

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"EMBARAZO ABDOMINAL"

(Revisión de 6 casos en el Departamento de Gineco-Obstetricia
del Hospital Roosevelt)

TESIS

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

Por

ORLANDO SOLER RODRIGUEZ

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Junio de 1979.

INDICE

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III JUSTIFICACIONES
- IV ANTECEDENTES
- V MATERIAL Y METODOS
- VI CONSIDERACIONES GENERALES
- VII PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- VIII DISCUSION
- IX CONCLUSIONES
- X RECOMENDACIONES
- XI BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

El embarazo abdominal constituye una de las complicaciones más graves en gineco-obstetricia, presentando muchas dificultades para su diagnóstico clínico, cuando su sintomatología no es clara. A pesar de su poca frecuencia la importancia de su estudio radica en la evolución que por lo general lleva a un cuadro dramático, requiriéndose de un diagnóstico y tratamiento, inmediato, pues la tardanza en éste puede llevar a situaciones graves.

Con el propósito de conocer el curso, que dentro del área hospitalaria siguen estos cuadros y movido por el interés despertado al manejar personalmente un caso de "embarazo abdominal", durante mi práctica de E.P.S. hospitalario, en el departamento de obstetricia del Hospital Roosevelt. Efectué el presente trabajo realizando la revisión de seis casos de "Embarazo Abdominal" atendidos en el Departamento de Gineco-Obstetricia de este Hospital, durante el período comprendido de diciembre de 1955 a diciembre de 1978.

Con el presente trabajo se pretende colaborar en el estudio de dicha entidad en nuestro medio y poder arribar a conclusiones en cuanto al manejo e incidencia de esta patología en Guatemala.

OBJETIVOS:

A. Generales:

- A.1 Aportar un trabajo de investigación con datos propios que constituya un instrumento eficaz para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con "Embarazo Abdominal"
- A.2 Cumplir con el requisito sobre elaboración de tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

B. Específicos:

- B.1 Revisar el número total de casos con diagnóstico de "Embarazo Abdominal" atendidos en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala.
- B.2 Conocer la incidencia del "Embarazo Abdominal" en nuestro medio.
- B.3 Tener conocimiento de los métodos diagnósticos más frecuentemente utilizados.
- B.4 Conocer la Morbi-Mortalidad de la paciente con "Embarazo Abdominal"
- B.5 Conocer el cuadro sintomático que presenta la paciente con diagnóstico de "Embarazo Abdominal".
- B.6 Establecer la frecuencia con que esta patología se presenta, de acuerdo al grupo étnico, edad y paridad de la paciente.
- B.7 Conocer el curso clínico que siguen las pacientes con "Embarazo Abdominal".

JUSTIFICACION:

En la actualidad no ha sido efectuado ningún trabajo sobre "Embarazo Abdominal" en el Departamento de gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt.

ANTECEDENTES

Se efectuó una revisión bibliográfica sobre trabajos de tesis de "Embarazo Ectópico" anteriormente realizados, los cuales a continuación se describen:

1. "Embarazo Extrauterino"
Jorge Vides L.
Julio de 1901.
2. "Embarazo Ectópico"
Carlos Crowe
Abril de 1951.
3. "Embarazo Ectópico Roto"
Mercedes Vides de Collado
Octubre de 1958.
4. "Embarazo Ectópico"
Luis Galich
Octubre de 1937.
5. "Embarazo Ectópico en el Hospital Roosevelt"
Virgilio Figueroa Micheo
Febrero de 1968.
6. "Embarazo Ectópico" Revisión de 35 casos en el Hospital Roosevelt, Agosto/73 Agosto/74"
Manuel Lou Chuy
7. "Embarazo Abdominal-Revisión de 3 casos en el Hospital Nacional de Escuintla"
Julio Estuardo Mora
Junio de 1978.

MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo, se efectuó una revisión de los libros de operaciones del Departamento de Gineco-Obstetricia, desde su fundación en diciembre de 1955 hasta diciembre de 1978. Se encontró un total de 7 casos de "Embarazo Abdominal", tomando el registro médico de las pacientes y luego localizando las respectivas papeletas en el archivo del Hospital. Desafortunadamente hubo un registro médico que no fué posible encontrarlo, por lo cuál únicamente tomamos 6 casos, sobre los cuales se analizaron los aspectos que a continuación detallamos:

- a. Edad de la paciente
- b. Grupo étnico
- c. Antecedentes Obstétricos y quirúrgicos.
- d. Tiempo de Amenorrea
- e. Hemorragia vaginal
- f. Dolor Abdominal
- g. Otros síntomas de embarazo
- h. Métodos diagnósticos
- i. Diagnóstico de ingreso-tipo de parto.
- j. Tipo de incisión durante la operación.
- k. Localización placentaria.
- l. Tratamiento quirúrgico efectuado
- m. Complicaciones post-operatorias.
- n. Uso de antibióticos
- o. Tiempo de hospitalización
- p. Estado de salud a su egreso
- q. Características del producto de la gestación.

CONSIDERACIONES GENERALES

Definición:

Se define el "embarazo ectópico" como la implantación del huevo fecundado, en un tejido distinto de la mucosa que recubre la cavidad uterina. (6,4,)

Tipos de embarazo ectópico:

Los distintos tipos de embarazo ectópico que se conocen son los siguientes (4)

1. Tubárico: Es la más común de todas las variedades, según la porción de la trompa que ocupe el huevo. Se subdivide en:
 - 1.1 Intersticial o intramural, cuando el huevo se implanta en la porción de la trompa que atraviesa la pared del útero a nivel de los cuernos.
 - 1.2 Istmica, localizada en la porción media y más estrecha de la trompa.
 - 1.3 Ampular, es la más frecuente de estas variedades; el huevo se implanta en el tercio externo de la trompa (ampolla).
 - 1.4 Fimbriado, cuando se localiza en las franjas del pabellón de la trompa.
2. Ovárica: Cuando la implantación se lleva a cabo en el ovario y el huevo se implanta en cualquiera de sus dos variedades, ya sea intra- o extra folicularmente.

3. Tubo-ovárica:

4. Abdominal: Cuando el huevo se implanta en cualquier sitio de la cavidad abdominal; puede ser primario y secundario.
5. Intraligamentario: Cuando estando implantado el huevo originalmente en la trompa, ésta se perfora a lo largo de la línea de unión del mesosalpinx y los productos de la concepción se escapan entre los pliegues del ligamento ancho.
6. Cervical: Cuando el huevo se implanta en el cuello del útero.

Etiología:

Las causas a las que se atribuye el "Embarazo Ectópico" pueden clasificarse en dos grupos principales. (3,4,5,) que son:

- A. Factores que retardan o impiden el paso del huevo fecundado hacia la cavidad uterina.
 - A.1 Los procesos inflamatorios crónicos (salpingitis) que trastornan la actividad ciliar y el peristaltismo muscular; asimismo, determinan la aparición de deformaciones, estrecheces y oclusiones de la luz.
 - A.2 Anomalías tubáricas congénitas
 - A.3 Los pólipos localizados en la luz de la trompa
 - A.4 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.

B. Factores que acrecientan la receptividad de la mucosa tubárica frente al huevo fecundado.

B.1 Pueden descubrirse en las trompas, áreas endometriales típicas y debido a ésto se efectúa la nidación.

B.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 es la siguiente(3)

La variedad tubárica es la más frecuente de todas y ocupa el 95% de los casos, siendo a su vez la porción ampollar más frecuente con un 50-75% de los casos, luego la porción ístmica con un 30-40% y la porción intersticial con 1-2%. (3,4).

El embarazo ectópico ovárico ocupa el 0.5 a 1% de los casos.

Además, podemos decir que es más frecuente en las multiparas que en las primíparas y en mujeres de raza negra. (6).

Schwacz reporta un embarazo, ectópico por cada 100 a 200 nacidos vivos. En nuestro país, a través de los trabajos efectuados, podemos mencionar la frecuencia del embarazo ectópico de 1 por cada 444 nacimientos, reportado en un estudio de 35 casos de embarazo ectópico en el Hospital Roosevelt(11).

Anatomía Patológica

La actividad erosiva del trofoblasto vellosa provoca la perforación de la pared tubárica, proceso que puede extenderse a la capa peritoneal.(6).

La invasión de vasos sanguíneos produce hemorragia dentro del conducto(hematosalpinx), pared tubárica o cavidad peritoneal(hematocele) (6).

Microscópicamente la patognómonico del embarazo tubárico es el hallazgo de vellosidades coriónicas en el conducto lleno de sangre, las cuales algunas veces penetran en la pared(6).

Las vellosidades pueden estar bien conservadas o mostrar degeneración e hialinización intensa; pero aún en este caso conservan netamente su contorno típico(6)

Evolución

La evolución que pueda seguir el embarazo tubárico es muy variable(3,4,5) y puede ocurrir lo siguiente:

1. Rotura 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 del saco de Douglas y constituyendo un hematocele pelviano.

2. Aborto tubárico:

Generalmente las contracciones tubáricas favorecen el desprendimiento del huevo y su pasaje al abdomen, dando origen al aborto tubárico. 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; y
- 2.3 Embarazo intraligamentario.

Cuando la hemorragia es de tipo cataclísmica, por estar abiertos vasos de mayor calibre, hay shock y el cuadro clínico es grave, lo cual obliga a una rápida intervención quirúrgica para detener la hemorragia. Puede suceder secundariamente a una perforación tubárica o a un aborto tubánico.

3. 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 si puede dejar secuelas como hidrosalpinx o hematosalpinx, que se descubra solamente al hacer un examen pélvico posterior.

4. 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: Para conocer la etiología del "Embarazo Abdominal" tenemos que revisar la del embarazo ectópico Tubárico, anteriormente descrito; sin embargo podemos analizar⁽²⁾ las causas del mismo, de acuerdo a la clasificación:

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 misma y luego ya en la cavidad peritoneal busca y logra su implantación definitiva, para su posterior evolución.
- 1.2 Que se produzca una maduración precoz del óvulo que es fecundado por el espermatozoide en la cavidad abdominal.
- 1.3 Que se produzca una dehiscencia de herida uterina post-operatoria de cesareas previas, siendo ésta una causa muy rara, reportándose 4 casos por E. King⁽²⁾. En estos, el huevo fertilizado escapó a través del defecto de la pared uterina, implantándose en forma de Embarazo Abdominal Primario.

2. Embarazo Abdominal Secundario:

- 2.1 Aborto tubo-abdominal
- 2.2 Ruptura tubárica
- 2.3 Ruptura Uterina.

Los dos primeros son clásicamente las causas etiológicas más frecuentes de los Embarazos Abdominales. El transplante del óvulo se hace de una manera progresiva, permaneciendo en parte adherido a la trompa y a su vascularización inicial, hasta que la extensión de la pla-

centación sobreun órgano vecino sea suficiente para asegurar su nutrición.

Para muchos autores la distinción entre el aborto y la ruptura tubárica es fácil, ya que en el momento del aborto, el óvulo fecundado, está sometido a las leyes de la gravedad, cayendo en el saco de Douglas, incertándose la placenta a este nivel, en cuyo lugar sigue su desarrollo, provocando típicamente un desplazamiento hacia arriba del útero, distante de la masa extrauterina, además el cuello se coloca hacia atrás de la sínfisis del pubis.

En caso de Ruptura Tubárica, la placenta se puede quedar adherida en los ligamentos, la trompa y a veces en el fondo uterino, siendo en este caso un tanto más difícil el diagnóstico clínico, ya que el útero se ve desplazado hacia abajo, sin separarse del Embarazo Abdominal.

En cuanto a los casos debidos a Ruptura Uterina, han sido reportados en úteros portadores de cicatrices de cesáreas a través de una deshicencia en el segmento corporal, por donde escaparon los productos de la gestación, con inserción e implantación posterior de la placenta en los órganos intraperitoneales; también hay que tomar en cuenta las perforaciones uterinas debidas a maniobras abortivas o secundarias a complicaciones por Legrados y Cicatrices defectuosas de miomectomías.

Además de las causas etiológicas expuestas, existen una serie de factores predisponentes, de los cuales podemos analizar:

1. Edad: Aunque no es muy importante, de acuerdo a los estudios que se han reportado, oscilando entre los 22 a 30 años en las series revisadas.
2. Paridad: es más frecuente en las multiparas aunque también se han reportado casos en primigestas.

3. Raza: Se ha visto por las diferentes series estudiadas que el "Embarazo Abdominal" es 16 veces más frecuente en mujeres de raza negra, que en mujeres de raza blanca, desconociéndose la causa de ello(1)

También algunos autores son de la opinión de que la Endometriosis Pélvica sería otro factor importante, que hiciese más fácil la implantación; y Vara, citado por Lavanagh (2) reportó un caso de "Embarazo Abdominal" primario en un foco de Endometriosis. IFFY(2) es de la opinión que el "Embarazo Abdominal" primario ocurre cuando la concepción precede o coincide con la menstruación, siendo el óvulo regurgitado y expulsado de la trompa, implantándose en el peritoneo; últimamente se ha mencionado por algunos autores que los dispositivos intrauterinos podrían constituir otro factor predisponente de Embarazo Ectópico en general y como consecuencia de "Embarazo Abdominal Secundario"(10)

CLASIFICACION DEL EMBARAZO ABDOMINAL:

Se distinguen dos tipos de embarazo Abdominal(1,5) que son:

I. Embarazo Abdominal Primario:

Cuando el sitio de implantación del huevo desde un principio se lleva a cabo en la cavidad abdominal. Es muy raro e inclusive ha sido negado por muchos autores, como Tait, citado por King(2) Studifford presentó un caso bien documentado de Embarazo Abdominal Primario y a la vez postuló los criterios para Embarazo Abdominal Primario (2).

- A) Ambas Trompas y ovarios deben ser normales, sin ninguna evidencia de lesión remota o reciente. Solamente el examen histológico aprobará la integridad de anexos.
- B. Ausencia de alguna evidencia de fístula Uteró-peritoneal.
- C. La presencia de un embarazo relacionado exclusivamente con la superficie peritoneal y lo suficientemente joven

para eliminar la posibilidad de implantación secundaria, posterior a una implantación primaria en las trompas.

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 (por lo general en las trompas) escapa hacia la cavidad abdominal, en donde se implanta posteriormente.

FRECUENCIA:

La frecuencia del embarazo Abdominal es del 2.5% de todos los casos de embarazo ectópico(4).

Aunque la frecuencia del Embarazo Abdominal es variable según las estadísticas, esto depende de varios factores entre los que podemos destacar: la falta de uniformidad de los datos, así algunos autores como Renaud(1) calculan su frecuencia en base al número global de partos, otros en función del número de nacidos vivos.

Beacham y col. en el Charity Hospital de New Orleans(7) citan una incidencia de 1 X C/3,375 nacimientos, Sin embargo Renaud y col(1) tienen una incidencia de 1 X C/2,800 nacimientos y en Biltmore entre los años de 1920-1944 hubo 26 embarazos abdominales para una población de 100000 habitantes, o sea 1 embarazo abdominal por año(7). Finalmente en un estudio de 21 casos de Embarazo Abdominal de Luis Haratz(2), comprendido de 1939-1975 la frecuencia fué de 1 X 60000 nacimientos.

Stander(2) opina que la mayoría son de origen secundario, por lo tanto la verdadera incidencia de Embarazo Abdominal está más relacionada con Embarazo Tubárico, que con el número de nacimientos vivos.

LOCALIZACION:

La Implantación del huevo en la cavidad Abdominal puede llevarse a cabo prácticamente a cualquier nivel, siendo el fondo del saco de Douglas, la cara posterior del útero, los ligamentos anchos, las trompas, Asas Intestinales, el Intestino grueso, epiplón, peritoneo, etc, los sitios donde pueda implantarse.

EVOLUCION:

Una vez que el huevo se ha implantado en la cavidad abdominal, ya sea a consecuencia de un Embarazo Abdominal Primario o Secundario, en lo sucesivo dependerá del trofoblasto(3,5) ya que este puede o no establecer una adecuada circulación, y dependiendo de ello, el embrión, logre sobrevivir y crecer, o bien sucumbir.

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

Si en cambio el huevo sufre daños por deficiente circulación, muere y es reabsorbido completamente, pero si el feto alcanza un tamaño demasiado grande como para sufrir este proceso, entonces experimenta una serie de cambios que de acuerdo con King(2) se presentan de la siguiente manera:

1. Muerte del feto
2. Maceración
3. Supuración por invasión de bacterias piógenas
4. Momificación y transformación del feto en una sustancia grasosa y amarillo verdosa.
5. Calcificación y formación de litopedión, que puede ser transportado durante muchos años en el abdomen, sin causar síntomas y llegar a ser descubierto en alguna operación o autopsia.

Alibur cita un caso de feto muerto "Litopediion" retenido por 40 años; Leinzell cita otro caso en el cual el feto fué re-

tenido por 46 años(2).

SINTOMATOLOGIA:

Entre las principales molestias(1) que aquejan a las -
pacientes con Embarazo Abdominal a término, se pueden
mencionar las siguientes:

1. Un embarazo generalmente prolongado, hasta 10 a 13 meses.
2. Dolores de diferentes tipos:
 - 2.1 Un episodio de dolor intenso y regresivo, acompañada de metrorragia durante el 2o. mes de embarazo, que representa el aborto tubo-abdominal y ó la ruptura tubárica.
 - 2.2 Dolores asociados a molestias digestivas como ser: dispepsias, náusea y vómitos, o simplemente cólicos intestinales.
 - 2.3 Los movimientos fetales, que la madre refiere como muy dolorosos.
 - 2.4 Dolores producidos por un falso trabajo de parto, acompañado de metrorragia y eliminación de falsa decidua, sobre todo cuando se produce la muerte del feto.
3. Estados infecciosos que generalmente conducen a Sepsis, secundarios a una Peritonitis provocada por un feto infectado o macerado.
4. Algunos autores opinan que la Toxemia con frecuencia acompaña al Embarazo Abdominal, aunque no se ha llegado a ninguna conclusión en cuanto a su patogenia.
5. Generalmente las múltiparas manifiestan que su embarazo no va bien.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de el Embarazo Abdominal(1,5,7,8,9), se basa primordialmente en tenerlo siempre presente en los pacientes que cursen un embarazo, que de algún modo, no sigue un curso regular, y nos hará sospechar su presencia la sintomatología y el cuadro clínico.

A continuación describimos una serie de factores que en conjunto finalmente nos llevan al diagnóstico de Embarazo Abdominal:

1. HISTORIA: Por lo general la paciente refiere hemorragia o pequeñas pérdidas de sangre en gotas - y quizá dolor al principio del embarazo, durante los dos primeros meses de amenorrea. Luego la paciente se siente molesta, con - síntomas gastrointestinales, superiores a lo habitual, consciente de que el feto está ubicado en alto; que los movimientos fetales son más dolorosos de lo habitual, y que en general su embarazo no anda bien.
2. PALPACION ABDOMINAL:
 - A la palpación abdominal encontraremos lo siguiente:
 - 2.1 Una situación transversa, que permanece - constante en subsecuentes exámenes.
 - 2.2 Las partes fetales se palpan superficialmente entre los dedos, lo cual puede ser normal en múltiparas delgadas.
 - 2.3 Se palpa el embarazo más una masa anexa que corresponde al útero.
 - 2.4 No se palpan contracciones de Braxton Hicks.
 - 2.5 Hay disminución de la firmeza del útero, como un embarazo normal.

3. Auscultación:

3.1 Se ausculta un soplo vascular materno, más intenso que un soplo uterino normal; escuchado sobre el flanco en el lado de localización de 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.

3.2 Los ruidos cardíacos Fetales son fuertes.

4. Tacto Vaginal.

4.1 Se visualiza el cuello anormalmente largo, es poco blando y desplazado hacia adelante, (dependiendo de la posición del feto), que puede dilatarse hasta 2 cms. en el momento del falso trabajo de parto.

4.2 A veces se puede sentir al lado de lo que se ha tomado como el útero; una masa de tamaño variable, que es el útero mismo.

5. Prueba de la Oxitocina

Es la ayuda aislada más valiosa para el diagnóstico de embarazo abdominal, consiste en la administración de oxitocina introvenosa, mientras se palpa cuidadosamente la masa abdominal, en los casos de embarazo intrauterino las contracciones c/3 minutos se palpan fácilmente empezando 3 minutos de la aplicación introvenosa.

6. Hallazgos Radiográficos

Es indispensable para confirmar con certeza el Diagnóstico de Embarazo Abdominal, antes de proceder a intervenir quirúrgicamente a la paciente; a continuación se detallan los hallazgos, radiográficos más

relevantes, reportados por Stander(2)

6.1 Ausencia de sombra uterina, aunque no siempre fácil de afirmar, pues en los embarazos abdominales avanzados, el saco Fetal puede estar engrosado por fenómenos inflamatorios.

6.2 Forma irregular de la cabeza Fetal.

6.3 Acumulo de gas en el fileon materno, muy cerca de la cabeza fetal.

6.4 Extensión o posiciones extrañas de las extremidades debido a una gran movilidad fetal.

6.5 Posición anormalmente alta del feto en el abdomen, y una situación transversa que permanece constante en subsecuentes exámenes.

6.6 Partes Fetales que se visualizan inmediatamente por debajo de la pared abdominal (en vista lateral)

6.7 Tejido suave y muy delgado que cubre el Feto debido a la presencia del Saco amniótico en vez del útero.

6.8 Gran claridad de las partes fetales y de las sombras gaseosas intestinales maternas sobre el feto.

6.9 Finura de la estructura ósea del Feto.

Además en la Radiografía lateral se puede apreciar la existencia de una proyección de partes fetales, sobre las vértebras lumbares maternas.

7. La histerosalpingografía, se puede utilizar para demostrar con exactitud el vacimiento del útero y el carácter extrauterino del embarazo.

8. Se pueden utilizar también la arteriografía y la flebografía uterinas, que no son métodos dolorosos, aunque sí de más compleja ejecución.

9. Ultra Sonido

10. Ecografía Bidimensional

Los hallazgos ultrasonográficos de Embarazo Ectópico son los siguientes:

1. Hallazgos uterinos:

- a) ecos uterinos amorfos y difusos
- b) aumento del tamaño del útero, y
- c) ausencia de Embarazo Uterino.

2. Hallazgos Extrauterinos:

- a) masa poco definida e irregular que contiene algunos ecos y
- b) cabeza fetal ectópica.

TRATAMIENTO

El tratamiento del embarazo abdominal es siempre quirúrgico, una vez hecho el diagnóstico, se presenta la duda de cuando hacer la intervención quirúrgica.

Su ejecución va a depender, de lo temprano que se haya hecho el diagnóstico, si éste es hecho antes de la 20a. semana; debe hacerse la intervención previniendo las molestias a la paciente con signos de abdomen agudo, que se presentan posteriormente y que ameritará una laparotomía exploradora de emergencia. Por otra parte, si el diagnóstico se hace cerca del período de viabilidad pudiera esperarse hasta completarla, para poder hacer la intervención.

Sin embargo, antes de tomar una u otra conducta es necesario tener presente la alta mortalidad fetal y los riesgos que se presentan, en el manejo de la placenta.

En los casos con feto muerto, la conducta es controversial porque según Brown, el flujo sanguíneo materno a la placenta se detiene después de la muerte fetal; Renaud y Cols. opinan que es mejor esperar de 4 a 6 semanas para intervenir; y según Hreshebyshyn y Cols. el peligro de hemorragia no disminuye aunque el feto esté muerto.

La decisión más importante a tomar con un embarazo abdominal es la conducta a seguir con la placenta.

Esta se puede implantar en cualquier tejido del abdomen han sido reportados en la literatura tres casos con implantación en el hígado.

En general todos los autores están de acuerdo en que si se pueden ligar los vasos maternos placentarios y la placenta es fácil de extraer, debe removerse.

La localización e implantación son factores importantes a tomarse en cuenta, ya que si se encuentra adherida a grandes vasos o a órganos huecos mejor es dejarla insitu.

En las placentas dejadas insitu, algunos autores son de la opinión de extraerlas posteriormente y otros de dejarla definitivamente.

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 resulta de la manipulación al intentar localizar la exacta incursión 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, absesos, adherencias, obstrucción intestinal y deshiscencias de las suturas; éstas son molestas pero mucho menos graves que la hemorragia que a veces resulta de la extracción de la placenta.

Luego de conocer las diferentes situaciones se concluye en que el niño ha de ser simplemente extraído, ligado el cordón y el abdomen cerrado, sin drenaje. Algunos autores recomiendan el uso de antimetabolitos, para ayudar a la reabsorción de la placenta cuando ésta se deja en la cavidad abdominal (1,2,7,8,9).

PRONOSTICO:

La morbi-mortalidad fetal es sumamente elevada, y el estado del feto muy precario, la inmensa mayoría sucumben. La morbilidad fetal se ha reportado entre 16 y 47%, siendo fre

cuentes las deformidades congénitas propias de la posición y de la ausencia de protección de una cavidad uterina con una presión hidrostática constante y uniforme (2,7)

La incidencia de anomalías congénitas reportados en los niños, es hasta del 50% que los hace incompatibles con la vida. (2)

En cuanto a la mortalidad fetal depende de varios factores, consideramos que el más importante es el momento en que se decide la Laparatomía, con producto vivo, en relación al desarrollo fetal. Lester reporta 4 muertes en 6 casos de más de 28 semanas; Renaud reporta 7 casos con peso del feto entre 2,800 grs. pereciendo todos los productos. (1,2,7)

La mortalidad materna se encuentra presente con una frecuencia relativamente alta. Ware citó en 1948 una mortalidad materna de 14.5% para 249 casos recopilados. Pero con las mejoras de las técnicas operatorias y el uso de transfusiones, en la actualidad esta cifra según Becham bajo a 6%, que aún espanta e indica que el embarazo abdominal es una de las complicaciones más graves en la práctica de la obstetricia. (2,7)

PRESENTACION DE RESULTADOS

Durante el período comprendido de Diciembre de 1955 a Diciembre de 1978, en los Departamentos de Obstetricia y Ginecología del Hospital Roosevelt de Guatemala, fueron tratados un total de 6 embarazos abdominales, los cuales presentaremos a continuación:

CUADRO No. 1

Incidencia de Embarazo Abdominal en Base al número de nacidos vivos.

| PERIODO | NUMERO DE NACIDOS VIVOS | No. EMBARAZOS ABDOMINALES | FRECUECIA | % |
|-----------|-------------------------|---------------------------|--------------|--------------|
| DIC. 1955 | | | | |
| A | 267,794 | 6 | 1 XnC/44,633 | 0.02 X 1,000 |
| DIC 1978 | | | | |

El Cuadro No. 1 Nos reporta la incidencia del embarazo abdominal en base al No. de nacidos vivos. La cual es de un embarazo abdominal por cada 44,633.

CUADRO No. 2

INCIDENCIA DE EMBARAZO ABDOMINA EN BASE AL NUMERO DE EMBARAZOS ECTOPICOS°

| PERIODO | No. EMBARAZOS ECTOPICOS | No. EMBARAZOS ABDOMINALES | FRECUECIA | % |
|------------|-------------------------|---------------------------|-----------|------|
| Dic. 1955 | | | | |
| A | 743 | 6 | 1XC/123 | 0.8% |
| Dic. 1978. | | | | |

En el anterior cuadro, observamos que se atendieron un total de 743 Embarazos Ectópicos de los cuales 6 correspondieron a Embarazo Abdominal, que da una frecuencia de 0.80%. Se aclara que no se tomó en cuenta un caso de embarazo abdominal por no haber sido posible localizar la papeleta en el archivo. Esto indudablemente disminuye la frecuencia.

CUADRO No.3

| EDAD EN AÑOS | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|--------------|--------------|------------|
| 30-33 años | 3 | 50.1% |
| 34-37 años | 1 | 16.6% |
| 38-40 años | 2 | 33.3% |

Podemos ver que la edad de las pacientes estudiadas osciló entre los 30 y los 40 años, con un promedio de 35 años. La mayor frecuencia se encontró entre los 30 y 33 años.

CUADRO No. 4

NUMERO DE GESTACIONES

| NUMERO DE GESTACIONES | NUMERO DE CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------------|-----------------|------------|
| 0-2 | 1 | 16.6% |
| 3-4 | 1 | 16.6% |
| 5 o más | 4 | 66.6% |

El Cuadro No. 9 nos deja ver la triada de: amenorrea, dolor abdominal y hemorragia vaginal; la cual se presentó casi en el 100% de las pacientes con Embarazo Abdominal, constituyendo los síntomas de mayor importancia en las mismas.

CUADRO No.10
TIEMPO DE AMENORREA

| TIEMPO DE AMENORREA | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------|--------------|------------|
| 9-12 semanas | 1 | 16.6% |
| 13-18 semanas | 2 | 33.3% |
| 19-22 semanas | 1 | 16.6% |
| más de 23 semanas | 2 | 33.3% |

El cuadro de arriba nos reporta el tiempo de amenorrea de las pacientes estudiadas, encontrándose de 13 a 18 semanas y más de 23 semanas como las de mayor frecuencia.

CUADRO No.11
OTROS SINTOMAS DE EMBARAZO

| SINTOMAS | PRESENTES | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------|-----------|--------------|------------|
| Movimientos Fetales | Si | 2 | 33.3% |
| | No. | 4 | 66.6% |
| Náuseas y Vómitos | si | 4 | 66.6% |
| | No. | 2 | 33.3% |
| Lipotimias | si | 4 | 66.6% |
| | No | 2 | 33.3% |

En el cuadro No. 11 se representan una serie de síntomas asociados a embarazo encontrándose movimientos fetales en el 33.3% de los casos. El 66.6% restante reportó otros síntomas tales como: náusea, vómitos y lipotimias.

CUADRO No.12
DIAGNOSTICO DE INGRESO

| DIAGNOSTICO DE INGRESO | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|------------------------|--------------|------------|
| EMBARAZO ECTOPICO ROTO | 2 | 33.3% |
| EMBARAZO ABDOMINAL | 1 | 16.6% |
| TUMOR ABDOMINAL | 1 | 16.6% |
| FIBROMATOSIS UTERINA | 1 | 16.6% |
| QUISTE DEL OVARIO | 1 | 16.6% |

Como podemos observar únicamente en el caso se hizo el diagnóstico de ingreso correcto; los otros diagnósticos que se hicieron al ingreso fueron: Embarazo Ectópico Roto en 2 casos, Tumor Abdominal en 1 caso, Fibromatosis uterina y Quiste de Ovarios en otros dos casos; lo anterior nos confirma lo difícil de hacer el diagnóstico de Embarazo Abdominal.

CUADRO No. 13
METODOS DIAGNOSTICOS

| METODOS DIAGNOSTICOS | PRESENTES | No. de CASOS | PORCENTAJE |
|----------------------|-----------|--------------|------------|
| Colpocentesis | Si | 3 | 50% |
| | No | 3 | 50% |
| Clínico | | 6 | 100% |
| Rx de Abdomen | Si | 3 | 50% |
| | No | 3 | 50% |
| Ultrasonido | Si | 1 | 16.6% |
| | No | 5 | 83.3% |

Los medios diagnósticos más frecuentemente utilizados fueron: El Examen Clínico y el Tacto Vaginal en el 100% de los casos: Colpocentesis en el 50% de los casos: Finalmente el Ultrasonograma se efectuó únicamente en 1 paciente, sin embargo no se logró hacer diagnóstico de Embarazo Abdominal con el mismo.

CUADRO No.14

TIPO DE INCISION EN PIEL

| TIPO DE INCISION | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-------------------------|--------------|------------|
| Mediana Infra-Umbilical | 3 | 50.1% |
| Transversa | 2 | 33.3% |
| Para Mediana | 1 | 16.6% |

El cuadro anterior, nos informa del tipo de incisión en piel que se practicó durante el procedimiento quirúrgico, empleándose la incisión mediana infraumbilical en el 66.6% de las pacientes. No obstante que esta entidad constituye una urgencia quirúrgica, en dos casos se efectuó incisión transversa y en otro caso incisión para mediana. En la literatura revisada se recomienda la incisión Mediana Infraumbilical.

CUADRO No. 15
TRATAMIENTO QUIRURGICO

| TRATAMIENTO QUIRURGICO | SE HIZO | No.de CASOS | % |
|--------------------------|----------|-------------|----------------|
| Anexectomía derecha | | 4 | 66.6% |
| Anexectomía izquierda | | 2 | 33.3% |
| Histerectomía total | si no | 3 3 | 50. % 50. % |
| Apendicectomía Prof. | si no | 5 1 | 83.3% 16.6% |
| Anastomosis T-T de Ileon | si no | 1 5 | 16.6% 83.3% |

En el cuadro anterior está representado el tratamiento quirúrgico practicado en las pacientes con Embarazo Abdominal. En el 66.6% de los casos fué necesario efectuar anexectomía derecha por las malas condiciones en que quedó el anexo derecho, luego de extraer el feto y la placenta. La anexectomía izquierda se efectuó en el 33.3% restante. La histerectomía total se practicó en el 50.1% de las pacientes y en el 83.3% de los casos se hizo apendicectomía profiláctica. Además se llevó a cabo una Anstomosis Término-terminal del ileon.

CUADRO No.16
COMPLICACIONES POS-OPERATORIAS

| Complicaciones post-operatorias. | No.Casos | Porcentaje |
|----------------------------------|----------|------------|
| Infección urinaria | 3 | 50.1% |
| Shock hipovolémico | 1 | 16.6% |
| Fístula sigmoideo vaginal | 1 | 16.6% |
| Perforación de Ileon | 1 | 16.6% |

La complicación post-operatoria más frecuentemente observada fué la Infección Urinaria(50% de los casos estudiados). Hubo 1 caso de Fístula Sigmoido-Vaginal y otro de Perforación del Ileón, secundaria a la extracción de la placenta, habiendo necesidad de efectuarse la corrección quirúrgica, mediante Anastomosis Término-terminal del Ileón.;

CUADRO No. 17
USO DEL ANTIBIOTICO

| USO DE ANTIBIOTICOS | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------|--------------|------------|
| SI | 3 | 100% |
| NO | 0 | 0% |

Como podemos observar el 100% de las pacientes con Embarazo Abdominal tuvieron tratamiento con antibióticos; profiláctico en 3 casos, usando la combinación de penicilina y clorafenicol. Los otros 3 casos usaron antibióticos debido a complicaciones post-operatorias; empleándose sulfas.

CUADRO No. 18
ANATOMIA PATOLOGICA

| ANATOMIA PATOLOGICA | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------|--------------|------------|
| SI | 3 | 50% |
| NO | 3 | 50% |

El cuadro No. 18 nos muestra que únicamente en 3 casos (50%) se envió Muestra para anatomía patológica.

CUADRO No. 19
TIEMPO DE HOSPITALIZACION

| TIEMPO DE HOSPITALIZACION | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------------|--------------|------------|
| 1-10 días | 3 | 50.1% |
| 11-20 días | 1 | 16.6% |
| 21-30 días | 1 | 16.6% |
| 31-45 días | 1 | 16.6% |

En el cuadro anterior podemos observar que el tiempo de hospitalización osciló entre los 7 y 45 días, con un promedio de estancia hospitalaria de 16 días. Una paciente estuvo hospitalizada por 45 días debido a una complicación post-operatoria de fístula sigmoideo vaginal.

CUADRO No. 20
CARACTERISTICAS DEL PRODUCTO

| CARACTERISTICAS DEL PRODUCTO | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|------------------------------|--------------|------------|
| MACERADO | 3 | 50.1% |
| CALCIFICADO | 1 | 16.6% |
| VIVO | 1 | 16.6% |
| NO DETERMINADO | 1 | 16.6% |

El cuadro de arriba nos indica las características de los productos obtenidos; en 3 casos se reportaron fetos macerados; un caso calcificado; un caso de feto vivo pero murió pocos minutos después por premadurez y finalmente en otro caso en que no se determinó la característica del feto.

CUADRO No. 21
MORTALIDAD MATERNO Y FETAL

| Mort. Mater. na | No. Casos | % | Mort. Fetal | No. Casos | % |
|--------------------|-----------|----|------------------|-----------|------|
| MORTALIDAD MATERNA | 0 | 0% | MORTALIDAD FETAL | 6 | 100% |

Finalmente podemos observar de acuerdo al cuadro anterior, que si bien la mortalidad materna es alta, la mortalidad es de 0%. En cambio la mortalidad fetal fué del 100%.

DISCUSION.

VIII

En el trabajo que me ocupa he puesto todo empeño en hacerlo lo más completo posible, para dejar algo útil a médicos y practicantes interesados en el tema.

Desafortunadamente los primeros escollos los encontramos en lo incompleto de nuestras historias clínicas. Además hubo un caso de embarazo abdominal, el primero atendido en el Departamento de Maternidad de este Hospital, cuyo registro médico fué imposible de localizar en el archivo de ahí que no lo tomáramos en cuenta en nuestro estudio.

El análisis de la presente serie es el primero efectuado en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital - Roosevelt. En el presente estudio la incidencia de embarazo abdominal en relación al número de embarazos ectópicos es de 0.80%, Yahia reporta una incidencia del 1.5% y Renard del 3.7%.(2)

Llama la atención que el promedio de edad obtenido en nuestras pacientes es de 35 años, coincidiendo con un análisis de 10 casos de embarazo abdominal efectuado en noviembre de 1978 en México; sin embargo la mayoría de autores cita una edad promedio de 31 años. King es de la opinión que hay tendencia a una mayor edad(2) En el 66% de los casos las pacientes eran multíparas, lo anterior no demuestra que existe una relación directamente proporcional entre la edad, paridad y embarazo abdominal.

Solamente en un caso se encontró antecedente quirúrgico previo, que correspondió a una laparatomía exploradora por traumatismo de bazo. La mayoría de autores opinan que en pacientes con embarazo abdominal la frecuencia de cirugía abdominal previa es alta(8).

Únicamente en dos pacientes, se determinó el antece -

cedente de infertilidad previa que fué de 10 años en uno y de 4 años en el otro caso. En la literatura reportan una frecuencia relativamente alta de infertilidad en pacientes con embarazo abdominal.

En lo que al cuadro sintomatológico respecta, el motivo de consulta más frecuente de las pacientes correspondió a la triada de amenorrea, dolor abdominal y hemorragia vaginal, casi en el 100% de las pacientes estudiadas; encontrándose otros síntomas asociados aunque en menor frecuencia, tales como: vómitos, náuseas, flatulencia, lipotimias y diarrea. El diagnóstico clínico acertado de ingreso sólo se logró establecer en un caso, confirmándose posteriormente mediante otros medios tales como: Radiografía de Abdomen en 3 casos; Ultrasonograma en un caso. Solamente en 2 pacientes se hizo el diagnóstico correcto previo al acto operatorio, lo cual nos confirma lo difícil que resulta el diagnóstico de esta patología. Es importante mencionar el hecho de que en un caso se encontró un dispositivo intrauterino in útero. En la literatura se reportan varios casos de embarazo abdominal asociados a DIU (Dispositivo intrauterino) y en los últimos años por diferentes estudios efectuados, especialmente en Inglaterra se ha reportado una frecuencia cada vez mayor de embarazos ectópicos asociados con DIU (10)

Por otra parte nos sorprende el hecho de que en la mayoría de los casos se haya logrado la extracción total de la placenta, sin embargo hay un caso reportado en febrero de 1976 en el cual se dejó la placenta in situ, lo cual según algunos autores es una conducta peligrosa por el riesgo de producir graves hemorragias. En 4 casos se localizó la placenta en el lado derecho, adherida en la mayoría de casos al intestino delgado, epipión fondo de saco de Douglas y cara posterior del útero.

Así mismo en 3 casos se produjeron complicaciones secun-

darias a la extracción de la placenta, las cuales fueron Shock Hipovolémico en un caso, Fístula sigmoideo vaginal en otro caso, la cual cerró espontáneamente y finalmente otro caso en que se provocó una perforación del Ileon, por lo cual se efectuó una anastomosis terminal-terminal del mismo.

En todos los casos revisados no se produjo ninguna muerte manterna, siendo dadas de alta en buen estado la totalidad de las mismas.

La mortalidad fetal total fué del 100%. En un caso el feto se extrajo vivo, sin embargo a los pocos minutos sucumbió en vista de su prematuridad (22 semanas de gestación). En otro caso el feto inicialmente estuvo vivo hasta aproximadamente la 36 semana de gestación, sin embargo murió al retrasarse el procedimiento quirúrgico, en vista de no disponer de un diagnóstico acertado y de conducta sumamente conservadora.

Renaud(1) reporta 7 casos con peso de feto entre 2,800 y 4,000 gramos, muriendo todos los productos, lo cual confirma la alta mortalidad fetal en el embarazo abdominal registrado en este estudio.

Para finalizar podemos afirmar que el embarazo abdominal es una interesante y rara entidad cuyo diagnóstico preoperatorio se hace con escasa frecuencia porque no se piensa en ella. Quizá en el empleo actual frecuente y rutinario en algunos sitios del ultrasonido durante el embarazo, pueda llegarse más adecuadamente al diagnóstico.

CONCLUSIONES

1. El "Embarazo Abdominal" es una patología rara, aunque su frecuencia exacta es difícil de establecer.
2. La totalidad de los casos estudiados fueron considerados como Embarazos Abdominales Secundarios.
3. El Diagnóstico de "Embarazo Abdominal" no es fácil de hacer, sin embargo se hizo en el 16.6% de los casos al ingreso y en el 33.3% antes de la Intervención Quirúrgica.
4. En el 83.3% de las pacientes estudiadas se efectuó operación esterilizante.
5. Los síntomas más frecuentemente encontrados fueron: Amenorrea, dolor abdominal y hemorragia vaginal.
6. Todos los fetos murieron
7. La mortalidad materna fué de Cero
8. La extracción total de la placenta se efectuó en el 83% de los casos estudiados.
9. La incidencia de embarazo abdominal en el presente estudio fué del X C/44,633 nacidos vivos y de 1 X C/123 embarazos ectópicos.

RECOMENDACIONES

1. La resolución del problema debe efectuarse tan pronto como se establezca el diagnóstico de "Embarazo Abdominal", mediante laparatomía exploradora.
2. Se debe extraer el feto, ligar el cordón lo más cerca de la placenta, dejar esta in situ y cerrar el abdomen sin drenaje.
3. Evaluar el uso de antimetabolitos en cada caso.

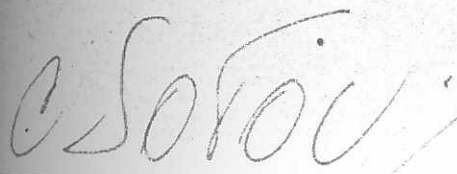
BIBLIOGRAFIA

1. RENAUD R.C. Bour -Heyler et cols.
"Les Grossesses Abdominales Aprex le Xieme Mois". Rw. Gynecologic et Obstetrique- Tome 68 June 1969. Mason J. Cie. Editeurs, Paris.
2. LUIS HARATZ Y SAUL KIGER. "Embarazo Abdominal". Analisis de 21 casos. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Vol XXXVII No. 2-1977.
3. KASSER FRANFORT DEL M.V. FIREDBERG Y COL. Ginecología y Obstetricia Tomo I. 1a. Ed. Salvat Editores S.A. España 1972
4. SHWAREZ, Obstetricia. 3a. Edición(cuarta reimpresión) Editorial El Ateneo 1977, Pags. 512-519.
5. WILLIAMS, HELLMAN, PRITCHARD, Obstetricia. Primera Edición(Cuarta reimpresión) Editorial Salvat año 1977. Pags. 466-485.
6. NOVAK, JONES, Tratado de Ginecología. Novena Edición. Editorial Interamericana, 1977. Pags.551-570.
7. MORA JULIO ESTUARDO, Dr. Tesis. "Embarazo Abdominal" Revisión de 3 casos en el Hospital Nacional de Escuintla". Junio 1978.
8. Análisis de 10 casos de "Embarazo Abdominal". Revista de Obstetricia y Ginecología de México. Noviembre de 1978.
9. RIVERA R M. y TAMAYOL R. "Embarazo Abdominal" e Intrauterino a Término Simultáneos". Ginecología y Obstetricia de México. Vol.27-1970. Pags.355-358/
10. "Abdominal Pregnancy with Intrauterine Device in Situ"

Obstetric Gynecology-Vol.42 No.1
July 1973 American Journal.

11. MANUEL LOUR CHUY. "Embarazo Ectópico" Revisión de 35 casos en el Hospital Roosevelt. Agosto 73-agosto 74". Tesis de graduación.


Br. Orlando Sóler Rodríguez



Asesor

Dr. Carlos Soto V.


Revisor
Dr. Eduardo Fuentes Spro


Director de Fase III


Secretario General

Vo.Bo.

