

Embarazo peritoneal. A propósito de un caso y revisión bibliográfica.

* Dra. Patricia Funez Moreira

** Dra. Diana Saltos Viteri (2).

* Medico Residente Hospital Martín Icaza Babahoyo

** Medico Residente Post-Grado Anatomía Patológica ION-SOLCA-Guayaquil.

ABSTRACTO

El Embarazo Abdominal, es una forma rara de embarazo ectópico con alta Morbi-mortalidad Materno Fetal. Se informa de una paciente de 21 años de edad, que acude al área de Obstetricia del Hospital Martín Icaza (Prov. Los Ríos) por presentar pródromos de parto además de distocia de presentación, por lo cual se la recibe para ser sometida a cesárea encontrándose embarazo Abdominal con producto único vivo.

Palabras claves: Embarazo Abdominal, embarazo ectopico

ABSTRACT

Peritoneal pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy, with morbid-mortality of high rate maternal fetal. Reporting a patient 21 years, ending of pregnancy because she has been prodrome from part and presentation dystocia as a result of these she is going to have a cesarean at Martín Icaza Hospital (Los RIOS Province). Was found an abdominal Pregnancy a live product.

Key words: Abdominal pregnancy, ectopic pregnancy

INTRODUCCIÓN

El embarazo abdominal es poco frecuente, es una gestación ectópica potencialmente fatal que se ubica dentro de la cavidad Abdominal y puede ser de dos tipos Primario y Secundario. El Riesgo de muerte materna es de 7.7 veces mayor que con el Embarazo Ectópico Tubario y 90 veces mayor que con un Embarazo Intrauterino. El **EA Primario**, debe cumplir con los criterios de STUDDIFORD, para su Diagnóstico; trompas de Falopio y Ovario normales, sin evidencia de injuria reciente, no debe existir evidencia de fístula útero placentario, debe estar adherido a la superficie peritoneal tempranamente, ausencia de dehiscencia post operatoria de la herida Uterina en una cesárea anterior. Las posibilidades de vida en esta entidad son muy escasas para el feto de ahí que el 85 % de ellos fallecen, ya que cuando el feto alcanza cierto tamaño puede ocurrir momificación, maceración así como esqueletización.

El **EA secundario** ocurre con mucha mayor frecuencia y se presenta por lo general secundario a ruptura de un Embarazo en la Trompa con implantación posterior o un Aborto Tubárico. Se consideran Factores de Riesgo similares al Embarazo Ectópico: antecedente de infección pélvica, anomalías congénitas, endometriosis, embarazo ectópico previo, cirugía uterina previa; técnica de reproducción asistida que incluyen fertilización in Vitro e inducción de ovulación, tuberculosis.

La **frecuencia** del Embarazo Abdominal no guarda relación aparente con la edad de la paciente – puede surgir en cualquier momento de su vida sexual activa- ni con la paridad se presenta tanto en nulíparas como en multíparas.

COMPLICACIONES

- A) **FETALES.-** El embarazo Abdominal se acompaña de cifras elevadas de malformaciones congénitas, debido a las condiciones muy precarias que se desarrollan estos fetos; la hipoxia a la que están sometidos casi permanentemente mas el deficiente aporte de nutrientes tiene como consecuencia la desnutrición intra-abdominal, que influye en el desarrollo embrionario durante los tres primeros meses con las consecuentes malformaciones. Entre el 40y 50% de los embarazos abdominales los productos presentan malformaciones como asimetría facial, varo extremo, hipoplasia pulmonar, microcefalia, etc.
- B) **MATERNAS.-** La principal complicación materna la constituye el sangrado sobre todo en el momento de la cirugía al intentar la remoción del tejido placentario. Sin embargo, el hecho de dejar la placenta en la cavidad Abdominal también presenta graves complicaciones dentro de las cuales están: hemorragia secundaria, Hipofibrinoginemia, pre-eclampsia, perforación intestinal, obstrucción intestinal, reacciones febriles, septicemia, formación de abscesos, peritonitis y formación remota de un coriocarcinoma.

El Diagnóstico: No es fácil dada la rareza de dicha entidad, sin embargo existen datos clínicos que nos pueden orientar al diagnóstico; una historia de Amenorrea interrumpida por episodios de sangrado escaso, acompañado de dolor abdominal inexplicable mas exaltación de síntomas como nauseas, vómitos, sialorrea, diarreas (por irritación peritoneal).

En aquellos casos en que la gestación llega al tercer trimestre, se puede obtener palpación fácil de partes fetales, distocia de presentación, ausencia de reacción uterina a los estímulos externos y a los oxitócicos, disminución de movimientos fetales y si se

Correspondencias y Separatas:

Dra. Diana Saltos V.
Servicio de Anatomía Patológica
ION Solca Guayaquil
Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)
Guayaquil - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer



mantiene son muy dolorosos para la madre. Al examen ginecológico presenta cuello ablandado pero no permeable, muy anterior por debajo de la sínfisis púbica y muy elevada en el fornix de la vagina. El fondo de saco de Douglas se palpa Abombado, endurecido y muy por delante del cuello uterino.

La ultrasonografía puede ayudar a establecer el Diagnóstico, pero no registra un ciento por ciento de éxito. La resonancia magnética nuclear brinda una alta calidad de resolución de tejidos blandos sin el uso de radiación ionizante.

TRATAMIENTO

El tratamiento Quirúrgico del Embarazo abdominal resuelve fácilmente el problema de extracción del feto, pero levanta graves interrogantes respecto a la placenta. Sobre esto, se han propuesto varios esquemas terapéuticos que dependen de la localización placentaria, la disponibilidad de sangre y el estado de viabilidad placentaria; estos esquemas son:

1. Evitar la manipulación Placentaria dejando la placenta en su lugar y sin ningún manejo posterior. Con bastante frecuencia estos casos presentan complicaciones serias como infección abscedación (que puede provocar septicemia), adherencias, obstrucciones intestinales, dehiscencia de la herida de la pared, fístulas y otras.
2. Remover órganos Pélvicos sobre la cuál esta implantada. Muchos autores prefieren optar por su extracción, sobre todo cuando las condiciones son favorable, pues representa una acumulación de tejido necrótico y un excelente medio de cultivo para las colonias bacterianas.
3. Dejar la placenta en su lugar luego de administrar Metrotexate, a dosis de 10 mg. Diarios durante 5 días, y repetir cada 6 semanas hasta realizar 3 ciclos y lograr así la destrucción del tejido placentario.

CASO CLÍNICO

El día 12 de octubre al área de maternidad del Hospital provincial Martín Icaza de Babahoyo llega la paciente IM de 21 años , G3,P2,A0,C0, remitida de su área de Salud (Ventanas) por presentar embarazo a termino mas trabajo de parto y situación transversa, corroborada con informe ecográfico, motivo por el cual se prepara para cesárea, al llevarse a cabo esta se halla un bolsón de liquido amniótico claro, libre en cavidad abdominal, con un feto único vivo masculino en dicha situación en su interior que se extrae sin dificultad el RN presento talla 48 cm. peso 2070 gramos, la placenta se encontró inserta en trompa de Falopio derecha, mesosalpinx y cuerpo uterino realizándose histerectomía subtotal .

INFORME ANÁTOMO-PATOLÓGICO

En la Fig. 1 Se observa Producto de Histerectomía Subtotal cuyo peso fue de 600 g sus medidas 24x10x15 cm., en su superficie ex-

terna derecha se identifica una membrana color café cuyas medidas fueron de 20x12 cm. conteniendo material deleznable y vestigios de cotiledones placentarios. Dentro de la cavidad uterina no se halló evidencia de comunicación intrauterina con la cavidad membranosa.



Fig. 1.- observamos el útero y su membrana.

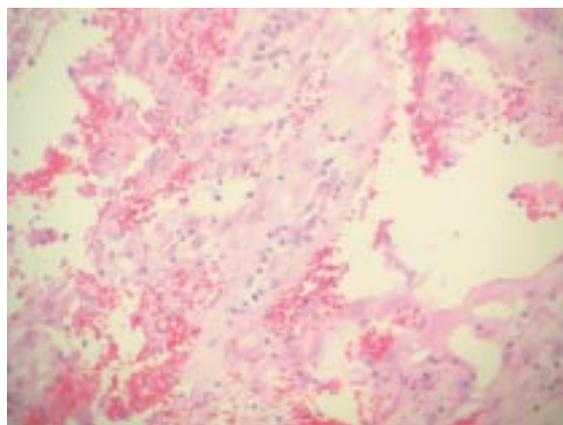


Figura 2.- En la que se observa a pesar de que el embarazo es ectopico, a las glándulas endometriales que están en fase secretora y en el estroma se aprecia reacción desidual.

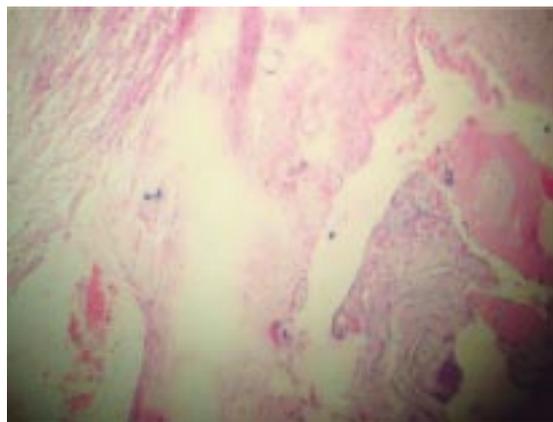


Figura 3.- Se observa la zona de implantación del embarazo que corresponde a peritoneo con su serosa y vasos sanguíneos, reacción desidual y vellosidades coreónicas.

DISCUSIÓN

El caso informado por nosotros con las características de embarazo abdominal secundario, es el primero reportado en el HMI aunque creemos que tenemos un sub-registro considerable, al no haber sido consignados adecuadamente en los registros codificándolos en ocasiones como embarazo ectópico no específico. La alta incidencia de las malformaciones congénitas, así como el elevado índice de

mortalidad peri natal y materna según la literatura revisada no justifican una conducta expectante en este tipo de patología y hace considerar un grave error ignorar un embarazo extrauterino abdominal, mucho más que si se diagnostica sin existir, por lo que debemos orientar nuestro pensamiento hacia esa entidad cada vez que sea necesario.

Bibliografía:

Artículos de Revistas:

1. M. A. Shembrey and A.D. Noble (An Instructive Case of Abdominal Pregnancy)
2. Eduardo León Jaramillo V. Jhon Jairo Castro. (Embarazo Ectópico y Abdominal Hospital de Caldas 1993)
3. Louis J. Glick, MD. Aortic Ligation for Masive Intra-peritoneal Hemorrhage from Premature Separation of Placenta in Abdominal Pregnancy)

Libros:

4. Tratado de ginecología Novak 9ª Edición Editorial Interamericana Mexico DF 1982 pag. 554-569.
- Prenatol Diagnosis, vol. 14 pag. 1155 - 1157 (1994).
- Revista Cubana Obstetricia ginecología 17 (1): 69-72, Enero - Junio, 1991.
- Revista Cubana Obstetricia ginecología 16 (2): 252-255, Abril - Junio, 1990.
- Revista Cubana Obstetricia ginecología 2003; 29 (3).

Del Editor

LAS REFERENCIAS

Las referencias constituyen una parte fundamental de un manuscrito científico. las referencias seleccionadas por el autor reflejan su conocimiento del trabajo realizado por otros y que él ha consultado para realizar el suyo. Citar una referencia de una referencia, publicada previamente, sin revisar la publicación original es un mal método de investigación. Una publicación médica nunca debe citarse como referencia si el autor del nuevo manuscrito no la ha leído.

Los manuscritos con demasiadas referencias más que erudición reflejan inseguridad. El hecho de leer una publicación mientras se está elaborando el manuscrito, no significa que deba ser citada como referencia; sólo deben incluirse aquellas que sean necesarias para dar al manuscrito, sustentando la información y los comentarios que se le atribuyen. Así como un buen párrafo no tiene palabras innecesarias, un buen manuscrito no tiene referencias innecesarias. la capacidad que tenga el autor para recolectar información es la clave del éxito de un trabajo científico.

Adaptado de: Am. J. Cardiol 1983; Mayo 1.

