UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL AVANZADO REPORTE DE 1 CASO CON FETO VIVO MANEJADO EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD HOSPITAL ROOSEVELT.

ANA VIOLETA FIGUEROA.

Guatemala, Marzo de 1980.-

1.- INTRODUCCION

2.- OBJETIVOS

3.- ANTECEDENTES

4.- CONSIDERACIONES GENERALES

5.- MATERIAL Y METODOS

6.- PRESENTACION DE RESULTADOS

7.- CONCLUSIONES

8.- RECOMENDACIONES

9.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El embarazo ectópico abdominal avanzado es una entidad ıra que se caracteriza por la nidación y desarrollo del huevo ecundado en la cavidad abdominal.

Según estudios efectuados en nuestro medio se reporta una ıcidencia de 1 X cada 44,600 nacimientos. (8).

Motivada por lo interesante del tema y teniendo a la ma ı los antecedentes de casos resueltos en el departamento de ma- ernidad del hospital Roosevelt en el cual reportan una mortali- ad fetal del 100%y una materna de 0%, se decide reportar un ca ı excepcional resuelto con niño vivo y que causó tantos proble as desde el punto de vista de diagnóstico y manejo. Creemos nportante dejar reportados todos los aspectos de este interesante aso para que sirva de referencia a posteriori, ya que aunque es ıro, el gineco-obstetra en un momento dado tienen que enfren- arse a éstos casos y resolverlos para lo cual tendrá que consultar ı bibliografía de casos resueltos con anterioridad ya que la gran ıayoría de los mismos no están familiarizados con el manejo de sta entidad patológica.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

1. Conocer estadísticas de los casos interesantes que se han presentado en nuestro hospital.

2. Conocer las complicaciones de casos clínicos que sirvan de referencia para el manejo de casos posteriores.

3. Cumplir con el requisito de tesis de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer estudios que anteriormente se han realizado sobre el tema embarazo ectópico abdominal.

2. Conocer el cuadro con el cual se presentan las pacientes con embarazo ectópico abdominal avanzado.

3. Conocer los métodos diagnósticos utilizados en los casos mencionados.

4. Presentar un caso de embarazo ectópico abdominal avanzado con feto vivo.

5. Conocer la incedencia de fetos vivos, con relación al número de embarazos ectópicos abdominales.

DEFINICION

Se llama embarazo ectópico a la nidación y desarrollo del huevo fecundado fuera de la mucosa de la cavidad uterina. En estos casos el huevo en lugar de seguir su trayecto normalmente hacia la cavidad uterina queda retenido en algún lugar de su camino ya sea por causas ovulares o tubáricas dando lugar a los diferentes tipos de embarazo ectópico los cuales según su localización pueden ser:

1. Tubárico
2. Cervical
3. Abdominal
4. Tubo-ovárico
5. Intraligamentario
6. Ovárico

El más frecuente de encontrar es el embarazo tubárico (88.4 % (4). A su vez el embarazo ectópico tubárico se subdivide en:

1 - Interticial o intramural.

Cuando el huevo se implanta en la porción de la trompa que recorre la pared uterina. 5.4 %

2 - Ampular

Implantación en el tercio distal de la trompa. Es la variedad más frecuente.

3 - Infundibular

Cuando se localiza en el pabellón de la trompa.

FRECUENCIA

Novak reporta 1 por cada 300 nacimientos; Kaser 1 X cada 400 nacimientos, en Jamaica se reporta 1 X 28 nacimientos.

ETIOLOGIA

Se postulan causas de origen ovular:

A - Extrinsecos:

1 - Procesos cicatrizales externos.
2 - Tumores pélvicos.
3 - Acodaduras de las trompas.

B - Anomalías Congénitas:

1 - Cuerno uterino rudimentario.
2 - Divertículos de las trompas.
3 - Hipoplasias.
4 - Trompas infantiles.

C - Factores intrínsecos:

1 - Salpingitis gonocócicas.
2 - Infecciones crónicas.
3 - Salpingitis tuberculosa.
4 - Embarazos ectópicos anteriores.

EVOLUCION

El embarazo ectópico puede evolucionar hacia:

1 - Regresión espontánea. 2 - Aborto tubárico.
3 - Ruptura tubárica. 4 - Embarazo abdominal.

EMBARAZO ABDOMINAL.

Embarazo abdominal es aquel que se produce cuando el huevo fecundado anida en la cavidad peritonial, epiplón y pared uterina externa. Esta nidación puede ser primaria y secundaria, la nidación primaria no era aceptada hasta los estudios de Studiford en 1948 el cual demostró su existencia. Lo más frecuente es que se produzca secundariamente a un embarazo tubárico, con aborto a la cavidad peritonial.

ETIOLOGIA

Las causas del embarazo ectópico abdominal pueden ser:

1.- Escape del huevo fecundado a travez de una herida uterina en el post-operatorio.

2.- Maduración precoz del óvulo que es fecundado en la cavidad peritonial.

3.- Expulsión del huevo fuera del pabellón de la trompa en las horas que siguen a la fecundación.

4.- Aborto tubo-abdominal.

5.- Ruptura tubárica.

6.- Ruptura uterina.

Los parámetros que se han utilizado para considerar que se trata de una implantación primaria son:

1.- Presencia de trompas y anexos normales que descar ten la posibilidad de aborto tubárico.

2.- Ausencia de fístula utero-peritonial.

3.- Presencia de embarazo, relativamente jóven que de carta la posibilidad de aborto tubárico.

La frecuencia de embarazo abdominal varía según las es tadísticas, pero es relativamente raro.

Tam, en Singapur, refiere una frecuencia de 1 X cad 50,820 partos; Renaud 1 X 2,972 partos. En un estudio efectuad en México, reportan 1 X cada 24,709 nacimientos.

A la exploración física los datos que más frecuentement se han encontrado en los casos de embarazo abdominal son: dolo sangrado y tumoración abdominal.

En la placa simple de abdómen se encuentra lo siguiente

1. Las partes fetales se ven más claramente que en e embarazo intrauterino.

2. No se observa la sombra uterina que rodea al feto.

3. Las partes fetales se ven pegadas a la pared abdomi nal.

4. Se ven asas intestinales por delante y rodean al feto

Una vez establecido el diagnóstico, previamente o dura te el acto quirúrgico, el dilema consiste en extraer la placent o dejarla en su sitio. Para decidirlo se toman en cuenta los si guientes aspectos:

. Edad del embarazo.

2. Viabilidad fetal.

3. Organos implicados en la implantación placentaria.

En los casos en los cuales se ha encontrado feto muerto ha ido posible la extripación completa de la placenta no así en los casos en que se encontró feto vivo y con placenta activa en los cuales se ha obtenido hemorragia abundante por desprendimiento involuntario de la misma o por los movimientos fetales, que ha obligado ha practicar taponamiento hemostático.

El resultado en lo que respecta a morbilidad materna depende de los riesgos propios de la cirugía además de las características de cada caso en particular.

La morbilidad y mortalidad fetal la mayor parte de autores la reportan alta, en los que sobreviven se ha descrito entre 16 47%, siendo frecuentes las anomalías congénitas propias de la posición y de la ausencia de una cavidad uterina con una presión constante y uniforme.

La mortalidad fetal depende de varios factores siendo el más importante el momento en el que se decide la laparotomía.

MATERIAL Y METODOS

Para el presente trabajo se tomó como campo de estudio un caso nuevo y hasta ahora el único reportado en este hospital, de embarazo abdominal avanzado con feto vivo en el departamento de maternidad del hospital Roosevelt, tomando como principal referencia el estudio realizado en tesis de graduación del doctor Orlando Soler en el que reporta 6 casos de embarazo ectópico abdominal desde 1955 a 1978.

Se llevó a cabo un método prospectivo desde que la paciente consultó a este departamento, discusiones que se llevaron a cabo entre jefes y residentes en cuanto al manejo de este caso hasta su evolución actual.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Desde la fundación del departamento de maternidad del hospital Roosevelt en diciembre de 1955 a marzo de 1980 se han manejado 7 casos de embarazo ectópico abdominal, siendo la incidencia según el número de nacimientos vivos de:

NUMERO DE NACIMIENTOS: VIVOS	285,258	NUMERO DE EMBARAZOS: ABDOMINALES	7

INSEDENCIA 1 X CADA 40,751 NACIMIENTOS.

Con relación al número de embarazos ectópicos el número de embarazos ectópicos abdominales es de:

NUMERO DE EMBARAZOS: ECTOPICOS	773	NUMERO DE EMBARAZOS: ABDOMINALES	7

INCEDENCIA DE 1 X CADA 110 EMBARAZOS ECTOPICOS

El porcentaje de fetos vivos con relación al número de embarazos ectópicos abdominales es el siguiente:

NUMERO DE EMBARAZOS: ABDOMINALES	7	NUMERO DE FETOS: VIVOS	1

PORCENTAJE: 14.3 %.

El manejo de la placenta en los casos estudiados fue:

NUMERO DE FETOS: MUERTOS	6	EXTRACCION DE PLACENTA: AL INTERVENIR	1

Porcentaje de extracción de placenta: 83.4 %.

NUMERO DE FETOS: VIVOS	1	EXTRACCION DE PLACENTA: AL INTERVENIR	0

Porcentaje de extracción de placenta: 0 %.

Estos resultados demuestran que en los casos los que se e cuentran fetos muertos con placenta no funcional en la mayorí de los casos es posible extraer la placenta durante el acto oper torio, y en los casos en que se encuentra feto vivo y placenta po consecuencia funcional, es imposible extraer la misma por lo problemas de hemorrágia.

Con relación a la paridad de las pacientes los datos son los siguientes:

No. de gestas.	No. de pacientes	%
0-2	1	14.3 %
3-4	2	28.6 %
5 ó más	4	57.1 %

Los datos anteriores nos indican la mayoría de pacientes que presentan embarazo ectópico abdominal son multíparas.

CASO INTERESANTE

Paciente de 26 años, multípara G; 4 Para: 3 Ab: 0, origi naria de Santa Rosa de Lima, residente en la capital, UR: 20-5-79, PP; 27-2-80.

IMERA CONSULTA A EMERGENCIA

de febrero de 1980.

Paciente consulta por dolor abdominal, diagnosticándose en esa oportunidad infección urinaria y embarazo, dándole tamiento con ampicilina y egresó 2 días después aparentemente ntomática.

GUNDA CONSULTA A EMERGENCIA

de febrero de 1980

Consulta nuevamente por dolor abdominal localizado en ogastrio, tos y dificultad respiratoria, al examen físico se entraron como datos positivos S/V. dentro de límites normales.

PULMONES: Roncus diseminados en ambos campos pulnares, pillidos ocasionales y estertores congestivos en ambos npos.

ABDOMEN: Doloroso a la palpación en fosa ilíaca dehа, defensa muscular, útero ocupado, difícil evaluar presenión, situación y foco fetal. Cuello uterino formado. IC:

Dolor abdominal de tiología a determinar:

a - Infección urinaria.

b - Pielonefritis aguda.

c - Litiasis renal.

d - Apendicitis aguda.

2 - Problema Pulmonar:

a - Bronquitis

b - Bronconeumonía

c - Tuberculosis pulmonar

3 - Ileo Paralítico.

4 - Embarazo de 39 semanas por última regla.

5 - No trabajo de parto.

Paciente ingresa para su estudio y tratamiento. Se escucha soplo placentario pero no foco fetal.

NUEVOS DATOS

Hb; 10.3 Ht: 33 % Glóbulos blancos: 7750.

Orina: Albumina 100 mgs. %, glóbulos blancos abundantes, bacterias regular cantidad, por lo cual se pensó que se trataba de infección urinaria.

21-2-80.

Fue evaluada paciente por el departamento de medicina quienes encontraron como datos positivos:

Pulmones: Estertores gruesos con predominio en campo pulmonar izquierdo.

ABDOMEN

Utero ocupado, ruidos intestinales diminuídos y dolor difuso con rebote insinuado.

IC. Bronconeumonía

Infección urinaria.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Problema pulmonar.

1. Bronconeumonía.
2. Embolia de líquido amniótico.
3. Tuberculosis pulmonar a descartar.

Problema abdominal.

1. Salmonelosis.
2. Infección urinaria.
3. Apendicitis.

Ese mismo día se efectuó sesión de residentes, al evaluar a la paciente encontraron al tacto vaginal:

Cuello blando, signo de noble budin positivo, no dolor a la movilización del útero, y abdomen agudo. Por lo cual se pensó en:

1 - Posibilidad de apendicitis.

2 - Descartar salmonelosis.

3 - Quiste retorcido del ovario.

Con relación al manejo de la paciente un grupo estaba de acuerdo con intervenir a la paciente y otro grupo de acuerdo con conducta conservadora.

Al ver placa simple de abdomen se encuentra lo siguiente:

Feto en situación oblícua con tendencia a podálica no se visualiza sombra uterina rodeando al feto, partes fetales visibles claramente y asas intestinales por delante y rodeando al feto.

IC. Embarazo abdominal.

Feto muerto.

Se efectuó exploración pélvica, encontrando: Feto en cavidad peritonial, vivo en buenas condiciones generales, con pies equino varus, hemoperitoneo de 2,000 cc. Placenta adherida a cuerno uterino derecho, recto sigmoides y peritoneo posterior, con desprendimiento parcial y hemorragia abundante por lo cual se dejó rodillo como empaque, con salida de mecha a traves de la herida operatoria. Paciente sale en malas condiciones se trasfunde con 2,000 cc de sangre.

22-2-80.

Sesión de jefes y residentes para decidir momento y forma de extraer rodillo de la cavidad abdominal discutiéndose los siguientes puntos:

1 - Extraerlo en las primeras 24 horas por peligro de infección y adherencias.

2 - Extraerlo a los 7 días, por el peligro de hemorrágia.

3 - Extraerlo reinterviniendo a la paciente por el peligro de desprender más la plancenta o lastimar asas intestinales.

4 - Humedecerlo todos los días para evitar adherencias a la pared abdominal, iniciar a retirarlo a las 48 horas y retirarlo totalmente al 5o. día. Esto último mencionado fué lo que se realizó.

3-2-80.

Paciente distendiada, ruídos intestinales disminuídos, n o xpulsa gases por el recto. Nuevos datos: Hb. 6 gramos Ht.19%, or lo cual se trasfunde con sangre completa. 2000 cc.

4-2-80.

Dificultad respiratoria, aleteo nasal, y estertores gruesos n ambos campos pulmonares. Abdomen distendido, ruídos intesinales ausentes, este día se extrajo rodillo 35 cms. S/V estables. e transfunde con 500 cc de sangre completa.

Control post transfusión: Hb. 6 gramos. Ht. 19 %.

5-2-80.

Distendida, ruídos abdominales disminuídos. Se extrae odillo 8 cms. y 200 cc. de líquido sanguinolento por herida peratoria. Ht. 21. Se transfunde con 1000 cc de sangre completa.

26-3-80.

Hb. 6.6 Ht. 20

Por estos resultados se piensa que paciente sigue sangrando por lo cual se decide reintervenir a paciente conducta que después se consideró y se aplazó la operación, se termina de extraer el rodillo quedando paciente con S/V estables.

Posteriormente paciente evolucionó satisfactoriamente hasta el momento paciente en buenas condiciones generales.

R.N de sexo femenino presentó sepsis neonatal por salmonelosis pero actualmente se encuentra fuera de peligro, solo su problema ortopédico por resolver.

CONCLUSIONES

- El embarazo ectópico abdominal es raro, su incidencia es de 1 X 40751 nacimientos.

2 - De 7 embarazos ectópicos abdominales solo se reporta 1 con feto vivo. 14.3 %.

3 - El diagnóstico de embarazo ectópico clínicamente es difícil.

4 - El método para ayuda diagnóstica para embarazo ectópico abdominal es la placa simple de abdómen.

5 - La mayoría de pacientes con embarazo ectópico abdominal son multíparas.

6 - El manejo de pacientes con embarazo ectópico abdominal se complica con hemorragia interna severa.

7 - El desprendimiento de la placenta en los casos en que se encuentra feto vivo no puede realizarse durante el acto quirúrgico en el que se extrae al feto.

8 - La extracción de la placenta puede realizarse cuando el feto está muerto.

RECOMENDACIONES.

1 - Que las pacientes embarazadas asistan a su contro prenatal.

2 - Que las pacientes sean intervenidas luego que s haga el diagnóstico de embarazo ectópico abdominal n importando la edad gestacional.

3 - No tomar conductas sin antes discutir bien los caso para buena evolución de las pacientes.

4 - Control estricto de S/V. Hb. y Ht. en paciente en post operatorio de embarazo ectópico abdominal.

BIBLIOGRAFIA.

Ben-zion Tabes M. D. Manual of ginecologic and obstetric. Emergencies. Embarazo ectópico abdominal. 1979.

Figueroa Micheo Virgilio. Embarazo ectópico en el Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas.

Gordillo Fernández G. Ginecología y obstetricia de México. Embarazo abdominal. Análisis de 10 casos. Vol. 44, años XXXIII. Agosto 1974.

Lou Chuy Manuel. Embarazo ectópico. Revisión de 35 casos en el departamento de Obstetricia, Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos Facultad de Ciencias Médicas.

Novaks and Woodruf. Ginecologic and obstetric Pathologic. Primari abdominal. (Peritonial Pregnancy). 557-558-. 1979.

6 - Novak Jones Jones. Tratado de Ginecología. Embarazo ectópico. 570-584. Octava edición.

7 - Schuacz, Sala y Duverges. Obstetricia. Embarazo ectópico. 512-519 tercera edición.

8 - Soler Rodríguez, Orlando. Embarazo abdominal revisión de 6 casos en el departamento de gineco -obstetricia Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala.Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas.

9 - Zamoja Jo Cols. Ginecol Obstet de Méx, Ecosonografía en el diagnóstico de embarazo ectópico. Vol. 46. año XXXIV No. 278 Dic. 1979.

****

*****

***

*

Br. _____

Ana Violeta Figueroa.

_____

Asesor.

r. Joel Sambrano.

_____

tor de Fase III

Dr. _____

Revisor.

Dr. Fernando Enri

Dr. _____

Secretario

Dr. _____

Decano.