



Oclusión Intestinal por embarazo ectópico en cavidad abdominal. Informe de un caso

*Intestinal occlusion due to ectopic pregnancy in the abdominal cavity.
Report on one case*

Dr. Rafael Aguirre Rivero,

Dr. Adán Oliveros Cevallos

Resumen

Objetivo: Informar el caso de un embarazo ectópico en cavidad abdominal que provocó oclusión intestinal.

Sede: Hospital de segundo nivel de atención.

Descripción del caso: Se informa el caso clínico de una paciente de 35 años de edad con embarazo abdominal de 24 semanas de gestación, con manifestaciones clínicas de obstrucción intestinal, intervenida quirúrgicamente por laparotomía, en la que se practicó: liberación debridas y adherencias, extracción de feto momificado (litopedio) y la placenta. Se discuten las características clínicas, los auxiliares diagnósticos, y las alternativas de tratamiento quirúrgico del producto del embarazo y la placenta, en esta enfermedad.

Palabras clave: Oclusión intestinal, embarazo ectópico abdominal.

Cir Gen 2001; 23: 173-176

Abstract

Objective: To report the case of an ectopic pregnancy in the abdominal cavity that caused intestinal occlusion.

Setting: Second level health care hospital.

Description of the case: We report a clinical case of a female patient of 35 years of age with an abdominal pregnancy of 24 weeks of gestation, and clinical manifestations of intestinal obstruction. She was subjected to surgery through laparotomy, releasing fibrous tissue, adherences, and extracting the mummified fetus and the placenta. We discuss the clinical characteristics, the diagnostic tools, and surgical treatment alternatives for this condition.

Key words: Intestinal obstruction, ectopic abdominal pregnancy.

Cir Gen 2001; 23: 173-176

Introducción

Se define al embarazo abdominal (EA) como la gestación implantada en la cavidad peritoneal, se excluyen aquéllas localizadas en las trompas de Falopio, en los ovarios y entre las hojas del ligamento ancho,¹ de acuerdo al sitio inicial de su implante se clasifica en primario y secundario. Se consideran de origen primario cuando ambas trompas y ovarios son norma-

les, no existen fistulas uteroperitoneales y su localización se circunscribe a la superficie peritoneal, en estos casos la edad del producto es tan temprana que permite eliminar la posibilidad de implantación secundaria después de nidación primaria en las trompas.² Este último criterio justifica que los embarazos abdominales avanzados se clasifiquen generalmente como secundarios. El mecanismo de producción de estas

De los Servicios de Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Cirugía Endoscópica del Hospital del Pacífico,
Acapulco, Guerrero, México

Recibido para publicación: 22 de abril de 2000

Aceptado para publicación: 12 de junio de 2000

Correspondencia: Dr. Rafael Aguirre Rivero, Hospital del Pacífico, Calle Fraile y Nao No. 4, Fraccionamiento la Bocana, 39670.
Acapulco, Guerrero.

Teléfono: (7) 487 71 61, 487 71 80, E-mail: raguri@gro1.telmex.net.mx

gestaciones es: aborto tubario temprano o ruptura de trompas. Para que el desarrollo del embarazo continúe estos acontecimientos deben ser precoces, de tal forma que el embrión asegure su nidación secundaria o bien, el flujo sanguíneo placentario se mantenga mediante la unión con la trompa. También se presentan embarazos abdominales secundarios después de perforación uterina durante un aborto terapéutico o electivo, separación de una cicatriz antigua de cesárea o histerectomía total o subtotal.³ Los sitios comunes de implantación primaria son el fondo de saco de Douglas y la pared posterior uterina, se han descrito también en el fondo uterino y en órganos extrapélvicos como el hígado,⁴ bazo⁵ y diafragma.⁶

La frecuencia en nuestro país en diferentes publicaciones se ha informado es de un embarazo abdominal en 5,555⁷ hasta uno en 24,709 partos.⁸ Márquez Becerra, en una revisión de 8 años, encontró un embarazo abdominal en 9,229 nacidos vivos.⁹

Se describen como factores predisponentes del embarazo abdominal: la multiparidad, la edad mayor de 30 años, historia de infertilidad, embarazo tubario previo, cirugía pélvica, en población negra, historia de abortos previos, uso del dispositivo intrauterino, endometriosis y anomalías congénitas;¹⁰ también se ha implicado a la salpingitis, a las enfermedades de transmisión sexual y a las secuelas de la cirugía tubaria.¹¹ El pronóstico para el feto es malo y se ha documentado una mortalidad del 66.3%, con una frecuencia alta de malformaciones congénitas que van del 30 al 90%.⁷ Delke y colaboradores informaron una mortalidad materna que varió desde 0 al 18% y la perinatal del 80 al 91%.¹²

Presentación del caso

Mujer de 35 años de edad, que ingresó al servicio de Urgencias del Hospital del Pacífico el día 2 de febrero de 2000 con cuadro clínico de 48 h de evolución, caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico, que aumentaba de intensidad con los movimientos intestinales, náusea, vómitos de contenido gástrico y incapacidad para canalizar gases por recto y evacuar intestino.

Antecedentes ginecobstétricos: menarca a los 13 años, eumenorreica, IVSA a los 20 años, gesta VI, para V, aborto I, fecha de último parto: 5 años antes de su ingreso, sin control anticonceptivo y amenorrea de un año.

Exploración física: consciente y bien orientada, temperatura de 37.5°C, pulso de 94 por minuto, respiraciones 30 por minuto, TA 100/70, mucosas y piel secas, ruidos cardíacos rítmicos, campos pulmonares hipoventilados a nivel de ambas bases, abdomen moderadamente distendido, doloroso a la palpación, con resistencia muscular voluntaria, pero sin datos de irritación peritoneal, peristalsis de lucha con ruidos intestinales de tono metálico. Al tacto rectal: ámpula vacía. La exploración ginecológica evidenció cérvix posterior, cerrado y formado, doloroso a la movilización; fondos de saco abombados; no se logró delimitar fon-

do uterino y anexos por resistencia abdominal voluntaria.

Estudios de laboratorio y gabinete: biometría hemática con Hb de 14 g y Ht de 45, leucocitosis de 12,000 con neutrofilia de 75%. Química y amilasa sanguíneas en límites normales, hipokalemia de 3.5 meq. La placa simple de abdomen mostró: aumento de radio-opacidad en la región pélvica, distensión de asas intestinales y cambios en relación a niveles hidroaéreos y ausencia de gas en colon (**Figura 1**). El ultrasonido abdominal mostró: imagen no bien definida de producto de embarazo, al parecer fuera del útero, se logró la observación de partes fetales y saco formado, el útero no fue observado (**Figura 2**).

La colocación de una sonda nasogástrica permitió el drenaje de 500 ml de líquido gástrico, la sonda urinaria demostró oliguria de 100 ml después de 8 h de la última micción. Mediante la aplicación parenteral de cristaloides mejoró su estado de hidratación y diuresis, se logró elevar la PVC de 2 a 10 cc de agua, se realizó laparotomía exploradora, con diagnóstico preoperatorio de oclusión intestinal secundaria a embarazo abdominal.

Hallazgos operatorios: oclusión intestinal a 10 cm de la válvula ileocecal debido a una gran cantidad de



Fig. 1. Placa simple de abdomen que muestra niveles hidroaéreos y radio-opacidad en la región pélvica.



Fig. 2. Ultrasonido abdominal que muestra el producto fetal fuera del útero con partes fetales y saco formado.

adherencias firmes y laxas entre asas intestinales, epiplón, producto único muerto y parcialmente momificado (litopédio) y la placenta. Las asas de intestino delgado muy dilatadas por presencia de gas y líquido, con paredes edematosas, sin datos de isquemia. El litopédio media 22x18cm, con datos de maceración, perteneciente al sexo femenino, de edad aparente de 24 semanas de gestación, localizado en fossa ilíaca derecha y fondo de saco posterior, placenta esclerosada, implantada en epiplón, corredera parietocólica y fondo de saco posterior izquierdo, cordón umbilical central adherido a colon izquierdo, útero, ovarios y trompas (Figura 3).

Operación efectuada: liberación de asas intestinales involucradas, extirpación con disección cortante del litopédio, cordón umbilical y la totalidad de la placenta, durante el procedimiento se presentó hemorragia placentaria mínima, cuantificándose la hemorragia transoperatorio total en 300 ml. La evolución postoperatoria fue buena; el transito intestinal se res-



Fig. 3. Se observa litopédio y placenta en la cavidad abdominal.

tableció 24 h después del acto quirúrgico, por lo que se inició la vía oral con dieta líquida. La estancia hospitalaria fue de 72 horas. El informe de anatomía patológica fue: litopédio de 24 semanas de gestación, del sexo femenino, macerado, con piel delgada y escleroatrófica, placenta parcialmente escleroatrófica, hialinizada y con fibrosis extensa.

Discusión

Aunque los embarazos ectópicos no tubarios (incluyendo implantes intersticiales) representan 5% o menos de todos los embarazos ectópicos, contribuyen a un 20% de los decesos atribuidos a gestaciones ectópicas en los estados Unidos.¹³ En una revisión del Instituto Nacional de Perinatología, en 35,080 embarazos, se encontraron 149 ectópicos, clasificándose como abdominales seis de ellos.¹⁴ Consideramos que la dificultad para diagnosticar el EA es la causa principal de la alta mortalidad materna, en base a la posibilidad de hemorragia intensa secundaria a la separación placentaria intra-abdominal, por lo que resulta crucial el diagnóstico temprano de esta patología. En esta paciente la esclerosis de la placenta disminuyó de manera importante el riesgo de hemorragia. Cabe señalar que se ha informado de error diagnóstico en el EA, en un rango que va del 50 al 90% de los casos.¹² El advenimiento de métodos de detección temprana de embarazo, mediante la subunidad beta de las gonadotrofinas coriónicas humanas y el ultrasonido vaginal representan mayores posibilidades de diagnóstico oportuno.¹¹

Los síntomas más frecuentes son: dolor abdominal, náusea o vómitos tardíos durante el embarazo, movimientos fetales dolorosos, cese brusco de éstos y localización alta de los síntomas en el abdomen materno, también suele notarse ausencia de contracciones de Braxton Hicks.^{15,16} Se ha mencionado también la tríada sintomática de dolor, hemorragia vaginal y tumor abdominal.¹⁷ Una complicación temida del EA es el hemoperitoneo, cuya presentación clínica es el abdomen agudo, de resolución quirúrgica inminente.¹⁸ Nuestra paciente no presentó ninguno de estos síntomas, ya que el cuadro clínico correspondió a una oclusión intestinal debida a adherencias, presentación no encontrada en los informes de la literatura médica mexicana en los últimos 10 años.

La exploración física puede aumentar el índice de sospecha, ya que es común la hiperestesia abdominal, a pesar de que ésta puede dificultar la exploración física adecuada.^{12,15} En los embarazos avanzados, el feto frecuentemente se encuentra en situación transversa alta, las partes fetales pueden ser palpadas fácilmente, el útero suele ser pequeño y separado, el masaje del feto a través de la pared abdominal no provoca mayor firmeza como ocurre con el embarazo intrauterino avanzado.¹⁰

Aunque el ultrasonido es un auxiliar diagnóstico muy valioso en el embarazo temprano, resulta extremadamente difícil identificar gestación extrauterina abdominal. La mayor parte de informes sobre embarazos

abdominales diagnosticados por este método suelen tener 16 semanas o más. Las recomendaciones diagnósticas de Kobayashi¹⁹ consisten en identificar el útero, la cabeza fetal extrauterina, una placenta ectópica y el cuerpo fetal.

En el EA más avanzado, el estudio radiográfico es muy útil, las placas laterales muestran partes fetales pequeñas, suprayacentes a la columna vertebral materna, lo cual se considera casi diagnóstico de gestación abdominal.³ Frayer informó de un EA avanzado, no detectado durante 37 años, en una mujer de 67 años de edad, mediante la evidencia radiográfica de un esqueleto fetal que se extendía de la pelvis al borde costal inferior.²⁰ Algunos informes incluyen la tomografía axial computada, que se considera superior al ultrasonido y la resonancia magnética. La laparoscopía es útil en el diagnóstico de EA temprano²¹ y se ha intentado el tratamiento quirúrgico endoscópico en EA del primer trimestre.²²

El tratamiento definitivo del EA es la extirpación quirúrgica, la recomendación más aceptada es realizar laparotomía tan pronto se haga el diagnóstico, sin embargo, cuando el feto es casi viable, la posibilidad del nacimiento de un niño vivo puede justificar el retraso de la intervención. El mayor riesgo de esta conducta es la hemorragia intraperitoneal, se debe considerar también la elevada incidencia de anomalías fetales, que van del 35 al 75%, en relación con presión secundaria a oligohidramnios.²³

El manejo de la placenta continúa en debate, ya que dejarla "in situ" incrementa el riesgo de íleo, sepsis, peritonitis y absceso. Por otra parte, la extracción placentaria puede producir hemorragia masiva. En general, se piensa que la placenta deberá extraerse sólo cuando pueda aislarse su aporte sanguíneo y ligarse éste con facilidad, debido al gran riesgo de una hemorragia incontrolable. No debe intentarse en ningún caso la resección parcial de la placenta, cuando no es posible extraerla, deberá pinzarse el cordón y ligarse lo más cercano a su inserción, manipulando la placenta lo menos posible.^{3,14,16,23,24} Se ha informado de pre-eclampsia en una paciente a quien se le dejó la placenta intra-abdominal después de extirpar el producto de un EA.²⁵

Durante el EA avanzado, el feto puede morir y, de manera extremadamente rara, puede ser retenido por tiempo prolongado, provocando la formación de un litopédio que de no producir síntomas puede manejarse conservadoramente, sin tratamiento quirúrgico.²⁰ El caso que publicamos, requirió de tratamiento quirúrgico no tanto por la presencia de un litopédio, sino más bien por la patología de obstrucción intestinal.

El EA plantea un desafío clínico, la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento permiten reducir la morbilidad y mortalidad implícita en este padecimiento. La presentación insólita de oclusión intestinal en esta poco frecuente gestación ectópica requiere además de manejo multidisciplinario por parte del gineco-obstetra y el cirujano general.

Referencias

1. Sereno Colo JA, García López L, Castillo Huerta E. Embarazo abdominal. Un caso insólito. *Ginecol Obstet Mex* 1989; 57: 85-9.
2. Studdifor WE. Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1942; 44: 487-91.
3. Mattingly RF, Thompson JD, eds. *Ectopic pregnancy*. In: *TeLinde's operative gynecology*. 6th ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1985: 429.
4. Kirby NG. Primary hepatic pregnancy. *Br Med J* 1969; 1: 296.
5. Caruso V, Hall WHJ. Primary abdominal pregnancy in the spleen: a case report. *Pathology* 1984; 16: 93-4.
6. Norenberg DD, Gundersen JH, Janis JF, Gundersen AL. Early pregnancy on the diaphragm with endometriosis. *Obstet Gynecol* 1977; 49: 620-2.
7. Trejo Ramírez CA, Moreno Bonet H, Vázquez Zárate VM, Tovar Sánchez MG, Morales Núñez R. Embarazo abdominal. Revisión de 20 casos. *Ginecol Obstet Mex* 1981; 49: 89-99.
8. Gordillo Fernández J, Santos Navarro J, Padilla Velasco F, Gordillo Román A. Embarazo abdominal: análisis de 10 casos. *Ginecol Obstet Mex* 1978; 44: 383-90.
9. Márquez Becerra MA, Toro Calzada RJ, Puello Cámara JJ. Embarazo abdominal: urgencia quirúrgica. *Ginecol Obstet Mex* 1991; 59: 59-62.
10. Martin JN Jr, Sessums JK, Martin RW, Pryor JA, Morrison JC. Abdominal pregnancy: current concepts of management. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 549-57.
11. Azoulay P. La grossesse extra-uterine. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1994; 89: 547-52.
12. Delke I, Veridiano NP, Tancer ML. Abdominal pregnancy: review of current management and addition of 10 cases. *Obstet Gynecol* 1982; 60: 200-4.
13. Dorfman SF, Grimes DA, Cates W Jr, Binkin NJ, Kafrissen ME, O'Reilly KR. Ectopic pregnancy mortality, United States, 1979 to 1980: clinical aspects. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 386-90.
14. Bonfante Ramírez E, Bolaños Ancona R, Simón Pereyra L, Juárez García L, García-Benítez CQ. Embarazo abdominal, experiencia institucional. *Ginecol Obstet Mex* 1998; 66: 287-9.
15. Beacham WD, Hernquist WC, Beacham DW, Webster HD. Abdominal pregnancy at Charity Hospital in New Orleans. *Am J Obstet Gynecol* 1962; 84: 1257-70.
16. Clark JFJ, Guy RS. Abdominal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1966; 96: 511-6.
17. Rosano León R. Embarazo abdominal avanzado. *Ginecol Obstet Mex* 1989; 57: 175-81.
18. Paternoster DM, Santarossa C. Primary abdominal pregnancy. A case report. *Minerva Ginecol* 1999; 51: 251-3.
19. Kobayashi M, ed. *Ectopic pregnancy*. In: *Illustrated manual of ultrasonography in obstetrics and gynecology*. Philadelphia: JB Lippincott, 1974: 172.
20. Frayer CA, Hibbert ML. Abdominal pregnancy in a 67-year-old woman undetected for 37 years. A case report. *J Reprod Med* 1999; 44: 635-5.
21. Villarreal Peral C, Juárez Azpilcueta A, Wong Chen FJ. Embarazo ectópico en cavidad abdominal: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex* 1995; 63: 26-9.
22. Abossolo T, Sommer JC, Dancoisne P, Orvain E, Tuailon J, Isoard L. Grossesse abdominale du premier trimestre et traitement coelio-chirurgical. A propos de deux cas de grossesse abdominale évolutive traités par coelioscopie à 10 et 12 semaines d'amenorrhée. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1994; 23: 676-80.
23. Sapuri M, Kuflio C. A case of advanced viable extrauterine pregnancy. *PNG Med J* 1997; 40: 44-7.
24. Strafford JC, Ragan WD. Abdominal pregnancy: Review of current management. *Obstet Gynecol* 1977; 50: 548-52.
25. Piering WF, Garancis JG, Becker CG, Beres JA, Lemann J Jr. Preeclampsia related to a functioning extrauterine placenta: report of a case and 25-year follow-up. *Am J Kidney Dis* 1993; 21: 310-3.