



11217
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA 74
DE MEXICO 29

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado
Hospital de Gineco Obstetricia No. 3
Centro Médico La Raza

CRITERIOS DE MANEJO DEL EMBARAZO ABDOMINAL

T E S I S

Que para obtener el Título en la Especialidad de
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a

DR. HUGO LOPEZ GUTIERREZ

Director de Tesis: Dr. Roberto Covarrubias Villegas
Colaboradora: Dra. Pilar García Aranda

MEXICO, D. F.

1990

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
1. TITULO.	1
2. DEFINICION.	1
3. ANTECEDENTES HISTORICOS.	2
4. ETIOLOGIA.	4
5. FRECUENCIA.	8
6. PATOGENIA.	11
7. CUADRO CLINICO.	17
8. DIAGNOSTICO.	19
9. TRATAMIENTO.	28
10. COMPLICACIONES.	33
11. OBJETIVO FUNDAMENTAL.	36
12. MATERIAL Y METODOS DE ESTUDIO.	37
13. RESULTADOS.	39
14. CONCLUSIONES.	55
15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	57

EMBARAZO ABDOMINAL

El embarazo ectópico es aquel que se implanta y desarrolla fuera de su sitio normal, que es la cavidad uterina, y se puede clasificar como sigue:

tubario primario, ovárico primario, cervical, ovárico secundario, intraligamentario y abdominal primario y secundario - (2, 3, 5, 10, 11, 16, 32, 33, 34, 36).

DEFINICION

El embarazo abdominal es una entidad sumamente rara, y por lo tanto muy difícil de diagnosticar; se caracteriza por la implantación del producto de la gestación fuera de la cavidad uterina dentro de la cavidad peritoneal adhiriéndose a las diversas visceras abdominales. Se excluyen todos aquellos que se encuentran localizados entre las hojas del ligamento ancho, o entre una trompa uterina la cual se encuentra sumamente dilatada.

ANTECEDENTES HISTORICOS

El embarazo abdominal es quizá el más raro, pero el más grave de todos los embarazos extrauterinos (7); la primera descripción del embarazo abdominal avanzado fué hecha hace casi 1000 años, en el siglo X por Albucassis (16, 23, 30), y el primer nacimiento quirúrgico abdominal con sobrevivencia materna y fetal se describió por Gaspar Bauhin en Sigerhausen Suiza en 1500, y efectuándose por Jacob Nufer; quien era carnicero y castrador de cerdos, y ante la imposibilidad de su esposa para parir, procedió a incidir abdomen extrayendo un producto vivo, sobreviviendo ambos e incluso la esposa tuvo otros 5 partos vaginales sin ninguna complicación (12, 30). Bard y Huck en 1758 diagnosticaron en forma correcta un embarazo extrauterino, operando a la paciente, extrayendo un feto macerado, así como abundante material purulento, sin encontrar restos de placenta; teniendo la paciente una evolución postoperatoria satisfactoria, y sin embargo no fué sino hasta 1879 casi 120 años después en que Robert Lawson Tait, establece la importancia de efectuar una laparatomía exploradora para la extracción del producto de la concepción (14, 36). Galhain en 1896 informa del primer caso de embarazo abdominal primario, encontrando un producto de 10 semanas de gestación en fondo de saco posterior, y su caso fué secundado por los casos de: Witthaver en 1903, así como Hurst y Knipe en 1908 (14, 16).

En nuestro país han habido varios reportes referentes a ésta patología, siendo los más recientes los siguientes: - el del Dr. Fuentes en 1965 (12), López Ortíz en 1974, que ha ce referencia al embarazo ectónico avanzado de más de 12 semanas, en un período de 8 años en el hospital de gineco-obs- tetricia No. 3 del C.M.R. del I.M.S.S., haciendo énfasis en el tratamiento por arriba y abajo de las 20 semanas, debido a la gran vascularidad de la zona que provoca la placenta- - ción extrauterina, y el despegamiento de la misma, que ade- - más de lesionar a los órganos involucrados produce sangrados abundantes en zonas de abordaje difícil y cuya hemostasia -- suele ser incompleta (22). También los reportes de Trejo y - Gordillo; y últimamente Sereno y Cachón nos hablan del emba- - razo abdominal, su diagnóstico y manejo, (7, 15, 29, 33, 34)

Inicialmente se pensaba que el embarazo abdominal primario, serfa sumamente raro, debido a la imposibilidad de reprodu- - cir este embarazo en condiciones experimentales, sin embargo Teneblatt hace referencia al embarazo abdominal primario.

ETIOLOGIA

El 99% de todos los embarazos son intrauterinos y -- solo el 1% son extrauterinos; de todos éstos, son intratub^u rios, casi el 98%, 1% ováricos y abdominales el 1%. (8, 14, 17, 33,36).

La etiología del embarazo extrauterino es debida a -- un atrapamiento primario del cigoto o gameto en el endosal- pinx, por fibrosis secundaria a infecciones previas, adhe- rencias quirúrgicas o también suboclusión, no aplicándose -- esta etiología al embarzo ovárico o abdominal primario -- (17).

La gran mayoría de embarazos abdominales, son secun- darios; como resultado de un embarazo tubario previo, que -- termina posteriormente en aborto tubario o ruptura tubaria con implantación y desarrollo secundario en cavidad abdomi- nal (5,7,12).

Para diagnosticar el embarazo abdominal primario se deben reunir los siguientes criterios según Studdiford he- chos desde 1942.

- 1.- Ambas salpinges y ovarios deben ser normales.
- 2.- Ausencia de fistulas utero-peritoneales.

3.- El embarazo debe estar localizado exclusivamente en la superficie peritoneal y debe ser lo suficientemente joven (menor de 12 semanas) para eliminar la posibilidad de una implantación secundaria (2,7,10,14,16,36).

El embarazo abdominal fué hasta hace poco tiempo una entidad sumamente rara, pues en los últimos 10 años, son muy numerosas las publicaciones médicas en que se describe el desarrollo de un embarazo dentro de la cavidad peritoneal (36).

En comunidades en las cuales es alto el índice de atención prenatal, se reporta o diagnostica con más frecuencia, la situación es diferente en las comunidades, donde la importancia de la supervisión médica durante el embarazo es poco frecuente, las pacientes no son vistas con regularidad por un médico en los inicios del embarazo, o sea cuando esta condición se puede sospechar o diagnosticar, el diagnóstico de esta patología es poco frecuente.

Uno de los factores principales en el embarazo abdominal es el antecedente de salpingitis, aunque no es el único, se correlaciona con la frecuencia creciente del embarazo extrauterino, ya que el tratamiento médico con antibióticos, permite el embarazo, debido a que ya no se ocluyen -

las salpinges como sucedía en décadas pasadas (16,29,36).

Por otra parte, el uso generalizado del dispositivo intrauterino como método temporal del control de la fertilidad; ejerce una notable influencia en la aparición del embarazo extrauterino (36). Aunque es muy difícil establecer el papel que juega en estos casos.

Grimes y colaboradores (5) encontraron un dispositivo intrauterino in situ en el 25% de embarazos ectópicos -- ováricos; Hallat y colaboradores, reportaron una frecuencia de 20% de dispositivo intrauterino y embarazos ováricos.

Lehfeltdt afirma que el dispositivo intrauterino protege contra los embarazos intrauterinos, pero no lo hace -- contra el embarazo ovárico y abdominal, así mismo dice que la presencia del dispositivo pudiera contribuir a aumentar la frecuencia de embarazos ectópicos (5,14).

Tisdale, Nichols y Sicuranza en 1970, registraron el primer caso de embarazo abdominal asociado a dispositivo -- intrauterino (16).

Ringrose y Acker (16) mencionan el uso del dispositivo como predisposición a embarazos abdominales.

Kasby (16), informó 2 casos de embarazo abdominal -- primario asociado a dispositivo intrauterino.

Braeutigman menciona que la práctica del aborto legal en Alemania Occidental predispone tardíamente a embarazos abdominales, siendo más frecuente cuando el producto -- abortado es mayor de 8 semanas, no importando el método usa do (16).

Estudios efectuados por Beral (36) en 1975 llegaron a las mismas conclusiones anteriormente mencionadas, por lo tanto la relación entre embarazos extrauterinos e intrauterinos está destinada a aumentar con el uso continuo de los dispositivos intrauterinos.

Se ha demostrado mediante estudios en los EEUU y en otros países que una frecuencia elevada de embarazos extrauterinos (4.1%) es una consecuencia del empleo de anticonceptivos orales compuestos solamente por progestagenos (36). Sugiriendo que estos hormonales pueden ejercer un mínimo -- efecto propulsor en la trompa, sobre todo a nivel de la -- unión istmico-ampular aumentando la posibilidad de que el -- ovulo sea captado a ese nivel.

F R E C U E N C I A

Aunque la mayoría de los estudios reportan más frecuentemente que se presenta esta patología entre los 20 y 40 años, se estima que la edad no es un factor que influya en la incidencia del embarazo abdominal (15,22,36).

Henderson y Wilson (11), refieren que las pacientes tienen un promedio de edad más alto que las embarazadas en general.

Foster (11), refiere que el promedio de edad, varía de 19 a 38 años, con una media de edad de 28 años.

La mayoría de los investigadores reportan una alta frecuencia de embarazo abdominal en pacientes de raza negra, baja paridad, bajo nivel social, económico y cultural (10, 11,33,36). Encontrándose entre los antecedentes de importancia; cesarea previa, embarazos ectópicos, esterilidad primaria o secundaria, e infertilidad con pérdidas tempranas de fetos.

La frecuencia de esta entidad clínica, es bastante variable depende de varios factores; entre ellos está la diversidad de criterios que existe entre los autores para relacionar la frecuencia del padecimiento con algún paráme-

tro en particular (36). Su frecuencia en términos generales es baja y varía según los diferentes países o autores.

Se admite como promedio que por cada 300 embarazos normales, se presenta un embarazo ectópico; de los cuales - el 95% son tubarios y no más del 1% son abdominales; mencionándose que la proporción entre embarazos normales y abdominales es de 1 en 15000 (4,11,14,16,26,33,36).

Así tenemos, que la frecuencia que reporta Sanda - - (15,36), en Venezuela la relaciona con el número de ingresos en el hospital; Renaud en Abidjan lo calcula sobre el número de partos (15,36); Diben (15,33,36) lo calcula sobre el número de embarazos normales; Gordillo Fernández (15,33,36) lo relaciona con el número de nacidos vivos; Trejo Ramírez (33,36) lo relaciona sobre el número de pacientes obstétricas egresadas del hospital.

De tal forma Zuspan y colaboradores (36) dan una proporción de 1 en 782 partos; Beachman (16,36) en el Charity hospital de Nueva Orleans comunica una frecuencia de 1 en 3371 embarazos; Montgomery (36) de 1 en 8550 embarazos viables; Tan y Wee de Singapur (15,36) encontraron una incidencia de 1 en 50820 parturientas; Renaud y colaboradores en Abidjan (15,33,36) reportaron 1 en 2791 partos; Gordillo - - Fernández (15,33,36) de 1 en 21700 nacidos vivos en el IGO

No. 2 CMN y Trejo Ramírez (33,36), de 1.8 en 10000 embarazos normales atendidos por parto u obtenidos por operación cesárea en el hospital de la mujer de la S.S.A.; López Ortiz (15,22,33,36) en el hospital de gineco-obstetricia No.3 C.M.R. del IMSS da una frecuencia de 1 a 8411 ingresos al hospital (15,33,36).

Por lo que respecta al embarazo hetero-ortotópico, es decir; la coexistencia de un embarazo intrauterino y otro extrauterino, se estima que ocurre alrededor de 1 en cada 30000 gestaciones (36), describiéndose en algunos reportes (1), su asociación al método de transferencia intratubaria de gametos (GIFT) debido a esterilidad primaria, reportándose alrededor de 500 casos en la literatura mundial con un 75 a 80% de terminación de la gestación en el primer trimestre del embarazo, después de haber presentado un cuadro típico de embarazo tubario.

El embarazo abdominal gemelar es sumamente raro, constituyendo un pequeño porcentaje del embarazo abdominal (32). Geerinckx reporta un embarazo abdominal gemelar después de un embarazo tubario en una paciente con infertilidad primaria (13), algunos autores mencionan que la frecuencia puede variar de 1 en 6389 embarazos a 1 en 10200 embarazos.

P A T O G E N I A

Los embarazos abdominales se han clasificado en primarios y secundarios; siendo la mayoría de los embarazos abdominales, secundarios resultantes de un aborto tubario precoz o de una ruptura tubaria con implantación secundaria -- del producto de la gestación y desarrollo en la cavidad peritoneal.

La implantación peritoneal primaria de los productos de la concepción es poco usual, siendo los primeros reportes por Teneblatt (11); inicialmente se pensaba que no existían debido a la dificultad de reproducirlos experimentalmente y deben; para denominarse embarazos abdominales primarios, reunir los criterios establecidos por Studdiford en -- 1942 (2,7,10,12,13,14,16,36) y que se mencionaron anteriormente.

Se ha sugerido que el fondo de saco de Douglas puede funcionar como un receptáculo de ovulos y espermatozoides -- en el proceso de fecundación (36), y se especula que en una nidación peritoneal primaria, la trompa es incapaz de englobar el cigoto fecundado para transportarlo hasta la cavidad uterina (14,36), ésto se ha observado y corroborado durante los procesos de fertilización in vitro en ovulos y esperma se han recogido, pudiendo ocurrir la fertilización y no --

siendo capaces las trompas de localizar y transportar el -- embrión hacia la cavidad uterina, ya sea por una retracción de la trompa o por ser eludido por la frimbria; además - - hemodinamicamente el líquido peritoneal puede llevar al cigoto desde el fondo de saco posterior a diversos sitios de la cavidad peritoneal (14).

Un problema que surge a la vista es ¿cómo recibe la - nutrición el cigoto cuando éste se implanta en cavidad peritoneal?

La decidua es la fuente de la nutrición del cigoto -- hasta el día 21 de la gestación, cuando la placentación hemocorial se establece, naturalmente la decidua formada por un endometrio ectópico en el caso de la endometriosis, es - mejor para la irrigación en un embarazo abdominal.

En efecto para explicar el fenómeno de la implanta-- ción peritoneal primaria, es plausible considerar que si el huevo se implanta en un lugar con endometriosis, donde encontramos un endometrio funcional; pudiera tener una mejor supervivencia, observándose este fenómeno en algunos reportes (14).

Otros estudios efectuados por Noremborg (36), especulan que si un huevo fecundado se encuentra flotando libre--

mente en el peritoneo, éste sea capaz de anidarse en focos de endometrio ectópico y no en la superficie peritoneal.

Durberg y Grims (14), reportaron un embarazo ovárico primario en una endometriosis ovárica adyacente.

El embarazo abdominal primario y endometriosis ha sido reportado desde Vara en 1936 (14), hasta Clark y Mcmillan en 1974 (14), y por Noremborg en 1977 (14,36). En los casos descritos por Goldman (14), los implantes endometriales se encontraron inmediatamente junto a la gestación.

Por otra parte; embarazos después de histerectomía total, es una situación que se presenta raras veces. El material revisado por Hanes en 1964 y Niebyl 10 años después, - junto con un caso finamente detallado por Sims y Letts en - 1974 (36), rebelan un total de 22 embarazos en dichas circunstancias y se presume sean debidos a la presencia de una fistula postoperatoria de la vagina hacia la trompa de falopio, permitiendo el acceso del esperma a ésta última, siendo la histerectomía vaginal, la que más probablemente puede causar dichas fistulas. Estos casos sirven como advertencia de que el embarazo es posible cuando una mujer posee ovarios funcionales, sin importar qué tanto del tracto genital se haya extirpado.

En forma de embarazo abdominal secundario muy rara - descrita por E.L. King (12), es la que se describe después de una cesárea por una mala cicatrización de la pared uterina, pudiendo abrirse ayudada por la acción destructora - del trofoblasto, que por su cara intrauterina se implanta en este sitio; en esta forma pasaría el embarazo a la cavidad abdominal, en donde se fijaría a estructuras adyacentes la placenta, pero implantada también en los bordes de la herida del útero.

El embarazo abdominal también se ha observado en los últimos años secundarios a la fertilización in vitro y - transferencia de embriones, siendo ésta la complicación -- mayor que se ha observado en este procedimiento. Una revisión de la literatura reporta que un 5% de todos los emba - razos resultan en gestaciones ectópicas, pudiendo estar relacionados con el volumen medio usado, usualmente mas de - 50 ul, no observándose más frecuentemente en pacientes con una sola trompa permeable (25).

Aunque la mortalidad fetal en el embarazo abdominal es alta, al menos el 50% de esos recién nacidos, sobrevi - ven más de 12 hrs. observándose la mortalidad neonatal más - alta entre las 12 y 24 hrs de nacidos, muriendo por insufi - ciencia respiratoria severa y encontrándose frecuentemente en las autopsias efectuadas, hipoplasia pulmonar, la cual

ha sido corroborada aún en estudios experimentales (8,23) y observándose más frecuentemente la hipoplasia pulmonar en casos de oligoamnios.

Así mismo la asociación con anomalías fetales es muy frecuente, siendo muchas de estas anomalías consecutivas a oligoamnios, presentándose en forma ocasional hidrocefalia (21).

Dentro de la cavidad abdominal, los tejidos disponibles para la implantación ectópica de un huevo errante son: El epitelio germinal del ovario, las vísceras, el peritoneo parietal y focos de endometrio ectópico.

En 1968 Friedrich (36) investigó los focos de nidación en 37 casos reportados de embarazo abdominal primario, registrando los sitios de implantación tales como: Ligamento ancho, superficie serosa del útero, el fondo de saco, pared del recto, el mesenterio del intestino delgado, colon e ileon, canal lumbar, hígado, vasos ilíacos, pequeña cavidad peritoneal y epiplón, datos con los cuales están de acuerdo otros autores (5,17,36).

Noren en 1986 (24) reporta un caso de embarazo abdominal con un producto a término y mínimo contacto de lecho vascular, siendo de solo 2 cm a útero en su borde superior,

pudiendo retirarse en forma total la placenta.

La funcionalidad de la placenta es difícil cuantificarse pero algunos reportes han reportado valores hormonales normales (18), aunque otros refieren que se presenta una disfunción placentaria temprana.

En lo que se refiere al embarazo hetero-ortotópico; es generalmente aceptado que la combinación de embarazo gemelar resulta de la fertilización de 2 ovulos, siendo éste posterior a un cóito simple; sin embargo, el fenómeno de superposición de embarazo intrauterino en una ya existente ectópica (superfetación) es un postulado aceptado y explicado por Novak y Faxon (36). Sugiriendo que ocurre en un 10% de embarazos hetero-ortotópicos, de tal manera que una implantación ectópica puede presentarse en un ciclo menstrual seguido de una nidación intrauterina del segundo embrión en el siguiente ciclo o viceversa.

Aunque el embarazo abdominal después del tratamiento con gonadotropinas de mujer menopausica o gonadotropina corionica se ha reportado; el papel de los inductores de la ovulación como causa de embarazo abdominal se desconoce (28).

C U A D R O C L I N I C O

El cuadro clínico que se presenta en esta patología es muy variable, no presentándose un patrón característico en todos los casos de embarazo abdominal.

Sin embargo los síntomas que con más frecuencia se presentan son los siguientes:

Malestar general, dolor en hemiabdomen difuso, o localizado a alguna masa abdominal de crecimiento progresivo, - siendo intermitente y tipo cólico, síntomas uterinos por la irritación a vejiga y vías urinarias, tales como, disuria, poliaquiuria; también se presentan síntomas gastrointestinales, tales como sensación de distensión abdominal, - constipación intestinal, cuadros diarréicos intermitentes, rectorragia, náusea y vómito en el 60% de las pacientes, - siendo los vómitos persistentes. (13,15,16,22,26,29,33,36).

Entre los síntomas gineco-obstétricos más frecuentes son: amenorrea en el 100% de las pacientes, sangrado transvaginal intermitente en forma de manchado y en forma irregular, las pacientes multigestas refieren que los movimientos fetales son diferentes a los de los otros embarazos y algunas pacientes refieren que incluso son dolorosos los movimientos fetales, (13,15,16,22,26,29,33,36).

Un síntoma general que a veces llega a presentarse es la fiebre que puede llegarse a presentar en caso de muerte del producto y resorción del mismo y días antes o semanas antes la paciente refiere la desaparición de los movimientos fetales.

A la palpación pueden palparse fácilmente todas las partes fetales, encontrándose frecuentemente al producto en situación transversa, a veces puede tocarse el útero separado de una masa abdominal y al tacto vaginal se observa cervix formado cerrado, a veces a través de fondo de saco pueden tocarse partes fetales muy fácilmente tocándose por fuera de la cavidad uterina y a la auscultación podrá oírse muy fácilmente un soplo vascular extraordinariamente intenso (13,15,16,22,26,29,33,36).

DIAGNOSTICO

La posibilidad de embarazo abdominal debe sospecharse en cualquier embarazo con datos clínicos poco usuales -- reportados al interrogatorio, basándose en el diagnóstico -- en una alta sospecha del padecimiento, deberá efectuarse -- una historia clínica completa, analizando el conjunto de -- signos y síntomas, datos de la exploración física y apoyándose en los exámenes de laboratorio y gabinete.

Entre los antecedentes de importancia que obtendremos en la historia clínica, debemos hacer énfasis en: El -- antecedente de esterilidad primaria o secundaria, infertilidad con pérdidas fetales tempranas, antecedente de cirugías pélvicas previas, anexitis, uso de anticonceptivos hormonales orales, dispositivo intrauterino, ó también ectópicos -- previos y abortos provocados y también el antecedente de -- tratamiento con inductores de ovulación o fertilización en vitro y transferencia de embriones.

Entre los síntomas que más frecuentemente se presentan, ya se han mencionado, los síntomas gastrointestinales, urinarios, los propios del aparato genital, síntomas generales, siendo la amenorrea y el dolor abdominal difuso los -- que se presentan casi en el 100% de los casos (10,11,13,15, 16,22,26).

Los hallazgos a la exploración física que con más frecuencia se encuentran son la presencia de una masa abdominal que fácilmente se confunde con una masa anexial o miomatosis coincidente con el embarazo.

La situación del feto frecuentemente anormal, reportándose la mayoría de las veces como situación transversa o pélvica. Así mismo muchas veces, sobre todo en pacientes delgadas y multíparas es posible palpar las partes fetales muy cerca de la pared abdominal (3,4,7,10,20).

Además existe desplazamiento del cervix hacia adelante por compresión sobre el fondo uterino, encontrándose cerrado, largo formado (2,3,15,33).

Ante la sospecha de embarazo abdominal, por los antecedentes, signos y síntomas, procederemos a solicitar varios exámenes de laboratorio y gabinete que nos ayudarán a confirmar o descartar el diagnóstico de embarazo abdominal.

La radiografía ha demostrado un valor invaluable en el diagnóstico del embarazo abdominal, mencionando en primer lugar a la placa simple de abdomen, en proyección lateral y antero-posterior, en las cuales se observa ausencia de la típica sombra uterina que rodea al feto. (3,4,7,11,29,36). El feto se encuentra en una actitud anormal, fijo,

frecuentemente en una situación transversa, en la parte superior del abdomen cuando el embarazo es avanzado. (3,4,7, 29,36).

En la proyección lateral, algunas de las partes óseas fetales se superponen a la columna vertebral de la madre y en unión íntima con la pared abdominal; y en la proyección antero-posterior y lateral, el patrón característico de gas intestinal materno puede estar interpuesto entre el feto.

Cockshott y Lawson en 1972 (16) clasificaron los signos radiológicos de los embarazos abdominales como sigue:

CONCLUSIVOS: Litopedion, unión íntima del feto a la pared abdominal materna, la histerosalpingografía muestra la cavidad uterina y salpinges con el feto extrauterino y la angiografía pélvica, señala la posición anormal del útero y de los vasos placentarios.

INDICATIVOS: Gas libre contorneando el saco gestacional abdominal hidramnios extrapélvico.

SEGESTIVOS: Posición fetal elevada con una postura rara, sobrepresión del feto en la columna vertebral materna en la proyección lateral y gas (que no es rectal) por debajo de -

la parte que se presenta.

DUDOSOS: Aumento de la claridad de las partes fetales, inmovilidad del feto, cistografía y superposición del gas intestinal de la madre en dos planos.

Otro método radiológico de gran utilidad hace varias décadas es la histerosalpingografía, que ha caído en desuso actualmente, en la cual se reportaba la cavidad uterina aumentada de tamaño, pero sin corresponder a la fecha de amenorrea, siendo el crecimiento secundario a estimulación hormonal y estando la cavidad (11,12,22,36).

Otro de los estudios auxiliares de diagnóstico radiológico que anteriormente se empleaba con mucha frecuencia y que actualmente se usa en forma muy limitada si es que ya no se usa es la práctica de la arteriografía, siendo la falta de crecimiento de vasos uterinos un rasgo característico del embarazo abdominal, en contraste con la gestación normal; sin embargo el aporte sanguíneo mesentérico puede predominar en algunos casos (11,36).

Así el estudio angiográfico, está indicado si se tiene en mente la infusión de agentes quimioterápicos a fin de reducir el tamaño de la placenta o para planear un acto quirúrgico (36).

La mayoría de embarazos abdominales resultan secundarios a ruptura tubaria con gestación y consecuentemente el mayor aporte sanguíneo usualmente deriva de las arterias ováricas. La placenta está generalmente confinada al abdomen bajo y el sitio de la implantación se espera que ocurra en: Intraligamentario 11%, confinado al anexo, ligamento ancho y útero 17%, no conectado al tracto genital superior 55% (5,10,15,36).

Otros métodos que ya han pasado a la historia pero que fueron de gran ayuda para el diagnóstico del embarazo abdominal en su momento son la aortografía, placentografía con isotopos, y flebografía uterina.

Por otra parte; la ausencia de reacción decidual en el endometrio, no excluye el diagnóstico de embarazo ectópico. Romney y colaboradores (36), muestran que el legrado y el examen del endometrio son poco confiables en el diagnóstico del embarazo ectópico.

Otro de los procedimientos auxiliares en el diagnóstico que más se utiliza, se basa en la respuesta del miométrio a la estimulación con ocitocina (6,12,22,33,36).

La habilidad del útero gestante para contraerse con pequeñas dosis de ocitocina parenteral es una condición

bien establecida, por tal motivo; al administrar oxitocina por infusión endovenosa que provoque contractilidad uterina acompañándose de alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, nos indica que la unidad fetoplacentaria debe ser -- intrauterina y descarta la posibilidad de embarazo extrauterino avanzado. Aunque se han observado alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal en embarazos abdominales, ignorándose el motivo de estas alteraciones, pero pudieran ser secundarios al efecto de la oxitocina.

Así mismo, tomando en consideración que la inducción de aborto del segundo trimestre con prostaglandinas es seguro y eficaz, se ha observado que en pacientes a quienes se administran ovulos vaginales de prostaglandinas E2 y F2 alfa, un 97% abortan en un lapso de 36 hrs. (10,16,36).

Cuando las prostaglandinas son administradas a dosis terapéuticas, los efectos sistémicos más comunes son: vómito, diarrea, hipertermia y rubor facial, indicando absorción adecuada del medicamento; de tal manera que cuando estos signos y síntomas se presentan y no hay expulsión de tejido fetal y/o ruptura de membranas después de 36 hrs. de haber iniciado la administración de las prostaglandinas, se debe considerar seriamente la posibilidad de una gestación extrauterina.

Recientemente, el diagnóstico del embarazo abdominal se ha facilitado por el uso del ultrasonido, permitiendo no solo el diagnóstico de esta patología, sino determinar el sitio de la placenta, y por lo tanto el suministro de sangre de la misma (3,4,7,9,20,28,29,36).

El embarazo abdominal debe de sospecharse cuando la ultrasonografía, muestra una relación anormal entre el feto, placenta y líquido amniótico o cuando se visualiza gas intestinal materno interpuesto con el feto; Cheung (9) refiere que el saco esférico puede ser un signo sugestivo temprano de embarazo abdominal y observándose el útero vacío junto al saco gestacional, además observándose a veces colección líquida en el fondo del saco de Douglas.

El saco gestacional intrauterino usualmente se observa aplanado ligeramente probablemente por el útero mismo y la placenta.

Sin embargo: el diagnóstico de certeza por medio del ultrasonido, como demostró Kobayashi y colaboradores (36), requiere que la cabeza fetal se demuestre por fuera del útero. Y además se refiere que un signo patognomónico en el embarazo abdominal sería la colocación de la cabeza comprimiendo la vejiga distendida sin interposición de los tejidos uterinos (20).

Por último otro método empleado es el que describen Timor Tritoch y colaboradores (36), basado en los estudios de fisiología fetal, registrando ondas individuales con un tocodinamómetro, caracterizadas y asociadas con diferentes tipos de actividad motora fetal. En todos los embarazos - intrauterinos con membranas intactas y después de las 20 - semanas de gestación, invariablemente se observa actividad uterina en forma espontánea. Unas formas de onda representan complejos movimientos fetales que retornan lentamente a la línea basal y el patrón característico de los movimientos de la caja torácica referidos como "suspiro" o "hipo" se presentan como una deflexión bifásica en el trazo.

Estos investigadores refieren tres patrones no usuales que se presentan cuando el embarazo es extrauterino (36).

- 1.- No hubo actividad uterina espontánea con la más alta -- amplificación.
- 2.- La forma de onda que normalmente se observa con los movimientos de la caja torácica, fué seguido en estos casos de un patrón sinusoidal no usual y de amplitud de-- creciente.
- 3.- La deflexión positiva que usualmente se observa con los

movimientos de la caja torácica, fue seguida en estos casos de un patrón sinusoidal no usual y de amplitud decreciente.

Se propuso que estas tres observaciones pudieran deberse a tres aspectos:

Primero.- Ausencia de la pared uterina entre el tocodinámometro y el feto.

Segundo.- Los movimientos fetales no provocan aumento del tono miometrial.

Tercero.- Las oscilaciones sinusoidales, pueden ser debidas al efecto de la elasticidad de las membranas fetales y ausencia amortiguadora del miometrio (36).

Finalmente en ocasiones cuando junto al embarazo abdominal se acompañan elevaciones importantes de alfa feto - protefna sérica, debemos de buscar intencionadamente alguna malformación congénita en el producto importante tal como - las del sistema nervioso central (35).

T R A T A M I E N T O

Una vez hecho el diagnóstico del embarazo abdominal, se debe efectuar de inmediato una laparatomía exploradora, sobre todo si el producto es mayor de 28 semanas. El mayor peligro de la terapia conservadora o en intentos para que el embarazo llegue a término es la posibilidad de hemorragia intraperitoneal severa o muerte del producto, debido a disfunción placentaria. (15,33,36,37).

Algunos reportes (7) refiere un manejo conservador en el embarazo abdominal, con transfusiones e inductores de madurez pulmonar y ante evidencia de hemorragia aguda, interrupción inmediata del embarazo, realizando una laparatomía exploradora.

Respecto al dilema señalado por varios autores sobre la extracción de la placenta, o dejarla en su sitio; independientemente de la edad gestacional, o de que el feto esté vivo o muerto, se considera que la conducta a seguir será diferente según el sitio en que se encuentre implantada la placenta (36). Si se trata de una víscera hueva como: intestino delgado, estómago, vejiga, vesícula biliar, colon, o bien órganos vitales como hígado; lo más recomendable es dejar la placenta en su sitio, ligar y cortar el cordón umbilical lo más cerca posible de ésta y reseca

mayor cantidad de membranas (3,11,12,22,26,33,36).

Tampoco se intentará extraer la placenta, si se encuentra unida a órganos vitales, o si no es posible ligar los vasos que la irrigan, cerrándose el abdomen sin dejar canalización para que la placenta experimente resorción.

Si la implantación placentaria es en un sitio de poco peligro en cuanto al órgano y a la hemorragia que pudiera el desprendimiento producir; podrá extraerse ésta sin mayor peligro, tal como sucede cuando esta implantación es en el epiplon mayor y más aún si el producto está muerto, o bien cuando la implantación está sobre órganos y formaciones anatómicas tales como: útero, trompas, ovarios y ligamentos anchos que son portadores de patología tal como: miomatosis uterina, en que se justifica la práctica de histerectomía extrayendo así útero y placenta en bloque, o bien cuando la inserción es sobre el ligamenteo ancho, trompa y ovario sin existir patología aparente en el lado contralateral; por lo que pueden ser extirpados con la placenta que los involucra, o bien cuando la paridad no es un impedimento para efectuar la histerectomía (33,36).

Se recomienda cerrar el abdomen sin dejar drenaje u - menos que haya existido sangrado abundante, o existan datos de franca infección. (12,33,36).

El uso de drenajes profilácticos en abdomen limpio, solamente es una fuente potencial de infección.

Se han utilizado actinomicina D, o metotrexate en dosis antineoplásicas, siendo el metotrexate un antagonista del ácido fólico (3,16,26,32,36). Ambos medicamentos sirven para destruir la placenta abdominal residual, la razón de este tratamiento es la pronta destrucción de tejido trofoblástico que disminuye la vascularidad de la placenta y por consiguiente disminuye la hemorragia que se presenta al momento de la separación de la placenta recomendándose una dosis de 10 a 25 mg al día intramuscular por 5 días.

Rahman (16) no recomienda su uso, ya que produce destrucción rápida del tejido trofoblástico, con acumulación de tejido necrótico dentro de la cavidad peritoneal, lo que favorece la infección y abscesos residuales pélvicos.

La gonadotropina coriónica humana desciende por abajo del límite de sensibilidad para su análisis en la sexta semana del postparto, por lo que las pruebas son negativas -- después de esta fecha (16).

Se ha demostrado que las placentas abdominales sin -- tratamiento, continúan funcionando hasta 50 días después de haber extraído al producto. Usando metotrexate, la excre--

ción de gonadotropinas en orina, disminuye al octavo o décimo día después del tratamiento.

Los resultados cuando se usa esta droga, no se han -- probado satisfactoriamente; las complicaciones hemorrági-- cas de la separación de la placenta fueron reducidas con -- esta terapéutica, pero la infección intra-abdominal, aún se considera elevada.

El puerperio en estos casos ofrece la única posibili-- dad de estudio de la función placentaria después de obtener al feto (36).

Cinco días después de extraer el producto de la con-- cepción, los niveles séricos de estrógenos disminuyen rápi-- damente, llegando el estriol total plasmático a niveles ba-- sales en 7 días y el estriol no conjugado en 3 semanas y la concentración en plasma de estradiol no conjugado permanece ligeramente elevada hasta 7 semanas después. La progesterona plasmática y el lactógeno placentario descienden más -- lentamente, llegando la progesterona a valores basales en 7 semanas. La hormona gonadotropina coriónica desaparece a las 6 semanas (16,36).

A últimas fechas, un método nuevo y de gran valor pa-- ra la valoración de la involución placentaria, ha sido por

medio de la resonancia magnética (30), que nos muestra en una forma bastante precisa el tamaño y evolución de ésta.

También el examen seriado con radionúclidos como es el galio para valorar la resorción de la placenta dejada in situ, con lo cual se ha visto, que a los 30 días no se encuentra placenta. (16,27).

En caso de hemorragia severa que se presente en el momento de la extracción del producto, se puede intentar la embolización arterial para bloquear la circulación (19) o la ligadura bilateral de las arterias hipogástricas (10, 33).

COMPLICACIONES

En estas pacientes, la morbilidad postoperatoria es considerablemente alta. La mortalidad materna varía de 9.5 a 33.3% y la mortalidad fetal del 70 al 95% (16,33,36). Si bien esto depende en gran parte del momento en que se decide la extracción del producto.

Las mayores complicaciones son secundarias al sangrado por la separación placentaria, seguido de la formación de abscesos y obstrucción intestinal.

En embarazo extrauterino viable puede perforarse dentro del colon, manifestándose intempestivamente como sangrado rectal agudo. Sin embargo, en la inmensa mayoría de los casos, la localización ectópica del embarazo lleva a la muerte del feto y consecuentemente, el saco gestacional necrótico puede adherirse a órganos adyacentes e infectarse. Así mismo; partes óseas necróticas del feto, pueden erosionar y penetrar alguna víscera vecina causando comunicaciones anormales entre los órganos involucrados; ocasionalmente, partes fetales pueden salir a través de estas fístulas (29,36).

Las malformaciones fetales pueden presentarse del 40 hasta el 100% de los productos viables (21,26,36). Las

malformaciones fetales pueden presentarse del 40 hasta el 100% de los productos viables (21,26,36). Las más comunes son asimetría facial, anomalías severas del cuello, -- codos y rodillas, tortícolis, pie equino varo, calcaneo valgo, miembros hipoplásicos y deformidades de las extremidades superiores. Estas malformaciones parecen ser debidas a el oligohidramnios, el cual es muy comun en estos casos -- (26).

El no diagnosticar un embarazo abdominal, con retención del producto de la concepción, puede terminar en algunos de los siguientes casos:

- 1.- Retención de los huesos fetales con reabsorción de las partes blandas.
- 2.- Reemplazamiento de las partes fetales por grasa y jabones.
- 3.- Formación de un absceso, causado por destrucción fetal e infección posterior.
- 4.- Que haya deshidratación, momificación, calcificación y formación de un litopedión verdadero. (34).

De esta forma, el diagnóstico puede hacerse en forma casual y años después de haber ocurrido dicho suceso, -- cuando se efectúa laparatomía exploradora por cualquier --

motivo encontrándose algunos de los hallazgos mencionados -
anteriormente.

El polihidramnios postparto se ha mencionado en for-
mas aisladas como una complicación del embarazo abdominal -
(31).

OBJETIVO FUNDAMENTAL

El objetivo que se persigue al realizar este trabajo, consiste en establecer los lineamientos generales para el diagnóstico y manejo del embarazo abdominal; ya que al ser una entidad sumamente rara, nunca se piensa en esta --patología condicionando un aumento notable de la morbimortalidad materna y fetal, ya que no se tienen criterios definidos de manejo.

Posteriormente se harán consideraciones sobre esta patología analizando todos los casos ocurridos en los últimos 4 años en nuestro hospital.

MATERIAL Y METODOS DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se efectuó fué retrospectivo, analizando todos los casos de embarazo abdominal ocurrido - en un período de 4 años del 1° de julio de 1985 hasta el 30 de junio de 1989 en el hospital de ginecología y obstetricia No. 3 del C.M.R. IMSS.

El material de estudio, fueron todos los expedientes de pacientes que ingresaron con el diagnóstico de embarazo ectópico en este período, contándose para esta situación -- con el apoyo del archivo clínico del hospital, así del servicio de codificación, archivo clínico del hospital de infectología del C.M.R. del IMSS, y apoyo del tercer piso de perinatología.

Los criterios de inclusión fueron todas aquellas pacientes que cursaran con embarazo de más de 12 semanas y -- que éste se encontrara en cavidad peritoneal; siendo los -- criterios de exclusión, a todos aquellos embarazos que se - encuentren localizados entre las hojas del ligamento ancho, o entre una trompa uterina la cual se encuentre sumamente - dilatada.

Las variables que se estudiaron fueron las siguientes:

Edad, paridad, gestaciones, antecedentes patológicos como: cirugías pélvicas, enfermedad inflamatorio pélvica. - Antecedentes ginecoobstétricos, fecha de última menstruación, inicio de relaciones sexuales, antecedente de esterilidad o infertilidad, métodos de planificación familiar. -- Fecha de inicio del padecimiento en relación a la edad gestacional, principales signos y síntomas y evolución del mismo. Exámenes de laboratorio y gabinete, básicos, rayos "X" y ultrasonografía. Signos radiológicos presentes, edad del embarazo en que se establece el diagnóstico y edad en la cual se establece el tratamiento quirúrgico. Tipo de cirugía realizada, complicaciones observadas, días de estancia intrahospitalaria, métodos de control postoperatorios, estado del producto al nacimiento, transfusiones y uso de antimetabolitos.

R E S U L T A D O S

Se revisaron durante el período de 4 años del 1° de julio al 30 de junio de 1985 y 1989 respectivamente, un total de 110 expedientes de embarazos ectópicos; haciendo la siguiente aclaración, varios de los expedientes de 1985 y 1986 habían sido depurados; se encontraron 4 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, que reunían los criterios de inclusión mencionados anteriormente. También durante el mismo período hubieron 40581 nacimientos, lo cual nos daría una proporción de un embarazo abdominal por cada 10145 nacimientos que en forma relativa concuerda con datos mencionados en la literatura. La edad de las pacientes varió de los 24 a los 38 años, con un promedio de 32.2 años, con un total de gestaciones de 2 a 8 y un promedio de 4.2 gestaciones, así como paridad de 1 a 5 y un promedio de 2.5; habiendo solo 3 abortos en 2 pacientes, aparentemente sin complicaciones, no se observaron antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, el inicio de las relaciones sexuales fué de los 17 a los 20 años, con un promedio de 18.5 años. Tampoco hubo antecedentes de esterilidad o infertilidad. En el total de las pacientes hubo planificación familiar, pero en una de ellas fué solo con el método del ritmo, en otra paciente, la planificación se llevaba a cabo con administración de hormonales orales y parenterales y en la mitad de las pacientes había el antecedente de uso de dispositivo --

intrauterino. La fecha de inicio del padecimiento en relación a la edad gestacional fue de 12 a 30 semanas con un promedio de 18.7 semanas y la amenorrea al tratamiento fue de las 21 a las 35 semanas, con un promedio de 30.5 semanas. Los principales signos y síntomas presentes fueron en orden decrecientes: dolor abdominal difuso, presente en el 75% de los casos, sangrado transvaginal, masa tumoral y dolor a la palpación en el 50% de los casos; diarrea, hipertermia, disuria y tenesmo vesical en solo el 25% de los casos.

El diagnóstico preoperatorio erróneo ocurrió en el 50% de los casos, siendo el correcto en solo 2 pacientes - 50% y aunque en uno de ellos se había hecho el diagnóstico prácticamente desde las 12 sem., y además se había internado un mes antes, no logró obtenerse un producto vivo, ya que se obito in abdomen, extrayéndose por laparatomía exploradora sin ninguna complicación, los síntomas que se presentaron primero fueron dolor abdominal y el sangrado transvaginal, siendo éste último el cual confundió el diagnóstico ya que se pensó en una placenta previa sangrante, no siendo descartado por el ultrasonido pélvico, que también en forma errónea apoyó el diagnóstico de placenta previa; de los exámenes de laboratorio efectuados, se realizaron los básicos detectándose una hemoglobina baja en 2 casos ameritando una paciente transfusión y la otra que se

vió por primera vez desde la semana 12, se hizo DX del dolor abdominal que era secundario a una pielonefritis, a -- una paciente se le realizó una RX de abdomen, la cual mostró un producto en situación transversa. A todas las pacientes se les realizó ultrasonido pélvico, en la mitad de las pacientes, diagnosticándose placenta previa; a 2 pa--- cientes se les efectuó prueba de condición fetal mostrando ambas pruebas, datos de baja reserva fetal, una con un trazo reactivo y un patrón andulatorio angosto y la otra con un trazo no reactivo con un patrón silente.

El tipo de cirugía efectuada fué en una paciente; - histerectomía total abdominal y ligadura de arterias hipogástricas; en otras se efectuó salpingectomía derecha y -- extracción de saco gestacional adherido a ligamento ancho, en otra solo se extrajo el producto y se efectuó homosta-- sia de vasos sangrantes, y solo en una se realizaron 4 intervenciones quirúrgicas, siendo las 3 primeras intervenciones con el fin de efectuar hemostasia y la última para efectuar frenaje de absceso pélvico, en la cual se extrajo más de 1000 ml. de material purulento, muriendo finalmente la paciente.

Se observó una mortalidad materna del 25% y una mortalidad fetal de 75%, ya que aunque dos productos nacieron vivos uno de ellos tuvo un peso de 680grs. muriendo pocas

hrs. después. Una de las pacientes se reintervino 7 meses después para extracción de placenta residual, que permaneció con un tamaño estacionario. Las complicaciones observadas fueron: sangrado transoperatorio que en un caso fué de 8500 ml y en otro de 11500 ml, otra complicación observada fue la infección del tejido residual abdominal, adherencias de placenta a vísceras y en la paciente que murió además se observó choque hipovolemico, insuficiencia renal aguda, miofascitis necrotizantes, sépsis abdominal, con absceso residual abdominal y finalmente muerte.

El total de días de internamiento varió de 9 a 45 días con un promedio de 25.5 días, haciendo énfasis en que la paciente que estuvo internada 45 días, más de un mes, fue por haberse hecho el diagnóstico en forma temprana, -- ocurriendo en forma desafortunada muerte in abdomen el pro ducto.

El control postoperatorio solo se siguió en 2 pa--- cientes ya que en una de ellas por haberse realizado un -- tratamiento completo no fue citada para revisión y en la - otra paciente no fue posible por haber muerto; las otras 2 pacientes fueron revisadas con ultrasonidos seriados y con trol de gonadotropinas corionicas, en una paciente al no - observarse reducción del tamaño placentario, se reintervi- no, a los 7 meses permaneciéndo asintomática en el postope

ratorio y la otra paciente siguiéndose hasta el 4 mes, por ser la fecha de la investigación, la paciente que se le retiró la placenta había manifestado datos de irritación por la placenta manifestado con cuadros diarréicos frecuentes.

En 2 pacientes se realizaron transfusiones, 9 paquetes globulares a una paciente y 10 paquetes a la otra paciente, en la segunda además se administraron 6 Unidades de plasma y 14200 ml de expansores de plasma, y 800 ml de cristaloides. En la primera además de la sangre no se cuantificaron en forma adecuada las soluciones por reintervenirse en 4 ocasiones.

Solo en una paciente se usó antimetabolitos para la involución placentaria, para una destrucción más temprana de la placenta, usándose en este caso metrotexate a 15 mg. por día por 5 días, habiéndose al parecer buena respuesta; en las 2 pacientes en que se cuantificó la hormona, gonadotropina corionica, por placenta residual, los valores estuvieron por abajo de 2.8 mU/ml. (de la posición beta).

CUADRO 1.**PARIDAD Y GESTACIONES EN EL EMBARAZO ABDOMINAL**

CASO	EDAD	GESTACIONES	PARIDAD	ABORTOS
1	38 a	IV	III	0
2	24 a	II	I	0
3	32 a	III	I	I
4	36 a	VIII	V	II

C U A D R O II.

PROMEDIO DE EDAD, PARIDAD Y GESTACIONES EN EMBARAZO ABDOMINAL

CASOS	EDAD	GESTACIONES	PARIDAD	ABORTOS
1	38 a	IV	III	0
2	24 a	II	I	0
3	32 a	III	I	I
4	36 a	VIII	V	II
PROMEDIO	32.2 a	4.2	2.5	0.75

CUADRO III

AMENORREA AL INICIO DEL ESTUDIO, AL TRATAMIENTO ASI COMO DIAGNOSTICO.

CASO	AMENORREA AL ESTUDIO.	AMENORREA AL TRATAMIENTO.	DIAGNOSTICO PREOPERATORIO.
1	12 SEMANAS	33 SEMANAS	SITUACION TRANSVERSA BAJA RESERVA FETAL, INSERCIÓN BAJA PLACENTA. RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO. HEMATOMA RETROPLACENTARIO.
2	21 SEMANAS	21 SEMANAS	EMBARAZO ABDOMINAL.
3	30 SEMANAS	33 SEMANAS	SUFRIMIENTO FETAL -- CRONICO, INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA.
4	12 SEMANAS	35 SEMANAS	EMBARAZO ABDOMINAL OBITO.
PROMEDIO	18.7 SIM.	30.5 SIM.	

C U A D R O I V

SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTES, PORCENTAJE Y NUMERO TOTAL.

DATOS CLINICOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE.
DOLOR ABDOMINAL	3	75%
SANGRADO TRANSVAGINAL	2	50%
MASA TUMORAL	2	50%
DOLOR A LA PALPACION	2	50%
DIARREA	1	25%
HIPERTERMIA	1	25%
TENESMO VESICAL Y DISURIA	1	25%

CUADRO V
INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y HALLAZGOS OPERATORIOS.

CASO	INTERVENCIONES	HALLAZGOS OPERATORIOS
1	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL, EXTRACCIÓN DE PRODUCTO Y LIGADURA DE ARTERIAS HIPOGASTRICAS.	EMBARAZO ABDOMINAL LOCALIZADO A LIGAMENTO ANCHO IZQUIERDO: MULTIPLES ANHERENCIAS DE PLACENTA A -- INTESTINO: PRODUCTO MASCULINO DE 680 GRs. TALLA 30 CM APGAR 5-6.
2	SALPINGECTOMIA DERECHA Y EXERESIS DE SACO GESTACIONAL DE LIGAMENTO ANCHO DERECHO.	SACO GESTACIONAL DE 13x6 CM EN LIGAMENTO ANCHO DERECHO Y DECIDUA EN FONDO DE SACO POSTERIOR.
2	4 LAPARATOMIAS LIGADURAS DE VASOS SANGRANTES. EXTRACCION DE PLACENTA EN ULTIMA LAPARATOMIA.	EMBARAZO ABDOMINAL CON PRODUCTO FEMENINO DE 2400 GRs. TALLA 48 CM. APGAR 7/8, PLACENTA ADHERIDA A PERITONEO, COLON, UTERO Y FONDO DE SACO.
4	LAPARATOMIA ABDOMINAL Y EXTRACCION DE PRODUCTO, LIGADURA DE VASOS SANGRANTES.	EMBARAZO ABDOMINAL, PLACENTA ADHERIDA A VISCERAS, PRODUCTO FEMENINO DE 1800 GRs. OBITO.

C U A D R O V I
PORCENTAJE DE MORTALIDAD MATERNA Y FETAL.

CASOS	MORTALIDAD MATERNA	MORTALIDAD FETAL PRENATAL O NEONATAL
1	NO	SI
2	NO	SI
3	SI	NO
4	NO	SI
TOTAL	1	3
PORCENTAJE	25%	75%

CUADRO VII

DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIOS OBSERVADOS, COMPLICACIONES TRANS Y POSTOPERATORIAS, Y TRANSFUSIONES POR CADA CASO.

CASO	DIAS ESTANCIA	COMPLICACIONES	TRANSFUSIONES
1	28	SANGRADO TRANSOPERATORIO DE 8500 ML. INFECCION POR KLEBSIELLA, E. COLI, S. EPIDERMIDIS.	10 PAQUETES GLOBULARES. 6 UNIDADES DE PLASMA. 14200 ML DE - EXPANSORES DE PLASMA. 8000 ML DE CR TALOIDES.
2	9	NO	NO
3	20	SANGRADO TOTAL DE 11500 - ML EN LAS 4 LAPARATOMIAS EFECTUADAS; CHOQUE HIPOVOLEMICO, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA; MIOFASCITIS -- NECROTIZANTE; SEPSIS ABDOMINAL POR ANAEROBIOS; -- ABSCESO ABDOMINAL RESIDUAL Y MUERTE.	9 PAQUETES GLOBULARES. 7500 ML. DE SOLUCIONES.
4	45	MULTIPLES ADHERENCIAS DE PLACENTA A VISCERAS -- EXTRAYENTOSE EN FORMA -- TARDIA.	NO

C U A D R O V I I I

CONTROL POSTOPERATORIO POR MEDIO DE GABINETE Y LABORATORIO

CASO	TIEMPO CONTROL POSTOPERATORIO	GABINETE	LABORATORIO
1	4 MESES (FECHA DE -- ESTUDIO)	RX DE ABDOMEN QUE -- MUESTRA PLACENTA RESIDUAL DISTEN- CION Y RECHAZA-- MIENTO DE ASAS. 2 ULTRASONIDOS EN DONDE NO OB-- SERVARON PLACEN- TA.	1 MES HGC NEG. 2 MESES 1mU/ml. 3 MESES 0.8 mU/ ml β . 4 MESES 2.4 mU/ ml β .
2	NO ACUDIO	- - - - -	- - - - -
3	NO HUBO POR MUERTE DE LA PACIENTE.	- - - - -	- - - - -
4	7 MESES	UESG 3 MES MOSTRO PLACENTA EN ANEXO DERECHO DE 11x9 cm 5° MES UESG PLACEN- TA CON CALCIFICA-- CIONES MISMO TAMA- ÑO. 7° MES PLACENTA DE 11x8 CM. 7° MES RX ABDOMEN NO VALORABLE.	4° MES HGC de 1.1 mU/ml β .

C U A D R O IX

USO DE ANTIMETABOLITOS EN FORMA POSTOPERATORIA Y REINTERVEN
CIONES QUIRURGICAS EFECTUADAS.

CASO	USO DE METROTEXATE	REINTERVENCIONES
1	1 ciclo de 15 MG por día por 5 días.	NO
2	NO	NO
3	SI	3 VECES PARA -- EFECTUAR HEMOS- TASIA.
4	SI	UNA VEZ 7 MESES DESPUES PARA - - EXTRAER PLACENTA RESIDUAL.

C U A D R O X
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO POR EXAMENES DE GABINETE

CASO	RAYOS "X"	ULTRASONIDO	PRUEBAS DE CONDI- CION FETAL.
1	RX DE ABDOMEN - SOLO MUESTRA - ILBO.	5 ULTRASONIDOS MOS- TRANDO LOS PRIMEROS 3 PRODUCTOS NORMAL Y LOS ULTIMOS 2 - - PLACENTA PREVIA.	2 PRUEBAS LA PRIMERA CON UN -- TRAZO REACTIVO Y LA SEGUNDA UN TRAZO NO REACTIVO CON PATRON SILENTE.
2	NO	UN ULTRASONIDO MOS- TRO UN EMB ABDOMI-- NAL.	NO
3	NO	ULTRASONIDO QUE -- MOSTRO EMB CON PLA- CENTA PREVIA CEN--- TRAL TOTAL.	1 PRUEBA QUE MOSTRO - TRAZO REACTIVO CON -- PATRON ONDULATORIO -- ANGOSTO.
4	RX DE ABDOMEN MOSTRO PRODUC- TO EN SIT. -- TRANSVERSA.	5 ULTRASONIDOS EL -- PRIMERO DESDE LAS 12 SEMANAS, QUE MOSTRO UN EMBARAZO ECTOPICO, TODOS LOS DEMAS CON EMB ABDOMINAL. ULTI- MO CON PRODUCTO - - - OBITO.	NO

C U A D R O X I
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS Y PATOLOGICOS.

CASO	CIRUGIA PELVICA	ESTERILIDAD	P. P. F.	I V S A	ENFERMEDAD PELVICA - INFLAMATORIA
1	NO	NO	RITMO	20a	NO
2	NO	NO	DIU	19a.	NO
3	NO	NO	DIU	17a.	NO
4	NO	NO	HORMONALES, ORAL Y PA- RETERAL.	18a.	NO
TOTAL	0.0%	0.0%	75% 50% DIU 25% HORMO- NAL.	18.5%	0.0%

CONCLUSIONES

Al analizar los resultados anteriores nosotros podemos llegar a la siguiente conclusión.

- 1.- Una vez diagnosticada esta entidad deberá hacerse una laparotomía exploradora lo más pronto posible en etapas tempranas del embarazo.
- 2.- El manejo conservador podrá intentarse si el producto tiene más de 28 semanas estando cerca de la madurez pulmonar, recordando que existe la insuficiencia placentaria y el producto puede obitarse, por lo cual se deberá estar muy atento y ante la menor sospecha de sufrimiento extraer el producto.
- 3.- Puede ser benéfico el uso de inductores de madurez pulmonar en productos de 28 a 34 semanas.
- 4.- Debido a la edad gestacional, ya que el producto se encuentra fuera del útero, no es valorable la prueba de condición fetal.
- 5.- Debemos sospechar esta entidad cuando la paciente desde edad temprana de la gestación nos refiere dolor y sangrado transvaginal frecuente en escasa cantidad.

- 6.- También debemos poner énfasis, al antecedente importante de uso del DIU ya que este favorece las infecciones pélvicas y en forma secundaria el embarazo ectópico y uno de éstos el embarazo abdominal, aunque no se ha comprobado relación estrecha en el caso de embarazo abdominal primario.
- 7.- El ultrasonido en manos expertas nos puede establecer el diagnóstico, pero también siempre apoyados en la clínica.
- 8.- Los Rayos X de abdomen nos ayudarán al diagnóstico en el caso de situaciones anormales del producto, como es la situación transversal pero de ninguna manera nos llevará en todos los casos al diagnóstico.
- 9.- El metotrexate a pesar de estar comprobado ser muy efectivo para la destrucción del tejido trofoblástico puede condicionarnos en cierto modo infecciones, en el tejido necrótico que se acumula rápidamente en la cavidad abdominal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Abdalla H.I. et al.: Combined intra-abdominal and intrau-
terine pregnancies after gamete intrafallopian transfer.
Lancet 15 (8516) 1153-4 nov. 1986.
- 2.- Atrash H.K. et al.: Abdominal pregnancy in the United --
States: Frequency and maternal mortality. Obstet. Gynecol.
69 (3) pt.1 mar. 333-7 1987.
- 3.- Bendvold E. et al.: Abdominal pregnancy: a case report -
and briefreview of the literature. Acta obstet. Gynecol.
Scand. 62(4)377-9 1983.
- 4.- Blackwelder J.T. et al.: Sonographic findings in advan--
ced abdominal pregnancy. A.J.R. 137(6) 1259-61 dec 1981.
- 5.- Borlum K.G. et al.: Primary hepatic pregnancy. Int. J. -
Gynecol. Obstet. 27(3)427-9 dec. 1988.
- 6.- Cabbad M.F. et al.: Fetal heart rate decelerations after
oxitocin infusion in an abdominal pregnancy. Obstet. - -
Gynecol. 66 (3) 2s-4s 1985.
- 7.- Cachon L.O. et al.: Embarazo abdominal. Manejo conserva--
dor. Presentación de un caso vivo. Ginec. Obstet. Mex. -
57(3)mar. 73-5 1989.
- 8.- Cartwright P.S. et al.: Advanced abdominal pregnancy - --
associated with fetal pulmonary hipoplasia: report of a -
case. Am.J.Obstet. Gynecol. 155(2) 396-7 aug. 1986.
- 9.- Cheung Y.T. et al.: The spherical sac: a sugetive early -
sing of abdominal pregnancy. Aust.N.Z.J.Obstet.Gynecol.
27(1) 63-6 feb. 1987.

- 10.- Delke I. et al.:Abdominal pregnancy:review of current management and addition of 10 cases. Obsdtet.Gynecol. 60(2) 200-4 aug 1982.
- 11.- Foster H.W. et al.:Abdominal pregnancy:report of 12 - cases. Obsdtet.Gynecol. 30(2) 249-52 aug. 1967.
- 12.- Fuentes A.S.:Tres casos de embarazo ectopico abdominal y su tratamiento. Ginec. Obstet.Mex. 20 669-85 jul-ago. 1965.
- 13.- Geerinckw K.R. et al.:An advanced abdominal twin gestation after primary infertility and after tubal pregnanccy. Eur. J. Obstet Gynecol. Reprod.Biol. 26(3) 283-8 nov. 1987.
- 14.- Goldman G.A. et al.: Primay abdominal pregnancy:can -- artificial abortion, endometriosis and IUD be etiological factors?. Eur. J.Obsdtet.Gynecol.Reprod. Biol. - - 27(2) 139-43 feb. 1988.
- 15.- Gordillo F.J. et al.: Embarazo abdominal. Ginec. Obstet. Mex. 54 (3) 59-62 mar. 1986.
- 17.- Hallatt S.G. et al.:Abdominal pregnancy:a study of - - twenty-one consecutives cases. Am.J.Obstet.Ginecol. -- 152(4) 444-9 jun 1985.
- 18.- Kirkinen P. et al.:Normal placental function and fetoplacental blood circulation in advanced abdominal pregnancy. Acta. Obsdtet. Gynecol. Scand 67(3) 233-6 1988.
- 19.- Kivikosky A.I. et al.:Angiographic arterial embolization to control hemorrhage in abdominal pregnancy. Obstet. Gynecol. 71(3) pt. 2 456-9 mar. 1988.

20. - Kurtz A.B. et al.:Problem of abnormal fetal position. J.A.M.A. 247(23) 3251-2 jun 1982.
21. - Leikin E. et al.:Hidrocephalic fetus in an abdominal pregnancy. Obstet. Gynecol. 69(3) pt. 2 498-500 mar. 1987.
22. - Lopez O.E. et al.:Embarazo ectopico avanzado.:Ginec. - Obstet. Mex. 35(212) 689-700 jun 1974.
23. - Moessinger A.C. Fetal lung growth in experimental utero-abdominal pregnancy.; Obstet.Gynecol. 68(5) 675-8 - nov. 1986.
24. - Noren H. et al.:Unique case of abdominal pregnancy: -- what are the minimal requirements for placental contact with the maternal vascular bed.? Am.J.Obstet.Gynecol. 155(2)394-6 aug. 1986.
25. - Ochninger S. et al.:Abdominal pregnancy after in vitro fertilization and embrio-transfer,;Obstet.Gynecol. 72 (3)pt.2 499-502 sep. 1988.
26. - Rahman M.S. et al.:Advanced abdominal pregnancy observations in 10 cases.; Obstet. Gynecol. 59(3) 366-72 mar. 1982.
27. - Rettemnainer M.A. et al.:The use of gallium scanning -- and determination of human chorionic gonadotropin to -- evaluate resortion of an abdominal placenta.; Am. J. -- Obstet.Gynecol. 146(4) 471-3 jun. 1983.
28. - Saracoglu F.O. et al.:Abdominal pregnancy following -- gonadotropin treatment,;Am.J.Obstet.Gynecol. 153 (7) -- 804-5 dec. 1985.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 29.- Sereno C.J.A. et al.:Embarazo abdominal.;Ginec. Obstet. Mex.57(7) 85-9 abr. 1989.
- 30.- Spanta R. et al.;Abdominal pregnancy:magnetic resonance identification with ultrasonographic follow-up of placental involution,;AmJ.Obstet.Gynecol. 157(4) pt.1 887-9 oct. 1987.
- 31.- Spinnato J.A. et al.:Postpartum polihidramnios:a unique complication of advanced abdominla pregnancy.Obstet. Gynecol. 70(3) pt. 2 490-2 sep. 1987.
- 32.- Stovall T.G. et al.:Twin abdominal pregnancy a case -- report.;J. Reprod.Med. 30(10) 784-6 oct. 1985.
- 33.- Trejo R.C.A. et al.:Embarazo abdominal. Revisión de -- 20 casos. Ginec.Obstet.Mex. 49(292) 89-99 feb. 1981.
- 34.- Trejo R.C.A. et al.:Embarazo abdominal. Informe de un caso de 18 años de evolución.;Ginec. Obsdtet.Mex. 25-(324) 105-9 abr. 1984.
- 35.- Tromans P.M.et al.:Abdominal pregnancy associated with extremely elevated serum alfa fetoprotein.;Br. J. - - Obsdtet.Gynecol.16(7) 808-10 jul 1987.
- 36.- Vasquez S.J.:Embarazo abdominal.Tesis HGO. 3 CMR 1 - - 1983.
- 37.- York A.C.et al.:An unusual complication of delayed - - management in a case of fetal death.Am.J.Obstet.Gynecol. 150(1) 101-2 sep. 1984.