

# *Embarazo abdominal a término. Presentación de un caso.*

**Revista Médica Electrónica 2007;29 (6)**  
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO-QUIRÚRGICO "FAUSTINO PÉREZ "  
Embarazo abdominal a término. Presentación de un caso.  
Term abdominal pregnancy. Presentation of a case.

## **AUTORES**

Dr. Ariel Almanza Fonseca (1)  
E-mail: [almanza.mtz@infomed.sld.cu](mailto:almanza.mtz@infomed.sld.cu)  
Dr. Alberto Almanza Mederos (2)  
Dra. Danelís Fernández Alfonso (3)

(1) Especialistas I Grado en Cirugía General. Hospital Universitario Faustino Pérez  
(2) Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Provincial José R.López Tabrane.  
(3) Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente 3er. Año en Ginecología y Obstetricia. Hospital Ginecobstétrico Julio R. Medina.

## **RESUMEN**

El embarazo ectópico es una entidad extremadamente peligrosa que, de no realizar un diagnóstico adecuado y un tratamiento precoz, conlleva una alta mortalidad. En las últimas décadas ha aumentado la frecuencia, oscilando entre 4,5 y 12,5 por mil embarazos. Hemos realizado un estudio retrospectivo tomando como base un caso que tuvimos la oportunidad de tratar mientras nos encontrábamos cumpliendo misión internacionalista en Guatemala. Se presenta el testimonio gráfico del mismo.

## **DeCS:**

**EMBARAZO ABDOMINAL/diagnóstico**  
**EMBARAZO ABDOMINAL/terapia**  
**EMBARAZO ABDOMINAL/mortalidad**  
**EMBARAZO ABDOMINAL/epidemiología**  
**GUATEMALA**  
**HUMANO**  
**FEMENINO**

## **INTRODUCCIÓN**

El embarazo ectópico es un entidad extremadamente peligrosa que, de no realizar un diagnóstico adecuado y un tratamiento precoz, conlleva una alta mortalidad. En las últimas décadas ha aumentado la frecuencia, oscilando entre 4,5 y 12,5 por mil embarazos. (1,2)

De acuerdo con la localización se clasifican en: (1,3)

1. Tubáricos - 98 %
2. Abdominal - 1 a 1,4 %

3. Cervical - 0,1 %
4. Ovárico - 0,5 %
5. intramural - 0,6 %

En nuestro país el embarazo ectópico constituyó el 11,9 % del total de muertes maternas directas entre 1985 y 1995 y en los últimos 6 años ha sido de 12 %. (4) El embarazo abdominal es el que se desarrolla en la superficie peritoneal del abdomen. Según algunos autores de cada 1000 embarazos ectópicos el 9,2 % son abdominales, lo que corresponde a 10 de cada 100000 nacimientos. (5)

### **CASO CLÍNICO**

Paciente de 33 años de edad G9 P8 A1 con embarazo de 40 semanas a la que le realizaron control prenatal 2 semanas antes y presentaba peso acorde al tiempo gestacional, que acude al hospital por ausencia de movimientos fetales de 3 días de evolución y se ingresa para cirugía electiva al siguiente día. Después de su estabilización hemodinámica se procede a laparotomía, identificándose una tumoración con producto fetal que ocupaba la porción posterolateral derecha de la pelvis adherido al útero aunque no formaba parte del mismo, el cual se encontraba aumentado de tamaño ligeramente.

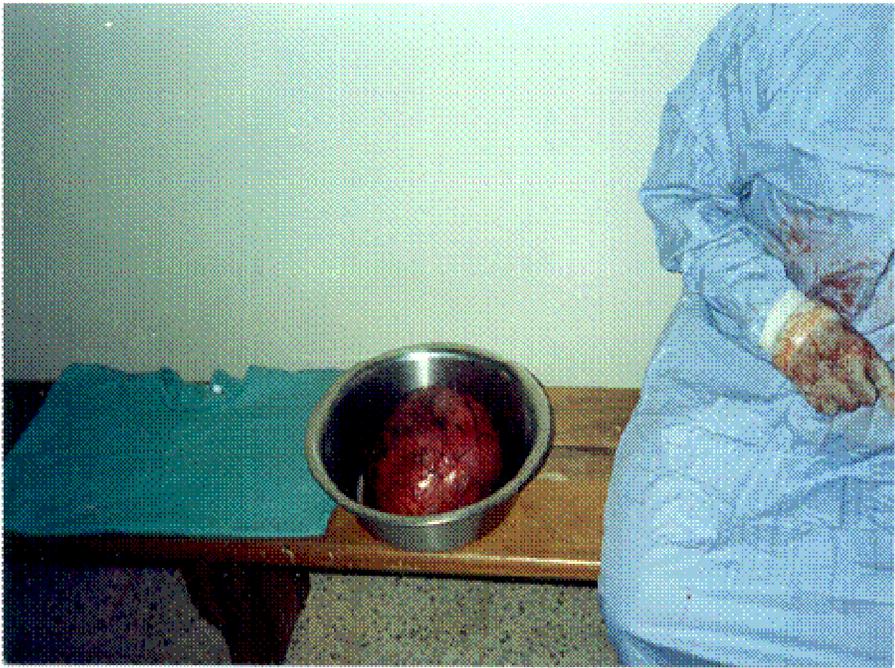
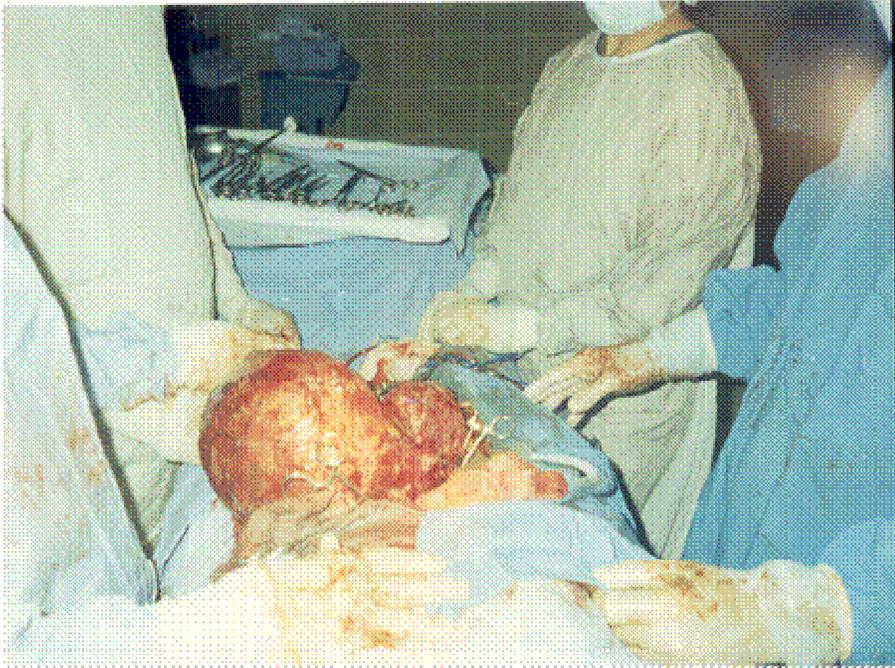
Se libera la tumoración de las estructuras vecinas, tales como: el propio útero, ciego, colon ascendente y la raíz mesentérica además del uréter derecho, lográndose extraer completamente junto a la placenta. La paciente evoluciona satisfactoriamente y a los 10 días egresa del hospital. Diagnóstico definitivo:

- Embarazo abdominal a término con feto muerto

### **COMENTARIOS**

El embarazo abdominal avanzado es extremadamente raro y aún más los que llegan a término, ya que la mayoría de los fetos sucumben. Representan un alto riesgo de muerte materna por hemorragias súbitas intraabdominales. La clínica y el U.S. son los recursos con los que más frecuentemente podemos llegar al diagnóstico, aunque en ocasiones no es sospechado y sólo se diagnostica durante el acto quirúrgico. (7,10) Las gestantes con cuadros raros de dolor abdominal recurrente o persistente sin cambios cervicales y muerte fetal hacen sospechar la presencia de embarazo abdominal sobre todo si se asocia a una inducción fallida. Cuando el diagnóstico se realiza antes de las 24 semanas se preconiza el tratamiento quirúrgico por la demostrada infrecuencia de la viabilidad fetal (8,10); en cambio después de las 24 semanas se aboga por un tratamiento expectante intrahospitalario, esperando la viabilidad fetal. (8-10)

En cuanto al manejo placentario intraoperatorio, la mayoría de los autores preconizan su extracción si no se encuentra firmemente adherida a un órgano no vital, de lo contrario se secciona el cordón cerca de la placenta, con seguimiento evolutivo ultrasonográfico y determinaciones seriadas de gonadotropina coriónica.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pisarska Carson MD. Embarazo Ectópico Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México: Interamericana México; 1999.p.3-7.
2. González M. Ginecología Quirúrgica. 4ta ed. Barcelona: Masson-Salvat; 2000.p.330-7.
3. Martínez M. Embarazo Ectópico. Informe de 82 casos. Rev Colombiana Ginecol Obst. 1999; 50(4):244-6.
4. MINSAP. Embarazo Ectópico. Orientaciones Metodológicas C. Habana :MINSAP ; 2002.
5. Martin JM. Abdominal Pregnancy. Curr Concepts Man. 1988; 71:549.
6. Naim A. Retained Abdominal pregnancy. Aus NZJ Surg. 1996; 6:175.
7. Uzandizaga JA. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Madrid: Interamericana; 1998.p. 266-76.
8. Jaramillo M. El Embarazo Abdominal: análisis de una "epidemia". Rev Colombiana Ginecol Obst. 1998; 49(2):97-100.
9. Cunningham MD Williams Obstetricia. 2da ed. Barranquilla: Espriellabe y Asociados; 1992;66-9.
10. Hincapié C, Litopedion L. Dagnóstico diferencial de tumor de ovario. Informe de un caso Rev Colombia Méd. 1995; 26: 30-2.

## SUMMARY

Ectopic pregnancy is an extremely dangerous entity, leading to a high mortality if an adequate diagnosis and an early treatment are not made. During the last decades its frequency has increased, oscillating from 4, 5 to 12, 5/1 000 pregnancies. We carried out a retrospective study, beginning from a case we attended when we were in an international mission in Guatemala. We present a graphic testimony of the case.

**MeSH:**

**PREGNANCY, ABDOMINAL/diagnosis**  
**PREGNANCY, ABDOMINAL/therapy**  
**PREGNANCY, ABDOMINAL/mortality**  
**PREGNANCY, ABDOMINAL/epidemiology**  
**GUATEMALA**  
**HUMANO**  
**FEMENINO**

### **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Almanza Fonseca A, Almanza Mederos A, Fernández Alonso D. Embargo abdominal a término. Presentación de un caso. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2007; 29(6). Disponible en  
URL: [http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol6%202007/tema\\_16.htm](http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol6%202007/tema_16.htm) [consulta: fecha de acceso]