



Embarazo ectópico roto resuelto por laparoscopia diagnóstica sin datos de abdomen agudo. Reporte de un caso

Juan José Granados Romero,^{*,**} Luis Daniel Cortés González,^{*}
Omar Muñoz Morales,^{*} Santiago Ortiz Herrera^{*}

Resumen

Antecedentes: Un embarazo ectópico es la implantación del producto fuera de la cavidad uterina, siendo el lugar de mayor frecuencia la tuba uterina. Datos actuales revelan la hipótesis de que esta patología es debida a una combinación por la retención del embrión en la tuba uterina y las modificaciones que sufre la misma por patologías relacionadas, condicionando la implantación. El diagnóstico puede resultar dudoso cuando los datos clínicos nos orientan hacia diversas etiologías. **Presentación del caso:** Mujer de 35 años de edad, la cual ingresa por presentar cuadro de dolor abdominal, localizado en ambas fosas ilíacas de predominio izquierdo, con antecedente de que hace un mes se le practicó legrado uterino por aspiración. Se realiza ultrasonografía con presencia de quiste de ovario izquierdo, se realiza tomografía computada de abdomen sin patología aguda. Debido a la duda sobre el dolor abdominal se realiza laparoscopia diagnóstica. Se manejó en el postoperatorio con antibiótico y fue egresada a las 72 h de la cirugía sin complicaciones. **Conclusiones:** En este caso, el uso de la laparoscopia diagnóstica ofrece la ventaja de realizar un diagnóstico adecuado y al mismo tiempo resolver la patología que presentó nuestra paciente.

Palabras clave: Embarazo ectópico, laparoscopia, tuba uterina.

Abstract

Background: An ectopic pregnancy is the implantation outside of the uterine cavity, instead of being the most commonly the fallopian tube. Current data show the hypothesis that this condition is due to a combination of retention of the embryo in the uterine tube and undergoes the same changes for related pathologies, conditioning implantation. The diagnosis may be doubtful when clinical guide us to different etiologies. **Case presentation:** In this case presents a woman 35 years old who was admitted because of abdominal pain, located in both iliac fossae with a history of dominance that left one month ago he underwent vacuum aspiration. Ultrasonography was performed in the presence of left ovarian cyst; abdominal tomography scan is no acute pathology. Because the question of abdominal pain diagnostic laparoscopy is performed. Its postoperative management with antibiotics and was discharged after 72 hours of surgery without complications. **Conclusions:** In this case the use of diagnostic laparoscopy has the advantage of making a proper diagnosis and at the same time solve the pathology present our patient.

Key words: Ectopic pregnancy, laparoscopy, fallopian tube.

INTRODUCCIÓN

Un embarazo ectópico es definido como la implantación fuera de la cavidad uterina, siendo 95.5% de éstos en la tuba uterina, seguido del ovario (3.2%) y a nivel abdominal (1.3%).

Aproximadamente 1/100 embarazos ectópicos ocurren a nivel de la tuba uterina y algunos de ellos se resuelven de forma espontánea, pero otros crecen y pueden llegar a su ruptura.¹ Dentro de los factores de riesgo se incluyen: lesión quirúrgica previa o infección (*Chlamydia trachomatis*), fumar, fertilización *in vitro*, uso de dispositivo intrauterino, placenta previa, anomalías uterinas congénitas y endometriosis.^{2,3}

El diagnóstico de dolor pélvico en una mujer resulta un reto por los numerosos síntomas y signos que se presentan, los cuales son inespecíficos. Deben ser consideradas patologías como: embarazo ectópico, apendicitis, quiste de ovario roto, así como enfermedad pélvica inflamatoria o torsión ovárica. Una adecuada evaluación del dolor y sus características, así como una evaluación ginecológica y antecedentes sexuales ayudarán

* Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, UNAM.

** Servicio de Cirugía, Hospital General de México.

Correspondencia:

Juan José Granados Romero

Durango Núm. 33, Consultorio 20 B, Clínica Londres

Tel.: 14509255

Correo electrónico: jjgranados71@yahoo.com.mx

a establecer un diagnóstico diferencial.⁴ El embarazo ectópico a nivel de tuba uterina ocurre en 1-2% de los embarazos en el mundo y sigue siendo causa principal de muertes relacionadas con el embarazo en el primer trimestre. Una de cada 10 mujeres que ingresan con diagnóstico de embarazo ectópico tubario mueren a causa de esta condición. El embarazo ectópico tubario es una de las condiciones médicas que puede ser tratado de forma expectante, médicamente o quirúrgicamente.

Por pruebas de laboratorio, un embarazo ectópico no roto no revela ninguna alteración importante, pero sí en aquellos en los que existe ruptura y la hemoglobina y el hematócrito es bajo. La ecografía es la prueba de elección si el paciente no presenta datos de inestabilidad hemodinámica. Los posibles resultados que se encuentran en la ecografía son: saco gestacional vacío, saco gestacional con un polo fetal y ritmo cardíaco fetal; saco gestacional que contiene un saco vitelino o embrión o masa anexial (quiste).⁵

La presencia de líquido libre en fondo de saco o abdomen es significativa. La laparoscopia tiene una función tanto diagnóstica como terapéutica en el paciente estable.⁶ La investigación de nuevos marcadores séricos permite un diagnóstico más temprano, dando lugar a la aplicación de tratamiento médico oportuno. El factor de crecimiento endotelial (VEGF) es un marcador prometedor en el diagnóstico de embarazo ectópico. Algunos estudios han demostrado que el VEGF, como valor único o en combinación con otros marcadores, permite diferenciar entre un embarazo ectópico y un embarazo intrauterino normal. A pesar de estos datos, la aplicabilidad clínica de VEGF aún debe ser evaluada.⁷

La cirugía laparoscópica ha sido empleada en el diagnóstico de embarazo ectópico por muchos años, su uso se ha venido incrementando como parte del tratamiento y manejo de esta patología. Las ventajas de la cirugía laparoscópica sobre la laparotomía están bien reconocidas: menor tiempo operatorio, menos pérdida sanguínea en el transoperatorio, menor estancia hospitalaria y menor dosis de analgésicos requeridos. La obesidad es una contraindicación para cirugía laparoscópica y representa un reto para el cirujano. El aumento de la masa abdominal y el espesor de la pared hacen que sea difícil lograr un neumoperitoneo que permita visualizar los vasos epigástricos inferiores. Por otra parte, el aumento de grasa omental y retroperitoneal dificulta la maniobrabilidad de los instrumentos.⁸

Bruhat et al. (1980) fueron los primeros en describir un método laparoscópico para conservar la tuba uterina en un embarazo ectópico. En mujeres que desean preservar la fertilidad, la salpingostomía lineal es considerada el estándar de oro, pero la cirugía laparoscópica ha reportado ventajas significativas sobre la laparotomía.⁹ Los resultados de dos ensayos con un total de 165 mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico roto (Vermesh et al. 1989; Lundorff et al, 1991), mostró que la salpingostomía laparoscópica fue menos exitosa que la cirugía abierta (RR 0,90, IC de 95% 0.82 a 0.99), debido a la persistencia de tejido trofoblástico.¹⁰

Existe una controversia actual en el tratamiento quirúrgico entre la cirugía radical (salpingectomía) o cirugía conservadora (salpingostomía) de las pacientes que aún no tienen paridad satisfecha. La salpingectomía está indicada en pacientes con daños irreparables o cuando hay recurrencia de embarazo ectópico, así como valores mayores de 5,000 mUL/mL de β -HGC que revelan una posibilidad de obstrucción tubárica. La salpingostomía está indicada en casos de paridad insatisfecha. Teóricamente, la salpingostomía, en comparación con la salpingectomía, procura mantener la integridad de la tuba.¹¹

Presentamos el caso de un paciente femenino de 35 años de edad que ingresa por presentar cuadro de dolor abdominal de 48 h de evolución y localización en ambas fosas ilíacas de predominio izquierdo, ataque al estado general, astenia, adinamia, intolerancia a la vía oral, sin antecedentes de alergias ni padecimientos crónicos; hace un mes sufrió legrado uterino por aspiración, IVSA 18 años, gestas 0, partos 0, cesáreas 1 y abortos 0; a la exploración física se encuentra consciente, orientada, tranquila, hidratada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen distendido, timpánico, rebote dudoso, Rovsing, McBurney y psoas positivo, la hemoglobina de 11.3 (Hb%), hematócrito 38, leucocitos de 8 mil con neutrófilos de 80%, tiempo de protrombina 90%, ultrasonografía con presencia de quiste de ovario izquierdo, se realiza tomografía computada de abdomen sin datos de patología aguda.

Debido a la duda del dolor abdominal se realiza laparoscopia diagnóstica con hallazgos de quiste de ovario izquierdo torcido y embarazo ectópico roto (*Figuras 1 y 2*), periapendicitis, con hemoperitoneo de 500 cc; se realiza lavado quirúrgico, salpingectomía, apendicectomía y resección de quiste de ovario (*Figura 3*); se coloca drenaje Penrose de 1-4 y manejo postoperatorio con antibiótico; es egresada a las 72 h de la cirugía sin complicaciones. Se toma fracción β de HGC positiva.



Figura 1. Embarazo ectópico y quiste de ovario anterior.



Figura 2. Embarazo ectópico.



Figura 3. Extirpación del quiste de ovario.

DISCUSIÓN

El diagnóstico y manejo del embarazo ectópico ha cambiado con el uso de nuevas técnicas para su diagnóstico, como son fracción β de HGC, ultrasonido transvaginal; el resultado de ello ofrece un manejo tanto médico como quirúrgico.⁹ La importancia del caso radica en que los embarazos ectópicos no siempre pueden dar sintomatología o datos de abdomen agudo, como en este caso que no hubo datos de hipotensión ni abdomen quirúrgico; sin embargo, la laparoscopia diagnóstica es una herramienta útil para el diagnóstico oportuno y resolución de la patología, ya que los estudios diagnósticos previos no arrojaron resultados francos; cabe destacar que la paciente tenía antecedente de un legrado uterino por aspiración, lo cual hace que el diagnóstico sea confuso. En un estudio retrospectivo realizado por Ching Ding y cols de 2005 a 2007, se evaluaron 49 pacientes diagnosticadas con embarazo tubárico, se dividieron en dos grupos de acuerdo con el procedimiento por realizar: un grupo laparoscópico ($n = 38$) y otro por laparotomía ($n = 11$), evaluando tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea y complicaciones. No existieron

diferencias estadísticas como edad, fracción β -HGC, cirugías previas o endometriosis en los dos grupos. El estudio demostró ventajas significativas entre la laparotomía y la laparoscopia, siendo esta última la que ofrece un mayor beneficio.⁸ La laparoscopia ha sido usada en el diagnóstico de embarazo ectópico por muchos años; su uso se ha venido incrementando como parte del tratamiento y manejo de esta patología. Las ventajas de la cirugía laparoscópica sobre la laparotomía están bien reconocidas: menor tiempo operatorio, menos pérdida sanguínea en el transoperatorio, estancia hospitalaria corta y menor dosis de analgésicos requeridos, lo cual representa una ventaja para la paciente. Un alto porcentaje de embarazos ectópicos son manejados a través de la laparoscopia y han tenido excelentes resultados.⁸

CONCLUSIONES

El objetivo del presente caso es demostrar la utilidad de la laparoscopia diagnóstica en pacientes por embarazo ectópico que no presentan datos de abdomen agudo. El empleo oportuno permitió un tratamiento adecuado con mínimas complicaciones y beneficio para la paciente.

REFERENCIAS

1. Varma R, Gupta J. Tubal ectopic pregnancy. *Clinical Evidence* 2009; 04: 1406.
2. Shaw JLV, Dey SK, Critchley HOD et al. Current knowledge of the etiology of human tubal ectopic pregnancy. *Human Reproduction Update* 2010; 16: 432-444.
3. Lin EP, Bhatt S, Droga VS. Diagnostic clues to ectopic pregnancy. *Radio Graphics* 2008; 28: 1661-1671.
4. Kruszka P, Kruszka S. Evaluation of acute pelvic pain in women. *American Family Physician* 2010: 82.
5. Madani Y. The use of ultrasonography in the diagnosis of ectopic pregnancy: A case report and review of the literature. *Medscape J Med* 2008; 10: 35.
6. Saleem M, Mohsin M, Malik A et al. Successful laparoscopic management of concomitant ectopic pregnancy and acute appendicitis in a patient of failed tubal ligation— case report with a review of the literature. *Cases Journal* 2008; 1: 412.
7. Cabar FR, Fettback PB, Pereira PP, Zugaib M. Serum markers in the diagnosis of tubal pregnancy. *Clinics* 2008; 63: 701-8.

8. Ding DC, Chu TY, Kao SP et al. Laparoscopic management of tubal ectopic pregnancy. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, JSLS* 2008; 12: 273-276.
9. Fujishita A, Masuzaki H, Newaz Khan K, Kitajima M, Hiraki K, Ishimaru T. Laparoscopic salpingostomy for tubal pregnancy: comparison of linear salpingostomy with and without suturing. *Human Reproduction* 2004; 19: 1195-1200.
10. Mol F, Mol BW, Ankum WM et al. Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update* 2008; 14: 309-319.
11. Elito JJ, Ares MN, Montenegro M et al. Unruptured ectopic pregnancy – diagnosis and treatment. State of art. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30: 149-59.