



Caso clínico

Embarazo abdominal primario avanzado. Comunicación de un caso

Emigdio Torres Farías,* Luis Guillermo Torres Gómez,** René Márquez Allegre,*** Salvador Hernández Higareda****

RESUMEN

El embarazo abdominal avanzado es una complicación obstétrica que pone en riesgo la vida materna y fetal. Se comunica un caso de embarazo abdominal avanzado, con ovarios y salpinges normales, sin datos de fístula uteroperitoneal y diagnóstico prenatal tardío, en una paciente multipara, sin factores de riesgo, con recién nacido vivo, cuyo embarazo se atendió en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco-Obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS, en Guadalajara, Jalisco, México.

Palabras clave: embarazo abdominal.

ABSTRACT

Abdominal advanced pregnancy is an obstetric complication that put at risk maternal and fetal life. We report a case of advanced abdominal pregnancy with intact ovaries and fallopian tubes, without ureteroperitoneal fistulae and, late prenatal diagnosis, in a multiparous patient without risk factors, with alive newborn, and whose pregnancy was attended at Unidad Medica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco-Obstetricia, Centro Medico Nacional de Occidente del IMSS, Guadalajara, Jalisco, México.

Key words: abdominal pregnancy.

RÉSUMÉ

La grossesse abdominale avancée est une complication obstétrique qui met en risque la vie maternelle et fœtale. On communique un cas de grossesse abdominale avancée, avec des ovaires et trompes utérines normales, sans évidence de fistule utéro-péritonéale et diagnostic prénatal tardif, dans une patiente multipare, sans facteurs de risque, avec nouveau-né vivant, dont la grossesse a été traitée à l'Unité Médicale de Haute Spécialité, Hôpital de Gynéco-Obstétrique, Centre Médical National d'Occident de l'IMSS, à Guadalajara, Jalisco.

Mots-clés: grossesse abdominale.

RESUMO

A gravidez abdominal avançada é uma complicação obstétrica que põe em risco a vida materna e também do feto. Comunica-se um caso de gravidez abdominal avançada, com ovários e salinges normais, sem evidência de fístula útero-peritoneal e diagnóstico pré-natal tardio, em uma paciente multipara, sem fatores de risco, com recém-nascido vivo, cujo a gravidez se atendeu na Unidade Médica de Alta Especialidade, Hospital de Ginecoobstetrícia, Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS, em Guadalajara, Jalisco.

Palavra-chave: Gravidez abdominal.

* Jefe de la División de ginecología.

** Médico ginecoobstetra, Departamento de embarazo de alto riesgo.

*** Médico ginecoobstetra, Departamento de urología ginecológica.

**** Jefe de la División de obstetricia.

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco-Obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS.

Correspondencia: Dr. Emigdio Torres Farías. Jesús García núm. 2447-503, colonia Ladrón de Guevara, Guadalajara, Jalisco, México. E-mail: emig_2001@hotmail.com

Recibido: julio, 2008. Aceptado: julio, 2008.

Este artículo debe citarse como: Torres FE, Torres GLM, Márquez AR, Hernández HS. Embarazo abdominal primario avanzado. Comunicación de un caso. Ginecol Obstet Mex 2008;76(9):558-61.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

El embarazo abdominal avanzado es una complicación obstétrica poco frecuente, considerada de alto riesgo, que pone en peligro la vida materna y del feto. El índice de mortalidad materna varía de 0.5 a 18%, y el perinatal de 40 a 95%.¹ El embarazo abdominal es el que tiene más de 20 semanas dentro de la cavidad peritoneal, cuya frecuencia ocurre en 1 de cada 10,000 nacidos vivos.²

Los embarazos abdominales se dividen en primarios y secundarios. Studdiford estableció los criterios para embarazos abdominales primarios (trompas de Falopio y ovarios normales, sin datos de fístula uteroperitoneal y embarazos relacionados exclusivamente con la superficie peritoneal).³ En este tipo de embarazo, la implantación

ocurre únicamente en la superficie peritoneal, lo cual es muy raro y difícil de comprobar.⁴

El diagnóstico prenatal de embarazo abdominal es difícil de establecer. El ultrasonido es el método de elección para diagnosticarlo; sin embargo, su margen de error es de 50 a 90%.⁵ No existen síntomas característicos para establecer el diagnóstico adecuado; la mayoría de las pacientes manifiesta dolor abdominal, inexplicable y persistente, asociado con movimientos fetales. Los signos clínicos más frecuentes son: mala posición fetal, inactividad uterina y anatomía fetal fácilmente palpable.⁶

El tratamiento del embarazo abdominal es controvertido. Cuando se establece el diagnóstico, las pacientes requerirán una evaluación cuidadosa, la cual iniciará con su traslado al centro de referencia para disponer de los recursos. Si el feto ha muerto, generalmente se indica la intervención quirúrgica, pero si está vivo, la mayoría de los médicos realiza la intervención inmediata para embarazos menores de 23 o 24 semanas, por la elevada incidencia de morbilidad y mortalidad materna, y mal pronóstico fetal.⁷

Aún se discute si los embarazos abdominales avanzados (después de las 24 semanas de embarazo) requieren de tratamiento más conservador, pero debe considerarse que cuando el volumen del líquido amniótico disminuye o está ausente, la incidencia de malformaciones fetales se incrementa significativamente, ocurren deformidades por presión y la hipoplasia pulmonar excluye cualquier posibilidad de un feto viable. En este caso, deberá indicarse, inmediatamente, el nacimiento del feto.⁷

CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años, ama de casa, escolaridad secundaria, originaria y residente de Tepic, Nayarit, México. Entre sus antecedentes obstétricos están: cuatro embarazos, tres partos a término (todos eutócicos), con recién nacidos de 2,700 a 3,700 g de peso. Inició su vida sexual activa a los 17 años de edad (sólo con una pareja) y nunca utilizó métodos de planificación familiar. Se realizó el papanicolau dos años previos al último embarazo, cuyo resultado fue negativo para malignidad.

Ingresa al servicio médico con 31.3 semanas de amenorrea, enviada del Hospital General de Zona núm. 1, de Tepic, Nayarit, México, en donde se realizó el diagnóstico de embarazo abdominal un día antes de ingresar

a la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco-Obstetricia, del Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco, México (IMSS). Se observó a la paciente conciente, tranquila, con dolor abdominal tipo cólico, mal definido y con movimientos fetales. Los estudios paraclínicos fueron normales. Refirió control prenatal con más de 20 consultas, recibió fumarato ferroso y ácido fólico, exclusivamente; en tres ocasiones ameritó hospitalización por dolor abdominal.

El ecosonograma reportó: embarazo intraabdominal de 30 semanas, con retraso en el crecimiento intrauterino asimétrico, mínima cantidad de líquido amniótico; Doppler umbilical con ausencia de flujo diastólico, útero de 13 x 12 x 17 cm, bordes regulares, paredes homogéneas y eco endometrial presente. El fondo uterino estaba adosado a la pared externa; se apreció un "colchón" placentario intraabdominal con flujo trofoblástico.

Antes de intervenir quirúrgicamente a la paciente (previa preparación intestinal), se administró dexametasona para inducir la maduración pulmonar en el feto.

Después de realizar la laparotomía media, supra e infraumbilical, se observó el saco amniótico con meconio (++) , localizado inmediatamente por debajo de la pared abdominal (figura 1), el cual se incidió, extrajo al neonato

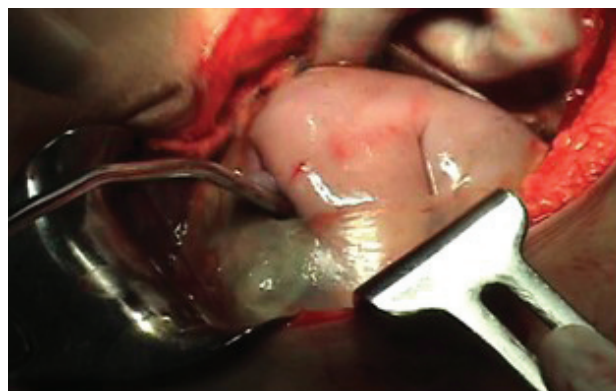


Figura 1. Saco amniótico localizado inmediatamente por debajo de la pared abdominal.

impregnado de meconio (peso de 950 g, Apgar de 7 a 9, figura 2) y se ligó su cordón umbilical. Al explorar cuidadosamente el abdomen de la paciente, se observó que la inserción placentaria se encontraba en el fondo y cara anterior del útero. Hubo abundante sangrado espontáneo, por lo que se decidió realizar histerectomía abdominal (figura 3), con lo que se extrajo, además, 6 cm de tejido



Figura 2. Recién nacido impregnado de meconio.

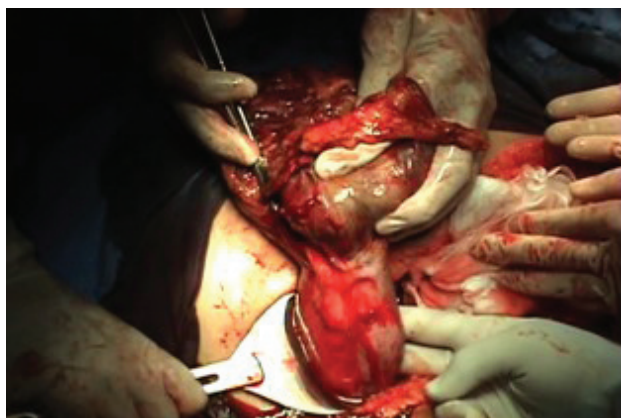


Figura 3. Histerectomía (placenta en el fondo y cara posterior de útero).

placentario de la parte posterior derecha del hueco pélvico. Se resecaron aproximadamente 8 cm de epiplón con infiltración placentaria. Las trompas de Falopio y los ovarios estaban normales.

El cálculo de pérdida sanguínea fue de 3,000 mL. Durante la operación se transfundieron tres paquetes globulares, tres unidades de plasma fresco congelado y soluciones coloides. La paciente ingresó a la unidad de cuidados intensivos para vigilancia hemodinámica y supervisión de la lesión pulmonar ocasionada por la politransfusión. Tuvo evolución satisfactoria, se trató con heparina de bajo peso molecular y antibiótico profiláctico. Egresó 48 horas después y al octavo día del periodo posoperatorio se dio de alta.

El servicio de patología no reportó fístulas uterinas. En el útero se encontraba adherida la placenta monocoriónica deformada, específicamente en su parte lateral derecha, y abarcaba desde el istmo hasta el fondo uterino. No se

identificaron cotiledones, pero sí múltiples infartos y congestión severa (figura 4).

El recién nacido ingresó a la unidad de cuidados intensivos neonatales con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria, por enfermedad de membrana hialina, moldeamiento craneal y pie varo izquierdo; requirió una dosis de surfactante y egresó del hospital a los 70 días de edad, con peso de 2,400 g.



Figura 4. Pieza quirúrgica: placenta adherida en la cara externa de útero.

DISCUSIÓN

El embarazo abdominal avanzado es una complicación obstétrica que pone en riesgo la vida materna y fetal. Esta condición representa un reto para los ginecoobstetras, pues la mayoría de las pacientes evoluciona a alguna de las siguientes complicaciones: hemorragia masiva, coagulopatía intravascular diseminada, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, edema pulmonar, septicemia, obstrucción intestinal y fístulas vesicales. En algunos casos puede haber embolismo pulmonar.¹

La mortalidad materna puede prevenirse con el diagnóstico oportuno (50 a 90% de los embarazos abdominales son avanzados cuando se establece el diagnóstico),⁴ pero cuando no es posible, deberá considerarse el diagnóstico prenatal. Diversos estudios mencionan que las pacientes con embarazo abdominal ingresan al quirófano con otras complicaciones, como desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, inserción baja de la placenta, rotura uterina o presentaciones fetales anormales.^{2,8-10}

La mortalidad perinatal es variable (40 a 95%);^{1,4} sin embargo, su estimación depende, principalmente, de la

edad gestacional en que se establece el diagnóstico. La supervivencia neonatal aumenta cuando el embarazo abdominal es avanzado (63% de los recién nacidos mayores de 30 semanas).⁶ Dubinsky y su grupo¹¹ señalan que la inserción placentaria en el útero es un factor relacionado con la supervivencia del feto y morbilidad materna.

Aún se discute el tratamiento de la placenta en estas pacientes. Cuando sea posible deberá extraerse totalmente para que su recuperación posoperatoria sea más rápida y satisfactoria.¹ En la paciente de este estudio fue posible extraerla, ya que su inserción se encontraba en el fondo y la cara posterior del útero, por lo que la histerectomía y omentectomía parcial permitieron no dejar placenta en la cavidad abdominal.

Los autores de este estudio consideran que se trató de un embarazo abdominal primario; sin embargo, la diferencia entre primario y secundario tiene solamente significación académica, ya que el diagnóstico, curso clínico y tratamiento son los mismos para ambos tipos.⁷

Es importante que los embarazos abdominales se resuelvan en hospitales de referencia y con personal experimentado (ginecoobstetras con capacitación en el tratamiento de vísceras abdominales; perinatólogos, anestesiólogos e intensivistas), además de contar con los mejores recursos materiales.

CONCLUSIONES

El embarazo abdominal avanzado es una complicación obstétrica que pone en riesgo la vida materna y del feto. El diagnóstico es difícil de establecer, ya que los signos y síntomas son inespecíficos. El ultrasonido tiene un margen de error diagnóstico elevado. La evolución en estos embarazos dependerá del bienestar fetal, la cantidad de líquido amniótico y las complicaciones maternas. La mortalidad materna puede prevenirse con el diagnóstico oportuno; cuando no sea posible, deberá considerarse el diagnós-

tico prenatal. La inserción placentaria en el útero es un factor relacionado con la supervivencia fetal y morbilidad materna. La extracción total de la placenta se asocia con mejor recuperación posoperatoria. Cuando se establezca el diagnóstico de embarazo abdominal, deberá trasladarse a la paciente a un centro de referencia con recursos materiales disponibles y el término del embarazo deberá efectuarse por un equipo multidisciplinario capacitado.

REFERENCIAS

1. Rahaman J, Berkowitz R, Mitty H, Gaddipati S, et al. Minimally invasive management of an advanced abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004;103:1064-68.
2. Zeck W, Kelters K, Winter R, Lang U, Petru E. Lessons learned from four advanced abdominal pregnancies at an East African Health Center. *J Perinat Med* 2007;5:278-81.
3. Tsudo T, Harada T, Yoshioka H, Terakawa N. Laparoscopic management of early primary abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol* 1997;90:687-8.
4. García-Benítez CQ, Lira Plascencia J, Dueñas Riaño JJ. Manejo conservador del embarazo ectópico abdominal secundario (intersticial). Informe de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex* 2003;71:181-6.
5. Teng HC, Kumar G, Ramli NM. A viable secondary intra-abdominal pregnancy resulting from rupture of uterine scar: role of MRI. *Br J Radiol* 2007;80(955):134-6.
6. López Leyva E, Zarama Márquez F, Buitrón García R. Embarazo ectópico abdominal con producto vivo. Presentación de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2001;69:151-4.
7. Costa SD, Presley J, Bastert G. Advanced abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1991;46:515-24.
8. Faller E, Kauffmann E, Cheviere S, Heisert M, et al. Full term abdominal pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006;35(7):732-5.
9. Ikechebelú JI, Onwusulu DN, Chukwugbo CN. Term abdominal pregnancy misdiagnosed as abruptio placentae. *Niger J Clin Pract* 2005;8(9):43-45.
10. Ramachandran K, Kirk P. Massive hemorrhage in a previously undiagnosed abdominal pregnancy presenting for elective cesarean delivery. *Can J Anaesth* 2004;51(1):57-61.
11. Dubinsky TJ, Guerra F, Gormaz G, Maklad N. Fetal survival in abdominal pregnancy: a review of 11 cases. *J Clin Ultrasound* 1996;24(9):513-7.