar secuelas tales como hidrosalpinx o hematosalpinx, que se descubren solamente al hacer un examen pélvico posterior.

5. Momificación del Feto: ocurre en embarazos tubáricos que han pasado inadvertidos y han llegado a fases avanzadas; en otros casos la calcificación extensa puede convertirlo en el llamado litopedion.

EMBARAZO ABDOMINAL:

ETIOLOGIA:

Como etiología del Embarazo Abdominal podemos revisar la del Embarazo Ectópico Tubárico descrita anteriormente, y también podemos analizar (7), las causas del

1. EMBARAZO ABDOMINAL PRIMARIO:

- 1.1 Que se produzca una expulsión del óvulo fuera del pabellón de la trompa en las horas que siguen a la fecundación en la trompa y luego ya en la cavidad peritoneal busca y logra su implantación para seguir su evolución.
- 1.2 Que se produzca una maduración precoz del óvulo que es fecundado por el espermatozoide en la cavidad abdominal.
- 1.3 Una causa muy rara reportada por E.L. King con 4

casos fué como resultado de dehiscencia post-operatoria en la herida uterina de cesáreas previas. En estos casos el huevo fertilizado escapó a través del defecto en la pared uterina y se implantó en forma de embarazo abdominal primario.

2. EMBARAZO ABDOMINAL SECUNDARIO:

2.1 Aborto Tubo-abdominal

2.2 Ruptura Tubárica.

Estos dos son, clásicamente, los factores etiológicos más frecuentes de los embarazos abdominales. El trasplante del óvulo se hace de una manera progresiva: éste permanece en parte, adherido a la trompa y a su vascularización hasta que la extensión de la placentación sobre un órgano vecino sea suficiente para asegurar su nutrición.

Según unos autores la distinción entre el aborto y la ruptura es fácil pues al momento del aborto el óvulo está sometido a las leyes de la gravedad, cae en el saco de Douglas, la placenta se inserta y se desarrolla a este nivel. Clásicamente el útero es desplazado hacia arriba y distante de la masa extrauterina, el cuello está colocado atrás de la sínfisis del pubis.

En caso de ruptura, la placenta se puede quedar en los ligamentos, la trompa y a veces en el fondo uterino; clínicamente, el diagnóstico es más difícil, pues el útero está desplazado hacia abajo no estando separado del embarazo abdominal.

2.3 Ruptura Uterina: los casos reportados han sido de úteros portadores de cicatriz de cesárea, a través de

una dehiscencia en el segmento corporal por donde escaparon los productos de la gestación con inserción posterior de la placenta en los órganos intraperitoneales.

También hay que tomar en cuenta las perforaciones uterinas por maniobras abortivas o bien como complicación de legrados y las cicatrices defectuosas de miomectomías.

Además, entre los factores predisponentes (7) podemos analizar:

1. EDAD: no parece jugar un papel importante ya que es muy variable en los estudios que han reportado, además de que la reportan en forma de edad media y ésta es en las 3 series revisadas de 22, 28.4 y 29.5 años.
2. PARIDAD: es más frecuente en las multíparas pero también se han reportado casos en primigestas; en los casos de multíparas se han notado períodos de esterilidad entre 6 y 15 años inmediatamente antes de estos embarazos.
3. RAZA: se ha visto por las diferentes series que han estudiado el embarazo abdominal que éste es 16 veces más frecuente en mujeres de raza negra que en mujeres de raza blanca y de una frecuencia respectiva de un caso por cada 4,188 nacimientos y de un caso por cada 67,534 nacimientos.

FRECUENCIA:

La frecuencia del Embarazo Abdominal es del 2.5o/o de todos los casos de Embarazo Ectópico en general. (8)

Beacham y colaboradores (9), en el Charity Hospital de New Orleans citan una incidencia de 1 por cada 3,372 nacimientos, sin embargo Renaud y colaboradores (7), tienen una incidencia de 1 por cada 2,792 nacimientos y en Baltimore entre los años 1920-1944 hubo 26 embarazos abdominales para una población de 1,000,000 de habitantes, o sea, un embarazo abdominal por año. (7).

En las mismas estadísticas, la frecuencia oscila entre 1 por 3,000 a 1 por 15,000 partos, mientras que Käser(4), opina que hay un embarazo abdominal por cada 2,000 a 3,000 partos.

Mientras que en Guatemala (2), se obtuvo una frecuencia de un embarazo abdominal por cada 3,228 nacimientos y en nuestro estudio obtuvimos una frecuencia de un embarazo abdominal por cada 909 nacimientos.

TIPOS DE EMBARAZO ABDOMINAL:

Se distinguen dos tipos de Embarazo Abdominal (7, 9) que son:

1. EMBARAZO ABDOMINAL PRIMARIO: Cuando se lleva a cabo una implantación del huevo desde un principio en la cavidad abdominal, son extremadamente raros, tanto así que se dudaba de su existencia hasta que Studdiford en 1942 presentó un caso bien documentado. (7)

Pero para ser aceptado un Embarazo Abdominal Primario como tal (9), debe de satisfacer los siguientes criterios:

- 1.1 Que los ovarios y las trompas estén normales, sin evidencia de lesión antigua o reciente.

Solamente el examen histológico, que es raramente realizable aportará la prueba formal de la integridad o no de los anexos.

- 1.2. Que haya ausencia de cualquier evidencia de fístula útero-peritoneal.

- 1.3. La presencia de un embarazo exclusivamente relacionado con la superficie peritoneal y lo bastante reciente para eliminar la posibilidad de implantación secundaria después de la nidación primaria en la trompa.

2. EMBARAZO ABDOMINAL SECUNDARIO: Son los más frecuentes entre los embarazos abdominales y sucede cuando el huevo después de haber estado implantado en otro sitio (generalmente en la trompa) escapa hacia la cavidad abdominal, en donde se implanta posteriormente.

LOCALIZACION:

La implantación del huevo en la cavidad peritoneal puede llevarse a cabo prácticamente en cualquier sitio (7, 9), siendo éstos el saco de Douglas, la cara posterior del útero, los ligamentos, trompas, asas intestinales, intestino grueso, epiplón, peritoneo, etc.

EVOLUCION:

El huevo, después de haberse implantado en la cavidad peritoneal, ya sea primaria o secundariamente, dependerá en lo sucesivo del trofoblasto (4, 9), ya que éste puede o no, establecer una adecuada circulación, y dependiendo de ello, logre sobrevivir y crecer o bien sucumbir.

Si el huevo sufre daños por circulación deficiente es reabsorbido completamente, pero si el feto alcanza un tamaño

demasiado grande para sufrir este proceso, entonces experimenta otros tales como la supuración por invasión de bacterias piógenas o bien la momificación y la formación de un litopedion que pueden ser transportados durante muchos años en el abdomen sin causar síntomas y llegar a ser descubiertos en alguna operación o bien en la autopsia. Y más raro aún, el feto se puede convertir en una masa amarillenta y grisácea que se denomina adipocera.

Si la implantación del huevo en la cavidad peritoneal permite una adecuada circulación, entonces el feto logra sobrevivir y puede llegar a término.

SINTOMATOLOGIA:

Entre las principales molestias (7) que aquejan a las pacientes con un Embarazo Abdominal a Término se pueden mencionar:

1. Un embarazo prolongado, pues en algunas pacientes se puede retardar de 10 hasta 13 meses.
2. Los fenómenos dolorosos que son de diferentes tipos:
 - 2.1. Un episodio doloroso, intenso y regresivo acompañado de metrorragias en el segundo mes de embarazo que representa el aborto tubo-abdominal y la ruptura tubárica.
 - 2.2. Los movimientos fetales que la madre siente como muy dolorosos.
 - 2.3. Dolores asociados a molestias digestivas y realizan verdaderos síndromes sub-oclusivos o asociados a dispepsia o al estado de náusea y vómitos o cólicos

intestinales.

2.4 Dolores producidos por un falso trabajo de parto.

3. Estados infecciosos (peritonitis y otros) que han ameritado la hospitalización de las pacientes, en las que se descubre posteriormente un feto macerado infectado.
4. La toxemia gravídica que según unos autores es mucho más frecuente en los embarazos abdominales que en los embarazos uterinos.
5. En general podemos mencionar que las multíparas suelen afirmar que su embarazo "no parece ir bien".

DIAGNOSTICO:

Para hacer el diagnóstico de Embarazo Abdominal (3, 7, 9), hay que tomar en cuenta varios factores para luego irlos entrelazando y caer finalmente en él. Estos factores son:

1. HISTORIA. Con frecuencia existe una hemorragia o pequeñas pérdidas de sangre y quizá dolor al principio del embarazo. Luego la paciente se siente molesta, con síntomas gastrointestinales superiores a lo habitual, conciente de que el feto está ubicado en alto y que los movimientos fetales son más dolorosos de lo habitual.
2. PALPACION ABDOMINAL. Se encuentra una situación anormal del feto, frecuentemente en transversa, se palpa superficial, fácilmente bajo los dedos del examinador, aunque esto no es muy fidedigno pues puede ser normal en multíparas delgadas. Se puede palpar también, el embarazo más una masa anexa que en realidad corresponde al útero.

Tampoco se palpan las contracciones de Braxton Hicks y un suave masaje de los productos del embarazo a través de la pared abdominal no provoca la firmeza del útero, como sucede en un embarazo intrauterino.

3. **AUSCULTACION.** Se ausculta un soplo vascular materno, claramente más intenso que un soplo uterino normal, escuchado sobre el flanco en el lado en que está localizada la placenta. El soplo procede de los vasos ováricos dilatados e hipertrofiados que irrigan la placenta anormalmente situada. Este signo no se presenta cuando el feto está muerto.
4. **TACTO VAGINAL.** Se encuentra un cuello anormalmente largo, poco blando y sobre todo desplazado hacia adelante (aunque esto depende de la posición del feto), que puede dilatarse hasta 2 cms. en el momento del falso trabajo de parto, pero no llega a desaparecer totalmente.

A veces, se puede sentir al lado de lo que se ha tomado como el útero, una masa de talla variable que en realidad corresponde al útero.

5. **PRUEBA DE LA OXITOCINA.** Es la ayuda aislada más valiosa para el diagnóstico de embarazo abdominal y consiste en administrar oxitocina IV, mientras se palpa cuidadosamente la masa abdominal; en los casos de embarazo intrauterino las contracciones pueden palparse fácilmente, empezando unos 3 minutos después de la aplicación.
6. **EXAMEN RADIOLOGICO.** Es indispensable para asegurar con certeza antes de planificar una intervención el diagnóstico de embarazo abdominal. Se toman dos radiografías del abdomen, sin preparación, una de frente y otra de perfil y sobre éstas podemos hacer notar:

- 6.1 En la radiografía de frente podemos observar:
 - 6.1.1 Una presentación anormal del feto, puede estar en transversa o en oblicua y situado en alto.
 - 6.1.2 A veces las imágenes gaseosas intestinales de la madre se entremezclan, en apariencia, con las partes fetales.
 - 6.1.3 Ausencia de la sombra uterina, aunque no siempre fácil de afirmar pues en los embarazos abdominales avanzados, el saco fetal puede estar engrosado por fenómenos inflamatorios.
 - 6.1.4 Una extensión relativa de los miembros y del cráneo del feto debido a la bolsa fetal que es más extensible.
 - 6.1.5 La finura de la estructura ósea del feto.
- 6.2 En la radiografía de perfil se puede apreciar la existencia de una proyección de partes fetales sobre las vértebras lumbares maternas.
- 6.3 La Histerosalpingografía se puede utilizar para demostrar con exactitud el vaciamiento del útero y el carácter extrauterino del embarazo.
- 6.4 Se pueden utilizar también la arteriografía y la flebografía uterinas que no son métodos dolorosos para sí de más compleja ejecución.

7. PLACENTOGRAFIA ISOTOPICA.

8. **ULTRASONIDO O ECOGRAFIA BIDIMENSIONAL.** Estos son actualmente los exámenes de elección para hacer el diagnóstico de Embarazo Abdominal.

TRATAMIENTO:

El tratamiento del Embarazo Abdominal es siempre quirúrgico, y el momento para su ejecución va a depender de si éste llega a término o si antes del término va a molestar a la paciente con signos de abdomen agudo que ameritará una Laparotomía Exploradora.

Cuando el embarazo llega a término, la ejecución del tratamiento (7, 9) es frecuentemente difícil, pues hay dos puntos que son controversiales:

1. EL MOMENTO IDEAL PARA EJECUTAR LA INTERVENCION.

Se ha recomendado que la operación se deje hasta que el feto esté muerto en previsión de la disminución de la vascularización de la zona placentaria.

Otros autores opinan que la demora puede ser peligrosa y perjudicial, ya que en el intervalo de espera puede producirse de forma espontánea una separación parcial de la placenta con grave hemorragia debido a la falta de constricción de los vasos abiertos hipertrofiados de la zona placentaria.

Además, aunque el feto pudo haber muerto varias semanas antes es posible que la hemorragia sea aún muy copiosa. Por estas razones y porque a medida que el embarazo

evoluciona, las complicaciones maternas se vuelven más frecuentes se aconseja que la operación está indicada tan pronto se establezca el diagnóstico.

2. LA ACTITUD A ADOPTAR CON LA PLACENTA.

La eliminación de la placenta en el Embarazo Abdominal siempre lleva consigo el riesgo de hemorragia y antes de intentarlo hay que asegurarse de que los vasos que la irrigan puedan ser ligados.

Hay ocasiones en que se produce un desprendimiento parcial de la placenta, ya sea espontáneamente o en el curso de la operación pero lo más probable es que resulte de la manipulación al intentar localizar la exacta inserción de la misma. En tales circunstancias existe el riesgo de provocar una hemorragia masiva por lo que hay que evitar la innecesaria exploración de los órganos circundantes.

Puede ser frecuente que la placenta si se deja en la cavidad abdominal, produzca complicaciones en forma de infección, abscesos, adherencias, obstrucción intestinal y deshiscencia de las suturas; éstas son molestas pero mucho menos graves que la hemorragia que a veces resulta de la extracción de la placenta.

Después de conocer las diferentes situaciones concluyo con que el niño ha de ser simplemente extraído, el cordón ligado y el abdomen cerrado sin drenaje.

Según comunica Ware (9), cuando la placenta permanece in situ, la prueba de la gonadotropina coriónica puede dar resultado positivo al menos durante 35 días.

PRONOSTICO:

1. FETAL. La pérdida perinatal es alta y el estado del feto es muy precario, la inmensa mayoría sucumben. Ware citó una pérdida perinatal de 75.6o/o (9), pero se cree que esa cifra es falsamente baja debido a la tendencia de comunicar los casos con resultados satisfactorios ya que otros autores las reportan con pérdidas del 95o/o.

Además, hay una incidencia de malformaciones congénitas en los niños de hasta el 50o/o (9) que los hace incompatibles a la vida.

2. MATERNO. Ware citó en 1948 una mortalidad materna de 14.5o/o para 249 casos recopilados, pero con la mejora de las técnicas operatorias y el uso de transfusiones en la actualidad, esta cifra según Beacham bajó a 6o/o (9), que aún es alta e indica que el Embarazo Abdominal es una de las complicaciones más graves en la práctica de Obstetricia.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Para realizar el presente trabajo se utilizaron:

1. Libros de Sala de Maternidad del Hospital Nacional de Escuintla.
2. Libros de Sala de Operaciones del Hospital Nacional de Escuintla.
3. Archivo del Hospital Nacional de Escuintla.
4. Papeletas de las pacientes estudiadas.
5. Departamento de Estadística del Hospital Roosevelt.

METODO:

El presente trabajo se efectuó haciendo una revisión retrospectiva de 3 años en el Departamento de Maternidad del Hospital Nacional de Escuintla, comprendiendo los años de 1975, 1976 y 1977, en vista de que solamente desde ese tiempo contábamos con libros de registro en la Sala de Maternidad y en la Sala de Operaciones, logrando encontrar 3 casos de Embarazo Abdominal para un total de 2,729 partos atendidos en el mismo período de tiempo.

Seguidamente procedí a localizar las papeletas requeridas, para posteriormente analizarlas y presentar los 3 casos en forma resumida, en donde se incluyen los siguientes parámetros:

1. EDAD
2. GRUPO ETNICO
3. ESTADO CIVIL

4. ANTECEDENTES OBSTETRICOS
5. EDAD DE AMENORREA
6. ANTECEDENTES QUIRURGICOS
7. SINTOMATOLOGIA
8. TIEMPO DE EVOLUCION
9. HALLAZGOS CLINICOS
10. METODOS DE DIAGNOSTICO
11. ACTO QUIRURGICO
 - 11.1 PRE-OPERATORIO
 - 11.2 ANESTESIA
 - 11.3 INCISION
 - 11.4 HALLAZGO OPERATORIO
 - 11.5 OPERACION PRACTICADA
 - 11.6 TRATAMIENTO PER-OPERATORIO
12. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS
13. TRATAMIENTO POST-OPERATORIO
14. DIAS DE HOSPITALIZACION
15. ANATOMIA PATOLOGICA

CASO "A":

Paciente femenino de 31 años de edad, ladina, unida, originaria de Chiquimulilla y residente en Escuintla, que consulta por dolor en hipogastrio y hemorragia vaginal de 15 días de evolución. No hay datos de antecedentes obstétricos ni quiúrgicos.

Al examen físico presenta 38° C; vagina hipertérmica; genitales externos de múltipara; cuello móvil, duro, doloroso; útero levemente aumentado de tamaño en anteversión, doloroso a la movilización, dando la sensación de estar nadando; anexo izquierdo empastado, muy doloroso; fondo de saco posterior se palpa una masa pequeña, dura y muy dolorosa.

Ingresa con una Impresión Clínica de Embarazo Ectópico vs. Infección Pélvica Tumoral.

Posteriormente se le efectúan a la paciente 3 Colpocentesis, de las cuales 2 no revelan fibrina y una sí, además se obtiene material líquido cetrino y se decide una Laparotomía Exploradora.

Se prepara a la paciente con Dolosal, 50 mg. IM y Atropina, 0.5 mg. IM, ambas Stat. Paciente con signos vitales normales, se aplica anestesia general y se procede a efectuar la Laparotomía con incisión transversa suprapúbica, encontrando una masa quística paratubárica izquierda, con conexión a la trompa, la cual estaba entera, además habían muchas adherencias diseminadas en la pelvis, incluyendo el ovario.

Se efectúa salpingooforectomía izquierda, salpingectomía derecha, liberación de adherencias y apendicectomía profiláctica, enviando las piezas a patología.

Se tiene una Impresión Clínica Post-operatoria de Embarazo Abdominal.

Durante la intervención se transfunde a la paciente con 500 cc de sangre completa y se le deja Penicilina y Cloranfenicol, presentando como complicación en el post-operatorio una IRS únicamente. La paciente permanece hospitalizada durante 11 días y egresa en buenas condiciones generales.

El informe de Anatomía Patológica reporta la masa quística abdominal con restos placentarios y membranas amnióticas, y el apéndice como normal.

CASO "B":

Paciente femenino de 30 años de edad, unida, indígena, originaria y residente en El Salto, Escuintla, que consulta por ausencia de movimientos fetales de 5 días de evolución.

Como antecedentes obstétricos tiene G:4, P:2, Ab.1,

Hijos vivos: 2, no recuerda la fecha de su última menstruación. No tiene antecedentes quirúrgicos.

Al examen físico se encuentra con 37° C, P.A.: 120/70, Cardiopulmonar normal, con A.U.: 30 cms., C.A.: 86 cms., no se ausculta foco fetal, a la palpación abdominal parece haber situación transversa del feto, pero no se puede delimitar bien; al tacto vaginal se encuentra cuello engrosado, orificios abiertos, entra solamente un dedo.

Ingres a con una Impresión Clínica de Obito Fetal.

Posteriormente se trata de oír la frecuencia fetal con Doppler pero no se encuentra, por lo que se decide inducirla con resultados negativos ya que ésta "no pegó".

Al siguiente día se presenta caso a Jefe quien dice que el cuello no ha sufrido modificaciones y opina que es cefálica y recomienda nueva inducción que tampoco "pega". Se ordena radiografía de abdomen y se observa feto en situación transversa por lo que Jefe decide hacerle cesárea a la paciente y se prepara con Atropina, 0.5 mg. IM Stat.

El acto operatorio se realiza bajo anestesia epidural y con una incisión mediana infraumbilical, al llegar al peritoneo parietal se trasluce el producto que se extrae y se encuentra la placenta en igual situación que el feto, o sea en la cavidad peritoneal, lo que hace pensar en un embarazo abdominal. Se localiza la placenta que está adherida al útero, anexos y asas intestinales, además se observa la trompa izquierda estallada.

En este momento se aplica anestesia general a la paciente y se efectúa la extracción de la placenta, salpingectomía izquierda y salpingoclasia derecha, enviando la pieza a patología.

Durante la intervención se transfunde a la paciente con 500 cc de sangre completa y se le deja Penicilina y Cloranfenicol en forma profiláctica.

En el post-operatorio presenta como complicación una anemia moderada que se trata con hierro y la paciente permanece hospitalizada durante 11 días egresando en buen estado general.

El reporte de Anatomía Patológica informa decidua necrótica y vellosidades coriales en trompa uterina (embarazo ectópico).

CASO "C":

Paciente femenino de 34 años de edad, unida, ladina originaria y residente en Masagua, Escuintla, que consulta por dolores tipo parto de 12 horas de evolución.

Como antecedentes obstétricos tiene G:5, P:4, Ab: 0, Hijos vivos: 1, siendo su última menstruación 43 semanas antes. No tiene antecedentes quirúrgicos.

Al examen físico se encuentra sin trabajo de parto activo, con A.U.: 37 cms., C.A.: 102 cms., por palpación abdominal parece ser cefálica, se ausculta foco fetal a 144x'. Al tacto vaginal se palpa cuello borrado en un 70o/o, solo pasa un dedo, altitud móvil.

Ingres a con una Impresión Clínica de Trabajo de Parto Incipiente y Feto Post-maduro?

Al día siguiente continúa igual, se manda radiografía de abdomen, la que sale bastante manchada pero se visualiza un feto grande en podálica. Pensando en un feto post-maduro se le pone una inducción que no "pega"; en los días siguientes se ponen otras dos inducciones pero la tercera se suspendió

por variaciones del foco fetal entre 100-140x', bajando algunas veces a 80x'. Al suspenderla queda la frecuencia fetal a 120x', sin variaciones.

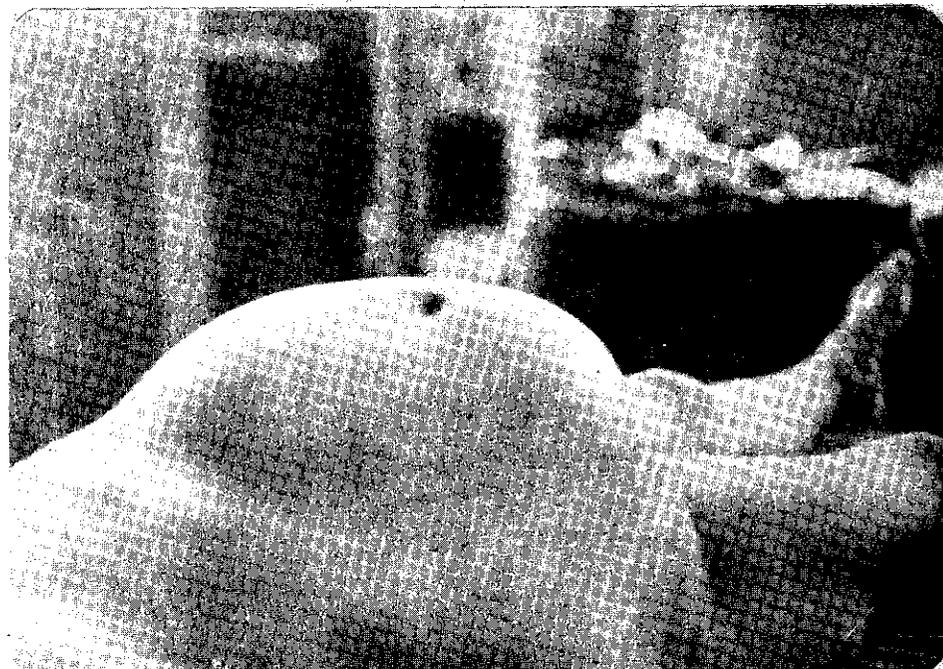
Al siguiente día, de pronto se dejó de escuchar la frecuencia fetal y se pide evaluación de la paciente por Jefe quien encuentra una masa dura de 15 x 15 cms. en la vecindad del embarazo, con forma de útero y un feto superficial, además un cuello duro, retropúbico y el fondo de saco de Douglas ocupado por partes fetales, por lo que opina que se trata de un embarazo abdominal y decide una pronta Laparotomía Exploradora y se prepara a la paciente con Atropina, 0.5 mg. IM Stat.

El acto operatorio se realiza bajo anestesia general con una incisión mediana, encontrando un útero aumentado de tamaño más o menos 3 veces su tamaño y un embarazo abdominal con localización de la placenta en la cara posterior del útero, tomando además el intestino grueso. Se encuentra un feto muerto de sexo femenino a término, bañado en meconio fresco.

Se efectúa extracción del feto, se liga el cordón y se deja la placenta in situ, se efectúa salpingoclasia bilateral, dejando un penrose en la cavidad abdominal por la cantidad de meconio y de líquido amniótico existente, que sale por la fosa ilíaca izquierda.

Durante la intervención se transfunde a la paciente con 1000 cc de sangre completa y se le deja Penicilina y Cloranfenicol, pero en el post-operatorio, por no retirar el penrose al cuarto día, la paciente presenta una infección severa en la cavidad peritoneal más una anemia severa, por lo que posteriormente se le cambia el tratamiento a Lincomicina y después a Gentamicina y se le trasfunde con otros 1000 cc de sangre completa con lo que mejora ostensiblemente.

Se le dá egreso a la paciente a los 67 días de hospitalización, saliendo en buenas condiciones generales y asintomática.



Abdomen de la paciente, en donde se observa el útero desplazado hacia arriba (derecha), en la vecindad del embarazo.



Se puede apreciar el útero en el extremo derecho y la inserción placentaria (muy vascularizada) en su cara posterior.



Momento en que se extrae el feto.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de Embarazo Ectópico encontrada en nuestro trabajo es de uno por cada 119 partos, mientras que la literatura revisada la reporta entre un embarazo ectópico por cada 28 partos hasta uno por cada 444 nacimientos.
2. La incidencia de Embarazo Abdominal en nuestro trabajo es de uno por cada 909 nacimientos, cifra más alta que la encontrada en la revisión, ya que ésta va desde un embarazo abdominal por cada 2,000 hasta uno por cada 15,000 nacimientos.
3. La edad promedio de nuestras pacientes es de 31 años, lo que coincide exactamente con los datos de Käser, quien dá esa edad como promedio general en mujeres con embarazo ectópico.
4. Dos de las pacientes estudiadas eran multíparas, con 4 y 5 embarazos y la tercera no se pudo precisar por falta de datos.
5. Las tres pacientes llegaron con un motivo de consulta diferente, una de ellas llegó por dolor en hipogastrio y hemorragia vaginal, otra por ausencia de movimientos fetales y la última por un falso trabajo de parto y embarazo prolongado.
6. De los tres casos estudiados, solamente en uno de ellos se hizo diagnóstico preoperatorio de Embarazo Abdominal, en otro el diagnóstico preoperatorio fué de Embarazo Ectópico y en el último caso el diagnóstico fué hecho durante el acto quirúrgico.
7. En los tres casos la intervención se efectuó bajo anestesia general, aunque una de ellas se principió con anestesia

epidural.

8. De los tres casos estudiados, uno era Embarazo Abdominal Primario (Caso A), otro era Embarazo Abdominal Secundario a Término (Caso B), y el último (caso C) era un Embarazo Abdominal a Término, probablemente Primario ya que las trompas estaban intactas, aunque por la edad del embarazo ya no era posible hacer el diagnóstico.
9. En los tres casos hubo necesidad de transfundir a las pacientes durante la intervención y una de ellas necesitó una segunda transfusión en el post-operatorio.
10. De los dos casos que llegaron a Término, solamente en uno de ellos se dejó la placenta in situ.
11. Las tres pacientes quedaron esterilizadas después de la intervención, ya que en una se hizo Salpingooforectomía y Salpingectomía, en otra Salpingectomía y Salpingoclasia y en la última Salpingoclasia bilateral.
12. De las tres pacientes solamente una de ellas presentó una complicación seria en el post-operatorio como fué una infección severa en la cavidad peritoneal que se resolvió favorablemente.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda efectuar la Laparotomía Exploradora tan pronto como se establezca el Diagnóstico de Embarazo Abdominal en previsión de hemorragias y complicaciones maternas que son más frecuentes a medida que el embarazo evoluciona.
2. Asimismo, se recomienda extraer el feto, ligar el cordón, dejar la placenta in situ y cerrar el abdomen sin dejarle drenaje.

BIBLIOGRAFIA

1. Collado, Mercedes Vides de. Embarazo Ectópico Roto. (Tesis) Guatemala, Octubre de 1958.
2. Figueroa Micheo, Virgilio. Embarazo Ectópico en el Hospital Roosevelt. (Tesis) Guatemala, Febrero de 1968.
3. Hertz, Roger H., M.D. Facog and Cols. "Diagnostic Studies and Fetal Assessment in Advanced Extrauterine Pregnancy". Rev. American College of Obstetrics and Gynecology. Volumen 50, Supplement 1. July - 1977.
4. Käser, Francfort del M., V. Friedberg y Col. Ginecología y Obstetricia. Tomo I. 1a. Ed. Salvat Editores, S.A. España, 1972.
5. Lou Chuy, Manuel. Embarazo Ectópico, revisión de 35 casos en el Departamento de Obstetricia, Hospital Roosevelt, Agosto 1973 - Agosto 1974. (Tesis). Guatemala, Noviembre de 1976.
6. Novak, Edmund. Tratado de Ginecología. 8a. Ed. Editorial Interamericana, S. A. México, 1971.
7. Renaud, R., C. Bour-Heyler et Cols. "Les grossesses abdominales après le sixième mois". Rev. Gynécologie et Obstétrique. Tome 68. June - 1969. Masson & Cie, Editeurs, París.
8. Schwarcz, Ricardo. Obstetricia. 3a. Ed., Reimpresión, 1973. Editorial El Ateneo. Argentina, 1973.
9. Williams. Obstetricia. 1a. Ed., Reimpresión 1973. Salvat Editores, S. A. España, 1973.

[Handwritten signature]

Br. JULIO ESTUARDO MORA DOMINGUEZ

[Handwritten signature]

Asesor

Dr. MARIO EFRAIN NAJEDA-FARFAN G.

[Handwritten signature]

Revisor

Dr. HECTOR GARCIA SANTANA

[Handwritten signature]

Director de Fase III

Dr. JULIO DE IECN

[Handwritten signature]

Secretario General

Dr. PAUL CASTILLO

Vo.Bo.

[Handwritten signature]

Decano

Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO