



Ablación endoscópica del embarazo ectópico no roto

Carlos Nava Pineda, *Arturo Espinosa Muñoz,* Jorge Jiménez Luna,* Lorenzo R Ugalde Rodríguez,*
Juan García Márquez*

Resumen

Presentamos resultados y experiencia de tres años en el tratamiento mediante ablación endoscópica del embarazo ectópico no roto. Todos los casos fueron seleccionados tomando en cuenta el tamaño del embarazo y la lesión concomitante de la pared tubaria. En total 124 casos, con edad promedio de 25 años. El 50% con antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica. 45% con cirugía previa. 5% con abortos previos y aplicación de dispositivo intrauterino. La localización más frecuente fue en el útero en 60%. El diagnóstico predominantemente fue clínico y ultrasonográfico, sólo en el 15% se realizó determinación de gonadotropinas coriónicas fracción beta resultando positivas todas ellas. Sin excepción el 100% fueron confirmados endoscópicamente.

El promedio de hemoglobina fue de 9.0 g %. Sin excepción todos fueron estabilizados hemodinámicamente previo a la cirugía.

El tratamiento se efectuó bajo las siguientes normas: aspiración de cavidad. Hemostasia farmacológica (vasopresina y/o desmopresina), electroquirúrgica mediante electrocauterio, grapas, y nudos deslizantes extracorpóreos. Sección de la salpinge, ablación de la pieza, extracción. Lavado aspiración y drenaje.

Conclusiones: La ablación endoscópica permite que morbilidad, mortalidad y conversiones sean negativas. Rápida recuperación, uso de sangre o derivados negativos y alta hospitalaria en 24 horas.

Palabras clave: Cirugía laparoscópica ginecológica, embarazo ectópico no roto.

INTRODUCCIÓN

La ruptura tubaria se presenta como resultado de la distensión y necrosis de la salpinge. El embarazo ectópico se presenta en el 2% de las mujeres embarazadas, con tendencia a incrementarse.¹⁻² Hasta la década de los 70, el 80% de los embarazos ectópicos eran reconocidos después de la rutina. Actualmente con el aumento de vigilancia clínica, uso de ultrasonografía pélvica y transvaginal, determinación de gonadotropinas coriónicas subunidad beta, más del 80% son detectados antes de la ruptura.³ Lo que permite un descenso en la morbimortalidad. A pesar del tratamiento ablativo existe un

Abstract

We present the result and three year old experience in the treatment endoscopic of the pregnancy non broken ectopic. One hundred and twenty four cases age average 25 years. 50% with antecedents of pelvic inflammatory illness, 45% with previous surgery, 5% with previous abortions and application of intrauterine device. The most frequent localization was ampular in 60%. The diagnostic it was clinical and ultrasonographic, 15% presented gonadotrophin positive corionic. All the cases were confirmed endoscopic. Hemoglobin average was of 9 g. And subjected to endoscopic with hemodynamic stability. The treatment was made under the following norms: Aspiration of the cavity, pharmacological hemostasis (desmopresin), electrocautery use, staples and knots slidings extracorpore. Section of the salpinge and ablation of the piece, laundry, aspiration and drainage.

Conclusions: The ablation endoscopic allows the morbidity, mortality, and the conversion they are negative. It allows a quick recovery and the use of blood or derived they are unnecessary, allowing the hospital expenditure in 24 h.

Key words: Gynecol laparoscopy surgery, pregnancy non broken ectopic.

15% de posibilidades de desarrollo de otro embarazo ectópico contralateral. Existe relación directa de patología tubaria previa que impide el transporte normal del embrión condicionando el embarazo ectópico en más del 50% de los casos. Coexisten además otros factores de riesgo (*Cuadro 1*).

PACIENTES Y MÉTODOS

Se efectuó análisis prospectivo y observacional de enero de 1998 a diciembre del 2000 de 124 pacientes, con edad promedio de 25 años. El 50% fueron portadoras de enfermedad inflamatoria pélvica, 45% con cirugías previas (salpingoclasias, recanalizaciones tubarias, adherensiólisis, miomectomías) 5% abortos previos y aplicación de dispositivos intrauterinos. La implantación fue ampular en el 60% (*Figura 1*), ístmico en el 37%. Cornual 1.6%, infundibular y ovárico 0.80% en cada caso (*Figura 2*).

* Departamento de Cirugía del Hospital General de Zona 2ª "Troncoso" IMSS. México, D.F.

Cuadro 1.

Factores de Riesgo	%
Uso de dispositivo intrauterino	11.9
Uso de clomifeno y menotrofinas	10.0
Cirugía tubaria previa	5.6
Enfermedad inflamatoria pélvica	4.0
Infertilidad	2.9
Aborto inducido	2.5
Adherencias	2.4
Cirugía abdominal	2.3
Útero tabicado	1.7
Uso de hormonas orales	1.6

Marchbanks et al.⁴

En todos se presentaron náuseas, vómito, amenorrea, dolor abdominal en hipogastrio, masa anexial dolorosa,⁵ se efectuó ultrasonografía pélvica resultando positiva para embarazo en el 82%. Sólo se practicó determinación de gonadotrofinas coriónicas fracción beta en el 15% que resultó mayor a 6,500 mlu/mL.⁶ En todos se realizó confirmación endoscópica de embarazo extrauterino no roto (*Figura 3*). Los niveles promedio de hemoglobina fueron de 9 g %.

TRATAMIENTO

Se administran soluciones cristaloides parenterales e indometacina rectal preoperatoria, una dosis.

Técnica laparoendoscópica. Paciente en decúbito dorsal, ubicación del anestesiólogo y su equipo en la cabecera, monitor hacia los pies, cirujano contralateral al sitio del embarazo, camarógrafo a su lado y hacia la cabecera. Ayudante frente al cirujano, instrumentista al lado del ayudante y hacia los pies.

Instrumental. Puerto de 10-12 mm supraumbilical, puertos de 10-12 mm (dos) en intersección líneas medio claviculares con línea transversa bicrestal.

Instrumental de 10 mm, pinzas Babcock, de 5 mm, pinza y tijera bipolar, bajanudos, pinza Maryland, irrigador aspirador, tijera Metzenbaum. Suturas atraumáticas monofilamento 0 y poliglactina para nudos extracorpóreos. Endo-engrapadora lineal de 3.5 cm.

Los pacientes con inestabilidad hemodinámica deben ser evaluados preanestésicamente y monitorizados durante el acto quirúrgico.⁷

Con experiencia en la técnica, la mayoría de las pacientes pueden ser tratadas en forma adecuada, independientemente del tamaño, localización y naturaleza del embarazo.⁸

Se inicia con:

- Aspiración e irrigación de la cavidad abdominal con solución de Ringer en cantidad suficiente para mantener el campo operatorio limpio.
- Hemostasia farmacológica administrando 20 unidades de vasopresina diluida en 100 mL de solución salina, se aplican 5 mL con aguja laparoscópica o espinal, en el borde libre de la salpinge sobre el embarazo y en el mesosalpinx cuidando no aplicarlo intravascular para evitar hipertensión, bradicardia y muerte.⁹
- Se puede utilizar desmopresina por la misma vía a dosis de 4 µg diluidos en 5mL de solución salina.
- La hemostasia se puede realizar también con electrocauterio mono o bipolar de alta frecuencia, aplicación de grapas, o nudos intra o extracorpóreos.
- Salpingectomía, resección de la trompa y extirpación o ablación de la pieza.¹⁰ La extracción se efectúa por trocar de 10-12 mL colocando el producto en una bolsa.
- Finalmente lavado, aspiración y drenaje de la cavidad el que se retira en 24 horas.

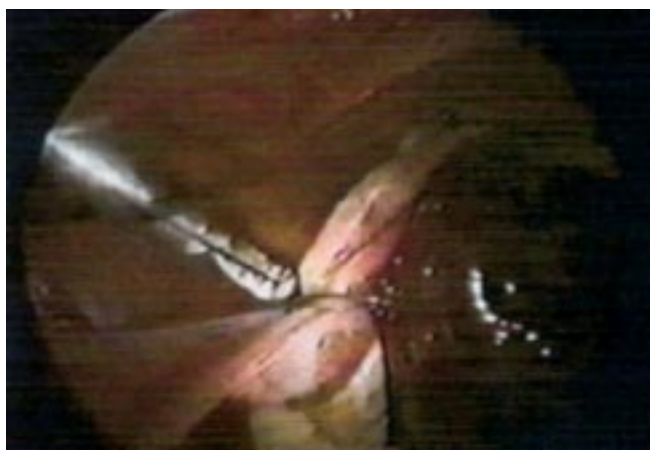


Figura 1. Implantación ampular del embarazo.

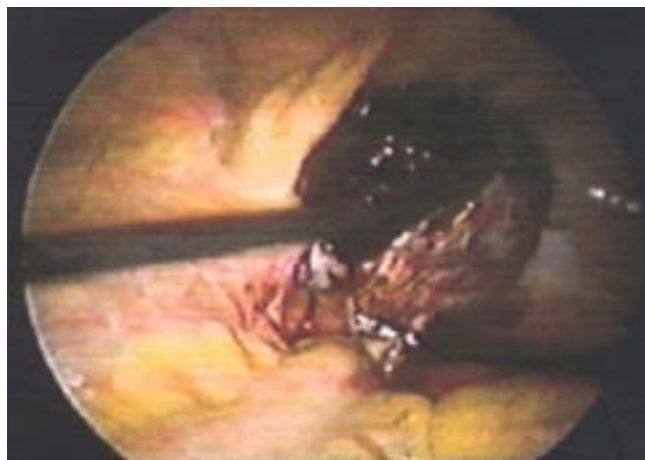


Figura 2. Implantación ovárica del embarazo.

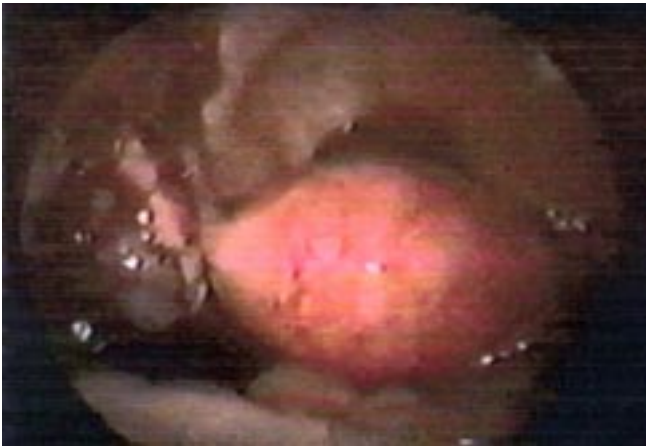


Figura 3. Confirmación endoscópica del embarazo ectópico.

RESULTADOS

Todos los casos fueron tratados mediante ablación endoscópica, excepto el embarazo ovárico que fue tratado con ooforotomía lineal y preservación del ovario.

La morbilidad, mortalidad y conversiones fueron negativas, la recuperación posoperatoria fue de 6 horas, y alta hospitalaria en 24 horas con integración a sus actividades en 48 horas.

DISCUSIÓN

La técnica que utilizamos puede ser aplicada en todos los casos de embarazo ectópico que reúnan los criterios de inclusión que comprenden: Embarazo de 50 mL o mayor, que

exista lesión importante de la pared tubaria, que no exista inestabilidad hemodinámica y que la paciente no desee conservar su fertilidad. Las fallas que se pueden presentar con el procedimiento son atribuibles a la falta de experiencia del cirujano endoscopista.

CONCLUSIONES

La ablación vía endoscopio del embarazo ectópico no roto se puede realizar cuando:

1. Se tiene confirmación clínica, ultrasonografía pélvica positiva y fracción beta de gonadotrofinas coriónicas en niveles mayores de 5,000 U/L.
2. Endoscópicamente se observa distensión de la salpinx a 5 cm de diámetro o mayor, con cambios isquémicos e interrupción de la serosa y la pared.
3. No existan datos de hipovolemia o hemoperitoneo en cuyo caso se efectuará conversión a método tradicional.
4. Contar con equipo e instrumental endoscópico necesario.
5. El procedimiento debe ser realizado por cirujano endoscopista con experiencia evitando con ello conversión del procedimiento.
6. Individualizar todo caso que se presente.
7. Respetar íntegramente criterios de exclusión y contraindicaciones. En nuestra serie la mortalidad hasta el momento es negativa. La recuperación posquirúrgica satisfactoria en seis horas. Promedio, generando alta en 24 horas. Los casos son menores al egreso en corto tiempo a las pacientes, y no utilizar sangre y sus derivados.

REFERENCIAS

1. Molina SA, Morales GVM. Tratamiento conservador y ablativo del embarazo ectópico. *Endoscopia quirúrgica ginecológica*. Roberto M Nava 1ª Ed. 1997. Mc Graw-Hill Interamericana editores SA.
2. Nezhat C, Siegler A. Management of the ectopic pregnancy. *Operative Gynecologic Laparoscopy*. 2º ed. 2000.
3. Goldner TE, Lawson HW, Xiaz, Atrash HK. Surveillance for ectopic pregnancy. United States 1970-1989. *MNWR* 1993; 42: 73.
4. Marchbanks PA, Annegers JF, Coulan CB et al. Risk factors for ectopic pregnancy: A population based study. *JAMA* 1988; 259: 1823.
5. Dart RG, Kaplan B, Varaklisk. Predictive value of history and physical examination in patients with suspected ectopic pregnancy. *Ann Emerg Med* 1999; 33: 283.
6. Kadar N, De Vore G, Romero R. Discriminatory HCG Zone: Its use in the sonographic evaluation for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981; 58: 156.
7. Soriano D, Yefet Y, Oelsner G et al. Operative laparoscopy for management of ectopic pregnancy in patients with hypovolemic shock. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997; 4: 363.
8. Nezhat C, Nezhat F. Conservative management of ectopic gestation (letter to the editor). *Fertil Steril* 1990; 53: 382.
9. Nezhat C, Metzger MD, Nezhat F et al. Adhesion reformation after reproductive surgery by video laseroscopy. *Fertil Steril* 1990; 53: 1908.
10. Nezhat F, Winer W, Nezhat C. Salpingectomy via laparoscopy: A new surgical approach. *J Laparoendosc Surg* 1991; 1: 91.

Correspondencia:

Dr. Carlos Nava Pineda

Av. Eugenio Aguirre B No. 22

Col. Amp. Sta. Martha Acatitla

CP 09510 Iztapalapa DF.

Tel. 57-45-39-61

Fax. 57-45-39-61