

Un caso de embarazo abdominal

Por el Dr. ELIAS FARAJ R. ()*

A. A. C. Ficha clínica N° 7328/58, hondureña de 21 años, dedicada a oficios domésticos, sin antecedentes mórbidos generales ni obstétrico' ginecológicos de importancia, salvo un parto normal hace 5 años.

Su enfermedad actual se inicia a fines de julio de 1956 con intenso dolor en el vientre, irradiado a todo el abdomen y región lumbosacra, metrorragia escasa, náuseas, vómitos, sudoración fría y desvanecimientos, habiendo tenido su última regla normal el 28 de junio; ingresa a la sala de ginecología, donde se le encuentra el útero grande y blando, y el anexo derecho aumentado de tamaño y doloroso, diagnosticándosele amenaza de aborto. Es dada de alta a los 3 días con el dolor y la metrorragia atenuados, manteniéndose esta última en forma intermitente e indefinida.

Diez días después se interna durante 5 días en un hospital particular con la misma sintomatología y se le practica radiografía del abdomen que resulta negativa. Sale mejorada pero siempre con dolor suave y metrorragia escasa, esta última desaparece a fines de agosto para reaparecer en diciembre y continuar en forma intermitente hasta marzo de 1957.

El abdomen empieza a aumentar su volumen progresivamente. Desde fines de noviembre siente movimientos fetales que son muy dolorosos y que se acentúan cada vez más a medida que el embarazo avanza, obligándola a guardar reposo en cama. Como la sintomatología se intensifica tiene que internarse en la maternidad de nuestro hospital del 2 al 11 de febrero, donde es tratada como amenaza del parto prematuro (embarazo de 8 meses), saliendo del hospital con el cuadro clínico -apagado.

En los primeros días de marzo deja de percibir los movimientos fetales, coincidiendo con la desaparición de los dolores 'abdominales, se acentúa la metrorragia hasta extinguirse al cabo de 15 días. Simultáneamente acusa congestión y secreción láctea.

El 3 de abril de 1957 acude a la consulta externa y se le hace diagnóstico de "feto muerto", confirmándose por la radiografía abdominal practicada inmediatamente. La enferma no se somete al tratamiento curativo porque sus molestias desaparecen, el volumen abdominal disminuye hasta adquirir la normalidad y reaparecen las menstruaciones en mayo del mismo año, las cuales duran de 4 a 5 días y se presentan cada 30-35 días Desde esa fecha deja de visitar los centros hospitalarios hasta fines de agosto de 1958 que viene a mi consulta por primera vez, refiriendo sensación de peso y dolor abdominal que se acentúa con los esfuerzos, y ere* palpable, especialmente por las tardes, un tumor en el abdomen. Al exa-*

() Consulta externa de Ginecología. Hospital San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Trabajo presentado el 3 de octubre de 1958 en la Asociación Médica Hondureña.*

men ginecológico se palpa el útero de tamaño normal, (la histerometría es de 7 cms.), desplazado hacia atrás y abajo por la presencia de una masa indolora, poco movable, de consistencia dura y que ocupa ambos flancos y el hipogastrio. Por la anamnesis facilitada por la enferma y por los hallazgos del examen clínico se impuso el diagnóstico de "embarazo abdominal" que se confirma inmediatamente por la radiografía abdominal. Este diagnóstico se evidencia en forma destacable mediante la histerosalpingografía. (Fig. N° 1).

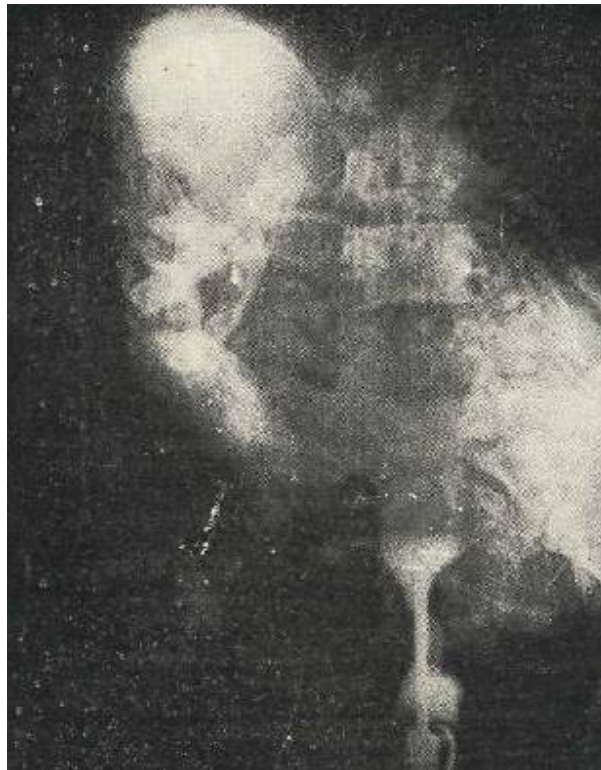


Figura No. 1

Habiendo tenido su última regla normal el 8 de agosto, es sometida a una intervención quirúrgica a fines de ese mes. Al abrir el abdomen, previa laparotomía media infraumbilical, le encuentro un feto deformado, endurecido, con múltiples adherencias al epiplón mayor, las cuales se liberan con mucha precaución. La placenta esta transformada en un quiste ovoideo muy duro, del tamaño de un huevo de pava, y adherido al pabellón de la trompa derecha; se extrae junto con el feto en una sola pieza,



Figura No. 2

como puede verse en la figura N^o 2. El resto de esa trompa con su ovario, el anexo izquierdo y el útero tienen forma y tamaño normal.

El post-operatorio se desarrolla satisfactoriamente, siendo dada de alta a los 7 días. Actualmente, la paciente ha reanudado sus labores diarias. El estudio anátomo-patológico macroscópico se practica en compañía del Dr. Raúl Durón M., revelando lo siguiente:

El feto pesa 1.100 grs., mide aproximadamente 30 cms. de largo, incluyendo las extremidades inferiores, es de sexo femenino, tiene consistencia de piedra debido a su calcificación, está contenido dentro del saco amniótico, el cual no contiene líquido y está directamente unido a sus tegumentos; se encuentra totalmente deformado, enarcado hacia atrás y cubierto de múltiples adherencias con el epiplón mayor que impiden el reconocimiento del cordón umbilical.

Definición y principales variedades de embarazo ectópico

Normalmente el óvulo fecundado se anida en el endometrio, encontrando en él las condiciones indispensables para su desarrollo.

La existencia de fermentos defensivos y el gran espesor de la decidua evitan que las vellosidades coriales sobrepasen la mucosa uterina. El miometrio por acción de estímulos hormonales, se hipertrofia e hiperplasia favoreciendo la evolución ovular y protegiendo

su crecimiento. Al llegar al final de la vida intra-uterina, el feto encuentra las mejores condiciones para su expulsión, al exterior.

En el Embarazo Ectópico, en el cual el huevo se anida y desarrolla fuera de su implantación normal (3), el área de implantación no tiene fermentos defensivos contra la acción histolítica del trofoblasto, ni está preparada para proteger y alimentar al huevo; el " que perece con rapidez, o es absorbido prematuramente in situ (1), o es desprendido de la placenta o bien, con mucha menor frecuencia, puede crecer y perforar los órganos que lo albergan provocando una complicación de grave pronóstico para la enferma. Si el feto llegara vivo al finalizar los nueve meses, dificultades materiales impiden su natural expulsión al exterior.

Las principales variedades de embarazo ectópico son las siguientes:

- 1) Embarazo tubario.
- 2) „ cervical.
- 3) „ cornual.
- 4) „ ovárico.
- 5) „ abdominal.
- 6) „ paratubario.

Embarazo abdominal, sus variedades, sintomatología y diagnóstico, pronóstico Y tratamiento

Variedades. Son las siguientes:

1.—**Primitivo.**—Sería debido a la fecundación intraperitoneal de un óvulo extraviado, muchos autores lo han puesto en duda, exigiendo para aceptar su naturaleza la integridad de ambos anexos y la existencia de una adherencia viva del trofoblasto al peritoneo vecino.

La mayoría de los embriones menores de 2 meses, caídos en el peritoneo de un huevo previamente asentado en la trompa, ovario (rotura), etc.; en la gran mayoría de los casos, se implanta en el fondo de saco de Douglas y en el fondo y cara posterior del útero; en nuestra enferma, el pabellón de la trompa derecha está firmemente adherido a la placenta, la que se halla transformada en una masa calcificada y ovoidea.

La mayoría de los embriones menos de 2 meses, caídos en el peritoneo son absorbidos completamente, sin embargo, después del quinto mes puede alcanzar el término de su evolución, cuando consigue desarrollarse libremente; pero si está obligado a sobrevivir en un saco ovular pobre en líquido amniótico, se apelotona y deforma en su totalidad, presentando lesiones viscerales y deformaciones que disminuyen su capacidad vital; en nuestro caso, el feto se encuentra doblado hacia la espalda, y presenta deformidad en todo el cuerpo. Los fetos muertos y retenidos en el vientre evidencian una serie de modificaciones regresivas, de las cuales sólo mencionaremos las más importantes:

1º) La calcificación o petrificación, consistente en un depósito de carbonato y fosfato de calcio sobre 3a superficie del feto (Lito-

pedion), del saco ovular (Litoquelifos), o de ambos a la vez (Litoquelifopedion); nosotros obtuvimos un Litopedion.

2) La momificación o deshidratación aséptica.

3) La esqueletización, consecutiva a la maceración séptica o aséptica de las partes blandas.

4) La saponificación.

5) La maceración simple.

6) La supuración del saco ovular, generalmente es de origen intestinal (colibacilos).

Síntomatología y Diagnóstico,

Los síntomas que habitualmente se encuentran son los siguientes:

1) Dolores abdominales sin causa alguna aparente, que pueden llegar a producir hiperestesia de la pared abdominal.

2) Metrorragia de pequeña o mediana intensidad.

3) Vómitos persistentes y repetidos más allá del tercer mes de la gestación.

4) Movimientos fetales dolorosos.

5) Trastornos del tránsito intestinal, como ser la constipación progresiva y pertinaz, las crisis obstructivas pasajeras y los síntomas de oclusión intestinal grave.

Después del quinto mes aparecen los síntomas de certidumbre del embarazo: movimientos fetales activos, latidos cardio-fetales y percepción de partes fetales. Al término del embarazo la enferma puede presentar síntomas de falso trabajo de parto, en forma de contracciones dolorosas irregulares, y que van acompañadas de una acentuación de la metrorragia.

En el examen físico observamos un estado general satisfactorio de la enferma. Cuando el feto está vivo, los signos somáticos del embarazo son notables: cloasma gravídico, congestión mamaria y secreción de calostro. El abdomen se presenta distendido por la presencia del feto. La palpación permite comprobar, aunque no siempre, la existencia de partes fetales inmediatamente por detrás de la pared abdominal. El feto habitualmente se encuentra extendido transversalmente y en la parte alta del abdomen. En el hipogastrio se encuentra el útero aumentado de tamaño como embarazo de 3 ó 4 meses.

El diagnóstico diferencial del embarazo abdominal avanzado o a término es sumamente difícil, como lo demuestran los frecuentes errores de interpretación aún en manos muy ejercitadas. Cuando el feto está vivo, generalmente se piensa, en un embarazo normal simple o complicada con un mioma o un quiste del ovario o una oclusión intestinal. Cuando el feto está muerto, el diagnóstico se inclina a favor del mioma o del quiste de ovario de películo torcido.

Los elementos de juicio más importantes a favor del diagnóstico de embarazo abdominal avanzado son los siguientes:

1) Los antecedentes de crisis pelvi - peritoneales dolorosas acompañadas de vértigos y metrorragias en los primeros meses de la gestación.

2º) Los síntomas de irritación peritoneal (dolor, movimientos fetales dolorosos, vómitos repetidos, etc.)

3º) Los síntomas de compresión intestinal o vesical.

4º) La desviación del cuello uterino.

5º) La inyección intravenosa de Pitocin determina una contracción uterina enérgica sin producir modificaciones sobre el quiste fetal.

6º) La histerometría.

7º) La histerosalpingografía, que demuestra sin lugar a dudas el estado de la cavina uterina y sus relaciones con el feto.

Muerto el feto, los síntomas de gestación regresan, aparece la secreción láctea, el vientre disminuye progresivamente de volumen y finalmente, el ciclo se restablece Y la menstruación toma su curso normal.

Yahia y Montgomery (5) relatan un caso en que el feto calcificado permaneció durante 14 años en el vientre de la madre sin provocar molestia alguna; sin embargo, en otros casos, la persistencia, de los síntomas abdominales, la supuración del quiste fetal o su abertura en los órganos vecinos, obligan a la enferma a pedir ayuda médica.

Pronóstico

El pronóstico es sumamente grave (4), tanto más cuanto más avanzado sea el embarazo; no obstante, en los últimos años se ha logrado mejorar considerablemente gracias a los progresos conseguidos en materia de diagnóstico oportuno, al advenimiento de los antibióticos, adelantos en las transfusiones sanguíneas y mejor técnica quirúrgica. Las causas más importantes de mortalidad materna son las siguientes: Hemorragia intraperitoneal, peritonitis, oclusión intestinal, la infección del quiste fetal y la caquexia por autointoxicación. Clásicamente se aceptaba un 80% de mortalidad, Ware (6) encuentra 14.85% en 249 casos reportados entre 1933 y 1948. Mac Gregor no acusa mortalidad de 11 casos comunicados entre 1939 y 1950 y Creste (2) revela 11% de mortalidad materna de 9 casos estudiados entre 1951 y 1955.

La mortalidad fetal para Ware ha sido de 75.6%, para Yahia y Montgomery de 62.5%, para Recasens (4) de 90% y para Cresté de 89%. En el 50% (Ahumada), los fetos extraídos vivos son malformados o débiles congénitos destinados a morir en los primeros días de la vida extrauterina.

Tratamiento

Una vez establecido el diagnóstico de embarazo abdominal, debe considerarse el estado del feto y la conducta a seguir con la placenta.

1º.) Con, feto vivo:

a) En los embarazos menores de 7 meses, la intervención quirúrgica debe practicarse inmediatamente, porque en esos meses resulta mucho más sencilla y menos grave que al final de la gestación,

no expone a la madre a los peligros inherentes al estallido o a la infección o al agotamiento físico y moral consecutivo a los dolores del falso trabajo de parto, y permite, además, evitar la histerectomía, muchas veces necesaria al finalizar el embarazo para asegurar la hemostasia del campo operatorio.

Si la madre desea tener a toda costa un hijo vivo, puede posponerse la operación hasta que el feto fuese viable.

b) Después del séptimo mes, la mayoría de los autores aconsejan operar inmediatamente, sin esperar las últimas dos semanas o la aparición del falso trabajo de parto, que constituye el momento más peligroso para intervenir.

Otros autores aconsejan esperar la muerte del feto, porque así se obliteran rápidamente los vasos sanguíneos del área placentaria y la operación pierde la gravedad que se le asigna; arguyendo además, que la vitalidad reducida de los fetos constituye un motivo más para evitar el período operatorio peligroso. Sin embargo, Eastman, Charleswood y Culiner, siguiendo este criterio, se encontraron en 4 casos con graves hemorragias que ocasionaron la muerte a 2 de las madres.

2-) **Con feto muerto:** Todos están de acuerdo en intervenir inmediatamente por el peligro que significa la infección, supuración o perforación del quiste fetal, sin tener en cuenta los casos de tolerancia prolongada.

La extracción de la placenta constituye el problema más importante en el tratamiento, existiendo las siguientes conductas a seguir:

1) La extirpación total de la placenta es el procedimiento ideal, siempre que la vascularización pueda ser controlada.

2) La **marsupialización**, consiste en la sutura del saco fetal a los labios de la herida abdominal y en el taponamiento de su cavidad con gasa yodoformada, está indicada en los casos en que la extracción placentaria expone a una hemorragia fulminante. Sus peligros son la infección, la hemorragia secundaria y la caquexia por agotamiento. Pero obliga a reoperar con mayor frecuencia que la siguiente conducta.

3) El tercer procedimiento consiste en abandonar la placenta in situ, cuando su extracción es imposible, y cerrar la cavidad abdominal confiando en que el peritoneo absorba lentamente la masa placentaria, tal como lo ha demostrado Beck.

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de Embarazo Abdominal con feto muerto desde hace año y medio, transformado en Litopedión, con múltiples adherencias al epiplón mayor y deforme, cuya placenta está calcificada e íntimamente fija al pabellón de la trompa derecha; siendo sometido al estudio Anátomo Patológico macroscópico.

Se hace ligera Revisión Bibliográfica de los aspectos más importantes en los siguientes capítulos: Definición y principales variedades del Embarazo Ectópico; Embarazo Abdominal, su síntoma-

tología y diagnóstico, su pronóstico y tratamiento, recalando en forma especial el diagnóstico diferencial y el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahumada, Juan; Salaber, Juan y Ahumada Jorge; Tratado elemental de Ginecología, Editores López y Etchegoyen, S. R. L. Buenos Aires, 1952.
2. Creste: Presentation de 9 grossesses abdominales a terme avec un enfant vivant. *Gynec et Obst.* 53:426, 1956.
3. Pérez Saladar, José Luis: Consideraciones sobre algunos aspectos del embarazo ectópico. *Ginec. y Obst. de México.* 11:468, 1956.
4. Recasens Luis: Contribución a la casuística de la gestación ectópica abdominal. *Rev. Española de Obst. y Ginec.* 14:53, 1955.
5. Yahia Clement and Montgomery George: Advanced extrauterine pregnancy: aspects and review of eight cases. *Obs. and Gyn.* 8:68, 1956.
6. Ware H., Jr.: Observations on Thirteen cases of late extrauterine pregnancy. *Am. J. Obst. and Gynec.* 55:561. 1948.