

# **EMBARAZO ABDOMINAL. UN RETO PARA EL ANESTESIÓLOGO**

**Autores: Dres. Silvia María Ferro Montes \*, Roberto Guzmán  
Parrado\*\*, Gisela Hernández Cabrera \*\*\*, Liana Ramírez  
Breña\*\*\* y Luis Gutiérrez Salomón\*\*\*.**

**Hospital Gineco Obstétrico Ramón González Coro**

\* Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Master en Atención Integral a la mujer. Profesor Asistente. Hospital Ramón González Coro. Ciudad de la Habana. Cuba.

\*\* Especialista de Primer Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Asistente. Hospital Ramón González Coro. Ciudad de la Habana. Cuba

\*\*\* Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Ramón González Coro. Ciudad de la Habana. Cuba.

## RESUMEN

**Introducción:** La incidencia de embarazo abdominal oscila entre 1 y 1,4 % del total y es responsable de 9 a 14,2 % de las muertes maternas en el primer trimestre del embarazo. **Objetivo:** Describir la conducta seguida ante una paciente con embarazo abdominal y feto vivo. **Presentación de un caso:** Presentamos una paciente primigesta de 30 años con antecedentes de salud ingresada por el diagnóstico de placenta previa oclusiva total. Con 38,5 semanas de gestación comenzó con fiebre, vómitos y dolores difusos abdominales, interpretándose como síntomas dispépticos. Se realizó cardiotocografía y se encontró signos de sufrimiento fetal agudo, causa por la cual se anuncia para operación cesárea de urgencia. **Resultados:** Se realizó anestesia peridural lumbar. Se encontró feto vivo en su bolsa amniótica en la cavidad abdominal con la placenta adherida a epiplón y vejiga, útero de aspecto normal, pequeño, sin ningún daño estructural. Se obtuvo recién nacido con Apgar 3,4,6 y peso de 3 400 gramos. Comenzó sangramiento abundante post-remoción placentaria con pérdidas de 70 % de la volemia. Se realizaron las acciones encaminadas a lograr la estabilidad hemodinámica intraoperatoria proporcionando una anestesia general orotraqueal y se trasladó la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos. **Conclusiones:** A pesar de constituir el embarazo abdominal una entidad extraordinariamente rara, máxime con feto vivo, se presenta una paciente con evolución y resultado satisfactorio para madre y feto.

**Palabras clave:** Placenta oclusiva total, embarazo abdominal, cesárea, bolsa amniótica, cardiotocografía.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se define como la implantación y desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina y de acuerdo a su localización puede ser: tubárico (97 %), abdominal (1-1,4 %), cervical (0,1 %), ovárico (0,5 %) e intramural (0.6%). Es responsable de 9 al 14,2 % de las muertes maternas en el primer trimestre del embarazo. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, oscilando entre los 4,5 y los 12,5 por 1000 embarazos. <sup>1</sup>

El embarazo abdominal se desarrolla en las superficies peritoneales del abdomen y su frecuencia es de 1 en 3000 a 8000 partos. Entre los factores de riesgo se mencionan: la enfermedad pélvica inflamatoria, cirugías tubáricas, dispositivos intrauterinos, promiscuidad, endometriosis, tratamientos para la fertilidad, anomalías uterinas, embarazo ectópico previo y el uso de dietilelbestrol. <sup>2,3</sup>

La mortalidad materna del embarazo abdominal oscila entre 5 y 20 % y la viabilidad fetal es ocasional (10-25 %) con una frecuencia muy alta incidencia de anomalías (35-75 %). <sup>3-5</sup>

El implante peritoneal primario del huevo fertilizado es bastante infrecuente. Los centros de alto control estimaron que la incidencia del embarazo abdominal es de 1 cada 10 000 nacidos vivos. En el Parkland Hospital donde los embarazos ectópicos son frecuentes, un embarazo abdominal avanzado se encuentra en 1 cada 25 000 nacimientos. <sup>6</sup>

La supervivencia fetal en un embarazo abdominal es excesivamente precaria y la gran mayoría sucumbe. En una revisión extensa de embarazos abdominales desde el año

1809, se encontró que la supervivencia de los neonatos nacidos después de las 30 semanas fue 63 % del total.<sup>5-10</sup>

Las mujeres con un embarazo abdominal aquejan de molestias, náuseas, vómitos, flatulencia, constipación, diarrea y dolor abdominal que pueden presentarse en distintos grados, en una etapa tardía los movimientos fetales pueden producir hasta dolor.<sup>11-16</sup>

La ecografía no es un procedimiento diagnóstico definitivo, más segura y específica es la resonancia magnética, aun así en nuestras instituciones el embarazo abdominal se ha diagnosticado incorrectamente como placenta previa oclusiva total. Es por eso que varios autores mantienen el criterio que la tomografía computarizada es superior a la resonancia magnética, pero su utilización es limitada por el efecto de la radiación fetal.<sup>6,11,12,14</sup>

El procedimiento quirúrgico durante el embarazo abdominal puede precipitar una hemorragia incoercible que está relacionada con la falta de constricción de los vasos sanguíneos hipertrofiados permeables después de la separación placentaria, he aquí la situación más devastadora que conlleva a las complicaciones anestésico-quirúrgicas para la madre.<sup>12,13</sup>

Fue nuestro objetivo describir la conducta anestésica ante una paciente con embarazo abdominal y feto vivo.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Se trata de una paciente de 30 años, con antecedentes de conización de cuello por lesión premaligna conocida como NIC II. Primer embarazo el cual se diagnosticó como embarazo intraútero y comenzó a atenderse el mismo. A las 28,5 semanas se le hizo una ecografía y se diagnosticó placenta oclusiva total, por lo que se ingresó en nuestro hospital, realizándosele posteriormente varios estudios ultrasonográficos donde se informó crecimiento normal fetal, con la placenta en la misma posición sin variación. Se decidió anunciar a las 39 semanas para cesárea electiva por el diagnóstico anteriormente planteado de la ubicación de la placenta. A las 38,5 semanas comenzó con cuadro febril, vómitos, dolores abdominales difusos, lo cual se interpretó como trastornos dispépticos, por lo que se le realizó nuevamente ecografía de abdomen y se encontró una vesícula dilatada. Se le realizó cardiotocografía fetal y se observó signos de sufrimiento fetal agudo. Ante esta situación y los antecedentes del cuadro abdominal se decidió anunciar la cesárea de urgencia con presencia de un cirujano general en el acto quirúrgico.

Se comenzó con anestesia peridural a nivel del 4 to espacio lumbar mediante la técnica de pérdida de resistencia, previo relleno vascular con Ringer Lactato a 10 ml/kg. Se utilizó Lidocaina al 2 % (300 mg). Se monitorizaron los signos vitales no invasivos Saturación de Oxígeno (SO<sub>2</sub>), presión arterial no invasiva (PNI), Frecuencia Cardíaca (FC) con monitor Nihon Kodhen. Hasta ese momento se encontraban normales. Al abrir la cavidad abdominal se encontró feto vivo envuelto en bolsa amniótica, en posición pelviana con la placenta adherida al epiplón y cara posterior de la vejiga. Se realizó extracción fetal con presencia de líquido amniótico caliente y muy fétido con Apgar 2-4-6 por lo cual se envió a la sala de cuidados intensivos neonatales. Comenzó

un moderado sangramiento materno proveniente de la inserción placentaria al tratar de remover la misma e inmediatamente se procedió a intubar y pasar a anestesia general orotraqueal estando hemodinámicamente estable, pues quisimos prever posibles complicaciones que se pudieran presentar, usando para la inducción barbitúricos (tiopental 3 mg/kg) morfínicos (fentanil 10ug/kg) y relajantes musculares no despolarizantes (vecuronium 0,1 mg/kg) Se insertó tubo endotraqueal # 7 previa laringoscopia directa sin dificultad y se instaló un régimen de ventilación mecánica con una mezcla de O<sub>2</sub>- aire a un 50% (FiO<sub>2</sub> 0,5). Se realizó abordaje venoso por vía subclavia infraclavicular derecha. Se monitorizó presión venosa central (PVC), la cual comenzó en 8 cm de H<sub>2</sub>O. Al comenzar el sangramiento y observar que este iba creciendo y como la PVC comenzó a disminuir por debajo de 7. Se comenzó la restitución del volumen perdido el cual fue calculado en 70 % de acuerdo a las cifras de la volemia inicial de esta paciente, para la cual con un peso de 65kg se multiplicó por 80 porque era un embarazo a término con 5200ml como volumen sanguíneo total, por lo que 70 % era aproximadamente de 4900ml que fue lo que perdió aproximadamente. Se inició la reposición con cristaloides del tipo del Ringer lactato, seguido de gelatinas y coloides. Se administró 4000 ml de cristaloides, 1500 ml de gelatinas, glóbulos 900 ml, sangre fresca total 800ml, plasma fresco congelado 500ml y crioprecipitado 5 unidades (175 ml) para una infusión total de 7700 ml, contra 4900 ml de pérdidas sanguíneas. Según la monitorización mantuvo saturación de oxígeno al 100 %, pero eso no es una expresión fiel de cómo está la extracción de oxígeno hacia los tejidos, hubo caída de la tensión arterial a partir que se produjo la remoción de la placenta y la cuantía del sangrado lo cual fue controlado con la adm de fenilefrina.. Se logró estabilidad hemodinámica intraoperatoria. El tiempo quirúrgico fue de 4 horas, al final la monitorización indicó: SpO<sub>2</sub> 100 %, FC 100 l/min., Tensión

Arterial (TA) 130/90 mmHg y diuresis de 100 ml a las 2 horas en el postoperatorio inmediato. Se traslada a la UCI a la cual llegó estable. Pasados 5 días la paciente regresó a la sala de hospitalización con buen estado general y con un neonato de evolución favorable (Figura 1).



**Figura 1. Madre y recién nacido al alta hospitalaria**

## **DISCUSION**

El presente caso es una presentación inusual de embarazo abdominal.

El embarazo abdominal avanzado es muy raro, pues la mayoría de los fetos sucumben. Cuando se diagnostica después de las 24 semanas el tratamiento es expectante e intrahospitalario hasta esperar la viabilidad fetal; el cual conlleva el riesgo de hemorragia intra-abdominal que puede poner en peligro la vida de la madre. Si la gestación es menor de 24 semanas es adecuado el tratamiento quirúrgico con extracción del feto debido a que la supervivencia fetal es extremadamente baja.<sup>4,5</sup>

Por lo anterior la incidencia del embarazo abdominal a término y exitoso es muy baja (1 de cada 25 000 nacimientos). En cuanto al tratamiento de la placenta, la mayoría de los autores coinciden, en extraerla si está implantada en un órgano no vital, como en el caso que nos ocupa, de lo contrario se corta el cordón cerca a la placenta y se cierra posteriormente el abdomen<sup>3-9</sup>

La evolución placentaria puede monitorearse con ecografía y determinaciones seriadas de gonadotropina coriónica.<sup>8,9,14</sup>

Es importante recalcar que los niveles hormonales de estrógenos, progestágenos y gonadotropinas son similares a un embarazo normal y la placenta puede mostrar actividad hormonal hasta siete semanas posparto, cuando es dejada in situ.

No existe una sintomatología florida para esta entidad. Sin embargo, el dolor abdominal inexplicable es el síntoma primordial, así como el dolor relacionado con los movimientos fetales. Nuestra paciente presentó sintomatología abdominal importante. En algunos casos a término, se puede producir síntomas graves de oclusión intestinal o

peritonitis aguda, a la vez de náuseas y vómitos persistentes, constipación moderada y síntomas de compresión vesical<sup>8-10</sup>. Clínicamente se puede encontrar una mala presentación fetal –la cual fue motivo de la transferencia–, como se constató aquí en que el feto estaba en posición pelviana, ausencia de reactividad uterina y palpación fácil de partes fetales. La ausencia de contracciones uterinas o de su registro por toco dinamómetro puede ser sospechosa de embarazo abdominal, pero puede haber registro de actividad si la placenta se localiza en la parte posterior al útero, desplazándolo hacia la cavidad abdominal, resultando una prueba falso positiva.<sup>12-14</sup> Sólo 10 a 30 % llega al quirófano con diagnóstico preoperatorio de embarazo abdominal, debido básicamente a la falta de familiaridad del gineco-obstetra con este tipo de pacientes, por la baja frecuencia de los mismos.<sup>4,17,18</sup>

Sin embargo, hay varios elementos que pueden llevar a sospechar o a diagnosticar esta entidad. El elemento más importante de diagnóstico es la ecografía, la cual sólo logra diagnosticar 60 % de los casos y en ocasiones, puede desorientar.<sup>6,10,11,14</sup>

Los hallazgos ecográficos más frecuentes son partes fetales separadas del útero, falta de visualización de la pared uterina entre el feto y la vejiga, mayor aproximación entre partes fetales y pared abdominal materna, feto en posición excéntrica y dificultad para una adecuada visualización placentaria<sup>13-16</sup>. Las principales complicaciones publicadas son:

a) **Fetales:** con retardo en el crecimiento, hipoplasia pulmonar y alteraciones en las extremidades, acompañadas de oligohidramnios severo. Se observa anomalías y deformidades fetales, con una tasa combinada de 20 a 40 %.<sup>4,6,9,10,11</sup>

b) **Maternas:** consistente principalmente en sangrado, sobre todo en el momento de la cirugía, al intentar remoción del tejido placentario. El hecho de dejar la placenta en la

cavidad abdominal también presenta graves complicaciones, como: hemorragia secundaria, hipofibrinogenemia, preeclampsia/eclampsia, perforación intestinal, obstrucción intestinal, reacciones febriles, septicemias, peritonitis, formación de abscesos y posibilidad remota del desarrollo de un coriocarcinoma.<sup>4,16,17</sup>

En cuanto a la conducta por parte del equipo de anestesia según revisamos la literatura, pudimos encontrar que también se inició con el uso de anestesia peridural en los casos no sospechados, y que el peligro mayor lo lleva el sangrado masivo que se produce en el acto operatorio, la reposición de volumen se siguió según lo establecido, de forma escalonada.<sup>17,18</sup>

El presente caso es una forma inusual de presentación. Hallazgos semejantes, asociados a desenlace favorable de madre y neonato son escasos ya que todos coinciden en que es una rara entidad que en pocas ocasiones termina favorablemente para el producto y que generalmente pueden pasar varios años en la vida de un profesional y no encontrarse con esta entidad clínica.<sup>19,20</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. González Díaz M. Embarazo abdominal a término: Reporte de un caso. Rev. Colombiana de Obst y Ginecol 2002; 53(1): 14-7.
2. Jian Z, Lenan C. Ectopic gestation following emergency contraception with levonorgestrel. Eur. J. Contracept Reprod Health Care 2003; 8(4): 225-8.
3. Shéffer—Memouni G, Palezner D, Maslovitch S, Lissing JB, Ganzu R. Contraception. Eur J Contracept 2003; 67(4); 267-9.
4. Tamayo F, Vera C, Quisne JC, Díaz J. Embarazo abdominal: Reporte de un caso. Rev Ginecol Obstet Peruana 2001; 47(3): 189-92.
5. Díaz Bolano J, D'Ambrosio M, Figuera de Pena B. Embarazo a término con feto vivo: reporte de un caso. Rev de Ginecol Venezuela 1985; 45(4): 220-3.
6. Cunningham Gary F, Norman Gant F, Kenneth Leveno J, Gilstrap III C L, Hauth CJ, Wenstron D K. Williams. Obstetricia. 21 Ed. Madrid. Ed. Médica Panamericana. 2002. p 756-66 cap 34
7. Bonfante Ramírez E, Bolanos Ancona R, Pereyra Luis S, Juárez García L, Quesnel G, Benítez C. Embarazo abdominal experiencia institucional. Ginec Obstet Méx. 1998; 66(7): 168-72.
8. Reccia P, Peruca P E. Cuellar J E. Embarazo abdominal complicado del primer trimestre. Rev. Chil Obst y Ginecol 2003; 68(3): 238-41.
9. Almanza Fonseca A, Almanza Mederos A, Fernández Alfonso D. Embarazo abdominal a término. Presentación de un caso. Rev. Med Electrónica 2007; 29(6): 249-51.

10. Amore HF, Benítez TA, León CE, Mejias AN. Embarazo abdominal con recién nacido y madre vivos. Presentación de un caso. Rev. Elect Archivo Médico de Camagüey 2001;5(1): 1025-35
11. Stevens CA. Malformations and deformations in abdominal pregnancy. Am J Med Genet 1993; 47; 1189
12. Passini Junior R, Knobel R, Parpinelli MA, Pereira B G, Amaral E, Garanham F, et al. Calcified abdominal pregnancy with lighten years of evolution: case report. [En línea]. [Consultada 5 febrero 2008] Sao Paulo Med J 2000; 118(6). URL disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?Pid>
13. Colmenares R, López Gómez J, Rivas M, Silva D. Embarazo Ectópico abdominal: caso clínico. Rev Obst Ginecol Venez 2002; 62 (4): 270-7.
14. Lockhart F, Corr P, Ramphal S, Moodley J. The value of magnetic resonance imaging in the diagnosis and management of extrauterine abdominal pregnancy. Clinical radiology 2006; 61: 264-69.
15. Jain T, Eckeot O. Abdominal pregnancy with Lithopedion formation presenting as a pelvic abscess. Obstetrics Gynaecology 2000; 96 (5): 370-74.
16. Ming Chang C, Jen Y, Jou Len J, Huli Shen M, Yen Chang C. Lithopedion. [En línea]. [Consultada 5 febrero 2008] Chinese Medical J 2001; 64: 369-72 URL disponible en: <http://www.vghtpe.gov.tu>
17. Vilas E, Suárez L, de Diego P, Anasch E. Manejo anestésico del embarazo abdominal y las complicaciones postoperatorias. Rev Esp de Anesthesiol Reanim 1995; 42(4): 155-6
18. Ramachandram K, Kira P. Massive haemorrhage in a previously undiagnosed abdominal pregnancy for elective caesarean delivery. Can J Anaesth 2004; 51(1): 57-1

19. Rumbao F, Da Silva M, Benítez G, De Conno A, Cohen A, Punzón A. Embarazo ectópico abdominal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. Obstet Ginecol Venez 2001; 61(3): 183-6.
20. Rubio Rubio JM, Villa Velásquez SP, Martínez Chapa A. Embarazo abdominal a termino de 35 semanas de gestación con obtención de producto vivo. [En línea]. [Consultada 5 febrero 2008] Rev. de Salud Publica y nutrición. 2006 URL disponible en: <http://www.respyinvanl.mx>