

CASOS CLINICOS

UN CASO DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL

Hugo Calle, Pedro Mascaro, Carlos Alvarado y Carlos Bachmann

El embarazo ectópico abdominal es una complicación rara; así algunos autores encuentran uno por 30,000, otros 1 por 8,000; en nuestro medio 1 por 60,000.

Es obligación de tenerlo presente en nuestra especialidad, ya que es una entidad que puede presentarse en toda mujer en edad reproductiva, que tenga síntomas de probabilidad de embarazo con dolor abdominal y sangrado genital.

Consideramos pues importante presentar un caso clínico ocurrido en el Hospital Maternidad de Lima, caso excepcional porque llegó a las 33 semanas con feto vivo.

CASO

Paciente de 25 años de edad, H.C.No. 130428, acude al Servicio de Emergencia del Hospital Maternidad de Lima el día 11-5-87 por presentar dolor abdominal de 3 días, sensación de mareo y dificultad respiratoria.

ANTECEDENTES: FAMILIARES: Sin importancia.
PERSONALES: Menarquia 15 años, RC 3/30, primeros RS 21 años. G:2 P: 1 0 0 1 FUR 4-11-84 FPP 14-8-85 EG 26s Cesareada hace 3 años por estrechez pélvica en el Hospital de Collique, feto vivo masculino; evolución post operatoria tórpida, dehiscencia de la herida operatoria; estuvo hospitalizada 2 meses. Niega anticoncepción.

EXAMEN CLINICO.— Regular estado, PA 110/60 Pulso 96x' Temp. 36.5 Corazón — pulmones normales. Abdomen globuloso, cicatriz mediana infraumbilical anti-gua amplia, doloroso a la palpación, Blumberg positivo a predominio FID, masa que llega a nivel de la cicatriz umbilical, desplazable; A.U. 17 cms.; latidos fetales 160x' con doppler.

Examen ginecológico: genitales externos de nulípara cervix posterior blando, O.E. cerrado, cuerpo uterino aumentado de tamaño.

Diagnóstico de ingreso: 1) Gestación de 26 semanas, 2) Amenaza de aborto, 3) Abdomen agudo — descartar ectópico.

Se prescribe dextrosa como vía.

EXAMENES AUXILIARES: Grupo O Rh POS. HB: 8.60, 10.40, 10.20. Hto: 25^o/o, 30^o/o, 32^o/o. Leucocitos 8,700 A: 2 S: 78 M:3 L:17. Orina: Sedimento con 10-12 leucocitos por campo, hematíes 0/1 por campo, Células epiteliales regular cantidad, uratos amorfos+. Serológicas: no reactivo. Glucosa 76.46 mgr^o/o Urea: 34.3, 20.38 mgr^o/o Creatinina: 0.62, 0.49 mgr^o/o Tiempo de coagulación 2' Proteínas: 5.94 gr^o/o, albúmina 3.22 gr^o/o y globulinas 2.72 gr^o/o. Urocultivo y antibiograma: negativo.

Rx de Pulmones: Campos pulmonares y silueta cardiovascular normal. Rx de abdomen simple de pie: Se aprecia esqueleto fetal único, de presentación podálica, longitudinal cuyo polo craneal se proyecta en hipocondrio izquierdo; llama la atención que todo el esqueleto fetal se encuentra proyectado en el hemiabdomen izquierdo materno y no se aprecia contorno uterino que bordeee el feto, velamiento de hemiabdomen inferior en relación a útero y/o placenta aumentada? Imp. Dx. Embarazo Abdominal? No signos de peritonitis aguda. Edad fetal estimada en 27 semanas.

ECOGRAFIAS: 15-5-85: Utero en AVF de volumen normal, vacío. Feto único, polo cefálico localizado en hipocondrio izquierdo, dorso superior. Placenta tipo 2, cubre útero y ocupa pelvis. DBP 73 mm, Fémur: 50mm. EG: 38 sms, con RCIU simétrico 1.6.85: Feto único en transversa izquierda con actividad cardiaca N. EG: 30 semanas, placenta en anexo derecho sobre cuerpo uterino tipo 1. No líquido amniótico visible. 3-6-85: Utero ubicado algo más hacia la izquierda en la cavidad pélvica, de tamaño mediano y forma normal sin contenido gestacional. Feto de más o menos 30 semanas en zona superior izquierda del abdomen, DBP: 80 mm, ubicación de la cabeza fetal cerca del diafragma, buena actividad cardiaca y movimientos corporales propios. Placenta bien definida en sus contornos que, al parecer, no compromete órganos circunvecinos (asas intestinales), llegando hasta el fondo uterino, al cual parece contactar. No se detecta imágenes patológicas en los riñones, bazo, hígado, vesícula biliar, páncreas y el resto de la cavidad abdominal. Prueba no estresante reactiva a las 31-32 y 32 1/2 semanas. Riesgo Quirúrgico grado II.

EVOLUCION: Dolor abdominal periódico que se exacerbaba con la deambulación, examen abdominal y movimientos fetales, molestias que se incrementaban conforme progresaba la gestación. Sensación de falta de aire que cede con el cambio de posición, sensación nauseosa esporádica.

La posición del feto varió constantemente. A las 33 semanas, y con la opinión de Neonatología, se indicó corticoides y programar para laparotomía.

INTERVENCION QUIRURGICA el 24-6-85: Incisión paramediana izquierda, adherencias parieto-epiploicas, feto libre en cavidad abdominal, no se identifica bolsa amniótica. Extracción del feto en podálica, ligadura de cordón muy cerca a su base con hilo grueso. Placenta de 35 x 30 cms. que envuelve totalmente al útero y se adhiere a las asas intestinales; el cordón, de inserción marginal, se ubica a 1 cm. de la aorta abdominal. Se identificó trompa izquierda de aspecto normal. Revisión de hemostasia. Se deja la placenta. Cierre de pared por planos. RN vivo, varón, de 1950 grs. de peso y Apgar 8'. Término de la operación satisfactoria, la pérdida sanguínea es mínima y la paciente llega a Sala de Recuperación en buenas condiciones.

EVOLUCION POST-OPERATORIA: En los 3 primeros días presenta dolor en herida operatoria, distensión abdominal moderada y dolor discreto a la palpación, recibe líquidos vía parenteral, analgésicos y ampicilina.

La distensión disminuye progresivamente y al 4º día se indica deambulación, evolución afebril y sólo se logra palpar resistencia en hemiabdomen inferior, sugestivo de organización de la placenta.

Hb: 10.92 gr^o/o. GNC 25,000 UI (26.6.85), 13,000 UI (2.7.85) y 1,600 UI/24 hrs. (9.10.85).

Alta de la paciente a los 19 días post operatorio, asintomática. El niño sale con 2,100 grs. de peso, en condiciones normales.

DISCUSION Y COMENTARIO

En la literatura, sólo hemos encontrado dos casos de embarazo abdominal con feto vivo de más de 30 s. Fué un reto para nuestro servicio el tratamiento y seguimiento de nuestro excepcional caso.

Pensamos que una buena historia clínica, seguida de los exámenes auxiliares necesarios —en los que resaltan la ecografía y la radiografía—, y trabajando en equipo con el servicio de Neonatología, el resultado final será satisfactorio para la madre y para el feto.

REFERENCIAS

1. Betzhold.— EAT con feto vivo. Revista Chilena-Obstetricia Gineco 33-45: 48 - 1968.
2. Bazúl Victor EA-Actualidad Médica Peruana. Vol. 102: 25.37-1944.
3. Deunha. AP Marcos S.V. Informe de 2 casos abdominal avanzado presentándose como obstrucción intestinal. EAST Afr. Néd. J 48: 116-121 Marzo 1971.
4. Fort T.J. EA. Revista Médica Peruana No. 254: 171-177 Febrero 1950.
5. Mongrut Steene SA León MPC y Castillo EA. Revista Médica del Hospital del Empleado 4: 270-280 Julio 1964.
6. Purizaca M. Rodríguez Frias E. Mendoza EA antiguo. Tribuna Médica No. 627 Tomo LIII - No. 5-29 1982.
7. Rozza Bejarano C. EAS Acta Médica Peruana Vol III No. 1: 59-68.