

179
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA

"LUIS CASTELAZO AYALA"

I. M. S. S.

**DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DEL EMBARAZO
ABDOMINAL "PLACA SIMPLE"**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE

E S P E C I A L I S T A E N

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. JOSE ANGEL SANCHEZ GARCIA



IMSS
SEGURIDAD PARA TODOS

**TESIS CON
FALDA DE ORIGEN**

MEXICO, D.F.

1988



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 esta 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.

INDICE

	pág.
INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	22
RESULTADOS.....	25
DISCUSION.....	30
CONCLUSION.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	34

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Diagnosticar un embarazo en un principio, es labor que algunas veces se dificulta, por razones especiales, saber que es ectopico, más aún diagnosticar con certeza que sea un embarazo abdominal, es motivo de errores de diagnostico por parte de medicos alejados ó dedicados a la Obstetricia, él error se presenta no unicamente en el principio del embarazo, sino aún, en embarazos a termino, causa de un aumento en la morbimortalidad materno/fetal.

Cierto és que este tipo de embarazo no és nada frecuente, pero en los casos que se presenta debería ser diagnosticado oportunamente. Las estadisticas de diferentes países y autores difieren muy poco unas de otras, se admite como promedio que por cada 300 embarazos normales, se presenta un ectopico, que el 95% de los ectopicos son tubarios y que no más del 1 al 2% de los ectopicos son Abdominales, la proporción entre embarazos normoinsertos y abdominales, será de 1 en 15000. Sabemos que la Obstetricia Moderna cuenta actualmente con avanzados medios de diagnostico, entre ellos se encuentra el UESG quien muestra según la literatura consultada, una sensibilidad del 83.3% y una especificidad del 85.7% para el DX de embarazo abdominal, por otro lado, la Exploración

Radiologica a través de la placa simple de abdomen en posición AP y Lateral, motivo de este trabajo, muestra una sensibilidad del 90% y una especificidad del 75%. El objetivo del mismo es mostrar hasta que punto la PSA no es útil para el diagnóstico de Embarazo Abdominal, sin la necesidad de emplear otro medio auxiliar de diagnóstico, es bien sabido que el Embarazo Abdominal muestra signos radiológicos que se pueden considerar propios de esa patología y estando concientes de la existencia de otros tipos y medios auxiliares de diagnóstico, consideramos que la PSA sería el estudio complementario de gabinete suficiente para el diagnóstico de Emb. abdominal, ya que, por su fácil acceso, bajo costo (en relación a otros) técnica sencilla, supera a otros auxiliares de diagnóstico.

HISTORIA

Hacer historia de un tema obstetrico que aun en la actualidad se dificulta identificarlo y que muchas veces pasa inadvertido, es difícil, sin embargo, el primer caso que recuerda la historia de la Ginecología sobre embarazo extrauterino avanzado se atribuye a Albucasis, cirujano arabe del califato de Cordoba (936-1013 de la era cristiana). Desde entonces han aparecido aislados pero no menos interesantes ejemplos de embarazos extrauterinos a termino. Un estudio completo de los varios tipos y clasificaciones, no se publica sino, hasta 1953 cuando Gordon King profesor de Ginecología de la Universidad de Hong Kong presenta un trabajo ante la 64ava Asamblea de la Sociedad Americana de Genecologia, parteros y cirujanos abdominales. (1)

DEFINICION

I. Se da el nombre de Embarazo Ectopico (de EK; fuera y TOPOS: lugar) a la implantación del huevo fuera de la cavidad uterina. (2)

I.I. Embarazo Abdominal: Aquel que se implanta en cualquier sitio de la cavidad Peritoneal. (2)

FRECUENCIA

Las estadísticas de diferentes Países y Autores varían un poco unas de otras, se admite como promedio que por cada 300 embarazos normales se presenta un ectópico, que el 95% de los ectópicos son tubarios y que no más del 1 a 2% de los ectópicos serán abdominales, la proporción entre embarazos normoinseridos y abdominales varía de 1 a 15 mil, otros autores dan cifras de 1 en 2075 partos, 1 en 1372 y 1 en 24709. (3,4). (cuadro # 1).

SANDA _____ Venèzuela _____ I : 8411

RENAUD _____ Abidijan _____ I : 2792

DIBENE GERALDO _____ MEXICO _____ I.8:10 000

LOPEZ ORTIZ _____ HGO # 3 INSS _____ I : 13 020

BEACHAM _____ N. Orleans EUA _____ I : 3161

TAN _____ Singapour _____ I : 50820

HARATZ _____ Caracas Ven _____ I : 60179

GORDILLO FERNANDEZ _____ HGO # 2 CMN _____ I : 24709

TREJO RAMIREZ _____ H. de la Mujer SSA _____ I : 6424

Cuadro # 1. Frecuencia del embarazo abdominal según diferentes autores y países.

ETIOLOGIA Y CLASIFICACION

1. Embarazo abdominal primario.
2. Embarazo abdominal secundario.

1. Se admite etiologicamente embarazo abdominal primario aquel que formando el huevo se implanta en la cavidad abdominal, sin embargo es muy raro y para catalogarlo como tal, debe cumplir los criterios postulados por Studdiford:

A). Que ambas trompas y ovarios sean normales sin señal de embarazo.

B). Auscencia de cualquier signo de fistula utero peritoneal.

C). Prescencia de un embarazo referido exclusivamente a la superficie peritoneal y bastante reciente, para eliminar la posibilidad de una implantación secundaria, subsiguiente a una nidación primaria en la trompa.

En el embarazo abdominal primario, el trofoblasto destruye una zona de peritoneo y establece la nidación en el sitio en que quedara el ovulo fecundado. (5,6).

2. Secundario: Debido a una gestación originalmente

implantada en la trompa de falopio ó en algunas ocasiones dentro del utero.

Existen 3 formas:

A). Aborto Tubario: Cuando el huevo se separa de la pared tubaria a travéz de la fimbria, frecuentemente pasa inadvertido, causando solo, grados minimos de hemorragia que terminan espontaneamente. La placenta generalmente se localiza en estos casos en cara posterior de utero y/o fondo de saco posterior. (5,6,7).

B). Ruptura Tubaria: En este caso el poder histolítico del trofoblasto hace que un huevo que no llega a la cavidad uterina, inicie su nidación en la luz tubaria, y por destrucción tisular de la pared tubaria, pase a la cavidad peritoneal, la placenta usualmente se localiza en el fondo uterino ó porción superior del tubo, la implantación puede ocurrir en la vejiga mesenterio ó intestino, cualquier viscera en general y en epiplón.

Cuando la perforación de la trompa se efectua a lo largo de la linea de unión del mesosalpinx, el embrión se escapa entre los pliegues del ligamento ancho y es seguido gradualmente por la placenta, estos embarazos pueden alcanzar estadios muy avanzados y en muchos casos han llegado a termino,

en otras ocasiones se interrumpe el embarazo por comprensión excesiva, falta de circulación etc. pasando a formar un feto enclaustrado, que si no se contamina por vía hemática formando un absceso, que se abriría hacia cavidad abdominal ó se vacía en alguna de las vísceras huecas, puede en otra forma permanecer indefinidamente en este sitio, pudiendo también formar un litopedión. (5,6,7)

C). Ruptura Uterina: Muy raro, descrita por E.L. King, cuando es secundario a ruptura del útero, en el sitio de una cicatriz antigua, en estos casos la placenta puede localizarse dentro de la cavidad uterina ó en el margen de la perforación.

Estos casos, ya sea que provenga del aborto ó ruptura tubaria y uterina, si cursan con hemorragia abundante, además de los signos y síntomas clásicos de anemia aguda, la irritación del peritoneo provocará un cuadro de abdomen agudo y shock hipovolémico, donde la urgencia misma obliga a intervenir y terminar con el caso. (5,6,7).

CUADRO CLINICO

Como en un embarazo normoinserito, debemos considerar la gestación dividida en 3 tercios:

PRIMERO

Todos los signos sugestivos del embarazo normal, pueden presentarse en el abdominal, tales como; Amenorrea, nauseas vomito, lipotimias, y mastodinia, signos como la hiperpigmentación, de las areolas del pezón, de la línea media infraumbilical y de los labios vulvares es común encontrarlos, trastornos urinarios, indistintamente, se puede encontrar reblandecimiento del cervix. Todo lo anterior vienen a ser sintomas y signos de sospecha tanto de un embarazo abdominal como para un embarazo normal, ya a fines de este tercio se notan algunas diferencias que nos pueden orientar hacia el diagnostico, él normoinserito desde esta epoca provoca contracciones uterinas ó de Brxton Hicks, que nunca se notarán en el caso del abdominal, el crecimiento uterino en este primer tercio que nos ocupa, empieza a notarse, pero se detiene a medida que el tiempo avanza, por tratarse de un utero vacio donde hay ligero aumento al inicio, debido a causa hormonal y no "fetal".

Tratandose de un embarazo abdominal cursará todo el primero ó segundo més sin dolor, pero a partir de esté toda la sintomatologia dolorosa del Ectopico tubario se hará presente, pues se admite que la mayoría de los abdominales serán de tipo secundario y por lo tanto lo que estamos identificando es un embarazo tubario. El normoinserito, no tiene en condicio-

nes normales, porqué presentar dolor alguno. En caso de identificación del tubario, con probable ruptura, es de recordarse lo útil que es la punción del saco de Douglas, que por tacto bimanual se notará libre, con utero pequeño, en cambio alguno de los fondo de sacos laterales, además de dolorosos denotará la tumoración por identificar. Si después de este cuadro y sin que la paciente haya sido operada, desaparecen las molestias sobre todo dolorosas, el vientre sigue creciendo y la amenorrea persiste, debemos pensar en un abdominal.

En el caso de un embarazo abdominal primario, la sintomatología del tubario no existe, notandose unicamente el crecimiento de una tumoración intrabdominal que si comoprime algún organo (vejiga, recto) dará las molestias respectivos, pero sino, el cuadro será del todo silencioso.

SEGUNDO

Todo lo dicho para el primer tercio, lo encontramos en el segundo con mayor claridad, así tendremos el signo de Braxton Hicks más notorio si fuera un embarazo normal y la falta del mismo nos hace sopechar con más firmeza un embarazo abdominal, la palpación a través de la pared anterior del abdomen, en la mayoría de los casos será fácil identificar partes fetales con mayor claridad, nos permite apreciar la libertad de

movimientos fetales y lo fácil que es desplazar toda la tumoración. En este segundo tercio y ayudados por la auscultación se hará el diagnóstico de certeza de un embarazo, pues se percibe el foco cardiaco fetal con la frecuencia característica, por este método no es posible diferenciar si se trata de un intra ó extrauterino sin embargo, es de suponerse que se percibirán con mayor claridad los latidos del corazón fetal en un abdominal. (6,7,8,9)

TERCERO

La palpación casi directa de partes fetales a través de la pared anterior del abdomen, el tacto bimanual identificando un utero vacío, identificar el feto en la parte alta del abdomen, la prueba de la oxitocina que no dará contracciones por ser un utero vacío, la presencia de dolores abdominales severos de tipo cólico coincidiendo con movimientos del feto, son datos que podemos encontrar en esta etapa del embarazo abdominal.

El último tercio simplifica mucho más el diagnóstico, pero de no realizarlo tiene el peligro de la muerte materno fetal, un embarazo abdominal a término trae todas las molestias iniciales de un intrauterino, es lo que se llama parto "espureo" pudiendo aparecer dolores de tipo obstétrico y hasta escurri-

miento mucosanguinolento a través del cuello uterino, de aquí en adelante todo serán errores, pues al no progresar el pensado embarazo normal no tardará en morir el feto y si las maniobras, los medicamentos empleados ó espontáneamente se llega a desprender la placenta intrabdominal, la hemorragia aguda no tardará mucho con terminar con la vida de la madre mal diagnosticada.

Esto que parece imposible, es decir, equivocarse y poner en trabajo de parto a una paciente sin saber si su embarazo es intra ó extrauterino es lo más común y lo raro viene a ser que con certeza se afirme un diagnostico de embarazo abdominal.

Manifestaciones clinicas tardias: son muy variables y pueden presentarse en periodos de semanas, meses ó años entre ellas se mencionan el cese de los movimientos fetales, discretas hemorragias y expulsión de pseudomenbranas que no son sino gruesos fragmentos de decidua. El volumen del vientre disminuye, el liquido amniotico se reabsorbe y el feto es asiente de graves alteraciones. (6,7,8,9)

DIAGNOSTICO

La mayor parte de los embarazos abdominales se diagnosti-

can en el curso de la intervención quirúrgica, debido a que no presentan un cuadro característico.

En los casos que se sospecha esta posibilidad, existen algunos signos que sirvan de orientación:

- Crisis abdominales en un embarazo reciente.
- Palpación de pequeñas partes de la superficie fetal.
- Ruidos cardíacos fetales de difícil apreciación.
- Imposibilidad de palpar los ligamentos redondos y ausencia de contracciones de Braxton Hicks.
- Falsos trabajos de parto.
- Desplazamiento de cervix.
- Dolor abdominal persistente.
- Tumorción extrauterina.
- Situación alta o transversa del feto.
- Signos de muerte fetal.

Se ha utilizado la prueba de la oxitocina, ya que ante un embarazo abdominal no existe evidencia de contracciones uterinas palpables, una alternativa a la oxitocina esta representada por el uso de supositorios ó geles vaginales de prostaglandinas E2 y F2 alfa, usadas para la inducción del aborto, sospechando el DX al no presentarse contracciones uterinas en un lapso de 5 hs ó al fracaso para evacuar el utero en

un tiempo de 28 hrs.

Los niveles de progesterona, estrogénos, y lactógeno placentario son semejantes a los del embarazo intrauterino hasta la semana 32, en la semana 34 ocurre un descenso de estas hormonas. Algunas mediciones hormonales indican que la placenta permanece activa 7 semanas cuando se deja in situ. (1,6,7,8, 9,10).

Examen Radiológico: Es indudablemente la mejor ayuda para el diagnóstico. Mediante una radiografía simple se puede apreciar el feto en actitud anormal, en una radiografía lateral aparecerá una delgada capa de tejido blando sin la sombra que representa el espesor de la pared uterina.

Otros datos importantes que pueden apreciarse mediante Rx son los cambios que pueden ocurrir en el feto y su saco, el signo de Spalding es muy evidente y en los casos en que ha ocurrido infección del saco el esqueleto se presenta como una masa ósea amorfa. En los casos avanzados pueden observarse áreas de calcificación en las partes blandas fetales ó en la placenta y membranas como etapas del desarrollo de un litopedión. (1,6,7,8,9,10,11,12).

Cockshott y Lawson en 1972 clasificaron los signos radio-

logicos del Embarazo Abdominal de la siguiente manera:

DUDOSOS

Aumento de la claridad de las partes fetales, inmovilidad ó posición no cambiante del feto, superposición del gas intestinal de la madre en dos planos.

SUGESTIVOS

Situación fetal elevada con presentación anormal (pelvica transversa). Sobreposición del feto en la columna materna (proyeccion, lateral), interposición del gas materno sobre las partes fetales.

INDICATIVOS

Gas libre contorneando el saco gestacional, hidramnios extra-pelvico, masa abdominal baja.

CONCLUSIVOS

Litopedión, union intima del feto a la pared abdominal materna (proyección lateral), ausencia de sombra uterina gestante. la histerografía muestra la cavidad uterina y trompas, con el feto extrauterino y la angiografía pelvica señala

la posición anormal del utero, los vasos placentarios, y placenta (14,15)

Se han utilizado radioisotopos para localizar la placenta y cuando se usa este metodo, se protege a la madre y feto con lugol yodado 12 gotas/ antes del examen y 10 gotas 3 veces al dia por 2 semanas despues de practicado el estudio. (9,10, 11,12). (16)

Los Criterios Diagnosticos Ecosonograficos son:

- Feto ó saco gestacional fuera del utero.
- Aproximación exagerada del feto hacia la pared abdominal materna.
- Masa identificable como utero separado del feto y vejiga.
- Localización de la placenta fuera de la cavidad uterina (9)

TRATAMIENTO

Es indudable que el tratamiento correcto es la laparotomia cuando se ha llegado a un Diagnostico preciso, cuando el embarazo es mayor de 18 semanas, el saco gestional tiene adherencias a organos vecinos, las cuales son extensas, firmes y vascularizadas, especialmente a nivel de la placenta, resulta

mejor intervenir cuando se establece el Diagnostico salvo el caso de un embarazo cerca de la viabilidad en el que la intervención acepta un margen de espera con el objeto de obtener un niño viable (1,9)

Surge la discusión cuando se trata de la conducta a seguir con la placenta, parece indudable que lo ideal seria extraer feto y placenta al mismo tiempo, pero en la mayoría de los casos las conecciones vasculares son tan extensas que su extracción pondria en peligro la vida de la paciente, la eliminación de la placenta lleva el riesgo de hemorragia por lo que antes de extirparla el Médico debe estar seguro de que los vasos que irrigan la placenta pueden ser ligados, resulta sorprendente como la placenta en ocasiones se separa parcial ó totalmente por si sola aún cuando se encuentre unida el saco de douglas, paredes intestinales, epiplón ó al utero. Si la placenta esta implantada en organos vitales ó si no es posibles ligar los vasos que la irrigan su extracción esta contraindicada, en estos casos se liga el cordón umbilical lo más cerca posible de su unión y se cierra el abdomen, recomendado su extirpación algunas semanas después cuando la placenta ha sufrido reabsorción y/o atrofia como promedio se sugiere su extirpación ó a 8 semanas después de la extracción del feto. (1,7,9,10,12).

Concluyendo el manejo de la placenta se puede realizar de las siguientes maneras:

- Placenta ligada in situ.
 - Placenta ligada in situ empaquetada y con drenaje.
 - Placenta ligada in situ con marzupialización.
 - Placenta extirpada.
 - Placenta extirpada a todo lo largo de su organo de unión
- (13).

Se han utilizado el Metrotexate ó Actinomicina D a dosis antineoplasicas para destruir el trofoblasto y acelerar la resorción de la placenta ya sea infiltrando estos medicamentos a los vasos placentarios en el momento de la cirugía ó administrados sistemáticamente RAHMAN, no recomienda su uso puesto que produce destrucción rapida de la placenta con acumulación de tejido necrotico dentro de la cavidad peritoneal lo que favorece la infección. (17).

La gonadotrofina corionica desciende por debajo del limite de sensibilidad para su analisis en la sexta semana del postquirurgico, siendo negativos las pruebas después de esta fecha. Se ha empleado tambien la angiografia y el ultrasonido demostrando estos resorción de la placenta a la sexta semana del postoperatorio, sin embargo el examen sérico radionúclido

con Galio es útil para seguir la resorción placentaria observando que después de 30 días está ya no se encuentra. (9)

De todas formas es importante que cada caso sea menajado individualmente y se resuelva el problema una vez extraído el feto.

COMPLICACIONES

Al dejar la placenta in situ se presentan infecciones, abscesos, adherencias, obstrucción intestinal, dehiscencia de las suturas y reacciones febriles prolongadas, tambien se han observado fistulas y lesión de vejiga. Levitt, comunico un caso complicado con obstrucción ureteral de ambos lados por compresión del feto y la placenta sobre los ureteres. Semchyshyn, observo un embarazo abdominal complicado con TB genital y renal, ademas de anemia hemolitica. Anderson, informo un embarazo abdominal de 34 semanas con preeclampsia grave que causo la muerte al feto; el cuadro clinico era indistinguible del que ocurre en un embarazo intrauterino, mencionando que ni la decidua ni la distención uterina son esenciales para el desarrollo de esta alteración.

Se han observado casos en los cuales los fetos presentaron malformaciones debidas a oligohidramnios y bandas amnioticas;

así mismo se registro un caso en el cual el niño nacido se examinó a los 10 meses de edad mostrando desarrollo somático y mental retardados. (9).

PRONOSTICO

Lawery y Bowes concluyeron que el retardo en el diagnóstico era directamente la causa de las muertes maternas y fetales. Ware en 1948 cito una tasa de mortalidad materna de 14.4% mientras Beachman en 1962 informo una mortalidad materna de 6%, otros autores como Gordillo F. no informaron muertes maternas.

El pronostico fetal es grave, la mortalidad promedio es de 85.6%, aunque Trejo informo una mortalidad del 66.3% y Rahman observó una mortalidad perinatal de 50%, Shott informo que varía de 60 a 95% considerando todos los embarazos abdominales, pero sí solo contamos los productos nacidos viables, la mortalidad fetal sería de 30 a 50%. (9)

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión a partir de 1965 a julio de 1987 de Expedientes radiológicos con DX de Embarazo Abdominal de los Hospitales Gineco #1 y Gineco #4 del I.M.S.S. logrando recabar 8 casos.

Se analizó cada expediente por separado buscando signos radiológicos de Embarazo Abdominal, dividiendolos en dos grupos de la manera siguiente:

I. Del feto

Situación anormal.

Brillo y claridad inusual de las partes oseas fetales.

Situación no cambiante.

Partes fetales muy cerca de la pared abdominal materna.

Partes fetales superpuestas a la columna materna.

Situación exentrica.

2. Otros

Ausencia de sombra uterina gestante.

Gas materno superpuesto a las partes fetales.

Masa abdominal baja.

Edad Osea.

Signos de obito.

Estos signos se vaciaron en tres cuadros anotando un: sí en los positivos y un /-/ a los negativos.

En todos los casos se uso la tecnica y pelicula habitual para la placa simple, asi como para su revelado.

RESULTADOS

RESULTADOS

En los 8 casos se encontró presentación ó situación anormal siendo en todas exentrica, 3 de ellos eran pelvicos y 5 transversos, el brillo inusual de las partes oseas fue apreciado en 4 casos, y la posición no cambiante se observó en todos, las partes fetales muy cerca de la pared abdominal materna fue observada en 5 casos (proyección lateral) y las partes fetales superpuestas a la columna lumbar materna se aprecio en 7 casos, (proyección lateral), la situación exentrica fue igual numero de casos, observando al feto en 3 del lado izquierdo materno, en 2 desplazando hacia arriba, en uno del lado derecho y otro en fondo de saco de Douglas.

La edad osea radiologica se calculo en todos los casos, siendo la menor de 14 semanas y la mayor de 38, signos de obito se encontraron en 3 casos, la ausencia de sombra uterina gestante se aprecio en 7 al igual que el gas materno superpuesto a las partes fetales, la masa abdominal baja se observo en los 8.

Debido a que nuestro grupo es pequeño no se pueden concluir resultados estadisticos, sin embargo observabos que la mayoría de los signos se pueden encontrar en este tipo de estudio mediante una acusiosa interpretación, como lo han demostrado otros trabajos realizados por diferentes autores.

SIGNOS RADIOLOGICOS EN PLACA SIMPLE DE ABDOMEN EN EL
 EMBARAZO ABDOMINAL

OTROS

CASO	1	2	3	4	5	6	7	8
AUSENCIA DE SOMBRA UTERINA GESTANTE	SI	-	SI	SI	SI	SI	SI	SI
GAS MATERNO SUPERPUESTO CON PARTES FETALES	SI	-	SI	SI	SI	SI	SI	SI
MASA ABDOMINAL BAJA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

SIGNOS RADIOLOGICOS EN PLACA SIMPLE DE ABDOMEN EN
EL EMBARAZO ABDOMINAL

DEL FETO

CASO	1	2	3	4	5	6	7	8
SITUACION ANORM.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
BRILLO INSUAL DE LAS PARTES OSEAS	SI	-	-	SI	-	SI	-	SI
SITUACION NO CAMBIANTE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
PARTES FETALES MUY CERCA DE LA PARED ABDOMINAL MATERNA	SI	-	-	SI	SI	SI	-	SI
PARTES FETALES SUPERPUESTAS A LA C. MATERN.	SI	SI	SI	-	SI	SI	SI	SI
SITUACION EXCENTRICA	SI	SI	SI	-	SI	SI	SI	SI

OTROS HALLAZGOS RADIOLOGICOS

CASO	EDAD OSEA SEMANAS	PRESENTAC. O SITUACION.	POSICION EXCENTRIC.	SIGNOS DE OBITO
1	30	PELVICA.	LADO IZQUIER.	NO
2	12-14	TRANSVERS.	SACO DE DOUGLAS	SI
3	24-26	PELVICA	LADO IZQUIER.	NO
4	36-37	TRANSVERS.	TRANSVERS.	NO
5	15-16	PELVICA	LADO IZQUIERD.	NO
6	38	TRANSVERS.	HACIA ARRIBA	SI
7	14-16	TRANSVERS.	HACIA ARRIBA	SI
8	28-30	TRANSVERS.	LADO DER.	SI

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISCUSION

DISCUSION

Consideramos que el analisis retrospectivo de cada una de las gestaciones, en especial durante el primer trimestre es fundamental ante la sospecha de embarazo abdominal secundario no asi el primario en el que su sintomatologia pudiera pasar desapercibida, se han comunicado casos de embarazo abdominal avanzado con productos vivos y aunque es extremadamente raro, se enfatiza el hecho de diagnosticar esta patologia tempranamente ya que esto disminuira la morbi-mortalidad materna y sobre todo fetal.

Creemos que para realizar el diagnostico de embarazo abdominal primeramente debemos tenerlo en mente ya que solo asi podemos utilizar los metodos clinicos y paraclinicos que lo corroboren y asi implementar el tratamiento quirurgico lo más pronto posible, aún con la incorporación de nuevos metodos diagnosticos a la obstetricia entre ellos el ultrasonido la TAC, los radioisotopos, las angiografias etc. consideramos que la placa simple de abdomen es un valioso auxiliar en el diagnostico de esta patologia ya que por los resultados obtenidos en esta casuistica y en otras realizadas por autores diferentes ha mostrado una alta confiabilidad.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. El embarazo abdominal es una entidad rara, su frecuencia varia entre 1 en 3372 hasta 1 de cada 50820 partos.

2. El diagnostico es dificil y solo se logra cuando se ha pensado en él ó bien en el transoperatorio.

3. Existen varios metodos auxiliares, sin embargo la placa simple sigue siendo primordial ya que permite hacer en diagnóstico temprano, solamente es necesario se visualice el esqueleto fetal, lo cual sucede a partir de la 14ava semana de gestación.

4. El tratamiento es quirurgico debiendo extraerse el feto y extrayendose la placenta cuando el riesgo de sangrado no sea importante ó se encuentre implantada en organos vitales.

5. El pronostico materno es bueno si el diagnostico se hace tempranamente, la morbi-mortalidad fetal es elevada.

BIBLIOGRAFIJA

BIBLIOGRAFIA

1. Rafael I. Acerca de un caso de embarazo abdominal termino con feto vivo. Rev. Obstet Gynec. (Venezuela). 20:671-87, 1960.
2. Fundamentos de ginecología. Mendez Cervantes. 343, 1981.
3. José G. F. Embarazo Abdominal. Ginec Obstet Méx. 265: 383-391. 78.
4. Cesar A. T. Embarazo abdominal. Revisión de 20 casos. Ginec Obstet Méx. 292:89-98, 1981.
5. Novak. Tratado de Ginecologia. 653, 1985 interamericana.
6. John F.J. Abdominal Pregnancy. AM J. Obstet and Ginecol. 86(4):512-520, 1966.
7. Samuel. F. A. Tres casos de embarazo ectopico abdominal y su tratamiento. Ginecologia y obstetricia de Méx. 20:669-685, 1965.
8. JS.I. MBURA. Int J Gynaecol Obstet. 24:169-176, 1986.

9. Arnoldo. G. Embarazo Abdominal. Ginec. Obstet. Méx. 54: 59-62, 1986.
10. Richard. W. Abdominal Pregnancy. Clin Obstet Gynec. 5: 1065-75, 62.
11. C. Richard. W. Radiological Dianosis of Extra-Uterine Pregnancy. Radiology. 80:69-75, 1963.
12. A.N. Astill. Advaced Abdominal Pregnancies: 2 case reports Aust. N.Z. J. Obstet. Gynaec. 20:236-239, 1980.
13. M. L. Bobrow. Management and complications of Abdominal Pregnancy. Obstetrics and gynecology. 20(2): 221-226, 1962.
14. PV. Dilts. Pelvic angiography in the diagnosis of abdominal pregnancy. AM. J. Obstet and Gynec. 96(4): 588-590, 1966.
15. Seymour. H. Pelvic Angiography in the Management of Abdominal pregnancy. Radyology. 85:904-7, 1965.
16. George C. Radionuclide Scanning Of the Placenta in Abdominal pregnancy. JAMA. 203(3):159 - 161, 1968.

17. John T. St. Methotrexate In Abdominal Pregnancy. JAMA.
208 (3): 529-531.