

## ANALES MEDICOS

Volumen **49**  
Volume

Número **4**  
Number

Octubre-Diciembre **2004**  
October-December

*Artículo:*

### Manejo laparoscópico del embarazo ectópico abdominal

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in  
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[www.Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

Caso clínico

# Manejo laparoscópico del embarazo ectópico abdominal

Vivian Cruz,\* Alejandro Avendaño,\* Mario Morales,\* Andrea Olguín,\*  
Fernando García-León,\* Miguel Chaya,\* Humberto Reyes-Cuervo\*

## RESUMEN

El embarazo ectópico es una entidad que representa el 2% de todos los embarazos. Su diagnóstico temprano da como resultado un abordaje conservador, que incluye el empleo de terapia con metotrexate parenteral con tasa de éxito cercana al 96%, además de una concomitante disminución de la morbilidad materna. La localización abdominal del embarazo ectópico representa un porcentaje mínimo de los mismos, por lo que la experiencia en el manejo de esta entidad por vía laparoscópica se encuentra aún bajo evaluación. Se presenta el caso de una mujer de 31 años de edad, con sangrado transvaginal y dolor en hipogastrio a quien se diagnostica un probable embarazo ectópico de localización abdominal de siete semanas de gestación estimada por fecha de última menstruación. Se decide practicar abordaje por vía laparoscópica; se encuentra embarazo ectópico con implantación en pared posterior de útero; se resuelve por la misma vía mediante hidrodissección y hemostasia con energía bipolar. Posteriormente se administró metotrexate intramuscular en dosis única. La paciente evolucionó en forma favorable sin evidencia de complicaciones. Consideramos apropiado utilizar la vía laparoscópica en pacientes que cursan con embarazo ectópico abdominal en fases tempranas, siempre y cuando no exista compromiso hemodinámico. Es un método eficaz que ofrece las ventajas propias de la cirugía de mínima invasión.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico, embarazo abdominal, laparoscopia.

## ABSTRACT

*Ectopic pregnancy is an entity with an incidence of 2% of all pregnancies. Its early diagnosis allows conservative management that includes the use of parenteral methotrexate achieving a success rate of almost 96% with a concomitant reduction of maternal morbidity and mortality. Abdominal ectopic pregnancy represents a minimal percentage of all ectopic pregnancies, therefore, the benefits of laparoscopic management is still under evaluation. 31 year old latin-american female complaining of transvaginal bleeding and lower abdominal pain. Diagnosis of abdominal pregnancy was integrated and laparoscopic management was performed using hydrodissection and bipolar energy. Intramuscular methotrexate was administered in one dosis postoperative. The patient recovered successfully with no evidence of complication. The authors believe laparoscopic management is appropriate for patients with early abdominal pregnancy in the cases where there is no evidence of hemodynamic stability.*

**Key words:** Ectopic pregnancy, abdominal pregnancy, laparoscopic.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es una patología que tiene una incidencia de 1-2% en el total de embarazos. La mayoría de las implantaciones extrauterinas

(95 a 99%) se localizan en la trompa de Falopio e involucran los diferentes segmentos de la misma con una frecuencia variable. El 55 a 60% ocurren en el ampulla, siendo ésta el sitio más común. La implantación en el istmo constituye el 25% de los casos, la fimbria se ve involucrada en el 15% y el segmento intersticial entre el 2 y 3%. La implantación en ovario y cérvix representa solamente 1 a 2% de todos los embarazos ectópicos; mientras que 1.4% corresponden a implantaciones abdominales, en donde la implantación del trofoblasto se produce en el peritoneo. Éste es considerado el se-

\* Servicio de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 11/10/04. Aceptado para publicación: 26/10/04.

Correspondencia: Dra. Vivian Patricia Cruz Minoli  
Teya núm. 94, Jardines del Ajusco, Tlalpan, México, D.F.  
Tel: 30-89-08-12. E-mail: vivianminoli@yahoo.com

gundo más raro de los embarazos ectópicos después del cornual. La implantación abdominal es un reto debido a la poca incidencia y experiencia en su manejo.<sup>1-3</sup>

Aunque los informes de la frecuencia en México varían de uno por 5,500 hasta uno por 25,000 partos,<sup>4,5</sup> la incidencia más probable parece oscilar en alrededor de uno por cada 8,000 nacidos vivos, cifra cercana a la notificada por diversos estudios publicados en la literatura.<sup>5</sup>

Los embarazos abdominales se clasifican como primarios o secundarios. La mayoría son secundarios como resultado de aborto o ruptura de un embarazo tubario temprano con implantación secundaria en la cavidad peritoneal. Para diagnosticar un embarazo abdominal primario, se deben cumplir los criterios definidos por Studdiford:<sup>5</sup> 1) Ambas trompas y ovarios deben estar en condiciones normales, sin evidencia de lesión reciente; 2) no debe haber evidencia de fístula uteroperitoneal y 3) el embarazo debe relacionarse exclusivamente con la superficie peritoneal en un estadio bastante temprano, para excluir una implantación secundaria.

En el pasado se han reportado complicaciones que incluían muerte materna hasta en 4 a 29% de los casos de embarazo ectópico abdominal.<sup>6-8</sup> Por fortuna, estas cifras de morbilidad han disminuido debido a la mayor capacidad de diagnóstico temprano y, en consecuencia, a la posibilidad de manejo por vía laparoscópica.

Entre las complicaciones registradas en los casos de embarazo ectópico abdominal se incluyen: Abscesos pélvicos, peritonitis y sepsis causados por restos de tejido trofoblástico retenido. La mortalidad fetal es elevada (40 a 95%), aunque existen algunos reportes de embarazos abdominales resueltos a término.

Las modalidades terapéuticas incluyen el empleo de una dosis única de metotrexate (50 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal administrados por vía intramuscular) con lo que se ha obtenido 96.7% de éxito<sup>2</sup> sin ningún efecto secundario;<sup>9</sup> otro esquema posológico consiste en administrar 1 mg/kg de peso corporal y, eventualmente, repetir la dosis cada 48 horas en cuatro ocasiones (días 1, 3, 5 y 7). A este esquema se agrega terapia de rescate con ácido folínico (leucovorin) 1 mg/kg con la fi-

nalidad de disminuir los efectos adversos del metotrexate. El uso de este medicamento con cualquiera de los esquemas incrementa y agiliza la reabsorción de tejido trofoblástico; sin embargo, esto produce una acelerada acumulación de tejido placentario necrótico intraabdominal, que en ciertos casos puede favorecer el desarrollo de infecciones; pero el no hacer uso de esta terapia, puede retrasar la absorción placentaria por varios años.

### PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 31 años de edad, casada, que tiene como antecedentes de importancia tabaquismo durante diez años, suspendiendo hace ocho años. Legrado uterino instrumentado en el 2002 por aborto diferido. Menarca a los 13 años, con ciclos menstruales regulares de 30 x 5, eumenorreica sin consumo de anticonceptivos hormonales, última citología cervicovaginal en el 2002, negativa para células neoplásicas.

Secundigesta con embarazo de 7.1 semanas de gestación estimada con base en la fecha de última menstruación (10 de febrero del 2003), no confiable. Inicia su padecimiento 24 horas antes al ingreso, con sangrado transvaginal, escaso, rojo oscuro, sin otra sintomatología acompañante. Acude al Servicio de Urgencias donde se efectúa ultrasonido obstétrico que reporta ausencia de saco gestacional intrauterino, sin masas anexiales, con zona hiperecoica en pared posterior del útero de 3.5 cm que refuerza la circunferencia con el Doppler color. La paciente ingresa con tensión arterial de 103/55 mm Hg, frecuencia cardíaca de 53 por minuto, frecuencia respiratoria de 17 por minuto; abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio y ambas fosas ilíacas, rebote negativo, sin signos de irritación peritoneal, sangrado transvaginal escaso, tacto vaginal con dolor moderado a la movilización cervical sin palpar masas; resto del examen físico sin alteraciones.

Se decide efectuar abordaje por vía laparoscópica, para lo cual se realiza incisión transumbilical de 10 mm. Posteriormente se coloca trócar principal y se insufla la cavidad abdominal con CO<sub>2</sub> hasta lograr neumoperitoneo, lo que hace posible la visualización del saco gestacional en pared posterior del

útero (*Figura 1*), friable, de aproximadamente 3.5 cm de diámetro. Se colocan trócares accesorios de 3 mm, suprapúbico y en fosa iliaca derecha; se procede a la hidrodisección del saco gestacional y se extrae pieza quirúrgica. Finalmente se electrocoagula el lecho quirúrgico con pinza bipolar y se verifica la hemostasia final. El cierre de incisiones se realizó con técnica habitual; con ello y sin complicaciones se da por terminado el procedimiento quirúrgico (*Figura 2*). Durante el posoperatorio inmediato la paciente recibió tratamiento médico con antiinflamatorios no esteroideos y metotrexate en dosis única de 50 mg/m<sup>2</sup> aplicada por vía intramuscular. Los exámenes de laboratorio efectuados al cuarto día del posoperatorio reportaron: hemoglobina, 13.8 g/Dl; hematócrito, 40.9%; leucocitos, 6,800; plaquetas, 249.000; bandas, 0; pruebas de coagulación en límites normales y fibrinógeno en 239. Al día siguiente, la paciente es egresada con adecuada evolución posquirúrgica. Se toman niveles de hormona gonadotropina coriónica al séptimo día posoperatorio, la cual indica 27 UI/mL; a los 15 días se efectuó un nuevo control que reporta niveles séricos de 0 UI/mL.

## DISCUSIÓN

Gracias a los estudios epidemiológicos se ha logrado establecer los factores de riesgo del embarazo ex-



**Figura 1.** Imagen de embarazo ectópico abdominal en pared posterior uterina del lado izquierdo.



**Figura 2.** Resolución laparoscópica con colocación de interceed sobre peritoneo denudado.

trauterino. Al mismo tiempo se ha logrado también un mejor y más temprano manejo integral del mismo, en el que los factores mecánicos y funcionales juegan un papel importante tanto en los embarazos tubarios como en los abdominales. Las infecciones genitales constituyen el principal factor etiológico. La latencia y cronicidad de la salpingitis por *Chlamydia trachomatis* hacen que éste sea el germen incriminado con mayor frecuencia. La probabilidad de recurrencia del embarazo ectópico se estima en 7 a 15%.<sup>1</sup> La falla anticonceptiva posterior a esterilización tubaria se asocia con una tasa del 16 a 50%. Se han comunicado casos de embarazo abdominal después de la transferencia intratubaria de gametos (GIFT), así como en algunos casos de fertilización *in vitro* y en la transferencia de embriones.<sup>10</sup> Con la incorporación de estos factores de riesgo a la clínica se ha logrado llegar al diagnóstico del embarazo ectópico con mayor rapidez y eficacia, por lo cual el advenimiento de nuevas técnicas para su manejo se ha visto favorecido y desarrollado.<sup>12-13</sup>

Desde los albores de la laparoscopia establecida por Jacobaeus en la primera década del siglo XX, esta técnica ha sido utilizada cada vez con mayor frecuencia por los cirujanos de todo el mundo, llegando a ser el punto de referencia en muchas patologías; desde luego se le ha incorporado en el campo ginecológico e inclusive en el terreno de la in-

fertilidad durante los últimos años.<sup>11</sup> Su empleo en el abordaje del embarazo ectópico tiene sus inicios en 1973 con Shapiro y Adler. El tratamiento endoscópico del embarazo extrauterino es un claro ejemplo de las aportaciones de la cirugía laparoscópica en ginecología, como son menor morbilidad, menos tiempo de estancia intrahospitalaria, menor dolor posoperatorio y menos complicaciones posquirúrgicas.

En particular, en el caso aquí presentado, consideramos que el manejo laparoscópico para la paciente era el ideal debido a la estabilidad hemodinámica que presentaba, el tamaño de la masa en la pared posterior del útero, la edad y su futuro reproductivo.

El tratamiento ha evolucionado considerablemente en el curso de los últimos 10 años. Sus metas son: suprimir el embarazo extrauterino, reducir la morbilidad terapéutica, limitar el riesgo de recidiva y preservar la fertilidad. La laparoscopia podría convertirse en el procedimiento de referencia para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico abdominal temprano, por ser más eficaz y menos invasiva. Las únicas contraindicaciones son inestabilidad hemodinámica de la paciente e inexperiencia del cirujano tratante.<sup>15</sup>

El diagnóstico del embarazo abdominal es en ocasiones equívoco e insospechado, pero un diagnóstico temprano permite establecer la conducta terapéutica precisa y adecuada, para disminuir la mortalidad materna.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bonfante RE, Bolaños AR, Simon PL, Juárez GL, Quesnel GC. Embarazo abdominal experiencia institucional. *Ginec Obst Mex* 1998; 66: 287.
2. Rajansky N, Schenker JG. Heterotopic pregnancy and assisted reproduction-an update. *J Asist Reprod Genet* 1996; 13: 594-601.
3. Trejo RC et al. Embarazo abdominal. Revisión de 20 casos. *Ginec Obstet Mex* 1981; 49: 89.
4. Gordillo FJ et al. Embarazo abdominal. Análisis de 10 casos. *Ginec Obstet Mex* 1978; 44: 383.
5. Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy. *IS J Obstet Gynecol* 1942; 44: 487.
6. Galvez CI, Lopez PC. Embarazo abdominal. *Gineco*. México: Marketing Publicidad de México, 1998.
7. Lopez Leyva E, Zarama Marquez F, Buitron Garcia R. Abdominal ectopic pregnancy resulting in living birth. Case report. *Ginecol Obstet Mex* 2001; 69: 141-144.
8. Villarreal PC, Juárez AA, Chen FJ. Ectopic pregnancy in abdominal cavity. Report of a case and review of the literature. Unidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de México, México, DF. *Ginecol Obstet Mex* 1995; 63: 26-29.
9. Govaerts I, Grosfils K, Kram I. Severe abdominal bleeding 51 days after laparoscopic salpingostomy for ectopic pregnancy: A case report. *Early Pregnancy* 2000; 4 (3): 200-202.
10. Alexander MD, Horger EO. Early diagnosis of abdominal pregnancy by ultrasound. *J Clin Ultrasound* 1983; 11: 45.
11. Fleischer A, Manning F, Jeanty P, Romero R. *Ecografía en obstetricia y ginecología*. 6a ed. New York: Marban, 2002.
12. Kwok A, Chia KK, Ford R, Lam A. Laparoscopic management of a case abdominal ectopic pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42 (3): 300-302.
13. Strafford JC, Ragan WD. Abdominal pregnancy: Review of current management. *Obstet Gynecol* 1977; 50: 548.
14. Belfar HL, Kurtz AB. Long-Term follow-up removal of an abdominal pregnancy: Ultrasound evaluation of the involuting placenta. *J Ultrasound Med* 1986; 5: 521.
15. Orr JW, Huddleston JF, Knox GE. False negative oxytocin challenge test associated with abdominal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 133: 108.