

SECCION DE OBSERVACIONES CLINICAS

EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL A TERMINO. PRESENTACION DE UN CASO

* Dr. Ramón Perez Volquez

* Dr. Blas H. Sosa G.

* Dr. Manuel de Jesús Gomez H.

* Dra. Beatriz Altagracia Caro

* Dr. Jhonny Smith M.

* Dra. Mayra Perez Reynoso

Resumen

Se reporta el caso de una paciente de 28 años de edad, G 6, P5, que se presenta a la emergencia de gineco-obstetricia del Hospital Dr. Luis E. Aybar en Santo Domingo, Republica Dominicana, con expulsión de liquido trans-vaginal de 9 días de evolución, trayendo reporte sonográfico de embarazo de 33 semanas, oligodramnios severo, situación transversa y masa placentaria; al realizar laparotomía encontramos embarazo abdominal de 38 semanas viable, extrayendose producto femenino de 2892 gramos de peso.

Embarazo abdominal

38 semanas de edad gestacional

Hospital Dr. Luis E. Aybar

Abstract

We report the case of a 28 years old patient G6, P5, that came to the gynecobstetric emergency room of Dr. Luis E. Aybar Hospital in Santo Domingo, Dominican Republic, with transvaginal liquid leakage of 9 days of duration, bringing sonographic report of a 33 weeks pregnancy, severe oligodramnios, transverse positioning and a placentary mass; We did a laporotomy finding a viable abdominal pregnancy of a gestational age of 38 weeks, obtaining a feminine product weighting 2892 grams.

Abdominal pregnancy

38 weeks gestational age

Dr. Luis E. Aybar Hospital

* Del Servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Dr. Luis E. Aybar, Santo Domingo, Republica Dominicana

INTRODUCCION

El embarazo ectópico abdominal primario, como única nidación en la superficie peritoneal es muy raro y difícil de comprobar. Existen tres criterios para el diagnóstico del mismo descritos por Studdiford en 1942:

- 1.- Ambas trompas y ovarios se encuentran normales
- 2.- Ausencia de fistulas peritoneales
- 3.- Localización exclusiva sobre la superficie peritoneal.

El embarazo abdominal secundario es más frecuente y entre las causas están el aborto tubárico y la rotura de incisión uterina previa.

Su implantación es generalmente sobre el peritoneo, epiplón e intestino.

Existe el embarazo abdominal temprano, que es el diagnosticado antes de las 12 semanas de gestación y el retardado que se diagnostica a una edad gestacional más avanzada.

La frecuencia del embarazo ectópico es uno por cada 782 a 50,000 nacidos vivos; de estos el 1 al 2% son abdominales, correspondiendo el 50 a 90% a los de diagnóstico avanzado.¹

Las manifestaciones clínicas están caracterizadas por la tríada:

- 1.- Hemorragia vaginal
- 2.- Dolor abdominal
- 3.- Tumoración abdominal

También se presentan náuseas y vómitos a través de toda la gestación.

En el 40% de los casos existe hemorragia uterina y en el 30 a 40% de los casos el útero se palpa separado del producto.

En el 33% de los casos el diagnóstico se realiza en el pre-operatorio y el 67% restante en el quirúrgico.

El ultrasonido es el arma más útil que disponemos para el diagnóstico pré-quirúrgico, además contamos con los Rayos X, tococardiografía, resonancia magnética y el estudio doppler.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico. Como el 40% de estos embarazos presentan adherencia de placenta a intestino y a pared pélvica, en la mayoría de los casos esta se deja in situ, por el sangrado masivo que puede producirse de hasta 4,000 ml al tratar de removerla. Si dejamos restos placentarios intra-abdominales la determinación seriada de Beta HCG determina el

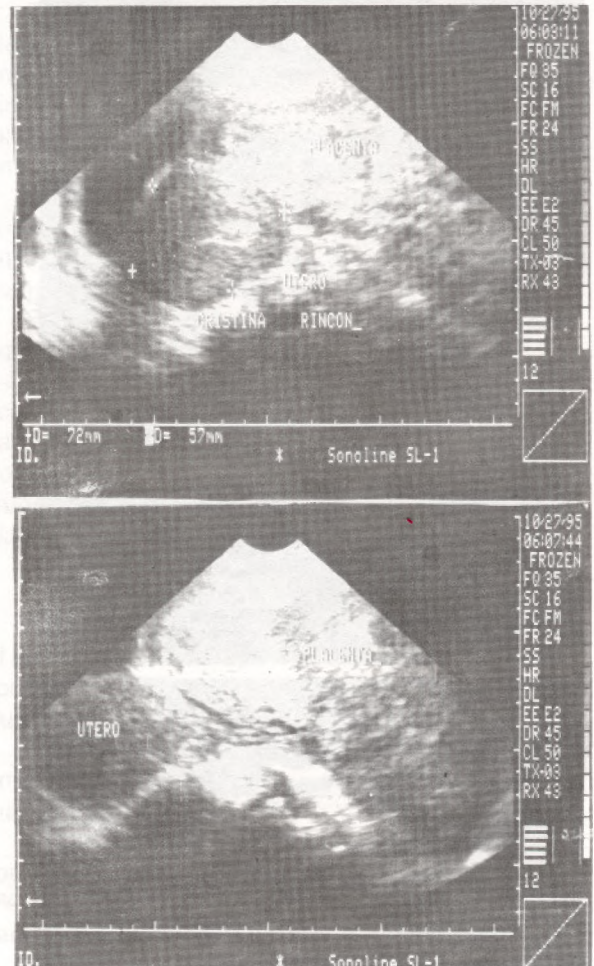


FIGURA No. 1.- SONOGRAFIA ABDOMINAL DE LA MADRE, HECHA 15 DIAS DESPUES DE EFECTUADA LA CESAREA, MOSTRANDO UTERO DE 7.2 X 5.7 CM DE TAMAÑO Y DE CONFIGURACION NORMAL; SUPERFICIE LISA, TEJIDO ENDOMETRIAL ENGROSADO, MIOMETRIO CON PATRON ECOGRAFICO NORMAL Y DENSIDAD HOMOGENEA. OVARIOS CON CARACTERISTICAS NORMALES. EN LA CAVIDAD PELVICA SE VISUALIZA PLACENTA EN FRANCO PROCESO DEGENERATIVO. DIAGNOSTICO:PLACENTA EN CAVIDAD PELVICA.

proceso de reabsorción placentaria, que en algunos casos suele durar hasta 5 años.²⁻³

PRESENTACION DE CASO

Paciente femenina de 28 años de edad, G 6, P 5,

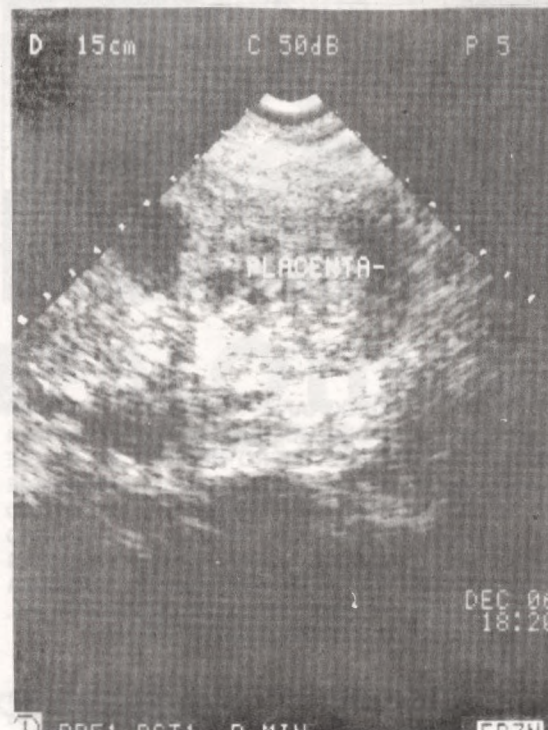
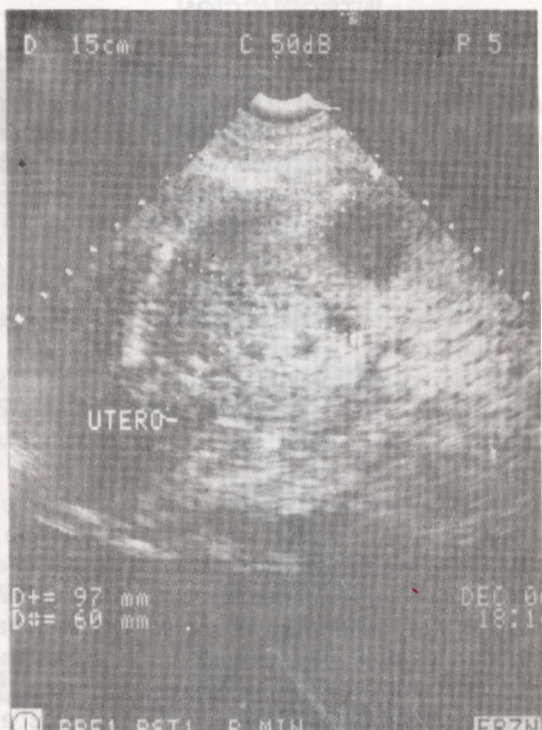
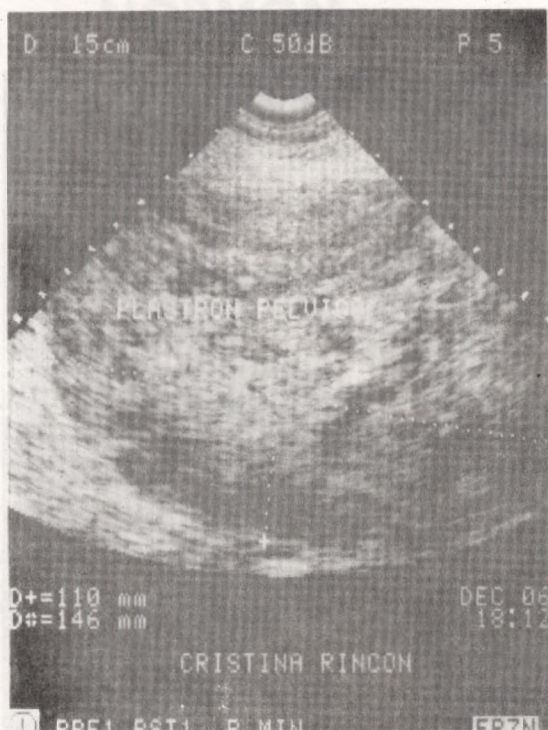


FIGURA No. 2.- SE VISUALIZA UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO DE 9.7 X 6 CM. TEJIDO ENDOMETRIAL HIPERPLASICO. MIOMETRIO CON PATRON ECOGRAFICO NORMAL. EN CAVIDAD UTERINA SE VISUALIZA MASA ECONEGATIVA COMPATIBLE CON PLASTRON PELVICO. EN CARA POSTERIOR Y FONDO SE VISUALIZA PLACENTA CON AREAS DE DESPRENDIMIENTO. DIAGNOSTICO: PLASTRON PELVICO, PLACENTA ABDOMINAL CON AREAS DE DESPRENDIMIENTO.



FIGURA No. 3.- FRUTO DEL EMBARAZO ABDOMINAL.

natural y residente en Santo Domingo, en el Barrio Victoria, de nivel socioeconómico bajo, sin antecedentes heredofamiliares ni personales patológicos de importancia. Nos llega a la emergencia el día 12 de octubre 1995 por p r e s e n t a r :

Salida de líquido transvaginal de 9 días de e v o l u c i ó n .

Trae reporte sonográfico con diagnóstico de:

- 1) Embarazo de 33.2 semanas
- 2) Oligodramnios severo
- 3) Situación transversa y una masa placentaria

En su embarazo actual la paciente nos refiere que siempre sentía molestias abdominales, acompañadas de náuseas y vómitos, más acentuados con los movimientos fetales.

La paciente es admitida para fines de realizar operación cesarea. Se realizó laparotomía media infraumbilical; en cavidad abdominal se visualizan membranas ovulares íntegras, las cuales se disecan y se aspiran 50 ml de líquido claro con grumos, se extrae producto femenino en presentación pélvica, lloró al nacer.

Perinatología nos reporta R.N. de edad gestacional de 38 semanas, peso de 2892 gramos, APGAR 7-8.

En cavidad abdominal se observó gran masa placentaria cubriendo toda la cavidad, lo que nos impidió visualizar y evaluar toda estructura de dicha cavidad. Se ligó y cortó el cordón umbilical junto a la placenta, dejándola in situ. Se calculó una hemorragia de 150 ml de sangre.

El tratamiento post-operatorio consistió en soluciones parenterales, analgésicos y antibióticos. La paciente fue egresada sin complicaciones posteriores.

El hallazgo patológico del producto fue pie equinovarus, unilateral.

En la actualidad la paciente continúa con un seguimiento seriado sonográfico y Beta HCG. Ella ha sido ingresada en dos ocasiones refiriendo dolor en hipogastrio y náuseas frecuentes. Se valora el abordaje con fines de extraer masa placentaria.

DISCUSION

El primer caso registrado de embarazo abdominal con supervivencia materna y fetal fue reportado en Suiza en el año 1500.

El año anterior se había reportado un caso de embarazo abdominal pero con feto muerto macerado.¹

Uno a dos por ciento de todos los embarazos son extrauterinos; de estos, el 98% son tubáricos, 1% ováricos y 1% son abdominales primarios o secundarios.

La mortalidad fetal en embarazo abdominal oscila entre 85 a 95% y en los productos que sobreviven existe morbilidad en un 20 a 40% de ellos.

REFERENCIAS

- 1.- Howard J W, Colsfan A, Burnett L. Novack's Textbook of Gynecology. 11th ed. Williams and Wilkins, Baltimore 1990
- 2.- Panduro Barón J G. Ginecología y Obstetricia. Editora Panamericana, Ciudad México, 1994
- 3.- Schwartz R L. Obstetricia. Editorial Florida, Buenos Aires, 1994, 159-63
- 4.- Gonzalez Merlo H. Ginecología. Ediciones Científicas y Técnicas S A, Barcelona, 1992