

11217
54
Zej.

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social



EMBARAZO ABDOMINAL

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE;
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:

DR. ANIBAL LASTRA LASTRA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

I	HISTORIA.	I
II	DEFINICION Y CLASIFICACION.	7
III	INCIDENCIA.	7
IV	ETIOLOGIA10
V	CUADRO CLINICO.12
VI	METODOS DIAGNOSTICO15
VII	TRATAMIENTO25
VIII	COMPLICACIONES.30
IX	MORBIMORTALIDAD FETAL33
X	PRESENTACION DEL CASO CLINICO34
XI	BIBLIOGRAFIA.38

I) Historia.

La primera descripción de un embarazo abdominal avanzado fue escrita hace cerca de 1000 años por Albucasis, quien ha sido considerado como el más importante cirujano de la Medicina Arabe. Albucasis vivió en Córdoba, España durante el siglo X (936-1013) y médico del Califa Abdur Rahman III. Su tratado de cirugía es tomado como un libro de texto en la Medicina Medicina Medieval, su primera edición fue hecha en Venecia en 1497, poco después del advenimiento de la imprenta, una segunda edición se imprime en Oxford en 1779 por John Channing. Por varios siglos dominó su influencia dentro de la cirugía.

A continuación se describe un caso de embarazo abdominal-secundario como lo reseña Albucasis: "En una ocasión vi a una paciente gestante, que su feto había muerto en su vientre. Después volvió a concebir, pero el producto nuevamente falleció, Semanas más tarde, presentó una área indurada en la región umbilical, que progresivamente se distendió hasta abrirse y drenar espontáneamente material purulento. En esta época fui consultado por no haber cicatrizado la herida. Por esta razón aplique algunos ungüentos en la zona cruenta, con los cuales fue posible cerrar la lesión. Ocasionalmente, salieron huesos a través de la abertura, este hecho me hizo pensar en la posibilidad que procedían de un producto fallecido en el interior del abdomen materno. Por eso, investigue directamente sobre la induración y extraje algunos huesos. Posteriormente, la mujer se recuperó, sólo ocasionalmente había expulsión de material purulento a través del trayecto fistuloso".

Desde los tiempos de Albucasis hasta los inicios del siglo XIX hubieron referencias aisladas e interesantes ejemplos de embarazo extrauterino avanzado, pero no estudios detallados ni se sugirieron los tipos ni su clasificación.

La guía de mayor valor que apareció en la literatura en este período fue la Genealogía de la Ginecología escrita por James V. Ricci, ésta obra fue un trabajo monumental indispensable para el estudio de la historia de la Ginecología a través de los siglos.

La mayoría de los casos conocidos de embarazo abdominal observados antes del siglo XVI fueron descritos en el Compendio de Conocimientos Ginecológicos en 1597 por Israel Spach de Estrasburgo. En el cuarto volumen de más de 1000 paginas, escrito parcialmente en griego, pero principalmente en latín, fue el precursor de los modernos libros de texto, ya que contenía varios autores, entre ellos: Gaspar Bauhin, Félix Plateus y Mauricio Ordeaus; los cuales habían tenido experiencia en el embarazo abdominal.

En el capítulo escrito por Bauhin, el autor detalla el célebre caso de Jacob Nuffer, que es de interés no por ser ejemplo de una operación cesárea clásica, pero si de un embarazo extrauterino de término. A continuación se describe una traducción del texto original:

"En el año de 1500, Elisabeth, esposa de Jacob Nuffer, estaba embarazada castrando un cerdo en la Villa de Singerhausen, Zuisa, cuando iniciaron contracciones de trabajo de parto, las cuales se prolongaron durante varios días. Por este —

motivo se solicitó ayuda a trece comadronas y a varios litotomistas. Sin embargo, la ayuda no fue capaz de resolver el problema, entonces el esposo decidió practicar una litotomía a su mujer, previa permiso del magistrado de distrito, quien le transfirió la responsabilidad si ocurría algo. Jacob regresó a su hogar y expulso del mismo a once de las trece comadronas que se enpontraban con su esposa, permaneciendo en su interior dos de ellas para ayudarlo en el procedimiento. Posteriormente, cerró la puerta y colocó a su mujer encima de la mesa e hizo una incisión en la pared abdominal, similar a la practicada en el vientre de los cerdos, y extrajo una criatura sin lesiones. La herida fue cerrada con la misma técnica empleada por los cirujanos veterinarios y cicatrizó sin complicaciones.

Muchos años después de la operación, Elizabeth dió a luz gemelos, uno de los cuales se llamó John Nuffer que fue magistrado de Singerhaussen a los 60 años y vivió hasta los 83. La señora tuvo otros cuatro hijos. El niño que nació por la intervención vivió hasta los 77 años.

El caso descrito es reconocido como el primer parto abdominal con supervivencia para la madre y su hijo después de una laparotomía.

El litopedión de Sen ha sido reportado en el Ginecorium de Cordeus. Este caso ocurrió en la primera mitad del siglo XVI, el niño permaneció en el abdomen 31 años y a la muerte de la paciente a los 71 años se encontró un feto enquistado y petrificado en la parte baja del abdomen.

El reporte de Christopher Bain también corresponde a este período. Este cirujano, operó a una mujer italiana en 1540 y extrajo el esqueleto de un producto. Los honorarios cobrados por este procedimiento, fuerón diez piezas de oro si la paciente sobrevivió, y si cuerpo si fallecía, siendo exitosa la operación.

Horstius, en 1563 reportó el caso de una mujer quien había tenido en su vientre un producto durante 14 años. En 1584, Félix Platter extrajo partes fetales en estado de putrefacción por una fisula umbilical con éxito.

En 1595, Primorose describió el caso de una paciente de 30 años, quien se embarazó en marzo de 1591, al término de su gestación hubo un falso trabajo de parto por varios días, a las pocas semanas del suceso se reiniciáron menstruaciones espontáneas. Para 1594, nuevamente se embaraza, a los 8 meses desaparecieron los movimientos fetales. En el 95, aparece una fistula en la región umbilical, de la que Jacob Noierus extrajo un feto muerto, dos meses más tarde surgió otro trayecto similar, pero en esta ocasión la opera Stephanus Mainaldus, quien extrae muchos huesos y material en descomposición. Este es el primer caso de embarazo extrauterino bilateral.

Jean Riolan, cirujano y anatomista de Paris, tiene el crédito de haber reseñado el primer casos de embarazo tubario roto en 1616. El describe a una mujer de 31 años, quien subitamente presenta dolor en la parte baja del abdomen e irradia al torax. El cuadro doloroso toda la noche y el fallecimiento ocurrió a la mañana siguiente. La autopsia hecha por Riolan demostró un feto en la trompa derecha con un utero normal.

En el siglo XVIII los conocimientos al respecto se fueron acumulando y aparecieron numerosos reportes interesantes. Como, por ejemplo el caso de Anna Mullern descrito por el Dr. Steigertal en las discusiones de la Real Sociedad de Londres. --- Cuarenta y seis años antes de su fallecimiento, por presentartodos los datos comunes de un embarazo y un falso trabajo de parto. A su muerte a los 94 años, ordenó se le practicará una autopsia, durante la cual se localizó en la pelvis una pelotablanquecina, claro ejemplo de un litopedión.

Hacia el año de 1723, Robert Houston describió otro caso ante la Real Sociedad de Londres que habfa sido diagnosticado como embarazo extrauterino, al ser intervenida la paciente se encontró un producto en medio de las visceras abdominales y el utero vacío. El cirujano, no fue capaz de resolver el caso, --- por lo que decide cerrar la pared abdominal. Semanas después--- la paciente desarrolló una fístula en la región umbilical y falleció cinco años más tarde.

La primera laparotomía hecha en América para extraer un embarazo abdominal fue practicada por John Bard en 1759 en la Sra. Stagg. Los detalles de esta operación fueron descritos en Londres, por el cirujano de Nueva York, John Fotherhill.

Las investigaciones de Parry, han sugerido que hubieron--- tres casos más en Norteamérica antes del siglo XIX. En dos de estas intervenciones intervino el Dr. William Bayham de Virginia; que operó a la esposa de un plantador y a una mujer negra.

Durante el siglo XIX, tres fueron los trabajos importantes de embarazo abdominal. El primero escrito por William Camp

bell: Memoria sobre gestación extrauterina, publicado en 1840 en la Ciudad de Edimburgo. Campbell reunió todo el material de embarazo extrauterino de su tiempo, por lo que se considera la principal referencia de todos los escritos posteriores sobre el tema.

. La segunda publicación de embarazo extrauterino, fue escrita por John S. Parry de Philadelphia en 1876. En esta aportación se revisan más de 500 casos de la literatura mundial. Este trabajo dió la pauta para el tratamiento de las gestaciones ectópicas.

La tercera contribución correspondió a la pluma de Lawson Tait quién describió "Lecciones sobre embarazo ectópico y hematocele pélvico. En este estudio, el autor da las bases para la moderna clasificación de la gestación extrauterina. Así mismo reporta la experiencia de 42 casos operados por él, con dos fallecimientos. Una gran parte del trabajo versa sobre la abdominociesis, dando una clara descripción de los mecanismos por los cuales un embarazo tubario, puede evolucionar hasta término de la gestación. Describe el tratamiento realizado en cinco de estos casos, en dos de ellos extrajo productos y placentas y en los tres restantes sólo los niños con placenta in situ. En todos los casos hubo supervivencia de las madres.

Desde la época del Lawson Tait, el embarazo abdominal avanzado no ha disminuído en su frecuencia. Se ha observado que cuando no hay manejo oportuno de un embarazo ectópico y si este sobrevive a las primeras semanas de desarrollo da origen a una abdominociesis, tributaria de tratamiento quirúrgico en cualquier etapa que se encuentre (35).

II) Definición y clasificación.

El embarazo abdominal puede ser primario, implantándose el óvulo fertilizado en el interior del abdomen ó más comunmente secundario a la ruptura, manteniendo el trofoblasto su inserción tubaria ó transplantándose todo el óvulo en alguna parte posterior al aborto del oviducto (6).

Studdiford en 1944, sugirió los criterios para determinar si se trata de un embarazo abdominal primario, a saber:

- a) Trompas y ovarios sin evidencia de embarazo reciente.
- b) No deberá haber evidencia de una fistula utero-peritoneal.
- c) El embarazo tendrá relación exclusivamente con la superficie peritoneal y ser joven, con el objeto de eliminar la posibilidad de implantación secundaria, seguida de una nidación primaria en las trompas (52).

La nidación primaria del óvulo, presumiblemente ocurre — cuando la fertilización se lleva a cabo en la porción terminal de las trompas de falopio ó en la superficie del ovario, en estas condiciones el huevo no toma su curso normal a travez de los oviductos, madurando e implantándose en la superficie de los organos abdominales (32).

El embarazo abdominal secundario es aquel que ocurre posterior a la ruptura de una gestación ectópica tubaria (ver más adelante).

III) Incidencia.

La incidencia de esta entidad clínica es variable según se señala en la tabla No. 1, dependiendo ello de varios factores, — siendo el principal, respecto a lo cual se relaciona la fre—

cuencia del padecimiento, así tenemos que Gordillo-Fernandez y cols. (24) lo relaciona con el número de nacidos vivos, López-Ortiz y cols. (38) con el número de nacimientos en general, Trejo-Ramírez y cols. (53) con el número de la pacientes obstétricas egresadas y Hersh y cols. (27) con el número total de embarazos.

Las diferentes cifras de incidencia son determinadas por factores socioeconómicos y raciales (47). Beacham y cols. (1) del Hospital de Caridad de Nuevo Orleans tienen una relación 1:331, Crowford y cols. (14) del Hospital de Caridad de Sheverport reporta 1:3161, en ambas instituciones se atienden pacientes con una condición económica similar. Sin embargo, en el Centro Médico de la Universidad de Indiana donde acuden mujeres de nivel socioeconómico más elevado la frecuencia disminuye ostensiblemente 1:7931 nacimientos (50).

La frecuencia del factor socioeconómico en nuestro país es bien clara. Gordillo-Fernandez y cols. (24) del HGO No. 2 del CMN del I.M.S.S. señala una incidencia de 1:24709 nacidos mientras que Trejo-Ramírez y cols. del Hospital de la Mujer de la S.S.A ha reportado 1:6294 egresos obstétricos. En ambos casos se trata de mujeres que tienen un origen étnico similar, pero las que pertenecen a la Seguridad Social tienen un nivel económico por arriba, de las pacientes que acuden al hospital para la Asistencia Pública. (53).

En el aspecto étnico, la influencia que tiene este factor no es muy clara. Tan y col. (52) reportan 1:50,820, mientras que King señala 1:8,550. En ambos casos se trata de hospitales generales y de origen racial similar.

1951	King	1:8,550	Embarazos	Hong Kong
1956	Crowford	1:3,161	Nacimientos	Sheverport.
1957	Zuspan	1:15,000	Embarazos	St. Louis Missouri.
1960	Tan	1:50,820	Nacimientos	Singapore.
1962	Beacham	1:3,371	Nacimientos	New Orleans.
1963	O'Leary	1:11,000	Nacimientos	Washington.
1977	Hersh	1:15,000	Embarazos	Pensylvania.
1977	Strafford	1:7,931	Nacimientos	Indiana.
1974	López	1:13,020	Nacimientos	HGO No. 3 IMSS
1978	Gordillo	1:24,709	Nacimientos	HGO No. 2 IMSS
1981	Trejo	1:6,294	Nacimientos	H. de la Mujer SSA

Beacham y cols. (3) han atribuido la alta incidencia de--
abdominociesis en pacientes indigentes y semiindigentes a la
baja cultura médica. Pues cuando tienen una historia compati--
ble de aborto tubario no acuden a los servicios médicos, prefi
riendo tolerar el cuadro clínico, el cual puede pasar de su --
estado agudo y continuar con un embarazo abdominal secundario.

IV) Etiología.

- 1) Embarazo ectópico tubario.- La historia de embarazo ectópi--
co tubario roto es la principal causa atribuida a un embara--
zo abdominal. Hreshyshyn y cols. (29) atribuyen a este acci--
dente a 82 de sus 101 casos revisados.

La ruptura hacia la cavidad abdominal sobreviene en --
las primeras 12 semanas de gestación. Al escapar el feto en
el momento de la ruptura, el efecto sobre el embarazo varia
ra de acuerdo con la extensión y lesión sufrida por la pla--
centa. Si resulta gravemente afectada, la muerte del feto y
la terminación del embarazo son inevitables, pero si la ma--
yor porción de la placenta se mantiene adherida a la trompa
es posible un ulterior desarrollo, y entonces el feto puede
sobrevivir hasta término dando origen a un embarazo abdomi--
nal secundario. En tales casos la trompa puede cerrarse so--
bre la placenta y formar un saco en el cual permanece adhe--
rida a la pared tubárica, su superficie en crecimiento se --
extiende más allá de ella y establece conexiones con los or--
ganos pélvicos circundantes. De esta manera, la placenta --
puede estar adherida a: útero, piso pélvico, recto e intes--
tino (39).

- 2) Histerectomía total.- Los embarazos abdominales suelen ocurrir antes y después de una histerectomía total abdominal-vaginal (31).

Cuando la gestación se presenta antes de practicar el procedimiento quirúrgico, el embarazo suele ocurrir en la parte final de la trompa uterina, con un posterior aborto-tubario, que se implanta en alguna porción de la pélvis -- (36);

Aquellas gestaciones posteriores a la histerectomía -- se atribuyen a la presencia de un trayecto fistuloso que -- comunica a la vagina con las trompas de falopio, el cual -- es una vía útil para que el esperma llegue al óvulo (18).- En el abordaje vaginal, probablemente ocurra con más frecuencia esta complicación, ya que se ha encontrado dicha -- fistula en ocho de los embarazos que ocurrieron después de practica de dicho procedimiento y dos cuando se indicó -- vía abdominal (31).

- 3) Endometriosis.- El embarazo abdominal ha sido asociado con focos endometriósicos en: útero (59), fondo de saco de Douglas (12), y subdiafragmática (42). Estos hallazgos sugieren que el óvulo fertilizado es expulsado a la cavidad abdominal y el sitio de tejido más susceptible para la implantación son los focos endometriósicos, ya que proveen al -- producto de un medio adecuado para el desarrollo (32).
- 4) Dehiscencia postoperatoria de histerotomía.- King (34) reportó la experiencia de cuatro casos de embarazo abdominal posteriores a la dehiscencia postoperatoria de la herida --

uterina de una cesárea previa. En tres de sus cuatro casos publicados, el huevo se había implantado en el epiplón que tapaba el defecto uterino, mientras que el cuarto se adhirió a la pared abdominal y se implantó en forma de embarazo abdominal primario.

V) Cuadro clínico.

1) Antecedentes.- El embarazo abdominal se observa con mayor frecuencia en mujeres de baja paridad (3). Strafford y cols. (50) en una publicación frecuente, presentó once casos de embarazo abdominal, en donde el 45% de las pacientes correspondía a primigestas, el 18% a secundigestas, el 9% a multiparas y el restante 27% no tenían registro del número de gestaciones. Sin embargo, estos hallazgos no han sido corroborados en la literatura nacional. López Ortiz y cols. (38) en un reporte de doce casos sólo encontró el 16% de primigestas, mientras que el restante 84% correspondían a mujeres multiparas.

Trejo-Ramírez y cols. (53) encontraron que el 35% de sus casos reportados tenían antecedente de intervención quirúrgica pélvico-abdominal y el 45% cursaban con algún tipo de esterilidad. Ambos hechos sugieren que los procedimientos quirúrgicos e infecciosos de los órganos pélvicos pueden ocasionar algún tipo de lesión sobre las trompas de Falopio con formación de adherencias en la luz e impidan el libre tránsito del óvulo y/o espermatozoide ó bien en el momento que ocurra la fertilización favorezca el desarrollo de un embarazo en la salpíngex, que posteriormente sea abor-

tado a travez de las fimbrias ó por una ruptura de los oviductos. Este hecho, ha sido comprobado por muchos autores (32,49-50).

- 2) Síntomas.— El cuadro clínico es confuso e inespecífico, no es posible describir la clínica del embarazo abdominal, ya que — los datos aportados en el internogatorio pueden orientar a — otras posibilidades diagnósticas. Las pacientes suelen quejarse de dolor abdominal similar al observado en los casos de embarazos ectópicos tubarios rotos a la cavidad abdominal(3). — Strafford y cols. (50) encontrarón este dato en nueve de sus once pacientes. Pueden acompañarse de náusea, vómitos, constipación y poliaquiuria, similar a lo observado en los embarazos normales (43).

La duración del embarazo y el sitio de implantación placentaria se encuentran relacionados con la severidad del cuadro y la sintomatología. Si la implantación es sobre la vejiga aparece disuria, poliaquiuria y en ocasiones hasta hematuria, cuando las vellosidades coriales invaden el espesor de la pared vesical (39). La implantación intestinal puede dar origen a una obstrucción, inflamación y perforación. Es última puede desencadenar una hemorragia masiva en la luz intestinal con — rectorragia aguda (45).

En casos que la placenta se encuentra adherida al mesosalpinx puede simular un cuadro de apendicitis aguda (22), si el embarazo se encuentra adherido al hígado, produce molestias en la parte superior del abdomen dando un cuadro que puede confundirse con una úlcera duodenal (33) y cuando se encuentra —

en el fondo de saco posterior puede parecerse a un peritonitis pélvica (47).

El sangrado vaginal se observa en embarazos iniciales (39). Posteriormente se observan datos francos de embarazos como son movimientos fetales dolorosos en la parte superior del abdomen y crecimiento del mismo (31).

- 3) Signos.- El exámen abdominal frecuentemente no aporta datos — concluyentes. Pero cuando el feto es de suficiente tamaño, pueden palpase bien una situación longitudinal ó transversa. La — fácil identificación de las partes fetales, no es un signo de — utilidad, debido a que esto puede pasar en pacientes esbeltas — con pared abdominal adelgazada que cursan con un embarazo in — trauterino. Faltan las contracciones de Braxton-Hicks y el ma — saje del saco gestante a travez de la pared abdominal no provo — ca contracción del musculo uterino como frecuentemente ocurre — en las gestaciones normales (50).

Dixon y Stewart (16) han reportado la presencia de un so — plo vascular materno, más intenso que un soplo uterino normal, que se ausculta en una pequeña zona del abdomen inmediatamen — te medial a la espina ciática en el lado que se localiza la — placenta. El soplo procede de los vasos ováticos dilatados e — hipertrofiados que irrigan la placenta anormalmente situada. — El signo está aucente si el feto se encuentra muerto, pero con el producto vivo indica con bastante seguridad la posibilidad — de un embarazo abdominal.

El cuélllo se encuentra separado de la parte media, depen — fiendo ello de la posición del feto y puede dilatarse hasta 2

centímetros en el momento del trabajo de parto (39). Pueden --- descubrirse nodulaciones en el fondo de saco e incapacidad de --- la cabeza fetal para inducir dilatación cervical, desplazamiento de las pulsaciones de la arteria uterina y falta de descenso de la presentación en respuesta a la presión abdominal (43).

La mayoría de los productos fallecen, pues su situación --- es precaria por un deficiente aporte de nutrientes que condicio--- na (50). Por la vecindad de las asas intestinales, el tejido ne--- crótico libre en la cavidad abdominal, en especial cuando se en--- cuentra con cierto proceso adherencial entre ambos, puede haber una invasión de bacterias piógenas y formar un absceso. Este --- suele romperse en el punto de menor resistencia: pared abdomi--- nal, vejiga y más comúnmente intestino; de estos sitios puede --- verse la salida de las partes fetales (39).

VI Métodos diagnósticos.

1) Procedimientos clínicos.

- A) Prueba de la Oxitocina.- La prueba de la Oxitocina fue --- propuesta inicialmente por Calvin y Mc. Cord en 1934 (11) con el uso de extracto pituitario aplicado por vía subcu--- tánea, con el advenimiento de los compuestos sintéticos --- Cross (15) ha recomendado la utilización de una una uni--- dad de oxitocina subcutánea. Esta dosis, no causa contrac--- ciones uterinas palpables, pero sensibiliza el musculo --- uterino. Después de un período de 15 minutos se hace una--- inyección de cinco unidades. Si existe un embarazo intra--- uterino aparecen contracciones en los siguientes 15 minu--- tos. Esta actividad puede palparse manualmente 6 regis---

trarse en un cardiotocografo como lo recomendó Zuspan y cols. en 1957 (61).

En la actualidad se prefiere hacer la infusión de oxitocina sintética diluida y administrar el medicamento en miliunidades con incremento de la misma en forma aritmética, con esta modalidad aparecen contracciones uterinas con 3 a 5 miliunidades (62). La prueba se considera negativa si se detecta actividad contractil del útero y positiva cuando no se despierta trabajo de parto, en este caso debe pensarse en la posibilidad de una gestación abdominal y tratar de corroborar el diagnóstico por otros medios (39).

- B) Prueba de las prostaglandinas.- Orr y cols. (44) reportaron la experiencia de cuatro casos de embarazo abdominal-diagnosticado con esta droga. Ellos aplicaron supositorios vaginales de 20 mgs. de prostaglandina E2 cada 4 hrs. para inducir trabajo de parto y concluyeron que debe hacerse el diagnóstico de embarazo abdominal cuando no se presente trabajo de parto en un período de 4 hrs. y no se evacue el útero en las primeras 28 hrs.

Más recientemente Hersch y cols. (27) reportaron otros dos casos sin respuesta al tratamiento con supositorios vaginales de prostaglandina E2 a intervalos de 3 hrs. Estos autores tomaron en cuenta los efectos colaterales y el tiempo de inducción para hacer el diagnóstico de gestación extruterina (vómito, diarrea, hipertermia y rubor) y determinaron que cuando estos síntomas y signos estaban presentes, sin ex: sión del tejido fetal en pre-

I Concluyentes.

- 1) Litopedión.
- 2) Adherencia del feto a la pared abdominal materna.
- 3) Histerograffa.
- 4) Angiograffa pléfica.

II Indirectas.

- 1) Presencia de gas intestinal encima del feto.
- 2) Saco gestacional encima de la pélvis.

III Contraindicaco.

- 1) Neumoperitoneo y Pelvineumograffa.
- 2) Estudios directos del sistema venoso uterino.
- 3) Angiograffa.

IV Sugestivo.

- 1) Feto alto en posición bizarra.
- 2) Feto por encima de la columna vertebra materna en —
una proyección lateral.
- 3) Gas por encima de la presentación fetal.

V Signos dudosos.

- 1) Incremento de la claridad de las partes fetales.
- 2) Inmovilidad del feto.
- 3) Gas del intestino materno encima del feto en dos planos.
- 4) Cistograffa.

cencia de actividad uterina en un período de 36 hrs. debería hacerse el diagnóstico de abdominociesis.

2) Procedimientos de gabinete.

A) Estudios radiológicos.

a) Proyecciones simples.

- 1) Posición del feto.- El feto extrauterino ocupa una posición poco común, la mayoría de ellos se encuentran en la parte alta del abdomen ó colocado en alguna de las fosas iliacas. Rara vez el feto puede ser visto en el centro y a nivel normal, con la cabeza en la pelvis. Estos casos se encuentran cuando el feto está en el fondo del saco de Douglas y su presencia puede sugerir que la cabeza está bien encajada (55,60).
- 2) Adherencia del feto a la pared abdominal materna.- Por la ausencia del recubrimiento uterino y la posición anormal del producto, algunas partes de este se encuentran íntimamente adheridas a la pared abdominal de la madre. Este hallazgo se demuestra en las proyecciones abdominales simples y especiales. No debe de aplicarse banda compresiva para inmovilizar el abdomen, ya que produce distorsión de los tejidos blandos y los artefactos pueden interferir con la circulación por compresión de la vena cava (13).
- 3) Ausencia de sombra uterina.- Los signos previamente descritos son debidos a la ausencia de pared uterina entre el feto y la cara abdominal interna-

materna. En radiografías AP, PA y lateral tomadas en mujeres embarazadas, para investigar masas de tejidos blandos en el útero, pueden ser distinguidas si las placas son de buena calidad. En pacientes con infecciones amnióticas, las membranas se encuentran engrosadas por la inflamación y el edema puede tener adherencias a epiplón, lo cual incrementa el grosor del saco gestacional a más de 2 cms. (13).

- 4) Feto en situación poco común.- Con excepción de una situación centralmente baja del feto extrauterino que puede simular una posición de vértice normal ó presentación pélvica. En las gestaciones abdominales, la situación del feto comunmente es anormal (50).
- 5) Feto por encima de la columna vertebral.- En las gestaciones intrauterina normales no se encuentran partes fetales encima de la columna vertebral materna, sin embargo es un signo patognomónico y ocasionalmente puede ser observado en las gestaciones abdominales (54,55). Para Cockshott y col. sólo es posible identificarlo en el 8% de los casos (13).
- 6) Gas del intestino materno encima del feto.- Este hallazgo es difícil de valorar en las proyecciones frontales, sólo puede ser visto en las laterales (50). Strafford lo identifica en el 40% de los casos de su serie (50).

- 7) Gas intestinal materno por debajo de la presentación fetal.- El gas debajo de la presentación, si no corresponde al recto puede hacer sospechar de un embarazo extrauterino (25).
 - 8) Gas libre en un saco gestacional alto.- La invasión hematógica del feto por organismos formadores de gas puede seguir a la muerte fetal. El gas y la infección puede también alcanzar al feto como resultado del desarrollo de una fístula entre el intestino y las membranas. El cualquier caso la infección del saco gestacional resulta de la presencia de gas dentro de las membranas. En el producto pueden originar pequeñas burbujas de gas hasta formar grandes cavidades (25).
 - 9) Inmovilidad del feto.- Se ha señalado que el embarazo extrauterino no cambia de posición y la situación no es diferente en las radiografías seriadas (35,55).
 - 10) Litopedión.- Es un signo concluyente de una gestación extrauterina, que corresponde a la calcificación del feto y las membranas de revestimiento (47,50).
 - 11) Muerte fetal.- La evidencia radiológica de muerte fetal no es común en el embarazo abdominal, además este hallazgo no es de valor diagnóstico (10).
- b) Proyecciones contrastadas.
- 1) Histerografía.- Es un método empleado por muchos autores para el diagnóstico de embarazo abdominal-

- (46,55). Este procedimiento causaría aborto en un embarazo intrauterino. En estos casos la cavidad uterina se encuentra normal ó aumentada de volúmen, separada de las partes fetales (50).
- 2) Amniografía.- Este es un procedimiento que puede ser diagnóstico, pues evidencia el sacó gestacional por fuera del útero (13).
 - 3) Neumoperitoneo y Neumografía pélvica.- Con este método puede observarse el feto dentro de sus membranas, separado del útero. Sin embargo, tiene muy limitada aplicación en el diagnóstico del embarazo abdominal (13).
 - 4) Flebografía uterina.- La inyección de medio de contraste en el miometrio ó por caterización percutánea de la vena godanal izquierda, se demuestra el plexo venoso miometrial (48). Martin y Matheus (40) aplicaron esta técnica en pacientes con gestación extrauterina y confirmaron el diagnóstico. La información al respecto es limitada y el procedimiento es poco recomendado (13).
 - 5) Angiografía abdominal y pélvica.- La angiografía permite el diagnóstico preciso de la abdominociesis, aporta información de la implantación de la placenta y su circulación. Borell (9) y cols. han usado esta técnica en el diagnóstico de embarazo ectópico inicial. La localización de la gestación es la principal característica de esta prueba diagnóstica, demostrando la presencia de las sinuosidades placentarias lateralmente al útero. Cuando se practica en etapas avanzadas, pueden observarse: el curso de los vasos uterinos, el calibre de los vasos del

útero y anexos y la naturaleza de la circulación placentaria (9).

En un embarazo intrauterino normal, ambos vasos uterinos están crecidos. Después de acercarse al cervix, se dirigen lateralmente al útero, y dan ramas al miometrio, cerca del lecho placentario, para rodear después al feto. En el caso de una abdominociesis, los vasos no ascienden ni se extienden alrededor del feto, cursando por el cervix y después íntimamente adheridas a la pared lateral del útero y dando pequeñas ramas al miometrio (13).

En las fases tardías del exámen, el uterograma puede ser detectado por la presencia de material de contraste dentro de los espacios vasculares del útero. En estas condiciones el útero se observa pequeño y separado del feto (13).

En un embarazo normal, las arterias uterinas y ováricas están muy aumentadas de volúmen y calibre en comparación con el estado no grávido. En el embarazo abdominal, sólo los vasos que aportan sangre a la placenta, se encuentran aumentados de calibre, las ramas del útero se ven pequeñas (13).

Los angiogramas en dos casos publicados de embarazo abdominal avanzado, demuestran los hallazgos descritos - (26,57). Uno de estos casos se trataba de la ruptura reciente de una cicatriz de cesárea previa con el feto en la cavidad abdominal, donde la placenta continuó funcionando parcialmente dentro del útero, aunque el feto ha-

bía sido expulsado.

Una abdominociesis puede situarse en cualquier porción de la cavidad abdominal. Por este motivo, para conocer la circulación de la placenta, deben incluirse en las placas toda la pared abdominal y pélvica, con el objeto de cubrir todas las posibilidades de inserción. El cateter angiográfico será colocado a nivel de la 12.ª vértebra lumbar debido a que las arterias ováricas habitualmente contribuyen significativamente a la circulación placentaria en esta entidad (13).

Si la placenta se extiende a la parte alta del abdomen puede obtener su flujo sanguíneo de las arterias viscerales y lumbares en el 21% de los casos (35), este hecho es importante, ya que la parte superior de la aorta abdominal será opacificada para demostrar tales contribuciones de la circulación placentaria. En pacientes con óbitos pueden observarse anastomosis con paso de sangre a través del lecho placentario.

B) Ultrasonografía.

Cuando se usa ultrasonido se puede encontrar una imagen sugestiva de la existencia de un embarazo abdominal. Por las limitaciones de resolución del método, el diagnóstico diferencial debe incluir: a) segmento uterino, b) mioma cervical, c) masa anexial y/o retroperitoneal; con diferenciación exacta del tejido puede ser suficiente para hacer una prueba diagnóstica absoluta (28).

En el embarazo abdominal, la imagen de la placenta suele verse como una masa de degeneración, hemorragia y acu

mulación de líquido junto a la placenta que corresponde al -
saco amniótico y el producto (5).

Cuando se hace el diagnóstico de abdominociesis, la ex-
ploración ultrasónica ulterior puede ser útil para determi-
nar el diametro biparietal y el sitio exacto de inserción --
placentaria, con el objeto de planear el parto quirúrgico --
(5).

C) Termografía.

Birnbaum y col. (8) han sugerido este método para valorar --
la inserción exacta de la placenta en mujeres gestantes con-
trastornos hemorrágicos del 3er. trimestre, pues los otros mé-
todos existentes no son concluyentes para localizar la zona-
donde se encuentra adherida la placenta. Más recientemente -
Beck y col. (4) publicaron un caso de embarazo abdominal en-
donde utilizaron esta técnica para ilustrar la placenta adhe-
rida sobre la cara anterior del abdomen, con un lóbulo acce-
sorio por encima del principal sitio de implantación. Estos
estudios seriados demostraron la involución progresiva del -
tejido placentario hasta su absorción completa.

D) Cardiotocografía externa.

El diagnóstico con este método se lleva a cabo utilizando --
las pruebas sin estímulo con un equipo de monitoreo fetal ex-
terno. Hertz y cols. (28) han demostrado que los complejos -
de los movimientos fetales de un embarazo abdominal son más-
pequeños que los de una gestación intrauterina, no hubo acti-
vidad uterina espontánea, a pesar del estímulo aplicado y la
deflexión de la actitud del feto es seguida de un patron si-
nusoidal con disminución de la amplitud. Con estos hallazgos

los autores concluyeron: 1) no hay pared uterina, 2) no hay movimientos inducidos por el incremento del tono miometrial y 3) la oscilación sinusoidal puede ser efecto de la elasticidad de las membranas fetales.

Orr y cols. (44) reportaron el caso de una paciente cuya placenta estaba adherida en la hoja posterior del ligamento ancho izquierdo, ocasionando un desplazamiento antero-posterior del útero. La paciente se sometió a una prueba con stress a las 37 semanas de gestación, cuyo resultado se reportó como negativa por fallecimiento. La revisión acuciosa del trazo demostró que requirió de múltiples intentos con el cardiotocografo para obtener patrones de contracciones uterinas satisfactorios.

Por lo antes señalado, se cree que los trazos sinusoidales de baja intensidad, debe pensarse en la posibilidad de embrazo abdominal.

VII Tratamiento.

El tratamiento de la paciente que cursa con un embarazo abdominal debe de individualizarse. Cuando se busca la supervivencia fetal, la paciente será hospitalizada a esperar el momento oportuno de la operación (25). Sin embargo, en casos de hemorragia intraperitoneal la intervención quirúrgica debe ser inmediata (23). En caso de haber fallecido el feto, la intervención será después de una valoración adecuada del estado general de la paciente y precisar el diagnóstico de embarazo abdominal (50).

El en preoperatorio, debe de cruzarse suficiente sangre compatible para tenerse en la sala de operaciones y contar con mayor volumen en el banco de sangre. Junto con ello habrá una -

vena canalizada con aguja del No. 18 y si es posible contar con un equipo de infusión intraarterial (39).

Otra de las medidas generales es la descompresión intestinal por medio de una sonda nasogátrica y enema evacuante. Si el tiempo lo permite, el intestino ha de prepararse empleando limpieza mecánica y antimicrobianos (39).

La insición abdominal se hará cuidadosamente, para no caer sobre el sitio de inserción placentaria, posteriormente se abre el saco y se extrae el producto. En sitio de implantación de la placenta, debe ser cuidadosamente revisado evitando la tracción del cordón ó del saco que pueda provocar una hemorragia (3).

El tratamiento de la placenta en los casos de embarazo abdominal es un capítulo especial. Hreshchyshyn y cols. (29) en su revisión de 101 casos extrajerón la placenta en el 71.3 de las pacientes estudiadas, en las cuales, el 65.4 fue completa, el 6.9 parcialmente y en el 28.7 la placenta se dejó in situ.

La eliminación de la placenta siempre lleva consigo el riesgo de una hemorragia, por ello antes de intentar la extirpación del organo, debe de asegurarse que los vasos irrigadores de la placenta pueden ser ligados (39).

Si la placenta se adhiere al útero ó alguna zona susceptible de resección, se intenta la extracción en bloque del tejido placentario junto con el otro organo involucrado (3).

Por las manipulaciones para localizar la inserción placentaria, puede ocurrir un desprendimiento parcial de la misma. Puesto que existe el riesgo de provocar una hemorragia ma

- (1.) SEMANAS DE GESTACION
- (2.) SEMANAS DE POSTPARTO
- (3.) CONCENTRACION DE PROGESTERONA
PLASMATICA (NG/ML).

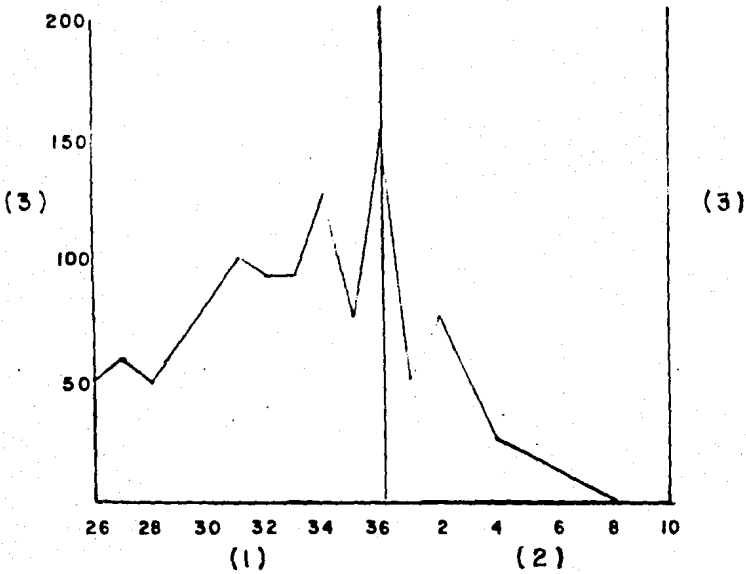


Gráfico No. 1 CONCENTRACION PLASMATICA DE PROGESTERONA
DURANTE Y DESPUES DEL EMBARAZO
ABDOMINAL (21)

siva, lo recomendable es dejar la placenta in situ si no es posible la extracción completa y cerrar la pared (50).

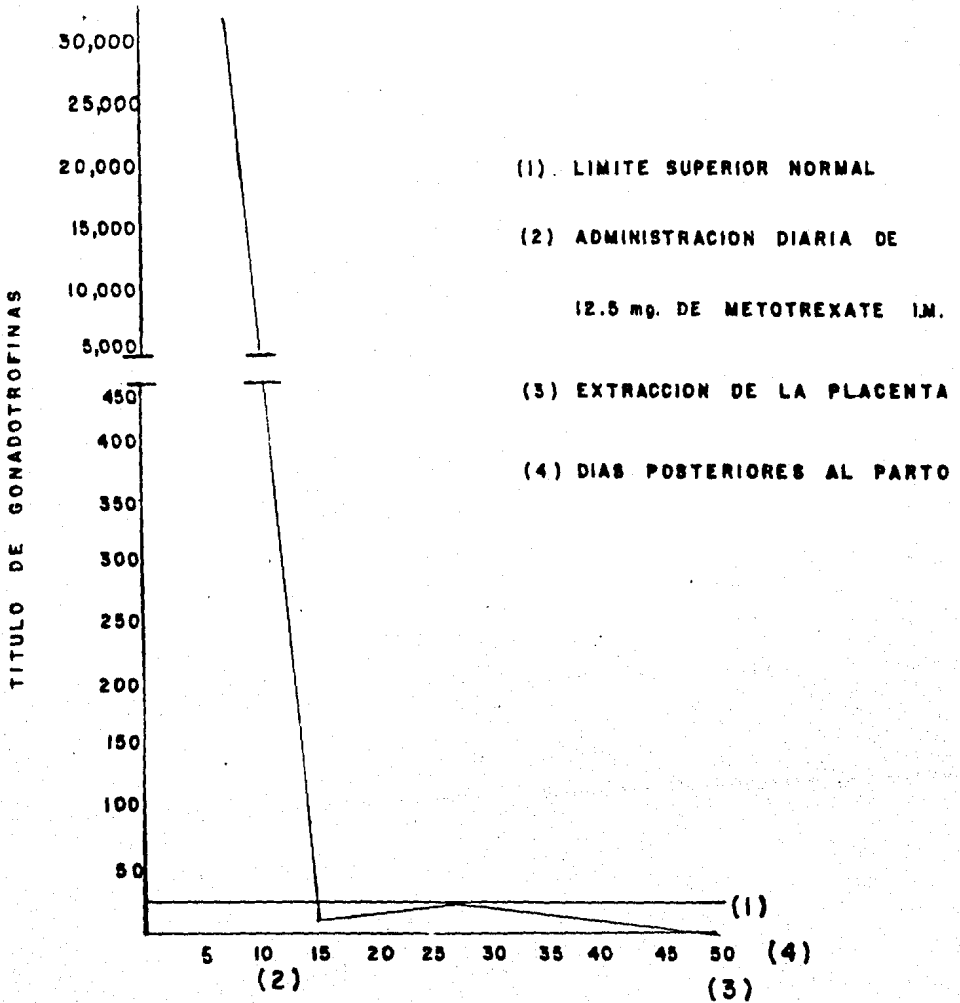
La placenta dejada en el interior del abdomen puede funcionar hasta 7 ó 8 semanas después del parto (21) (gráfica No. 1). Durante este tiempo pueden ocurrir complicaciones como hematomas e infecciones de las mismas. Una de las medidas profilácticas para evitar estas situaciones es la administración de antimetabolitos (32).

El Metotrexate ha sido la droga empleada por varios autores (32,39,57). Este antagonista del ácido fólico disminuye la vascularidad y destruye la actividad trofoblástica de la placenta, con lo cual la posibilidad de complicaciones hemorrágicas e infecciones se reducen importantemente, y la paciente puede ser sometida a una nueva laparotomía para la extracción de los restos de la placenta sin riesgo de hemorragia (39) en dos semanas, pues de otra manera se tendría que programar un nuevo procedimiento quirúrgico hasta la novena semana, siempre y cuando no se hubiesen presentado complicaciones (50).

El efecto quimioterápico del metotrexate es inhibir competitivamente los folatos reductores, con ello se bloquea la conversión a las formas dehidro y tetrafolatos, finalmente se interfiere con la síntesis de ácido desoxirribonucleico, al no existir esta no hay desarrollo de nuevas células. Además, disminuye la vascularidad y destruye la actividad trofoblástica de la placenta (57).

La droga también ha sido recomendada en aquellos casos de un feto muerto ó en donde se sospecha la existencia de un producto vivo no viable, con riesgo de desprenderse la placenta

Gráfica No.2 TITULOS DE GONADOTROFINAS OBTENIDAS DURANTE EL TRATAMIENTO CON METOTREXATE PARA PLACENTA RETENIDA DESPUES DEL PARTO DE UN FETO ABDOMINAL (39)



ta de su sitio de inserción y provocar una hemorragia profusa, probablemente fatal para la madre. El objetivo de su empleo en estas pacientes es abatir la circulación placentaria y evitar la posibilidad de complicaciones en el trans y postoperatorio. Además de ello, en una sola laparotomía se extraen todos los productos de la concepción (39). (gráfica No. 2).

El medicamento suele administrarse a dosis de 0.2 mgs. — por kg. de peso por día, vía oral cuatro días, se descansará — una semana y nuevamente se repetirá el fármaco en otros dos periódos similares. Esta dosis es aproximadamente la mitad de la que suele administrarse en neoplasias del trofoblasto. Las — constantes hematológicas deben monitorizarse con determinaciones seriadas, y al encontrarse algunas alteraciones que deno—ten hematotoxicidad, la droga se suspende de inmediato hasta — corregir la contingencia presentada (32).

VIII) Complicaciones.

A) Hemorragia.— Las causas que pueden desencadenar una pérdida sanguínea intraperitoneal masiva en el embarazo abdominal, — son la escases de decidua y la mala calidad de esta, que — predispone la separación precoz de la placenta, la erosión—del trofoblasto sobre los vasos sanguíneos (31), lesión de—la placenta en el transoperatorio y extracción de placentas adheridas (21).

La principal complicación mayor observada en el embara—zo abdominal es la hemorragia masiva con choque hipovolémico. Se calcula que un 5% de todos los casos cursan con este accidente y es responsable de la mayoría de los casos de — mortalidad (55).

Las medidas profilácticas en estos casos consisten en: evitar la lesión de la placenta, no traccionar el cordón y hacer hemostasia minuciosa de las zonas cruentas (4). Si hay hemorragia en capa, está indicado el enpaquetamiento de la zona y en segundo tiempo se procederá a su retiro (4).

Glick (24) ha recomendado para los casos de hemorragia incoersible, la ligadura de la arteria aorta por encima de su bifurcación durante 45 minutos, para hacer hemostasia de las zonas sangrantes y posteriormente retirar de sutura, supuestamente con este tiempo, la medida tomada no deja ninguna secuela a la paciente.

B) Infección.— Es la complicación que ocupa el 2o. lugar en importancia, se observa en el 1% de todos los casos de embarazo abdominal (4). La posible explicación de la infección, es la cercanía de las vellosidades coriales con el intestino y perforación instrumental del utero desde donde emigran bacterias a las zonas de licuefacción de la placenta degenerada dejada in situ (31).

Para evitar esta complicación se recomienda hacer resección en bloque de la porción intestinal con la implantación de la placenta (17).

Quando se forma un absceso, es necesario hacer un drenaje quirúrgico del mismo, en ocasiones pueden permanecer hasta 12 meses drenando material purulento (51). El curso habitual de este tipo de abscesos es la formación de fistulas, por las que se drenan espontáneamente fragmentos de productos de la concepción durante varios meses, posteriormente pueden ameritar cirugía intestinal como: resecciones

de asas intestinales involucradas y colostomías si se afecta el intestino grueso (46).

- C) Obstrucción intestinal.- Es una complicación raramente reportada, se observa en menos de 1% de los casos reportados de gestación abdominal (4).

El cuadro de obstrucción intestinal se asocia con placenta in situ y al proceso de involución de las mismas. Pueden producir cuadros recidivantes de suboclusión y obstrucción intestinal franca. mientras permanezca tejido placentario residual, las pacientes suelen quejarse de dolores abdominales intermitentes, fiebres recurrentes y malestar general por períodos de meses (31).

Una de las formas de poder evitar esta complicación es hacer una segunda laparotomía, cuando el tejido placentario haya involucionado, lo cual puede ocurrir hacia el 50o. día de la primera intervención (21).

- D) Toxemia.- Es la complicación menor más comunmente observada reportandose cifras hasta del 9% (31). El motivo por lo que se encuentra esta alta incidencia, es la izquemia a la que se encuentra sometido el tejido placentario pues en las superficies en donde se adhiere no son capaces de aportar suficiente flujo sanguíneo (2).

Frances y cols. (21) demostraron caídas en las concentraciones séricas de lactógeno placentario, estriol y estradiol en una paciente de 29 años que cursaba con un embarazo abdominal post-histerectomía, cuya gestación se vió complicada con una toxemia a la semana 36 de evolución.

El tratamiento habitual de esta complicación es reposo

sedación e interrupción del embarazo en cuanto el producto se encuentre maduro ó cuando presente datos de sufrimiento fetal y/o insuficiencia placentaria acentuada (1).

IX Morbimortalidad fetal.

La mortalidad de los productos de embarazos abdominales oscila entre el 85 al 95%. Esta tasa tan alta se atribuye a la precaria situación por la que cursan los fetos. En primer término, las placentas están mal implantadas, por lo que no se pueden desarrollar normalmente con un aporte nutricional deficiente y en segundo lugar los embarazos cursan con oligoamnios (50).

Moll (42) en 1948, reportó una alta incidencia de anomalías en los productos de gestación abdominal. Este autor encontró sólo 16 productos normales en 117 especímenes y concluyó que no más del 5 al 15% de los fetos extrauterinos pueden ser viables. Jackson y cols. (33) establecieron que el 40 al 50% de los productos tienen deformidades, de ellos el 75% corresponden a la cabeza, 50% a las extremidades inferiores y el 40% a las superiores. Las alteraciones más comúnmente reportadas son: asimetría facial, tortícolis, miembros hipoplásicos y deformidades articulares.

El origen de este tipo de alteraciones (51) en los productos es el oligoamnios con el que cursan los embarazos abdominales y por la falta de suficiente líquido amniótico, las partes fetales son sometidas a mayor presión por los órganos abdominales y las partes óseas de la madre.

El desarrollo mental posterior de estos niños es de curso

aunque hayan nacido de bajo peso por la edad gestacional. —
Cuando las deformidades de las extremidades de los niños son —
muy importantes, suelen ser tributarias a correcciones quirúr-
gicas-ortopédicas y en casos leves, los paciente responden —
bien a fisioterapia prolongada(53).

X Presentación del caso Clínico.

Se trató de una paciente de 26 años de edad, cuyos antece-
dentes importantes eran menarca a los 11 años, con ciclos se-
xuales regulares de 28x5, dismenorreica no incapacitante. VSA-
a los 24 años GI, PO. FUR 19-mayo-80. Señaló exéresis de quis-
te de ovario derecho en 1979. El padecimiento actual se carao-
terizó por cursar en el 1er trimestre con sintomatología neuro-
vegetativa matutina, en el segundo trimestre se observó creci-
miento abdominal progresivo e inicio de la percepción de los -
movimientos fetales. La paciente cursa aparentemente sin alte-
raciones hasta tres semanas antes de su ingreso al hospital, -
que deja de percibir los movimientos del producto, por lo que-
acudió a su clínica de adscripción en donde se le remitió a —
3er nivel con el diagnóstico de embarazo de término y obito —
fetal.

A su ingreso se corrobora el diagnóstico de óbito fetal—
por doptone negativo. En la exploración vaginal se encontró el
cuello: posterior, cerrado y formado. Por esta hallazgo se le-
envía al servicio de Embarazo Complicado para iniciar su trata-
miento con inducción fraccionada, se le canaliza con una solu-
ción fraccionada al 5% y se le agregan 20U de oxitocina, el —
primer día se le transfunden 20Mu por minuto las cuales se van
incrementando paulativamente, hasta llegar a 640 Mu por minuto

hacia el décimo quinto día de estancia hospitalaria. Para estas fechas los cambios cervicales continuaban siendo los mismos, a pesar de haber presentado hipertonia uterina. Por estos resultados, se pensó en la posibilidad de estar induciendo una miomatosis uterina, decidiéndose la toma de una placa simple de abdomen.

En el estudio radiográfico se encontró producto único en situación transversa, no maduro de 35 semanas, con actitud sugestiva de obito fetal. Con estos datos se decidió la interrupción del embarazo por vía abdominal.

Durante el acto quirúrgico se encontró útero no gestante de 9x7x4, ausencia quirúrgica de ovario y del tercio distal de la salpinx derecha. Pendiendo del cuerpo uterino y la salpinx izquierda se observó una tumoración redondeada, remitente y vascularizada de 18 x 15 x 15. En estas condiciones se procede a la extracción del tumor y a la practica de histerectomía total abdominal. El motivo por lo que se tomó esta conducta fue tener como diagnóstico presuntivo los siguientes: mioma degenerado y/o teratoma, a descartar tumor de krukenberg.

Doce hrs. posteriores al acto quirúrgico se despertó una controversia de que si era correcto el diagnóstico señalado previamente ó bien había una confusión de interpretación, por lo que se acudió nuevamente al servicio de radiología para observar el estudio en cuestión, encontrándose que no había equivocación en el diagnóstico y, para confirmarlo se tomó una radiografía del tumor, en donde se encontró el producto incluido en la masa extraída en la cirugía.

La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria

ria, dándose de alta al 5o. día, con la herida quirúrgica practicamente cicatrizada. La estancia preoperatoria fue de 17 — días y la postoperatoria de 5 días.

El estudio histopatológico reportó embarazo abdominal secundario con producto del sexo masculino de 38 cms. de longitud cefalo-caudal, 1400 grs. de peso, integro, bien conformado con signos de maceración y placenta succenturiata, implantada-irregularmente en la superficie interna de la cavidad quística con extensas áreas de necrosis y autólisis del cordón umbilical. Trompa uterina normal y cuerpo amarillo involutivo. Decidua ectópica de ovario izquierdo. Cervicitis crónica. Quistes de Naboth. Endometrio con cambios de autólisis.

Los resultados de laboratorio durante su estancia fueron los siguientes:

- 3-3-81 Biometría hemática: hb 11.8, ht 37, leucos 6,500 ———
CMHG 30.
Pruebas de coagulación: TP: 11.5/11.5
- 6-3-81 Biometría hemática: hb 11.5, ht 38, Leucos 8300, CMHG 30
Pruebas de coagulación TP: 12.8/11.5, plaquetas 192,000
Química sanguínea: glucosa 98, urea 23.
- 8-3-81 Biometría hemática: hb 11.5, ht 37, CMHG 31
Pruebas de coagulación: TP 10/11.5, TTP: 26/23.5, Pla-
quetas 195,000
- 9-3-81 Biometría hemática: hb 11.6, ht 37, Leucos 5900, CMHG
31.
Pruebas de coagulación: TP 12/11.5, TTP 25.1/23.3 —
Plaquetas 183,000
Química sanguínea: glucosa 78, urea 1.2, creatinina .6.

11-3-81 Biometría hemática: hb 11.1, ht 36, CMHG: 30, Leucos
8,300.

Pruebas de coagulación: TP: 11/11.5, TTP 26.4/27.

19-3-81 Biometría hemática: HB 11.8, Ht: 37, CMHG: 31.

Pruebas de coagulación: TP 13/11.5, TTP 21/22. Pla--
quetas 231,000

Bibliografía.

- 1) Anderson, H.J.: Advanced abdominal pregnancy with severe — preeclampsia. Br. J. Obstet. Gynecol. 83:90, 1976.
- 2) Baehler, R.W.: Plasma renin and aldosterone in a abdominal-pregnancy with toxemia. Am. J. Obstet. Gynecol. 122:545, — 1975.
- 3) Bazan-Sosa, T.: Comunicación personal.
- 4) Beacham, W.D. y cols.: Abdominal pregnancy at Charity Hospital in New Orleans. Am. J. Obstet. Gynecol. 84:1257, 1962.
- 5) Beck, P. y col.: Thermographic and hormonal studies of the-placenta in abdominal pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol — 99:29, 1967.
- 6) Becker, D.I. y col.: Retained abdominal placenta followed — by angiographic and ultrasound. Radiology. 119:207, 1976.
- 7) Benson, R.L.: Handbook of obstetric and Gynecology. 6stedición. Lange Medical Publications, 1978.
- 8) Bigg, R.L. y cols.: Rupture interstitial pregnancy causing-massive rectal bleeding. Arch. Surg. 91:1021, 1965.
- 9) Birnbaum, S.J. y col.: Thermoplacentography a placenta localization by infrared sensig technic. Obstet. Gynecol. — 25:515, 1965.
- 10) Borzell, U. y cols.: Diagnostic value of percutaneous retro grade arteriography of iliac artery in cases of tubal preg nancy. Western. J. Surg. 61:223, 1953.
- 11) Buchet, R.: Le lithopedion. J. Radiol. Electr. 48:537, 1967.
- 12) Calvin, J. y col.: Oxitocin test in abdominal pregnancy. — Am. J. Obstet. Gynecol. 27:421, 1934

- 13) Clark, A.D. y col.: Maternal death due to primary peritoneal pregnancy. J. Obstet Gynecol. Br. Comonw. 81:652, 1974.
- 14) Cockshott, W.D. y col.: Radiology of advanced abdominal pregnancy. Radiology. 103:21, 1972.
- 15) Crawford, J.D. y col.: Abdominal pregnancy. Obstet. Gynecol. 10:549, 1957.
- 16) Cross, J.D.: y cols.: Diagnosis in abdominal pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol 63:303, 1951.
- 17) Dixon, H.G. y col.: Advanced extrauterine pregnancy. Br. - Med. J. 2:1103, 1960.
- 18) Douglas, G.R.: Operative obstetrics. 2nd. edition. Appleton Century Crofts, New York: 189.
- 19) Editorial: Pregnancy without a uterus. Br. Med. J. 4:677, - 1974.
- 20) Eisenman, J.L. y cols.: Pelvic angiography in retained placenta of abdominal pregnancy. Obstet. Gynecol. 28:637, - 1966.
- 21) France, J.T. y col.: Maternal plasma and urinary hormone levels during and after a successful abdominal pregnancy. - Br. J. Obstet. Gynecol. 87:356, 1980.
- 22) Friederich, M.A.: Primary omental pregnancy: two cases of primary. Obstet. Gynecol. 31:104, 1968.
- 23) Gatsinsky, P.: Abdominal pregnancy. Scand. Obstet. Gynecol. 21:501, 1968.
- 24) Glick, L.J.: Aortic ligation for massive intraperitoneal hemorrhage from premature separation of placenta in abdominal pregnancy. Obstet. Gynecol. 19:265, 1962.

- 25) Gordillo-Fernandez, J. y cols.: Embarazo abdominal: Análisis de 10 casos. Ginec. Obstet. Mex. 44:383, 1978.
- 26) Greech, D. y col.: The radiological diagnosis of advanced-extruterine pregnancy. Br. J. Radiol. 38:848, 1965.
- 27) Haber, S. y col. Pelvic angiography in the management of abdominal pregnancy. Radiology. 85:904, 1966.
- 28) Hellman, L.M. y cols.: Williams Obstetrics. 14th. edition.- Appleton Century Crofts, New York: 482.
- 29) Hersh, E.G. y cols.: Undiagnosed abdominal pregnancy with-inadvertent prostaglandin administration. Am. J. Obstet. - Gynecol. 129:110, 1977.
- 30) Herz, R.H. y cols.: Diagnostic studies and fetal assesment in advanced extruterine pregnancy. Obstet. Gynecol. - - - 50:62s, 1977.
- 31) Hreshchyshyn, M.M. y cols.: What is the actual present-day management of the placenta in late abdominal pregnancy? - Análisis of 101 cases. Am. J. Obstet. Gynecol. 81:302, 1961.
- 32) Hreshchyshyn, M.M. y cols.: Amethopterin in abdominal pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 93:286, 1965.
- 33) Jackson, P. y cols.: Successful pregnancy following total-histerectomy. Br. J. Obstet. Gynecol. 87:353, 1980.
- 34) Kellet, R.J.: Primary abdominal (peritoneal). J. Obstet. - Gynecol. Br. Comonw. 80:1102, 1973.
- 35) Kerby, N.G.: Hepatic pregnancy. Br. Med. J. 1:296, 1969.
- 36) King, E.L.: Postoperative separation of the cesarea section wound with subsequent abdominal pregnancy. Am. J. - - - Obstet. Gynecol. 24:421, 1932.
- 37) King, G.: Advanced extruterine pregnancy. Am. J. obstet.- Gynecol. 67:712, 1954.

- 38) Kornblatt, M.B.: Abdominal pregnancy following a total — hysterectomy: Report of a case. *Obstet. Gynecol.* 32:488, — 1968.
- 39) Lathrop, J.C. y col.: Methotrexate in abdominal pregnancy: Report of a case. *Obstet. Gynecol.* 32:81, 1968.
- 40) López-Ortiz, E. y cols.: Embarazo ectópico avanzado. *Ginec. Obstet. Mex.* 35:689, 1974.
- 41) Martin, R.D. y col.: Uterine phlebography in two cases — of abdominal pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 86:530, — 1963.
- 42) Moll, F.D.: Abdominal pregnancy: Paediatrics aspects. — *J. Morphol.* 19:1948.
- 43) Norenberg, D.D. y cols.: Early pregnancy on the diaphragm with endometriosis. *Obstet. Gynecol.* 49:620, 1977.
- 44) O'Leary, J.A. y col.: Abdominal pregnancy. Report of a case *Obstet. Gynecol.* 21:250, 1963.
- 45) Orr, J.W. y cols.: Association of extrauterine fetal — death with failure of prostaglandin E2 suppositories. — *Obstet. Gynecol.* 53:56, 1979.
- 46) Pasternak, B.R.: Uterocenteric fistula due to advanced extrauterine pregnancy. *Arch. Surg.* 112:669, 1977.
- 47) Baja, G.R. y col.: Radiological study of advanced extrauterine gestation. *Indian. J. Radiol.* 17:37, 1963.
- 48) Santos-Díaz, A.: Abdominal pregnancy. *S. Afr. Med. J.* — 45:62, 1969.
- 49) Schussler, R. y col.: Phlebography on the uterus. A new — instrument for the demonstration of the uterine veins in — the roentgen picture. *Fortschr. Röntg. It.* 98:610, 1956.

- 50) Skinner, C.O. y col.: Advanced intraabdominal pregnancy:-
Case report with a brief review of the literature. Aust.-
N. Z. J. Surg. 46:251, 1976.
- 51) Strafford, J.C. y col.: Abdominal pregnancy. Review of cu
rrent management. Obstet. Gynecol. 50:548, 1977.
- 52) Studdiford, W.E.: Prima ry peritoneal pregnancy. Am. J. -
Obstet. Gynecol. 44:487, 1944.
- 53) Tan, K.L. y col.: The paediatric aspect of advanced abdo-
minal pregnancy. J. Obstet. Gynecol. Br. Comonw. 76:1021,
1969.
- 54) Trejò-Ramirez, C.A.: Embarazo abdominal. Revisión de 20--
casos. Ginec. Obstet. Mex. 49:89, 1981.
- 55) Weinberg, A. y col.: New sing in roentgen diagnosis of ad
vanced ectopic pregnancy J. Obstet. Gynecol. 7:99, 1956.
- 56) Weinberg, C.R. y cols.: Radiological diagnosis of extrau-
terine pregnancy. Radiology. 80:69, 1963.
- 57) Weinberg, D.C. y col. Methotrexate and the abdominal pla-
centa. Obstet. Gynecol. 33:837, 1969.
- 58) Wholy, M.H.: Evaluation of arteriogr aphy in obstetrics.-
Radiol. Clin. N. Amer. 5:121, 1967.
- 59) Williams, J. y cols.: Oligohydramnios syndrome and intra-
abdominal pregnancy. J. Pediatrics. 90:158, 1977.
- 60) Vara, P.: Abdominal pregnancy and. endometriosis. Br. Med.
J. 1:296, 1969.
- 61) Ziel, H.K. y cols. Advanced intraligamentary pregnancy: --
Report of a case with survey date. Obstet. Gynecol. 31:643,
1968.
- 62) Zuspan, F.D. y cols: abdominal pregnancy. Am.J.Obstet. Gy-
necol. 74:259, 1957.