

BORIS RUBIO L.*

**EMBARAZO
ABDOMINAL.**

**Presentación de
un caso clínico**

EN CONSIDERACIÓN a la relativa rareza con que se presenta el embarazo abdominal avanzado, se estima interesante la presentación de un caso clínico recientemente observado por nosotros.

Historia clínica sumaria: Se trata de una paciente de 36 años, grávida III Para II Abortos 0, que se presenta a nuestra consulta, procedente de San Miguel Allende, Gto., con un supuesto embarazo de 36 semanas, que hasta hacía dos días antes, había evolucionado aparentemente en condiciones normales, dejando de advertir desde entonces movimientos fetales. El interrogatorio cuidadoso, aclaró que hacia el tercer mes, se había presentado dolor severo en fosa ilíaca izquierda, con sangrado moderado, atribuido a esfuerzo físico exagerado, cuadro que se corrigió con reposo básicamente. En el curso del cuarto mes, hubo sangrados muy discretos y ocasionales, que por fin desaparecieron. Notó actividad fetal hacia el cuarto y medio meses, aunque con malestar digestivo vago, con frecuente sensación de distensión por gases y algunas veces, con náuseas y aún vómito. A medida que el embarazo evolucionaba y la actividad fetal se incrementaba, advertía que dichos movimientos le parecían extraños o diferentes por lo superficiales, en relación con los de sus embarazos anteriores. Usando los términos empleados por la paciente, eran apenas por debajo de la piel. Unos días antes de presentarse a la consulta, notó actividad fetal exagerada, que súbitamente desapareció, siendo entonces, inaudible el latido fetal.

La exploración física ofreció los siguientes datos: Peso de 62 kgs.,

* Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Central de la Cruz Roja, México, D. F. Profesor Titular de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

que representaba un aumento de 8 kgs. durante la gestación; P. A. 115/75; estado general satisfactorio, sin edema.

El abdomen, distendido en los flancos, mostraba un aumento de volumen de aproximadamente 8 meses de gestación, siendo notable este aumento de volumen, sobre todo en la porción supraumbilical. Se identificó polo cefálico en el flanco izquierdo y el dorso hacia arriba. Ausencia de latido fetal. La exploración vaginal, permitió identificar el útero, con discreto aumento de tamaño, desviado a la derecha ligeramente. Esta identificación nos causó sorpresa inicialmente y su corroboración repetida nos aseguró que en efecto era útero lo que tocábamos. El diagnóstico presuncional fue embarazo abdominal avanzado, con producto de aproximadamente 8 meses, muerto recientemente.

Se tomaron placas simples de abdomen en AP y lateral, identificándose producto en transversa con polo cefálico a la izquierda, mostrando superposición de huesos craneales (Signo de Spaulding), muy próximo a planos superficiales; no se identificó contorno uterino. Se advertían áreas claras correspondientes a gas, entre las partes fetales y en la vista lateral, partes del producto estaban por detrás de la columna lumbar. Se procedió de inmediato a hacer histerografía para comprobar el diagnóstico, Figura 1, identificándose cavidad uterina, discretamente mayor en capacidad que lo normal, antevertido y anteflexionado el útero, con paso rápido del medio de contraste a la cavidad abdominal. La descripción de los datos fetales idéntica a la descrita en las placas simples.

Se practicaron poco después pruebas de laboratorio clínico general, que ofrecieron datos normales, indicándose para el día siguiente intervenir por vía abdominal.

Nos cercioramos de disponer de sangre cruzada, en cantidad adecuada y lista para usarse. Se procedió a hacer, bajo anestesia general, laparotomía paramediana izquierda de 10 cms. de longitud. Se abrió cavidad abdominal, obteniéndose abundante líquido café rojizo, el saco estaba roto y se procedió a extraer producto en posición transversa, cabeza a la izquierda, de aproximadamente 8 meses, con signos francos de maceración; presentaba dos circulares de cordón en el cuello, aunque no particularmente apretadas. Su peso fue de 2750 gms. La placenta se encontró implantada en los aspectos superior, posterior e izquierdo del útero, involucrando el anexo izquierdo con el que hacía cuerpo común, extendiéndose hacia el fondo de saco de Douglas y el sigmoides. Se procedió a extirpar en lo posible la placenta, que en gran extensión fue



Fig. 1. Histerosalpingografía que muestra útero normal, antevertido. El producto en transversa, con polo cefálico a la izquierda, y con superposición de huesos craneales.

fácilmente separable, excepto en el anexo izquierdo que fue extirpado. Al nivel del sigmoides, la separación fue difícil pero factible, quedando en su superficie porciones mínimas firmemente adheridas, que se dejaron, para no dañar la pared intestinal. El sangrado se consideró mínimo, sin requerirse transfusión. Se hizo un lavado de la cavidad abdominal, cerrándola sin dejar canalización. La evolución postoperatoria fue muy satisfactoria, dándose de alta al 5º día. Ha sido vista en 3 ocasiones desde entonces, la última hace dos meses, que corresponden a 13 meses después de la intervención, con evolución completamente normal. Es de interés señalar que el espécimen quirúrgico, mostró al nivel del ámpula tubaria, zona de ruptura por estallamiento, que quedó sellada por la implantación placentaria, formando un bloque placentario anexial.

COMENTARIO

El embarazo abdominal avanzado, representa una entidad clínica muy poco común^{1, 6, 8, 12, 15, 19, 21, 25, 27, 34}.

Aunque las estadísticas varían mucho, se estima su frecuencia entre 1:3161⁴ y 1:12,000⁹.

En nuestro medio conocemos 22 publicaciones que representan 30 casos. Sin duda existen otras publicaciones y desde luego, otros casos más, han sido observados sin publicarse.

El resultado final de estos embarazos, es mayor, estadísticamente, en productos muertos, generalmente entre el 5º y el 8º meses. Algunos de ellos, al pasar inadvertidos, evolucionan hacia la calcificación, integrando el litopedión.

La bibliografía consultada, acepta en general, que son ruptura o aborto tubario, los procesos que lo originan, considerando poco probable, la posibilidad de embarazo abdominal primario²⁰. El caso que presentamos, fue originado por ruptura tubaria, como se constató en el espécimen quirúrgico y seguramente el tiempo en que ocurrió debe haber coincidido con el cuadro de dolor agudo, que se manifestó hacia el tercer mes.

Consideramos de especial interés, señalar la posibilidad de embarazo abdominal en pacientes con histerectomía abdominal o vaginal. En algunos casos existía días antes de la intervención y en otros hasta 11 años después de la misma²⁶.

En general el cuadro clínico no puede sistematizarse; frecuentemente los datos son sugestivos y en el caso de sospecharse, la radiología permite el diagnóstico final^{17, 18, 35}.

Habitualmente el producto está dispuesto en la porción alta del abdomen, con más frecuencia en transversa que en podálica y muy próximo a los planos superficiales; en placas laterales puede verse por detrás de la columna lumbar; el contorno uterino no se identifica y con frecuencia hay áreas claras entre las partes fetales, correspondiendo a intestino de la madre; la disposición de las extremidades es muy variable, permitiendo suponer que el saco o pared que limita sus movimientos es muy tenue. La histerografía es de valor definitivo. Cuando la paciente es delgada, la identificación del útero, sin reservas, independiente del producto, es de valor indudable.

Hacia el término del embarazo, en casos de duda, se ha señalado la prueba de la oxitocina¹⁶ para producir contracciones uterinas, siendo desde luego negativa, en casos de embarazo abdominal.

Una vez hecho el diagnóstico, se presenta el problema de cuando intervenir quirúrgicamente: si el producto está vivo⁷, la viabilidad del mismo es una pauta a seguir. Si está muerto⁷, se difiere en el tiempo: mientras algunos autores sugieren esperar de 4 a 6 semanas, con el objeto de obtener fenómenos regresivos en la placenta, otros, y compartimos su opinión, prefieren intervenir de inmediato, para evitar complicaciones graves, tales como procesos sépticos, perforación de vísceras o hemorragia severa al separarse la placenta. El manejo de la placenta, ha sido motivo de discusión: creemos, junto con los autores que así lo señalan, en la extracción de la placenta, en la medida máxima posible, practicando cuidadosa disección en los sitios de implantación y adecuada hemostasia, evitando así procesos sépticos secundarios, fistulizaciones, etc. La necesidad de disponer de sangre, en volumen adecuado, cruzada y lista para usarse, es fundamental al intervenir en un abdomen con diagnóstico de embarazo abdominal.

CONCLUSIONES

1. Se presenta un caso de embarazo abdominal avanzado, de 8 meses, con producto muerto, en el que el diagnóstico de presunción fue confirmado por radiología simple y por histerografía. Su origen, a partir de una ruptura tubaria, fue confirmado en el espécimen.

2. Se señalan los elementos de diagnóstico más útiles, clínicos y radiológicos.

3. Se mencionan las corrientes de opinión en el manejo del cuadro clínico y de la placenta en particular.

4. Coincidimos en la opinión de intervenir de inmediato en casos de producto muerto y de extirpar la placenta, en la medida máxima posible.

5. Se indica la necesidad imperativa de disponer de sangre cruzada, abundante y lista para usarse, aunque en un momento dado, no sea requerida.

6. Se incluyen las referencias de la casuística nacional que hemos logrado reunir.

REFERENCIAS

1. Beacham, W. D., & Beacham, D. W. *Obst. & Gynec. Surv.* 1: 777, 1946.
2. Borrow, M. L., Scheiber, I., & Posner, A. C. *Obst. & Gynec.* 20: 221, 1962.
3. Bright, A. S. & Maser, A. H. *Obst. & Gynec.* 17: 316, 1961.
4. Crawford, J. D. & Ward, J. V. *Obst. & Gynec.* 10: 549, 1957.
5. Douglass, L. H. & Kohn, S. G. *West Virginia M. J.* 43: 307, 1947.
6. Escolán, R. A. *Arch. Col. Med., El Salvador.* 12: 173, 1960.
7. Hreschchysyn, M. M., Bogen, B. & Loughran, C. H. *Am. J. Obst. & Gynec.* 81: 302, 1961.
8. Millen, R. S. *Am. J. Obst. & Gynec.* 71: 1348, 1956.
9. Quilliam, T. A. *Postgrad. M. J.* 24: 482, 1948.
10. Yahia, C. & Montgomery, G. Jr. *Obst. & Gynec.* 8-68, 1956.
11. Caruso, J. L., Liegner, B. & Tamis, A. B. *Obst. & Gynec.* 22: 795, 1963.
12. O'Leary, J. A. & Bepko, F. J. *Obst. & Gynec.* 21: 250, 1963.
13. Brown, W. W. & Rucker, C. *South. M. J.* 40: 905, 1947.
14. King, G. *Am. J. Obst. & Gynec.* 67: 712, 1954.
15. Masterson, J. G. & Baum, H. *Am. J. Obst. & Gynec.* 72: 1143, 1956.
16. Romney, S. L. & Hertig, A. T. & Reid, D. C. *Surg. Gynec. & Obst.* 91: 605, 1950.
17. Snow, W. *Roentgenology in Obstetrics, & Gynecology.* Thomas, Springfield, Illinois, 1952.
18. Weinberg, A. & Sherwin, A. *Obst. & Gynec.* 7: 99, 1956.
20. Baldwin, W. F. *Obst. & Gynec.* 4: 435, 1954.
21. Cerone, D. M. & Cicalese, G. T. *Obst. & Gynec.* 14: 368, 1959.
22. Chapman, J. D. *J. Internat. Coll. Surgeons.* 27: 194, 1957.
23. Clark, J. F. & Burke, J. *Am. J. Obst. & Gynec.* 78: 304, 1959.
24. Cross, J. B. & Lester, W. L. *Am. J. Obst. & Gynec.* 62: 207, 1957.
25. Kushner, D. H. & Dobrzinsky, F. A. *Am. J. Obst. & Gynec.* 52: 160, 1957.

26. Hanes, M. V. *Obst. & Gynec.* 23: 882, 1964.
27. Adams, J. Q. & Schrier, P. C. *Am. J. Obst. & Gynec.* 73: 680, 1957.
28. Grody, M. H. & Otis, R. D. *Obst. & Gynec.* 17: 96, 1961.
29. Smythe, H. J. D. *J. Obst. & Gynaec. Brit. Comm.* 68: 861, 1961.
30. Steinberg, W. & Pogue, E. H. *Obst. & Gynec.* 7: 54, 1956.
31. Davis, J. E. *Am. J. Obst. & Gynec.* 65: 673, 1953.
32. Stander, R. W. *Clinical Obst. & Gynec.* 5: 1065, 1962.
33. Stromme, W. B., Reed, S. C. & Haywa, W. E. *Obst. & Gynec.* 13: 109, 1959.
34. Chessin, H. & Zussman, L. *Obst. & Gynec.* 4: 440, 1954.
35. Fernström, I. *Acta Radiol. Suppl.* 122: 124, 1955.

REFERENCIAS NACIONALES

1. Rábago, J. *Ginec. y Obst. de Méx.* 1: 229, 1946.
2. Benavides, L. *Ginec. y Obst. de Méx.* 3: 129, 1948.
3. Graham, J. C. *Ginec. y Obst. de Méx.* 7: 151, 1952.
4. Benavides de Anda, L. *Rev. Méd. del Hosp. Gral.* 12: 42, 1949.
5. Berber, R. *Acta Médica Hidalguense.* 2: 104, 1949.
6. Camarillo, J. *Revista Médica (Puebla)* 14: 16, 1941.
7. Canseco L. M. *Anales del Hospital Civil (Oaxaca)* Epoca II, No. 3: 1, 1948.
8. Gavalón, S. A. *J. of the Internat. Coll. of Surgeons* 3: 271, 1940.
9. Gómez A. G. *Cirugía y Cirujanos.* 8: Abril-Mayo, 1940.
10. Hernández, G. *Hospital General (México)* 1: 245, 1926.
11. Narváez, A. F., Urzaiz, P. C. y Pérez, R. E. *Asistencia Social (Mérida)* 1: 4, 1949.
12. Orozco I. A. *Tesis Recepcional.* UNAM. 1937.
13. Osuna, J. A. *Nayarit Médico* No. 2: 45, 1945.
14. Zuckermann, C. *Rev. Mex. de Cirugía* 8: 363, 1940.
15. Ovadieff, J. *Ginec. y Obst. de Méx.* 9: 445, 1954.
16. Alpízar, E. S., Rodríguez, A. J., Peralta, R. S., Chávez, A. R. y Ramírez, A. F. *Ginec. y Obst. de México* 19: 279, 1964.
17. López Llera, M. M. y Lamadrid, M. F. *Memorias del IV Congreso Mexicano de Ginec. y Obst.* 1963.
18. Quiñones, G. R., Landázuri, L. P., Arévalo, T. N., Salinas, J. A. *Boletín Médico del IMSS.* 5: 3, 1963.
19. Quiñones, G. R. Ruiz, V. V. *Memorias del IV Congreso Mexicano de Ginec. y Obst.* 1963.
20. Rubio, L. G. *Memorias del IV Congreso Mexicano de Ginec. y Obst.* 1963.
21. Zetina, G. T. F. *III Congreso Latinoamericano y III Mexicano de Ginec. y Obst. Memorias,* 1958.
22. Fuentes, A. S. *Ginec. y Obst. de México.* 20: 669, 1965.