



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Falcón, Arlene Rosario
Gestación abdominal con feto vivo
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 55, núm. 4, 2009, pp. 281-284
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428194011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



CASO CLÍNICO

Gestación abdominal con feto vivo

Resumen

Entre los eventos de la reproducción y gestación humana, el embarazo abdominal con feto vivo y viable es una forma rara de embarazo ectópico, entidad que presenta un índice alto de morbilidad materno neonatal. Presentamos un caso de gestación abdominal de 34 semanas con feto vivo, y realizamos una revisión de la casuística al respecto y de los dos casos acontecidos en la Región de Ucayali, Perú, en la última década.

Palabras clave: Embarazo ectópico, embarazo abdominal, recién nacido.

Abdominal pregnancy with live newborn

ABSTRACT

Abdominal pregnancy with live newborn is an exceptional ectopic pregnancy in human reproduction that usually is associated with high maternal and fetal mortality and morbidity. We report a case of a 34 weeks abdominal pregnancy with live newborn and review the literature and recall two other cases occurring in the Amazon region of Ucayali, Peru, during the last decade.

Key Words: Ectopic pregnancy, abdominal pregnancy, newborn.

INTRODUCCIÓN

La gestación ectópica intraabdominal es extraordinariamente rara, más aún con la presencia de un feto vivo cercano al término del embarazo.

Se ha encontrado un caso en una región del oriente peruano, que pasamos a comunicar, así como revisamos la bibliografía disponible.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

MYR, con historia clínica N° 434227, edad 17 años, con primer año de educación secundaria, conviviente, domicilio en el km 4 de la carretera Federico Basadre, usuaria del Sistema

Integral de Salud, seis controles prenatales, viene referida del Puesto de Salud de Manantay al Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Pucallpa, el 7 de enero de 2008, a las 14:00 horas. La hoja de referencia N°966, emitida el 4 de enero de 2008, tenía el siguiente diagnóstico: Gestación de alto riesgo de 33 semanas 5 días por fecha de última regla, a descartar feto en transversa. Retardo de crecimiento intrauterino. La gestante no acudió a la consulta en la fecha de referencia.

Ingresa por Emergencia el día 8 de enero de 2008, a las 12:45 horas, con el diagnóstico de primigesta de 34 semanas, última regla el 14 de mayo de 2007, fecha probable de parto el 20 de febrero de 2008, amenaza de parto pretérmino, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, infección urinaria, polihidramnios. No traía resultados de ultrasonografía o exámenes de laboratorio.

Refería dos días de dolor en hipogastrio, de inicio brusco y curso

Arlene Rosario Falcón

Médico Asistente, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Pucallpa
Instituto de Investigación, Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional de Ucayali, Ucayali, Perú

Trabajo recibido el 12 de julio de 2009 y aceptado para publicación el 10 de setiembre de 2009.

Financiamiento: Propio.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia:
Arlene Rosario Falcón Guerra
Departamento de Ginecología y Obstetricia,
Hospital Regional de Pucallpa
Ucayali, Perú

Rev Per Ginecol Obstet. 2009;55:281-284

constante, y hacía 24 horas presentó sangrado vaginal discreto, en escasa cantidad, en tres oportunidades, que fue abundante a las 13 horas del día 7 de enero, en su domicilio.

Al examen, mostraba regular estado general, nutrición e hidratación, orientada en tiempo, espacio y persona. Temperatura 36,5°C; presión arterial 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca 78 x minuto, frecuencia respiratoria 18 x minuto, peso 49 kg. Mamas blandas. Abdomen blando y depresible, altura uterina 33 cm, movimientos fetales ++, latidos cardíacos fetales 148 x minuto. Situación fetal en oblicua. Dinámica uterina con



contracciones uterinas dolorosas, una cada 10 minutos, 1+ de intensidad, duración 15 segundos. La especuloscopia evidenció en cuello fragmento de tejido, que aparentaba ser un cotiledón placentario, de 5 por 3 cm. Al tacto vaginal, el cuello era posterior, largo, dehisciente, permitía ingreso del dedo índice. Los miembros inferiores sin edemas, reflejos osteotendinosos negativos.

La ultrasonografía obstétrica mostraba placenta marginal izquierda, situación transversa, feto vivo, latidos fetales 148 x²; no se visualizó la porción cefálica. Impresionó la imagen de grandes anillos de calcificación.

A las 14 horas, las contracciones uterinas eran dolorosas, 2 en 10 minutos, de intensidad +++, duración 15 a 20 segundos. Al examen obstétrico, se evidenció hipertonia uterina atípica, con fácil movimiento de las partes fetales fuera de la formación, en el lado derecho.

Se decidió la cesárea de emergencia, para terminar la gestación. Ingresó a la sala de operaciones con el diagnóstico de gestación de 34 semanas, hemorragia en la segunda mitad de la gestación, placenta previa marginal izquierda, probable sufrimiento fetal agudo, trabajo de parto en fase latente. Se realizó cesárea segmentotransversal primaria, mediante laparotomía

infraumbilical. Al penetrar en cavidad, se evidenció líquido serohemático libre (+/-350 mL). Al tratar de centralizar el útero, a efecto de realizar la incisión segmento transversa sobre la zona cervicoistmica, teniendo como referente los ligamentos redondos uterinos, estos no fueron encontrados y el supuesto útero estaba desviado a la izquierda. En el intento de centralizarlo, se percibió el movimiento de los miembros inferiores del feto entre el epiplón y lo que después se reconocería como cavidad amniótica. Se realizó la incisión del saco amniótico, observándose líquido amniótico claro, sin mal olor.

Se extrajo al recién nacido en podálica (de su situación oblicua). La cabeza se encontró alojada debajo del hígado, retirándose conjuntamente con las membranas. Luego, se procedió a ubicar la placenta, la que no se encontraba en la cavidad abdominal. Sin embargo, el cordón umbilical de 20 cm de largo protruía de una formación tumoral de superficie lisa brillante, en tensión, de +/- 25 x 20 x 10 cm, la cual se encontraba fuera del útero y en la parte posterolateral izquierda del abdomen, alojándose sobre el colon, con adherencias de epiplón. En el otro polo, se halló cordón umbilical de +/- 20 cm de longitud por 3 cm de diámetro. Se realizó resección del epiplón en las zonas donde se evidenció mayor

adherencia del saco amniótico.

El recién nacido fue del sexo masculino, con Ápgar 5 al minuto y 7 a los 5 minutos, peso 1 880 g, perímetro cefálico 31 cm, perímetro torácico 27 cm, talla 46 cm, pequeño para la edad gestacional, según parámetros de Capurro. Recibió atención por el neonatólogo (figura 1).

No se encontró la placenta en el abdomen; el sangrado fue escaso. La formación tumoral mencionada anteriormente fue liberada de su inserción en el epiplón, de la pared lateral izquierda del peritoneo y de su origen en el ligamento ancho izquierdo, mediante exéresis in toto. Luego apareció el útero, de aproximadamente 7 cm, de volumen normal para la edad, discretamente hiperémico, de consistencia normal; la trompa uterina y el ovario derechos eran de características normales, mientras que de la trompa izquierda emergía una formación tubular de +/-3 cm de diámetro y 10 cm de longitud, de donde continuaba la formación tumoral, aparentemente como una deformación del cordón umbilical y con ovario izquierdo de estructura normal (figura 2). Se realizó la anexectomía, por estar los anexos comprometidos en las adherencias del cuadrante inferior del colon transverso, habiéndose formado vasos sanguíneos que alteraban la vascularización. Luego, se procedió a la hemostasia y reparación de la pared abdominal por planos.



Figura 1. Recién nacido sexo masculino, pequeño para edad gestacional.

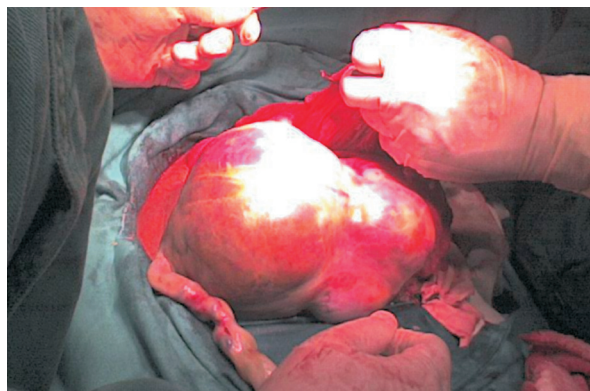


Figura 2. Formación tumoral de superficie lisa, brillante, fuera del útero y en la parte posterolateral izquierda del abdomen, alojada sobre el colon, con adherencias de epiplón.



La evolución del puerperio fue sin complicaciones, aunque sin presencia de los loquios característicos. Se dio el alta al octavo día postoperatorio, sin dolor abdominal ni alza térmica. El recién nacido se complicó con infección intrahospitalaria y falleció por sepsis, a los 17 días del nacimiento.

Durante el seguimiento, a los 34 días del puerperio, la paciente refirió no tener molestias. En el examen con espéculo, el cuello uterino se mostraba hipoplásico, con discreto sangrado, al parecer de tipo menstrual. Al tacto vaginal, se evidenció útero y anexo derechos en límites normales. El examen ultrasonográfico transvaginal evidenció útero de aspecto normal, endometrio proliferativo de 9 mm. La flujometría de la arteria ovárica mostró resistencia normal, con menor velocidad en la izquierda. Líquido libre en el fondo de saco posterior, 35 mL aproximadamente, con tabiques fibrinoides flotantes. La ecografía abdominal fue normal, con líquido libre escaso en la región superior; no se observó formas tumorales; había distensión gaseosa intestinal (+++).

DISCUSIÓN

El caso revisado se sitúa dentro del 2% de gestación ectópica, una presentación poco frecuente de

embarazo abdominal (1-4). Hubo dos casos anteriores en la región, que guardaron similitud en el hecho de ser encontrados libres en el abdomen y que no han sido publicados. El Dr. Juan Taboada Seminario, hace 8 años, tuvo el hallazgo intraoperatorio de una gestación de 28 semanas, por fecha de última regla, con óbito fetal. Mientras tanto, el Dr. Walter Leveau halló una gestación abdominal de 24 semanas, también con óbito fetal y hemorragia, en el Hospital Amazónico de Yarinacocha (comunicaciones personales).

Respecto a nuestro caso clínico, podría ser producto de una muy rara implantación peritoneal primaria del huevo, según los criterios siguientes (1): Las trompas y ovarios se hallaron normales, sin lesiones recientes, lo que fue demostrado en la anatomía patológica. No existió fístula uteroplacentaria y no se encontró tejido uterino en la pieza operatoria extirpada, salvo la presencia de un foco de músculo liso. El útero midió aproximadamente 7 cm, de volumen y consistencia normales para una adolescente de 17 años no gestante. Además, la gestación se presentó en forma exclusiva en

la superficie peritoneal. De otro lado, existe la probabilidad que esta gestación, en un momento temprano de su evolución, fuera abortada en el abdomen, sin presentar el cuadro característico de la gestación tubárica rota, sino que prosiguió su desarrollo luego de haberse anidado en la cavidad abdominal.

La gestación ectópica presentada pudo haber tenido su origen en el cuerno uterino y realizó una extensión gradual hacia el abdomen, mediante los movimientos peristálticos de la trompa; fue expulsado por la fimbria izquierda, probablemente en las primeras semanas, para luego implantarse el cigoto y desarrollarse en el abdomen. Es decir, el saco gestacional fue abortado al abdomen, y la placenta dio origen a la formación tumoral encontrada y descrita en el examen anatomopatológico.

Iniciada así, el término de esta gestación no fue la muerte del feto, sino su desarrollo cuasi normal. La placenta estaba rodeada de áreas hemorrágicas antiguas y recientes, con amplias zonas de depósito de material compatible con la gelatina de Wharton y con cambios fibróticos (figuras 3, 4 y 5).



Figura 3. Pieza operatoria, que muestra el epiplón de 30 x 9,5 x 3 cm.



Figura 4. Cara posterior, con el lugar de la incisión situado central, de consistencia fibrosa y que emerge aparentemente del ligamento ancho.



Figura 5. Amplias áreas de depósito de material compatible con gelatina de Wharton

En la gestación ectópica abdominal, generalmente el feto fallece bastante antes del término. En la literatura se cita que 75% de los fetos se pierde, pero este porcentaje puede ser falsamente reducido, por la tendencia de informar solo los casos con buenos resultados (1).

Se comunica una pérdida perinatal de 95% e incidencia de malformaciones de 50%, si la gestación abdominal es diagnosticada después de las 24 semanas de evolución. Nuestro caso clínico llegó hasta las 33 semanas y cinco días, tuvo una

porque el cultivo con antibiograma evidenció *Enterococcus cloacae*.

Lamentablemente, la autorización para la necropsia no fue dada por los padres del neonato y no se pudo constatar posibles malformaciones. El neonato se incluye en el reducido porcentaje de recién nacidos vivos de una gestación abdominal primaria.

Cuando la cantidad del líquido amniótico es mínima o ausente y la gestación tiene menos de 24 semanas, generalmente los fetos se pierden,

evolución normal, sin molestias de consideración, por lo que no fue necesario su internamiento antes de la fecha de ingreso al Servicio de Emergencia.

El recién nacido falleció a los 17 días, de una sepsis aparentemente nosocomial,

como en los dos casos comunicados verbalmente en Pucallpa. Sin embargo, las madres respectivas quedaron en buenas condiciones de salud y sin compromiso para su futuro reproductivo.

En nuestro caso, el líquido amniótico fue claro, con una tenue coloración amarillenta y en cantidad aparentemente normal, impresionando en el intraoperatorio la cantidad reducida de sangrado, por lo ya mencionado, que el lecho de tejido placentario se encontraba dentro de la formación tumoral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham FG, McDonald PC, Leveno KJ. Williams Obstetrics. 19th Edition. Norwalk: Appleton-Lange. 1993:710-3.
2. Martin JN, McCaul JF. Tratamiento de urgencia del embarazo abdominal. Clin Obstet Ginecol. 1990;3:427-35.
3. Martin JN, Sessums JK, Martin RW, Pryor JA, Morrison JC. Abdominal pregnancy: Current concepts of management. Obstet Gynecol. 1988;71:549-57.
4. Atrash HK, Friede A, Hogue C. Abdominal pregnancy in the United States: Frequency and maternal mortality. Obstet Gynecol. 1987;69:333-7.