

## Atención del embarazo abdominal. Comunicación de un caso

Sara Morales Hernández,\* Mary Flor Díaz Velázquez,\* Edgardo Puello Tamara,\* Jorge Morales Hernández,\*  
María Antonia Basavilvazo Rodríguez,\* Polita del Rocio Cruz Cruz,\* Marcelino Hernández Valencia\*

### RESUMEN

El embarazo abdominal es el que se implanta en alguna de las estructuras del abdomen; representa riesgo de muerte materna siete veces mayor que el embarazo tubario y de hasta 90 veces más que el normal. Los casos previos se han diagnosticado erróneamente como absceso en el fondo de saco de Douglas, y en la mayor parte hubo óbitos o mortinatos. Se comunica el caso de una paciente de 27 años de edad con embarazo de 25.2 semanas, placenta previa y anhidramnios, referida por no definirse el contorno uterino, fácil palpación de las partes fetales, polo cefálico en el hipocondrio izquierdo, masa que ocupaba el hipogastrio, no delimitable, con dolor a la movilización, sin sangrado transvaginal y movimientos fetales. Se decidió interrumpir el embarazo debido a: oligohidramnios grave, retraso en el crecimiento fetal intraabdominal y dolor abdominal materno recurrente. La intervención quirúrgica se realizó para atender la necesidad obstétrica; los datos coincidieron con embarazo ectópico abdominal, lecho placentario en el cuerno uterino derecho, de 30 semanas de gestación. El embarazo abdominal sigue siendo un reto para los obstetras, por el diagnóstico y tratamiento que implica. El diagnóstico oportuno consiste en prevenir una hemorragia intraabdominal, que es la principal causa de mortalidad materna.

**Palabras clave:** embarazo abdominal, complicaciones obstétricas, histerectomía.

### ABSTRACT

Abdominal pregnancies are the implantation of gestation in some of the abdominal structures. This kind of pregnancies represents sevenfold maternal death risk than tubarian ectopic pregnancies, and 90-fold death risk than normal ones. Previous cases have erroneously reported as abscess in Douglas punch, and frequently result in obitus or postnatal deaths. We report a case of a patient with 27 years old, and diagnosis of 25.2 weeks of pregnancy, prior placenta and anhydramnios, referred due to difficult in uterine contour delimitation, easy palpation of fetal parts, cephalic pole in left hypochondrius and presence of mass in hypogastria, no delimitations, pain with mobilization, no transvaginal bleed and fetal movements. Interruption of pregnancy is decided by virtue of severe oligohidramnios, retardation in fetal intrabdominal growth, and recurrent maternal abdominal pain. Surgical intervention was carried out for resolution of the obstetrical event, in which was found ectopic abdominal pregnancy with bed placental in right uterine horn that corresponded to a pregnancy of 30 weeks of gestation. Abdominal pregnancy is still a challenge for obstetrics due to its diagnosis and treatment. Early diagnosis is oriented to prevent an intrabdominal hemorrhage that is the main maternal cause of mortality.

**Key words:** abdominal pregnancy, obstetrical complications, hysterectomy.

### RÉSUMÉ

La grossesse abdominale est celle dont l'implantation a lieu sur quelqu'une des structures de l'abdomen. Ce type de grossesse représente un risque de mort maternelle sept fois supérieur que la grossesse tubaire et jusqu'à 90 fois plus que la grossesse normale. Les cas préalables ont été diagnostiqués erronément comme abcès en cul-de-sac de Douglas et dans la plupart on a obtenu des obits ou mort-nés. On communique le cas d'une patiente de 27 ans avec grossesse de 25.2 semaines, placenta prævia et anhydramnios, référée par le fait de ne pas définir le contour utérin, palpation facile des parties fœtales, pôle céphalique dans l'hypocondre gauche, masse avec occupation de l'hypogastre, non délimitable, avec douleur à la mobilisation, sans saignement transvaginal et mouvements fœtaux. On a décidé d'interrompre la grossesse à cause de: oligohydramnios grave, retardement dans la croissance fœtale intra-abdominale et douleur abdominale maternelle récurrente. On a réalisé l'intervention chirurgicale pour le terme; les données ont correspondu avec grossesse ectopique abdominale, avec couche placentaire dans la corne utérine droite, de 30 semaines de gestation. La grossesse abdominale continue d'être un défi pour les obstétriciens, pour le diagnostic et traitement qu'elle demande. Le diagnostic opportun consiste à prévenir une hémorragie intra-abdominale, car elle est la cause principale de mortalité maternelle.

**Mots-clés:** grossesse abdominale, complications obstétriques, hystérectomie.

### RESUMO

A gestação abdominal é aquela em que a implantação ocorre em alguma das estruturas do abdômen. Este tipo de gravidez representa risco de morte materna sete vezes maior que a gravidez tubária e de até 90 vezes mais que a gravidez normal. Os casos prévios foram

diagnosticados erróneamente como absceso en el fondo del saco de Douglas y en mayor parte se obtuvieron óbitos perinatales. Comunica-se o caso de una paciente de 27 años de edad con gravidez de 25,2ª semanas, placenta previa e anidramios, referida por não definir ao contorno uterino fácil palpação das partes fetais, pólo cefálico no hipocôndrio esquerdo, massa com ocupação de hipogástrio, não delimitável, com dor a mobilização, sem sangrado transvaginal e movimentos fetais. Foi decidido que se interrompera a gestação devido a: oligodramios grave, retraso no crescimento fetal intra-abdominal e dor abdominal materno recorrente. Foi realizado a intervenção cirúrgica para o término; os dados coincidiram com a gestação ectópica abdominal, com leito placentário no colo uterino direito na 30ª semana de gestação. A gravidez abdominal continua sendo um desafio para os obstetras, pelo diagnóstico e tratamento que implica. O diagnóstico oportuno consiste em prevenir uma hemorragia intra-abdominal, já que é a principal causa de mortalidade materna.

**Palavras-chave:** Gestación abdominal, complicações obstétricas, histerectomia.

**E**l embarazo abdominal implica la implantación en alguna de las estructuras del abdomen, por lo que se considera una variedad de embarazo ectópico. La incidencia estimada va de 10.9 a 20.6 por cada 100,000 nacidos vivos, de 9.2 a 14.5 de cada 1,000 embarazos ectópicos y de uno por cada 3,337 nacidos muertos.<sup>1,2</sup> El embarazo abdominal se describió por primera vez en 1879; sin embargo, aún no logra evitarse.<sup>3</sup>

Los sitios de implantación de la placenta y estructuras anatómicas reportados con mayor frecuencia son el epiplón y peritoneo parietal izquierdo, donde normalmente se encuentra el saco amniótico íntegro. Casi ninguna de las mujeres con este tipo de embarazo acude a control prenatal, por lo que se diagnostica en etapas avanzadas o incluso hasta la finalización del embarazo. Esto ocasiona complicaciones mayores, porque el trofoblasto del sitio de implantación no puede retirarse, ocurre sangrado excesivo y el riesgo de neoplasia maligna es elevado, por lo que el riesgo de muerte materna es siete veces mayor que en el embarazo tubario y de hasta 90 veces más que en el normal, por lo que la atención preoperatoria resolutive deberá hacerse en forma cuidadosa.<sup>4,5</sup> La mortalidad materna se estima en 0.5 a 18% y la fetal en 40 a 95% de los casos. Las complicaciones fetales más frecuentes son: retraso en el crecimiento intrauterino, hipoplasia pulmonar, alteraciones de las extremidades, oligohidramnios grave

y malformaciones fetales. Entre las maternas se incluyen: sangrado incontrolable, hipofibrinogenemia, preeclampsia, eclampsia, perforación u obstrucción intestinal, íleo por intoxicación, septicemia, peritonitis y formación de abscesos.<sup>6,7</sup>

## CARACTERÍSTICAS

Los informes previos de embarazo abdominal muestran el término del embarazo entre las semanas 27 a 39 de gestación.<sup>8</sup> Se han establecido diagnósticos erróneos de absceso en el fondo del saco de Douglas. En la mayoría de las pacientes se observan óbitos o mortinatos; sólo existe el seguimiento de un niño hasta los tres años de vida. Cuando se deja la placenta en la cavidad abdominal suele degenerarse entre los dos y tres meses posteriores; no en todos los casos se prescribe metotrexato. El cordón umbilical debe ligarse muy cerca de la placenta y se recomienda dejar drenajes en el fondo del saco de Douglas y en la pared abdominal. Después del procedimiento quirúrgico puede haber fiebre, leucocitosis, distensión abdominal, oliguria, trombocitopenia y gasto por drenajes de hasta 1,390 mL. Algunas pacientes requieren embolización de la arteria uterina con Gelfoam a través de la vena femoral, con lo que se detiene la hemorragia después de dos horas y las complicaciones desaparecen 15 días después del periodo posoperatorio.<sup>9,10</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente que recibió terapia génica germinal; con 27 años de edad, originaria del estado de Hidalgo, con escolaridad primaria incompleta, que vivía en unión libre, de religión católica y empleada de una tienda de ropa. Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 15 años, ritmo menstrual de 28 x 5 días, inicio de la vida sexual a los 18 años, fecha de la última menstruación el 23 de marzo de 2007, no utilizó métodos de planificación familiar. Dos emba-

\* Unidad Médica de Alta Especialidad en Ginecología y Obstetricia núm. 3, Centro Médico La Raza y Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. México, DF.

Correspondencia: Dr. Marcelino Hernández Valencia. E-mail: mhernandezvalencia@prodigy.net.mx  
Recibido: junio, 2008. Aceptado: septiembre, 2008.

Este artículo debe citarse como: Morales HS, Díaz VMF, Puella TE, Morales HJ y col. Atención del embarazo abdominal. Comunicación de un caso. Ginecol Obstet Mex 2008;76(10):615-20.

La versión completa de este artículo también está disponible en: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

razos, un parto. Se atendió por parto eutócico siete años antes y el neonato pesó 2,800 g. Antecedentes personales de importancia: alérgica al metronidazol, hernioplastia en la infancia.

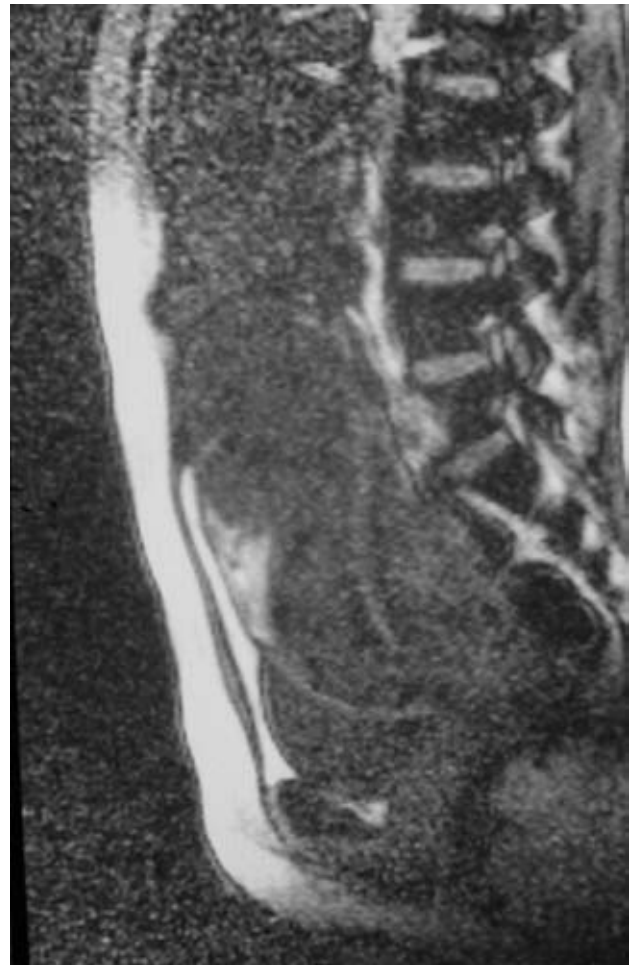
La paciente se envió del Hospital General de Zona de su localidad, con embarazo de 25.2 semanas, placenta previa y anhidramnios; no se refirió la delimitación del contorno uterino, hubo fácil palpación de las partes fetales, polo cefálico en el hipocondrio izquierdo y masa ocupativa en el hipogastrio, no delimitable y con dolor a la movilización; sin sangrado transvaginal y movimientos fetales. El ultrasonido de envío reportó frecuencia cardíaca fetal normal. Fue remitida para descartar el embarazo abdominal.

### Ingreso hospitalario

Acudió a valoración en el Hospital de Ginecología y Obstetricia núm. 3 del Centro Médico La Raza el mismo día de su envío. Se hospitalizó por la mañana con los siguientes signos vitales: tensión arterial de 100/60 mmHg, temperatura de 37°C, frecuencia cardíaca de 96 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 22 por minuto. Los exámenes de laboratorio reportaron: hemoglobina de 9.2; hematócrito de 30.7; leucocitos de 6.4; plaquetas de 269,000; tiempos de coagulación: protrombina de 12.1 (77%) y tromboplastina de 22 segundos (alargados). El ultrasonido obstétrico mostró embarazo de 25 a 26 semanas. Se confirmó el embarazo abdominal; el feto se situaba en posición transversa, dorsosuperior; útero de 12 x 7 cm, placenta implantada en la parte externa del fondo uterino, grado II de Bonilla, frecuencia cardíaca fetal de 152 latidos por minuto.

Al siguiente día se inició el tratamiento con agentes hematínicos por vía oral y se le transfundió un paquete globular. Una semana después se efectuaron estudios de control, que reportaron biometría hemática, química sanguínea y tiempos de coagulación sin alteraciones. Además, se realizó una tomografía abdominal (figura 1) que confirmó los datos obtenidos por ultrasonido. Posteriormente se efectuó la resonancia magnética con reporte del proceso gestacional abdominal, tejido placentario sin adecuada interfase con el útero (en la parte superior de la vejiga), vasos ilíacos internos y externos sin descartar su infiltración.

Una semana después se realizó un nuevo ultrasonido de control, que reportó embarazo de 25 semanas por fetometría, de ubicación abdominal, oligohidramnios grave,



**Figura 1.** Tomografía del embarazo abdominal.

placenta grado II de Bonilla, feto en situación transversa, frecuencia cardíaca de 126 latidos por minuto. Durante el seguimiento se realizó cistoscopia, la cual no mostró alteraciones ni zonas compatibles con infiltración en sus paredes.

Se colocó un catéter doble JJ como medida profiláctica quirúrgica por probable histerectomía abdominal. Se solicitó la valoración por el servicio de angiología, por si se requería la intervención de los vasos ilíacos o por riesgo de sangrado profuso. Se consideró hacer la derivación extra anatómica, según los hallazgos. Durante el seguimiento y la realización de los estudios diagnósticos se cumplieron tres semanas desde su ingreso, por lo que al revisar el caso clínico institucional, se atendió a la paciente con diagnóstico de embarazo abdominal de 29 semanas. Se aplicaron tres dosis de dexametasona para iniciar la maduración

pulmonar fetal (la frecuencia cardíaca se encontraba en 144 latidos por minuto).

Con base en la cantidad de líquido en el saco amniótico (oligohidramnios grave), el retraso en el crecimiento fetal intraabdominal y el dolor abdominal materno recurrente, en frecuencia e intensidad, se decidió interrumpir, en breve, el embarazo.

El equipo quirúrgico se integró por especialistas en ginecoobstetricia, urología y angiología. Los riesgos de la intervención consistieron en:

- 1) Posibilidad de sangrado agudo y choque hipovolémico.
- 2) Riesgo de histerectomía total por el sangrado.
- 3) Lesión hacia los grandes vasos (aorta, ilíacas, hipogástricas).
- 4) Lesión en la vejiga materna, intestino u otras estructuras abdominales.
- 5) Infección materna grave.
- 6) Mortalidad materna de hasta 75%.
- 7) Posibilidad de permanencia de la placenta en el lugar de inserción, con vigilancia hasta de un año.
- 8) Posibilidad de fístulas vesical, cutánea y vesicovaginal.
- 9) Prematuridad del neonato con todos sus riesgos.
- 10) Posibilidad de malformaciones plásticas en el feto, debido al oligohidramnios grave.

### Intervención quirúrgica

Se realizó la operación para interrumpir el embarazo, en forma programada, según los requisitos establecidos por la institución. El procedimiento se inició con una incisión infraumbilical media en el abdomen, que se disecó por planos hasta llegar a la cavidad abdominal. Se obtuvo una recién nacida viva que se encontraba libre en la cavidad abdominal, se pinzó y cortó el cordón umbilical en forma habitual y se atendió por el servicio de pediatría. La intervención se complementó con histerectomía total abdominal, ya que la inserción de la placenta se localizaba en el cuerno derecho del útero, por lo que éste y la placenta se obtuvieron en bloque.

### Recién nacida

Paciente nacida en octubre de 2007, con peso de 1,020 g, talla de 39 cm, perímetro cefálico de 27.5 cm; Apgar de 5/7, Silverman no valorable, Capurro de 28 y Ballard de 34

semanas de gestación. No se observaron malformaciones externas obvias.

La recién nacida cursó con las siguientes complicaciones perinatales:

- 1) Síndrome de dificultad respiratoria. Requirió ventilación mecánica asistida y administración de surfactante. Se extubó al cuarto día.
- 2) Septicemia sin aislamiento del microorganismo. Se consideró potencialmente infectada por el embarazo abdominal y las maniobras invasoras. Se administró doble esquema antimicrobiano con respuesta satisfactoria.
- 3) Hiperbilirrubinemia multifactorial. Ameritó fototerapia durante cinco días.
- 4) Sangrado del conducto digestivo. Se administraron hemoderivados y vitamina K.
- 5) Quiste periventricular en el cuerno frontal derecho, cuyo control ultrasonográfico no mostró alteraciones anatómicas en el sistema nervioso central.
- 6) Crisis convulsivas durante el tercer día de vida extrauterina. Requirió la administración de midazolam. No hubo más episodios convulsivos durante su estancia hospitalaria.

La paciente egresó después de 42 días de vida extrauterina con peso de 1,840 g. Hasta el momento ha tenido evolución satisfactoria; se valora regularmente desde su egreso.

### Reporte de las piezas quirúrgicas

Los hallazgos anatomopatológicos reportaron: útero posgestante de 11 x 8.4 cm, peso de 200 g, superficie serosa, de color *gris-vinoso*, lisa y despulida en el cuerno derecho, donde se localizó el lecho placentario. El cuello uterino midió 4 x 2 x 2 cm, con orificio cervical externo permeable de 1 cm (figura 2). El conducto endocervical fue de 4.5 cm de largo, permeable; la cavidad uterina de 5 x 5 cm, con espesor del endometrio de 0.5 cm, aspecto tortuoso y color marrón-rosa. El miometrio midió 4 cm de espesor, de color gris-blanco, "arremolinado", sin nódulos a los cortes seriados. La placenta fue de 14 x 10 x 1.5 cm, con segmento del cordón de 2 x 1 cm, mostró cara fetal con membranas corioamnióticas sin alteraciones obvias, translúcidas y adecuada inserción del cordón. En la cara materna se observaron 10 cotiledones preformados, con





**Figura 2** Pieza obtenida del procedimiento quirúrgico. En la parte superior se observa la placenta, de forma irregular, implantada en el fondo del útero (cuerno derecho); en la parte inferior se muestra el cuerpo uterino con su cuello completo.

áreas de hemorragia reciente y coágulos en 20% de la superficie. Además, se refirió como implante de pared, se estudió el fragmento de tejido de 4 x 2 x 1 cm, color amarillo, aspecto lobulado y brillante, y consistencia firme al corte.

El diagnóstico final fue: embarazo ectópico abdominal con lecho placentario en el cuerno uterino derecho, de 30 semanas de gestación (determinado por la fecha de la última menstruación), placenta monorrial y monoamniótica del tercer trimestre de embarazo, necrosis y hemorragia en 20% de la superficie de inserción y segmento del cordón umbilical con tres vasos sanguíneos histológicamente identificables; ectoendocervicitis crónica moderada inespecífica, endometrio decidual, hallazgos histológicos de congestión pélvica crónica y focos de endometriosis activa decidual.

## COMENTARIOS

El embarazo abdominal es raro, pero no tanto como se supone, pues se han reportado series incluso de 69 casos; por tanto, cualquier médico puede atender un caso de este tipo y diagnosticarlo adecuadamente. Por los síntomas de las pacientes es fácil confundirlo con diferentes alteraciones, como preeclampsia y trastornos digestivos, que retrasan el diagnóstico certero (se han reportado casos en los que se inicia la inducción del trabajo de parto sin respuesta favorable).<sup>11</sup> Se informa que el embarazo ectópico es difícil de reconocer al primer contacto médico y el diagnóstico correcto se ha establecido sólo en 35% de las pacientes.<sup>12</sup>

La paciente de este estudio no tuvo complicaciones obstétricas previas, subfertilidad o cambios funcionales en los órganos pélvicos. No fue necesario dejar drenajes porque la implantación se encontraba en la parte externa del útero, por lo que al efectuar la histerectomía total se eliminó toda posibilidad de dejar tejido trofoblástico remanente; tampoco requirió control con gonadotropina coriónica humana, como sucede en las pacientes a las que se deja el sitio de implantación, con riesgo elevado de neoplasia maligna. En las pacientes con embarazo abdominal no se recomienda la administración de metotrexato porque acelera la destrucción de la placenta y favorece la formación de abscesos abdominales.

Estos casos deben sospecharse por dolor abdominal difuso, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal en el epigastrio y fácil palpación de las partes fetales. El embarazo abdominal aún es un reto para los obstetras, por el diagnóstico y tratamiento que implica. El diagnóstico oportuno consiste en prevenir la hemorragia intrabdominal, que es la causa principal de mortalidad materna.

## Agradecimientos

A los servicios interconsultados de angiología y urología, y a las autoridades del Hospital de Ginecología y Obstetricia núm. 3, del Centro Médico La Raza, por su apoyo para concluir este caso.

## REFERENCIAS

1. Martin JN, Sessums JK, Martin RW, Pryor JA, Morrison JC. Abdominal pregnancy: current of management. *Obstet Gynecol* 1988;71:549-57.

2. Atrash HK, Friede A, Hogue CJ. Ectopic pregnancy mortality in the United States 1970-1983. *Obstet Gynecol* 1987;70:817-22.
3. Naim NM, Ahmad S, Siraj HH, Ng P, et al. Advanced abdominal pregnancy resulting from late uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2008;111:502-4.
4. Sherer DM, Dalloul M, Gorelick C, Kheyman M, et al. Unusual maternal vasculature in the placental periphery leading to the diagnosis of abdominal pregnancy at 25 week's gestation. *J Clin Ultrasound* 2007;35:268-73.
5. García-Benitez CQ, Lira PJ, Dueñas RJJ. Manejo conservador del embarazo ectópico abdominal secundario. Reporte de un caso con revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex* 2003;71:181-6.
6. Plete RA, Adama AN, Tadan R, Ahitare H. Ecampia in advanced abdominal pregnancy. *Niger J Clin Pract* 2007;10:343-5.
7. Zhang J, Li F, Sheng Q. Full-term abdominal pregnancy: a case report and review of the literature. *Gynecol Obstet Invest* 2008;65:139-41.
8. López LE, Zamara MF, Buitrón GR. Embarazo ectópico abdominal con resultado de nacido vivo. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2001;69:151-4.
9. Rana A, Gurung G, Rawal S, Bista KD, et al. Surviving 27 weeks fetus expelled out of the ruptured rudimentary horn and detected a month later as a secondary abdominal pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2008;34:247-51.
10. Shaw SW, Hsu JJ, Chueh HY, Han CM, et al. Case reports. Advanced abdominal pregnancy. *Canad M A J* 1946;54:483-5.
12. Reid R. A case of abdominal pregnancy. *BMJ* 1938;18:1301-3

Las *pruebas cruzadas* permiten que los pacientes reclutados sean sus propios controles. Los individuos se asignan al azar a un brazo del tratamiento y más tarde se cambian al otro. Este método de estudio "cruzado" se ha usado con frecuencia en pruebas para valorar la eficacia de los medicamentos. El diseño es difícil de realizar debido a su potencial de efectos residuales entre las intervenciones. Con frecuencia habrá un periodo de lavado (tiempo durante el cual no se administra medicamento) entre las intervenciones.

**Reproducido de:** The North American Menopause Society. Menopausia, guía práctica para el médico. México: NAMS, 2007;p:14.