



Embarazo abdominal secundario

CARLOS R. ROZZA BEJARANO

RESUMEN.— *Se presenta el primer caso de embarazo abdominal secundario ocurrido en el Hospital San Juan de Dios del Callao y 14o. caso que se publica en el país.*

Se engloban los cuadros clínicos y exámenes toco-ginecológicos de los casos publicados y el nuestro, con el afán de encontrar signos frecuentes de embarazo abdominal.

Se insiste sobre la importancia de la radiología como método de diagnóstico certero. Recomendamos el estudio del tránsito intestinal en aquellos casos que presentan sintomatología sospechosa de abdominociesis.

Se realiza el diagnóstico pre-operatorio y extirpación total de un embarazo abdominal de 6 meses con feto muerto, cuya placenta estaba insertada en el ligamento tubo-ovárico.

1.— Introducción.— La implantación anómala del huevo en la cavidad abdominal es absolutamente excepcional. La incidencia de esta complicación obstétrica es difícil de precisar. Eastman y Hellman⁷ en la literatura extranjera dan cifras de 1:15,000 nacidos vivos. Tan y colab.²⁸ 1:50,820 partos en 1969. Urrutia³¹ menciona

que en Chile, Cattaneo y Sievers relatan una incidencia de 1.8:1'000,000 de nacidos vivos. Schwarcz²⁴ menciona el 2.5% de todos los embarazos ectópicos, al igual que Rosenvasser²² Frago⁸ en Méjico encuentra 1:4,000 partos.

En el Perú, Mongrut Steene¹⁹, col. publica la siguiente incidencia del embarazo abdominal: "Montoya 1: 213, 112 partos en la Maternidad de Lima (1956), y Mongrut Steene 1:11,761 en el Hospital Central del Empleado en 1964."

El embarazo abdominal es una grave complicación en Obstetricia porque está asociada con una mortalidad infantil de 75-85% y una mortalidad materna del 14% según Tisdall³⁰. Eastman y Hellman⁷, mencionan a Ware, quien en 249 casos publicados encuentran un 75% de muertes fetales.

Historia.— Ludwick¹⁷ refiere que Henderson y Wilson establecen que la primera descripción de un embarazo abdominal avanzado fue informado hace 1,000 años por Albucasis, cirujano de la Era Arábica de la Medicina; y que el primer caso reportado de parto quirúrgico con supervivencia de la madre y el feto fue realizado en Suiza en el año 1,500.

Sinha²⁵ establece que los primeros casos sobre embarazo abdominal publicados corresponden a Gallabin (1896), localizado en el fondo de Saco de Douglas; Hirst (1908) en el ligamento ancho. Hammacher (1910) en la serosa de la trompa de Falopio; Ray (1921) en la pared anterior del útero; y Meyer (1921) en la serosa del útero.

En nuestro país, Castro⁵ menciona que, el primer caso de embarazo abdominal ocurrió en 1779, en el cual el feto fue expulsado en partes por la uretra. El segundo caso, ocurrió en 1830.

Definición.— Se llama embarazo abdominal o abdominociesis a la localización del huevo humano fertilizado en la cavidad abdominal. Puede ser de 2 variedades: primitivo o secundario.

El embarazo abdominal primitivo consiste en la localización del huevo en la superficie peritoneal donde prosigue su desarrollo, en el punto inicial de implantación.

Según Goldstein¹² nadie discute la habilidad del tejido placentario para implantarse y crecer en las superficies peritoneales.

El embarazo abdominal secundario es aquél en que el huevo ha tenido una nidación primitiva tubaria o uterina y que secundariamente por efracción de la pared tubaria, fístula útero-peritoneal o dehiscencia de cicatriz operatoria en el caso del útero; hacen que en forma paulatina el feto y sus anexos pasen a la cavidad abdominal. Jeffcoate¹³ refiere que el huevo no muere, porque su adhesión coriónica y su saco amniótico quedan intactos, no siendo además esencial que este último quede indemne.

Se reconocen 2 modalidades de embarazo abdominal secundario; la tubo o tubo-ovárica abdominal y la útero-abdominal.

Eastman-Hellman⁷ mencionan que E. L. King, informa 4 casos de dehiscencia de cicatriz operatoria de cesáreas segmentarias, en el cual el huevo se escapó a través de este defecto uterino hacia la cavidad abdominal.

En otros casos, el embarazo tubario se abre hacia el ligamento ancho, el cual cohibe la hemorragia y amortigua el cuadro agudo de la rotura, prosiguiendo el huevo su desarrollo y se constituye así el embarazo intraligamentario.

Las gestaciones extrauterinas avanzadas son secundarias, siendo el sitio de implantación primaria las trompas de Falopio, con invasión trofoblástica posterior de la masa al peritoneo libre, o ligamento ancho, consecutiva a una rotura tubaria o aborto tubario. Según Sinha²⁵ las lo-

calizaciones del embarazo abdominal secundario son: fondo de saco de Douglas, ligamento ancho, pared anterior del útero y serosa de la trompa de Falopio. Agrega que las localizaciones fuera de la cavidad pelviana fueron: omento, bazo, espacio retroperitoneal, fosa lumbar, borde inferior del hígado e ileon.

En nuestro país Bazul³ reportó un embarazo a término localizado en la cara anterior del recto. Franco¹⁰ reporta el primer caso de embarazo intraligamentario a término, publicado hasta la fecha, confirmando lo que sostiene Novak²⁰ de que el embarazo del ligamento ancho o intraligamentario, puede alcanzar estados muy avanzados y en muchos casos llegar a término.

Según Kornblatt¹⁶, en los embarazos abdominales en pacientes operados de histerectomías totales, la concepción se realizaría a través de alguna clase de apertura fistulosa entre el muñón vaginal y la cavidad abdominal.

II.—Casuística.— Historia clínica No. 75980. Caso visto y tratado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios del Callao.

Caso clínico: Una mujer de raza mestiza de 23 años Gravidéz 1 para 0000, con 9 semanas de amenorrea ingresó al Servicio de Emergencia el 1o. de junio de 1971, por dolor brusco, intenso, tipo cólico en el epigastrio, irradiado a todo el abdomen, acompañado de náuseas y vómitos. Su última regla fue el 5 de abril de 1971.

Sus períodos anteriores fueron regulares 3-4 / 28 días.

Examen clínico: Dolor difuso en el abdomen, mayor en fosa ilíaca derecha. Mac Burney positivo, Meltzer negativo. Temperatura normal.

Examen vaginal: No se observa sangre en vagina. Vagina normal.

Cuello cerrado, útero aumentado de tamaño. Examen doloroso.

Diagnóstico: 1. Gestación de 2 meses, confirmado por laboratorio. 2. Síndrome doloroso de causa no determinada.

Se indicó antiespasmódicos calmando el dolor del abdomen. La paciente es examinada, además del gineco-obstetra, por el cirujano y el internista de guardia quienes indican su permanencia en la Sala de Observación, donde 24 horas después se ordena su transferencia al consultorio externo de medicina.

El 13 de junio acude nuevamente a Emergencia por presentar desde hace 6 días dolor intenso de inicio en el epigastrio, siendo mayor en el hemiabdomen inferior. El dolor calma con analgésicos y antiespasmódicos, pero luego reaparece. Antecedentes fisiológicos y patológicos sin importancia.

Examen clínico: Dolor intenso en todo el abdomen, especialmente en el hemiabdomen inferior. Examen vaginal: No hay sangre en vagina. Cuello cerrado, útero retroflexo correspondiente a 2 meses de gestación. Examen doloroso, especialmente en el fondo de saco izquierdo. **Diagnóstico:** 1. Quiste de ovario a pedículo torcido. 2. Gestación. Se indica internamiento.

Exámenes auxiliares: Hb 12 grs %. Hematocrito 37%. Leucocitos 9,200: eosinófilos 24, abastados 4, segmentados 56, monocitos 1, linfocitos 24, basófilos 1. Grupo sanguíneo O (+) **Pregnosticón:** positivo. Glucosa 80 mgrs %. Orina: color claro, aspecto turbio, reacción ácida, albúminas: vestigios. Sedimento: Leucocitos 20 x c.c. Pus (+).

Tratamiento: Reposo y antiespasmódicos.

Debido a la buena evolución que tuvo en el servicio se le dió de alta a los 11 días de su ingreso, en buenas condiciones.

Diagnóstico final: Gestación de 2 meses.

El 12 de Julio de 1971, acude nuevamente a Emergencia por dolor intenso en el abdomen. **Examen clínico:** Gestante de 3 meses, con dolor intenso en el abdomen. **Diagnóstico:** Gestación-Probable, Abdomen agudo. Temp. 37°C Pulso 100 x min P/A 100/60mm Hg. Se indica su hospitalización.

Hoja clínica de hospitalización: Paciente que reingresa, apirética, con dolor en la región abdominal que ha ido cediendo con la terapéutica.

Examen clínico: Vientre abombado, aumentando de volumen en su totalidad. Palpación: dolor exquisito en la fosa ilíaca izquierda, irradiado a la fosa del lado derecho y el epigastrio. Percusión: marcado timpanismo.

Examen toco-ginecológico: Vagina normal. Cuello cerrado, desplazado hacia la parte superior, útero aumentado de tamaño. Fondos de saco ocupados. No sangra al examen. **Diagnóstico:** Gestación de 3 meses.

Se le dió de alta a los 4 días de su ingreso después de una buena evolución. Sale asintomática, citándola para control.

El 21 de octubre de 1971, la paciente acude al consultorio externo por dolor en el epigastrio, diarreas y meteorismo. Recibe sintomáticos. **Diagnóstico:** Gestación de 5 meses.

15 de noviembre de 1971. Acude por anorexia, pérdida de peso y algias lumbo-sacro-abdominales. Altura uterina 21 cms. Peso 50 kgs. Latidos fetales buenos. P/A 110/60 mm de Hg. Recibe sintomáticos.

27 de noviembre. Refiere que desde hace 10 días no siente movimientos en el abdomen.

Examen abdominal: Utero lateralizado a la izquierda. No doloroso a la palpación, de consistencia normal. No se perciben movimientos fetales ni se auscultan latidos. Examen vaginal: cuello cerrado, desplazado, cuerpo uterino duro, móvil, no doloroso.

Diagnóstico: Aborto retenido

El 2 de diciembre. Acude al consultorio externo por presentar pérdida de sangre por vía vaginal desde hace 4 días la cual va en aumento. Altura uterina: 12 cms. No se perciben movimientos fetales a la palpación. No se encuentran latidos fetales. Se indica su internamiento con el diagnóstico de aborto retenido.

Hoja clínica de hospitalización: Paciente con amenorrea de 32 semanas que refiere no sentir movimientos abdominales desde fines de octubre pasado. Además dice que la altura del vientre ha disminuído. Ha perdido 6 kgs, en 2 meses. Examen clínico general: normal. Examen obstétrico-ginecológico: Ovoide uterino lateralizado hacia la izquierda. Altura uterina: 12 cms. Vulva y vagina normales. Cuello uterino cerrado, desplazado hacia arriba y a la derecha.

Utero aumentado de tamaño correspondiente a 4 meses de gestación, de consistencia blanda, lateralizado hacia la izquierda; a la palpación combinada presentación alta en el abdomen. Fondos de saco laterales libres. En el fondo de saco anterior se aprecia una formación de 9x4 cms. de consistencia dura, móvil, dolorosa.

Diagnóstico: Aborto retenido y fibroma uterino.

Exámenes auxiliares: Hb 12.30 grs% Hematocrito 40% Leucocitos 6000: eosinófilos 6, abastados 12, segmentados 62, monocitos 2, linfocitos 18, basófilos 0. Fibrinógeno 0.65 grs%. Prot. tot. 6.24 grs%. Alb. 3.60 gr%. Globulina 2.64 gr%, A/G 1.8. Orina: normal. **Pregnosticón:** negativo. Sedimentación: 36 mm/hora. Coagulación y sangría; normales.

Radiografía simple de abdomen: Feto de 6 meses con cabalgamiento de los huesos de la bóveda del cráneo e hiperflexión de la columna vertebral. Miembros superiores e inferiores distendidos. Feto en situación transversa. Conclusión: Feto muerto. (Fig. 1 y 2).



Fig. 1



Fig. 2

18 de diciembre de 1971: En vista de los resultados obtenidos en el examen ginecológico y radiológico, se inicia una inducción del parto, para lo cual se coloca una sonda de Foley No. 20 intra-uterina y se inicia un goteo de Dextrosa en AD y Pitocin 1 amp.

24 de diciembre, En vista de no haberse iniciado el trabajo de parto, después de dos intentos, ni logrado producir contracciones uterinas, se programa una evacuación uterina por vía vaginal, dilatando el cuello uterino con bujías de Hegar, llegando hasta el No. 26. Se hace exploración endouterina con la pinza de abortos, no extrayéndose restos. Se indica suero, pitocin y antibióticos, acordándose re-evaluar el caso.—

28 de diciembre. Se hace la revisión detenida de la radiografía simple de abdomen, conjuntamente con el radiólogo, acordándose efectuar 2 radiografías más: Una histerosalpingografía y un tránsito intestinal, la última a sugerencia de este autor.—

Histerosalpingografía.— Cuerpo uterino, de tamaño y forma normal, en retroversión, se repleciona adecuadamente con el contraste. No se aprecia opacificación de las trompas. Persiste la presencia de feto muerto en la cavidad abdominal. Se estima la posibilidad de *embarazo extrauterino*.—

Tránsito Intestinal.— Normal pasaje del contraste a través de todos los segmentos del intestino delgado y grueso, con conservación de su calibre. Asas intestinales delgadas con conservación de sus pliegues de Kerkring. Ileon terminal, región cecal y parte alta del colon ascendente, los dos primeros ascendidos. Colon sigmoide que muestra acción extríntrica, que lo desplaza ligeramente, hacia la derecha y lo hace ascender en la porción transversa.

Las alteraciones descritas se producen por la presencia de feto muerto que se localiza en fosa ilíaca izquierda y fondo pélvico. No se aprecia contorno uterino (Fig. 3, 4, y 5).



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

2 de enero de 1972. Se practica una laparotomía exploradora.

Diagnóstico Pre-Operatorio: Embarazo abdominal. Abdomen agudo. Feto muerto.

Diagnóstico Post-Operatorio: Embarazo abdominal. Feto muerto.

Hallazgos operatorios: Informe del cirujano Doctor Carlos Christiansen.— Abierta la cavidad abdominal se encuentra tumoración redondeada de 28 x 20 x 15 cms. de color rojo vinoso, que ocupa todo el hemiabdomen inferior con múltiples adherencias epiploicas e intestinales. Al tratar de liberar las adherencias se produce la rotura de la tumoración y aparece un miembro su-

perior del feto. Se procede a la extracción del feto, previa sección del cordón umbilical, sin dificultad. (Fig. 6 y 7)

Pinzamiento y sección de adherencias epiploicas, liberación de adherencias intestinales. Se objetiva además, una tumoración redondeada de 15 cms. de diámetro, de color rojo vinoso, superficie lisa, renitente, situada en el parametrio izquierdo, al parecer intraligamentaria (ligamento tubo-ovárico). Se pinza, reseca y liga por su base. Se suturan las hojas del ligamento. Se liberan adherencias al sigmoide, colon ascendente y asas del intestino delgado. Apendicectomía profiláctica. Drenaje de penrose.

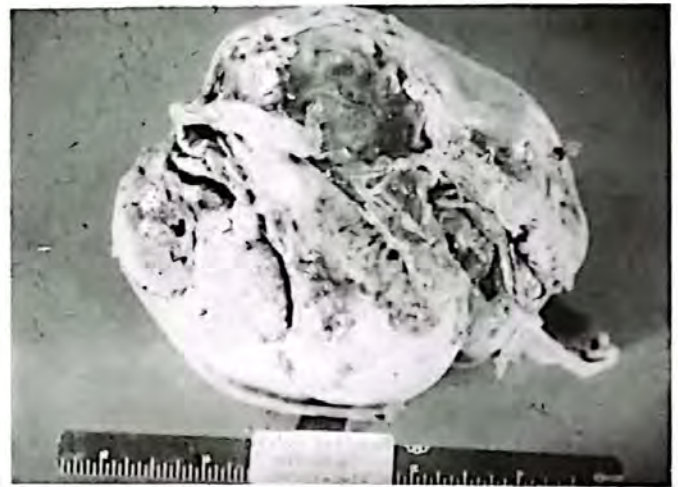


Fig. 6



Fig. 7

Anatomía patológica: Feto y placenta

Diagnóstico macroscópico: Masa de tejido de forma regular que mide 11 x 11 x 10 cms. envuelta por serosa (Fig. No. 6). Al corte se encuentra tejido placentario. Se recibe cordón umbilical que mide 18 cms. de longitud. Apéndice 5 x 0.5 cms. sin alteraciones. Se recibe además feto de sexo femenino que pesa 800 grs. y mide vértix-coxis 20 cms. y vértix-talón 30 cms. No presenta signos de maceración. Aparentemente no presenta anomalía congénita (Fig. No. 7). Gestación de más o menos 6 meses 3 semanas.

Diagnóstico microscópico: Placenta en necrobiosis. Cordón umbilical sin alteraciones significativas. Apéndice normal.

Muerte fetal; feto de 30 cms.

III.— Discusión.— Los embarazos abdominales avanzados son secundarios. El lugar exacto de implantación de estos embarazos es muy difícil de precisar debido a las extensas adherencias placentarias que generalmente se encuentran.

El huevo, al desprenderse de la trompa y caer en el peritoneo libre, es recibido, protegido y nutrido por el gran epiplón.

El embarazo abdominal secundario avanzado, es una curiosidad, la presentación clínica es diferente para cada caso y da lugar a un difícil problema de diagnóstico.

a) Cuadro clínico: Según Eastman y Hellman⁷ la presencia de un feto alto en el abdomen, en situación transversa, dolor abdominal a la palpación superficial, tonos cardíacos altos, en caso de feto vivo, ausencia de contracciones de Braxton-Hicks y la no palpación de los ligamentos redondos, deben hacer presumir de que se está ante un embarazo abdominal.

Tan²⁸ da los siguientes síntomas: dolor abdominal irradiado a los hombros, vómitos, ausencia de sangrado vaginal, abdomen suave, pero doloroso. Menciona el feto en situación transversa como signo frecuente. Latidos fetales claros y regulares.

Urrutia³¹ establece que el feto generalmente ocupa una posición lateral en el abdomen, con eje mayor oblícuo o transverso. La palpación y auscultación abdominal se ven dificultades o favorecidas, dependiendo si hay o no asas intestinales o epiplón interpuestas entre el saco gestacional y la pared abdominal.

Bazul³ menciona un tumor con eje inclinado hacia un lado, que coincide con la edad del em-

barazo, poco movable, que no se contrae. Movimientos fetales sumamente dolorosos, como síntoma marcado.

Mongrut Steene¹⁹ en 3 casos publicados, halla los siguientes síntomas: Dificultad para precisar la presentación del feto. Abdomen tenso y muy doloroso. Dicho dolor no es constante en el tiempo y la localización.

Finalmente, encuentra posición fetal alta, lateralizada con el eje mayor transverso o diagonal.

b) Examen vaginal: Tan²⁸, encuentra cuello suave, cerrado o permeable según la paridad, útero de tamaño normal, a la palpación combinada, feto en situación transversa.

Rivera Morales²³ halla cuello uterino lateralizado, lo mismo que el útero, fondos de saco ocupados por masa de consistencia dura.

Betzhold¹ menciona un cuello de posición, irregular, que mira hacia la cara posterior del pubis. Cuerpo uterino en retroflexión marcada.

Eastman y Hellman⁷ hallan también cuello uterino lateralizado, el cual puede depender de la posición del feto. La palpación de los fondos de saco, pueden revelar partes fetales o la cabeza fuera del útero.

Mongrut Steene¹⁹ en 3 casos, halla cuello posterior lateralizado o desplazado hacia arriba. Mediante la palpación combinada el útero se puede separar del saco ovular. Utero de 12 cms. aproximadamente.

En nuestro caso, al inicio encontramos síntomas clínicos de embarazo extrauterino tubárico. Posteriormente, al producirse el aborto tubario encontramos el siguiente cuadro clínico: Dolor abdominal intenso, espontáneo y a la palpación; mencionado por^{12, 19, 29 y 32}, y que en nuestro caso cedió a la terapéutica de antálgicos-antiespasmódicos, mencionado por Rechkemmel. Tumoración abdominal de eje mayor lateralizado citado por 19, 28 y 31.

Examen vaginal: Cuello desplazado hacia la parte superior y aumento del tamaño uterino, hallado por^{1, 7, 11, 19 y 23}. A la palpación combinada útero blando, lateralizado a la izquierda.

Al desplazamiento cervical, hacia los lados y arriba, lo consideramos como signo toco-ginecológico frecuente de embarazo abdominal. Hallamos, finalmente, los fondos de saco laterales ocupados, al igual que^{1, 11, 19 y 23}.

En el fondo de saco anterior se apreció una formación de 10 x 4 cms. dura, móvil, dolorosa, que se interpretó como fibroma uterino, siendo en realidad el útero lo que se palpaba, hecho mencionado por Mongrut Steene¹⁹.

c) Diagnóstico: La abdominociesis como presunción diagnóstica, en la actualidad y en ciertos casos, debe tenerse siempre presente y en otros de acuerdo a la anamnesis retrospectiva, clínica, examen toco-ginecológico y radiología, hacerse un diagnóstico exacto y precoz.

Temporelli²⁹ dice que en el tercer trimestre, cualquier anomalía de presentación y situación fetal, sobre todo las transversas, imponen un examen radiológico del abdomen, indispensable para el caso posible de una gravidez extrauterina.

D'Cunha⁶ y Urrutia³¹ recomiendan que en aquellos pacientes que presentan en la segunda mitad del embarazo, signos y síntomas clínicos sugerentes de una complicación quirúrgica, tal como obstrucción intestinal, el diagnóstico diferencial con embarazo abdominal, debe tenerse en cuenta.

Mongrut Steene¹⁹ establece que los embarazos abdominales no presentan el cuadro clínico de una gestación normal. Recomienda tener presente los antecedentes patológicos, tales como roturas uterinas, antecedentes de cesáreas o síntomas de aborto tubario en el inicio de la gestación. Bazul³ menciona los antecedentes de crisis abdominales, más o menos agudas y sin diagnóstico.

Los hallazgos que orientan al diagnóstico de embarazo abdominal son:

1.— Un feto alto en el abdomen, en situación transversa. Signo considerado como frecuente por ^{7, 19, 28 y 31}.

2.— Dolor abdominal espontáneo, agudo, exacerbado por la palpación superficial o los movimientos fetales mencionado por ^{7, 13, 16, 19, 29 y 32}

3.— Cuello uterino lateralizado, desplazado hacia arriba y palpación del útero como masa separada del saco ovular de acuerdo a ^{1, 7, 9, 13, 17, 19 y 23}.

4.— Fondos de saco ocupados por masa dura, móvil o cabeza fetal alta en el abdomen, a la palpación combinada, hallado por ^{3, 7 y 11}

Según D'Cunha, antes de la laparotomía exploradora, bajo anestesia general, con el abdomen relajado, las partes fetales son fácilmente

palpables y el diagnóstico de embarazo extrauterino avanzado puede ser sospechado.

Ante la presunción diagnóstica los medios a seguir son:

1.— Prueba de la ocitocina, encontrada positiva en los trabajos de Franco¹⁰ y Betzhold¹; consiste en aplicar 0.5 unidades inicialmente y 15 minutos después 1.5 unidades subcutáneamente, si la masa dura y móvil que acompaña al saco gestacional, se contrae, se considera positiva. En caso de ser negativa tampoco es concluyente.

2.— Exploración endouterina instrumental hecha por nosotros, consistió en la dilatación cervical con bujías de Hegar, y consiguiente observación, palpación y exploración endouterina instrumental cuidadosa.

3.— *Radiología.*— Es de extraordinario valor una placa simple de abdomen para confirmar el diagnóstico de embarazo abdominal. Según ^{26, 28 y 31} la radiografía frontal de abdomen muestra un feto echado transversalmente en proximidad a los intestinos, en posición, a veces, imposible de lograr en embarazos intrauterinos.

Temporelli²⁹ Tan²⁸ y Smulewicz²⁶ mencionan además la ausencia de la sombra uterina rodeando al feto.

Jones¹⁴ en el estudio de 17 pacientes con embarazo extrauterino avanzado, comprueba la importancia de los siguientes signos radiológicos: presentación y posición fetal anormal, especialmente transversal. Confusión de las sombras de gases intestinales maternos con las partes fetales.

Temporelli²⁹ menciona la falta de la imagen placentaria en su posición fisiológica y esqueleto óseo nítido, con sus partes bien delineadas y visible, así como superposición parcial a las partes fetales del ileon y colon materno.

Cockshott y Lawson⁵ en el estudio radiológico del embarazo abdominal avanzado en ²⁴ pacientes mencionan los siguientes hallazgos:

Un feto extrauterino que generalmente ocupa una posición poco usual, a menudo en la parte alta del abdomen, desafiando una clasificación precisa. Superposición de partes fetales a la columna lumbar materna, signo descrito por Moir en 1964.

Superposición de gas intestinal materno sobre el feto en 2 planos. Lo menciona como un signo valioso. Gas intestinal materno debajo de la presentación. Este gas debajo de la presentación, si no está en el recto, es una indicación útil de una

gestación extrauterina. Litopedion o calcificación de feto y membranas, mencionado por este autor como signo absoluto de gestación extrauterina.

Histerografía.— De gran valor diagnóstico. Permite observar un útero normal o con aumento de tamaño en su cavidad, desplazado lateralmente, separado de las partes fetales.— Recomendamos hacerla siempre a continuación de la exploración endouterina instrumental cuidadosa.

Arteriografía pélvica: Esta permite un diagnóstico positivo de embarazo abdominal. Temporelli²⁹ agrega que el examen arteriográfico pélvico es importante y elemento fundamental para la conducta operatoria, precisando la localización topográfica y el grado de vascularización de la placenta.

Nosotros en nuestro estudio radiológico encontramos lo siguiente:

Radiografía simple y lateral: (Rad. No. 1 y No. 2).

Feto de 6 meses, en situación transversa y ausencia de la sombra uterina, al igual que lo hallado por^{5, 14, 26, 28, 29 y 31}. Se observó, además, signos de muerte fetal.

En la radiografía lateral se observa el polo cefálico posterior, superpuesto a la columna lumbar materna.

Histerosalpingografía: (Rad. No. 3).

Se observó cavidad uterina normal, útero en retroversión. Estenosis tubárica bilateral.

Tránsito Intestinal: (Rad. No. 4 y No. 5).

Se observó ileon terminal, región cecal y parte del colon ascendente, elevados. Colon sigmoide con acción extrínica que lo desplaza ligeramente hacia la derecha de la línea media. Presencia de gas intestinal materno superpuesto de la línea media. Presencia de gas intestinal materno superpuesto a las partes fetales, igual a lo hallado por^{5 y 29}. Finalmente, se observa asas intestinales superpuestas también a partes fetales.

Nosotros pensamos que el tránsito intestinal es un estudio radiográfico de gran valor diagnóstico, porque nos permite apreciar no sólo la superposición de gases maternos sobre las partes fetales, sino asas intestinales, claramente marcadas por el contraste, superpuestas también a par-

tes fetales, lo cual demuestra un feto libre en la cavidad abdominal.

d).— Evolución.— Los embarazos abdominales habitualmente producen fetos muertos.

Según Botella² si los casos de abdominociesis no se tratan, el feto sobremadura y muere; se va retrayendo y momificando poco a poco. Al final se calcifica y se engendra un litopedion, niño de piedra, o litokelifopedion, si se trata del feto acompañado de sus envolturas.

Fon¹¹ publica un caso de embarazo abdominal retenido durante 3 años que se diagnosticó por presentar síntomas urinarios de compresión del uréter derecho.

La infección de un embarazo extrauterino, de acuerdo a Martius¹⁸ puede ocurrir en cualquier periodo del mismo, ya sea a partir de la cavidad del útero, del intestino, por vía hemática, desde un foco purulento extragenital, o a consecuencia de una infección general, dando origen a un cuadro gravísimo que pone en riesgo la vida de la paciente.

e) Pronóstico: El pronóstico materno en el embarazo abdominal tratado precoz y correctamente es bueno. Aquellos casos en que se deja la placenta las molestias y complicaciones que pudieran ocurrir se corrigen con una segunda intervención que no pone en peligro la vida de la paciente.

En cuanto al futuro obstétrico, Kirkland¹⁵ menciona un embarazo intrauterino normal, a continuación de un embarazo abdominal previo.

El pronóstico fetal es incierto. Estos fetos si llegan a término y nacen vivos adolecen de malformaciones congénitas localizadas en la cabeza, o según el caso de Betzhold¹ quien en un niño nacido a término encontró displasia de cadera.

De acuerdo a Botella², en los embarazos abdominales secundarios, el transporte del huevo desde la trompa al peritoneo, determina un período crítico para la hematosi fetal.

Winkel, mencionado por Betzhold¹, refiere que la literatura chilena sobre embarazos abdominales, cuenta con casos de niños vivos nacidos a término, sin malformaciones, que cuentan con 7, 10 y 13 años de edad, sin presentar molestias.

f).— Tratamiento.— La resolución del embarazo abdominal es quirúrgica, mediante una laparotomía exploradora. La extracción del feto no opone dificultades. Estas se presentan en rela-

ción a la extirpación de las adherencias de las cubiertas fetales y de la placenta.

Manejo de la placenta.— Existen dos criterios para el manejo de la placenta, especialmente cuando el feto está vivo.

7, 9, 13 y 31, recomiendan dejar la placenta, en caso de inserciones difusas, sobre hígado, intestino, mesenterio o vasos. Placenta y membranas se dejan para ser reabsorbidas en el término de 1—2 años.

Weinberg³³ en los casos de placentas dejadas in situ, halla que la actividad placentaria desaparece entre el 26o. y 54o. día del post-operatorio.

En placentas retenidas con sintomatología Smulewicz²⁶, recomienda una angiografía pélvica.

St. Clair²⁷ en un caso de embarazo abdominal, en el cual no se tocó la placenta, cateterizó las arterias umbilicales y post-operatoriamente perfundió Methotrexate con el fin de acortar la actividad placentaria y su vascularización. El dosaje de GTC y el estudio en disminución y vascularización muy escasa, respectivamente.

Ludwick y Lathrop¹⁷ recomiendan la remoción completa de la placenta, e informan que ésta se realiza en el 71% de aquellas pacientes que llegan al tercer trimestre. Lathrop¹⁷ insiste en la ligadura de todas las arterias tributarias, antes de remover la placenta, con el fin de controlar la hemorragia.

Stoekel, mencionado por Martius¹⁸, sugiere que al desprender la cápsula de las adherencias se evite la inserción placentaria; que se vaya pediculizando poco a poco el tumor constituido por el saco fetal y que sólo al término, una vez que se halla logrado mediante esta liberación una buena visibilidad de la pelvis menor y de la topografía de la base del saco y conseguido el acceso a esta región, se proceda a extirpar la bolsa seccionando sucesivamente sus inserciones en útero, ligamento ancho y ligamento infundibulo-pélvico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Betzhold' S: Embarazo Abdominal de término con niño vivo. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 33:45-8 1968.
- 2.— Botella Llusia J: Tratado de Ginecología Tomo II p. 321 7ma. Edición 1967.

- 3.— Bazul V: Embarazo Abdominal Secundario. Actualidad Médica Peruana Volumen 10 No. 2 p.25-37 1944.
- 4.— Castro, L. Córdova M: Un caso de Embarazo Abdominal Secundario. A Síndrome precoz. Revista Peruana de Obstetricia 3:25-31 jul, set. 1955.
- 5.— Cockshott, W. Lawson, J: Radiología del Embarazo Abdominal avanzado. Radiology 103:21-9 abril 1972
- 6.— D' Cunha, AP Marco, SV: Informe de 2 casos de Embarazo Abdominal avanzado, presentándose como Obstrucción Intestinal. East African Medical Journal 48:116-21 marzo 1971.
- 7.— Eastman, J. Hellman, M: Obstetricia de Williams. Pag. 528-87 1961.
- 8.— Frago, L. D: Lecciones de Obstetricia. Méjico 1967.
- 9.— Foster, H. W. Moore, D. T.: Embarazo Abdominal. Informe de 12 casos. Obstetrics- Gynecology (N. Y.) 30/2 (249-252) 1967.
- 10.— Franco, R: Un caso de Embarazo Intraligamentario Llegado a término. Revista Peruana de Obstetricia. 1:7-11 jul, agos. 1953.
- 11.— Fon, T. J: Embarazo Abdominal. Revista Médica Peruana No. 254:171-77 febrero 1950.
- 12.— Goldstein, A. Walhs, J: Embarazo Abdominal Primario (Peritoneal) Journal of Oklahoma State Medical Association 64:231-4 jun. 1971.
- 13.— Jeffcoate, BN: Ginecología pag. 212-14 Tercera Edición 1969.
- 14.— Jones, S. A: Diagnóstico radiográfico de Embarazo Extrauterino avanzado. Obstetrics-Gynecology 34:578-82 1969.
- 15.— Kirkland, J. A. Glover, J. B. Wilson, N. C: Embarazo Intrauterino normal, a continuación de un embarazo abdominal previo. American Journal Obstetrics and Gynecology 99/7 (911-12) 1967.
- 16.— Kornblatt, M: Embarazo abdominal después de Histerectomía Total. Informe de un caso. Obstetrics and Gynecology 32:488-9 oct. 1968.
- 17.— Ludwick, W: Embarazo Abdominal. Enfoque en el manejo de la placenta. Rocky Mountain Medical Journal 69:47-8 abril 1972.
- 18.— Martius, H: Operaciones Ginecológicas. Pag. 96-7 1957.
- 19.— Mongrut Steene S. A. León, M. Palomino, C. y Castillo, J: Embarazo Abdominal. Revista Médica del Hospital Central del Empleado 4:270-80 julio 1964.
- 20.— Novak, E: Tratado de Ginecología. Séptima Edición 1966.
- 21.— Rechkemmer, F: Tratado Abdominal. Tribuna Médica. Volumen III No. 116 1966.
- 22.— Rosenvasser, B. E: Terapéutica Obstétrica. Tomo I p. 326 Buenos Aires 1962.
- 23.— Rivera Morales, R: Un caso de Embarazo Abdominal e Intrauterino a término simultáneos. Ginecología y obstetricia de Méjico 27:355-58 marzo 1970.
- 24.— Schwarcz, Sala, Duverges: Obstetricia. pag. 512-3 Tercera Edición 1970.
- 25.— Sinha, R. K: Embarazo Abdominal Primario. Revisión de la literatura e informe de 3 casos. Medical Journal of Malaya 25:108-12 dic. 1970.
- 26.— Smulewicz, J. Tafreshi, M: Placenta retenida, a continuación de un embarazo abdominal operado, diagnosticada por Angiografía. American Journal of Obstetrics and

- Gynecology 109:1220-2 abril 1971.
- 27.— St. Clair, J. T. Wheeler, D. A. Fish, S. A: Methotrexate en Embarazo Abdominal, Journal of American Medical Association 208/3 1969.
 - 28.— Tan K. L. Vengadasalam, D. Lean T. H: Embarazo Abdominal recurrente. Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Commonwealth 78:1044-6 noviembre 1971.
 - 29.— Temporelli, A. Petruzelli, C: Un caso de Embarazo Abdominal a término. Consideraciones clínicas y radiológicas. Minerva Ginecológica 21:414-6 abril 1969.
 - 30.— Tisdall, L. H. Nichols, R. Sicrauz, B: Embarazo Abdominal asociado con un aparato contraceptivo intrauterino. American Journal of Obstetrics and Gynecology 106:937-9 marzo 1970.
 - 31.— Urrutia, J. Gunther, A. Pollier, A: Embarazo Abdominal secundario de término con niño vivo. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 35:177-82, 1970.
 - 32.— Vallente, H: Embarazo Abdominal a término. Aparentemente primitivo. Revista Peruana de Obstetricia 4:41-59 abril, junio 1956.
 - 33.— Weinberg, S. M. Fumaro, S: Un caso de Embarazo Intra-abdominal con exámenes seriados hasta la desaparición de la actividad placentaria. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volumen 76:542-43 1958.