



Embarazo ectópico persistente. Implantación tardía útero-peritoneal. Comunicación de un caso

Alfonso Gutiérrez Nájar,* Radamés Rivas López**

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

Se comunica el caso de una paciente de 31 años de edad a quien se efectuó salpingectomía por laparoscopia por embarazo ectópico fímbrico no roto. A los 33 días se le hizo otra laparoscopia por persistencia de las concentraciones de gonadotropina coriónica humana y dolor abdominal. Durante la intervención quirúrgica se observaron tres sitios de implantación ectópica (uterino y dos peritoneales) de células trofoblásticas activas con sangrado intermitente. Se le realizó fulguración con corriente bipolar y se le administró una dosis intramuscular de metotrexato. La curva de monitoreo de gonadotropina coriónica humana descendió hasta que resultó negativa 10 días después. A pesar de la técnica depurada y la revisión minuciosa de la cavidad pélvica es posible encontrar células trofoblásticas activas, lo que nuevamente puede provocar una urgencia quirúrgica. El tratamiento coadyuvante con una sola dosis de metotrexato puede ser una opción inocua.

Palabras clave: embarazo ectópico, laparoscopia, implantación tardía, implantes trofoblásticos persistentes.

ABSTRACT

We report a case of a 31 years-old female previously treated with laparoscopic salpingectomy due to fimbrial ectopic unruptured pregnancy. After 33 days it was performed a repeated laparoscopy due to persistent b-hCG levels and abdominal pain. During surgical performance there were located three ectopic implantations (one uterine and two peritoneal) of active trophoblastic cells with intermittent bleeding. Fulguration with bipolar current was practiced and administered an intramuscular dose of methotrexate. b-hCG monitoring curve descend until it was negative ten days later. In spite of skillful technique and careful review of pelvic cavity there still are active throphoblastic cells that may cause surgical urgency. Supplementary therapy with an only dose of methotrexate can be an innocuous option.

Key words: ectopic pregnancy, laparoscopy, late implantation, persistent trophoblastic implants.

RÉSUMÉ

On rapport le cas d'une patiente âgée de 31 ans à qui on a pratiqué une salpingo-oophorectomie par laparoscopie par grossesse ectopique tubaire non rompue. Aux 33 jours on lui a pratiqué une autre laparoscopie par persistance des concentrations de gonadotrophine chorionique humaine et douleur abdominale. Pendant l'intervention chirurgicale on a observé trois sites d'implantation ectopique (utérin et deux péritonéaux) de cellules trophoblastiques actives avec saignement intermittent. On a réalisé fulguration avec courant bipolaire et on lui a donné une dose intramusculaire de méthotrexate. La courbe de monitoring de gonadotrophine chorionique humaine a descendu jusqu'à être négative 10 jours après. Malgré la technique dépurée et la révision minutieuse de la cavité pelvienne il est possible de trouver des cellules trophoblastiques actives, ce qui peut provoquer à nouveau une urgence chirurgicale. Le traitement adjuvant avec une seule dose de méthotrexate peut être une option inoffensive.

Mots-clés : grossesse ectopique, laparoscopie, implantation tardive, implants trophoblastiques.

RESUMO

Comunica-se o caso de uma paciente de 31 anos de idade a qual se efetuou salpingectomia por gestação ectópica tubária não rompida. Aos 33 dias foi feita outra laparoscopia por persistência das concentrações de gonadotrofina coriônica humana e dor abdominal. Durante a intervenção cirúrgica observaram três lugares de implantação ectópica (cérvice e dois peritoneais) de células trofoblástica ativa com sangrado intermitente. Realizou fulguração com corrente bipolar e foi administrado uma dose intramuscular de metotrexato. A curva de monitorio de gonadotrofina coriônica humana descendeu até que resultou negativa 10 dias depois. Apesar da técnica depurada e a revisão minuciosa da cavidade pélvica é possível encontrar células trofoblásticas ativas, o que novamente pode provocar uma urgência cirúrgica. O tratamento coadjuvante com somente uma dose de metotrexato pode ser uma opção inocua.

Palavras chave: Gestação ectópica, laparoscopia, implantação tardia, implantes trofoblásticos.

El tratamiento del embarazo ectópico ha cambiado considerablemente durante los últimos años. Los progresos en la ecografía, laboratorio de endocrinología y la cada vez mayor eficiencia de la cirugía laparoscópica permiten el diagnóstico preciso, temprano y de mínima invasión, con menos días de estancia hospitalaria y aumento de la productividad por el retorno inmediato a las actividades diarias.

El tratamiento quirúrgico de mínima invasión es el más utilizado en pacientes con embarazo ectópico y el advenimiento de la cirugía laparoscópica de mínimo acceso ha originado nuevas tendencias en su tratamiento.

Entre los diferentes tipos de embarazo ectópico conocidos, el de menor frecuencia es el ectópico persistente.

Se denomina embarazo ectópico persistente al que coexiste después de un tratamiento correcto con tejido trofoblástico viable, cuando desde el punto de vista histológico no hay embrión identificable y las vellosidades coriónicas residuales están confinadas a la capa muscular de la fimbria; cuando la implantación del tejido trofoblástico en el peritoneo puede ser la causa de la persistencia.¹

Su incidencia se ha incrementado como consecuencia de la introducción de técnicas quirúrgicas que conservan la trompa. El diagnóstico se establece cuando las concentraciones de β -HCG alcanzan una meseta después de la cirugía conservadora, casi siempre en mujeres tratadas conservadoramente para extraer el feto debido a la compresión gradual de la salpinx.

El embarazo ectópico persistente se observa en alrededor de 8.3% de las pacientes con salpingostomía por laparoscopia y en 3.4% por laparotomía.²

Se comunica el caso de una paciente con embarazo ectópico persistente en tres lugares de la superficie peritoneal pélvica, a quien previamente se le efectuó salpingectomía laparoscópica por un embarazo ectópico roto.

* Ginecoobstetra. Director general de reproducción y genética.
** Biólogo de la reproducción humana. Adscrito al servicio de infertilidad, reproducción y genética.
Hospital Ángeles del Pedregal. México, DF.

Correspondencia: Dr. Alfonso Gutiérrez Nájar. Hospital Ángeles del Pedregal. Suite 701. Camino Santa Teresa 1055, colonia Héroes de Padierna, CP 10700, México, DF.
E-mail: gutierrezan@prodigy.net.mx
Recibido: enero, 2008. Aceptado: enero, 2008.

Este artículo debe citarse como: Gutiérrez NA, Rivas LR. Embarazo ectópico persistente. Implantación tardía útero-peritoneal. Comunicación de un caso. Ginecol Obstet Mex 2008;76(3):182-6. La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.actualizacionmedica.com.mx

COMUNICACIÓN DEL CASO

Paciente primigrávida, de 31 años de edad, con opsonorrea de cinco semanas, dolor abdominal y sangrado transvaginal rojo oscuro. Se le diagnosticó embarazo ectópico ampular derecho. La cuantificación de hormona β -HCG fue de 7558 mU/mL.

Por laparoscopia se encontró embarazo tubárico derecho con implantación en la zona fimbriada, afectación extensa de la zona ampular y hemoperitoneo de aproximadamente 100 cc; por esto se le realizó salpingectomía derecha, que no tuvo complicaciones. En la revisión del resto de la cavidad abdominal y pélvica no se observaron alteraciones.

A los 33 días posteriores a la realización de la intervención quirúrgica, la paciente acudió nuevamente a consulta por distensión abdominal, sensación de pesantez pélvica, dolor en el hipogastrio, palidez de tegumentos +++/++++ y fascies peritoneal.

En la exploración se encontraron: tensión arterial: 100/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, temperatura de 37 °C, talla de 1.72 cm y peso de 70.2 kg, hiperestesia e hiperalgesia, datos de irritación peritoneal, y ruidos intestinales de poca intensidad.

En la exploración vaginal bimanual el útero se encontró hipersensible, de forma y contornos normales, sin posibilidad de palpar los anexos, fondo de saco abombado y dolor a la movilización cérvico-uterina.

La trompa izquierda y los ovarios estaban normales; carecía de la salpinx derecha porque le fue extirpada



Figura 1. El estudio ultrasonográfico reveló una imagen hipocóica en el fondo de saco de Douglas, sugerente de líquido libre en la cavidad pélvica.

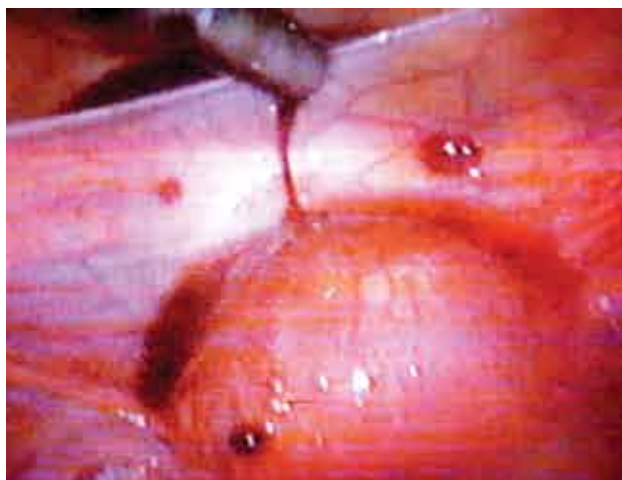


Figura 2. La cuantificación de β -HCG fue de 676 mU/mL.

quirúrgicamente. Se lavó y aspiró el hemoperitoneo y en la superficie peritoneal del piso pélvico se observaron dos áreas de menos de 0.5 cm, de color marrón rojizo, con sangrado intermitente y uno más en la región del fondo uterino (figuras 1 a 4).

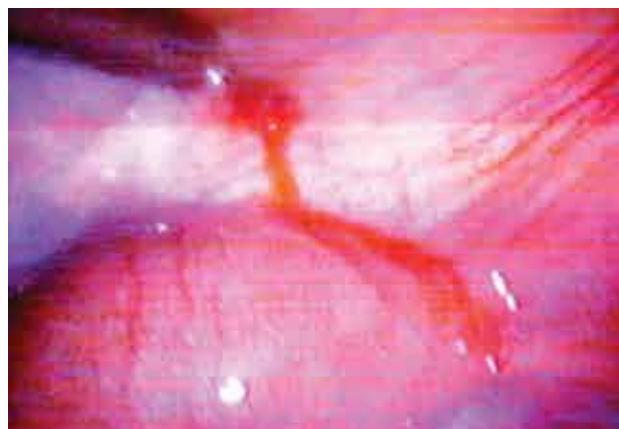
Se tomó biopsia de las lesiones para su estudio histopatológico, que reportó tejido trofoblástico. Con corriente bipolar se realizó vaporización hasta que se obtuvo hemostasia completa del área involucrada. En la revisión del resto de la cavidad abdomino-pélvica no se encontraron alteraciones.

Al cabo de 24 horas se aplicó una dosis única intramuscular de 50 mg de metotrexato (1 mg por kilogramo de peso). Posteriormente, cada cuatro días, se efectuó determinación seriada de β -HCG. La figura 5 resume los resultados.

DISCUSIÓN

Esta forma de embarazo ectópico está descrita en la bibliografía internacional. Entre los sitios de implantación que se mencionan está la pared abdominal, en el sitio de punción,³ epiplón y ovario.^{4,5} Existe un reporte de 1994 de implantes peritoneales postsalpingostomía⁶ en el que la intervención laparoscópica de las lesiones fracasó. En otra comunicación de 1989 el simple manejo ablativo de las lesiones resolvió el problema de la β -HCG persistentemente elevada.⁷

Ninguno de los reportes previos de la bibliografía mundial describe al trofoblasto a nivel peritoneal, con foco uterino y sangrado conjunto intermitente, con hemo-



Figuras 3 y 4. Hemoperitoneo de 400 cc, aproximadamente.

peritoneo secundario, situación que pone en grave riesgo a la paciente.

Entre las posibilidades de diagnóstico diferencial de este padecimiento está el embarazo ectópico crónico que, aunque excepcional, existen casos. Es un embarazo ectópico que en algún momento se complica, con rotura de la trompa o aborto tubario; sin embargo, el cuadro se estabiliza de manera espontánea, sin manifestarse clínicamente, como para inducir al clínico a mayor estudio; puede formarse un complejo tubo-ovárico que afecte estructuras vecinas, con gran componente inflamatorio. El proceso inflamatorio crónico puede provocar, en cualquier momento, rotura de la trompa y manifestarse clínicamente. Si ello no ocurre el embarazo ectópico puede pasar inadvertido.⁸

Con el propósito de lograr menor invasión a los órganos reproductores puede indicarse metotrexato como tratamiento médico del embarazo ectópico. El meto-

trexato es un antagonista del ácido fólico que inhibe la dehidrofolato reductasa y, por consiguiente, la síntesis de ADN.

El seguimiento de los resultados posteriores a la inyección de metotrexato para el tratamiento del embarazo ectópico se hace con la cuantificación de β -HCG, mediante una curva. Si, por ejemplo, en el control de la semana la concentración de β -HCG ha disminuido menos de 15 a 25% de la concentración del día cero, se administra otra dosis de metotrexato. Los controles semanales deben llegar a menos de 15 mUI/mL.

La dosis de metotrexato que regularmente se prescribe es de 50 mg/m² de superficie corporal, o 1 mg por kilogramo de peso, vía intramuscular, en una o más dosis, que pueden repetirse, excepcionalmente, hasta tres veces, dependiendo de la respuesta y los valores de β -HCG.⁹

Si bien es cierto que en la fertilidad futura influyen el tipo de tratamiento y la coexistencia de diferentes factores de riesgo, después de un embarazo ectópico la probabilidad de recurrencia es de 10%, con tasa acumulativa de embarazo a un año de 56% y a dos años de 67%; es decir, que de 100 mujeres con embarazo ectópico que buscan volver a embarazarse, aproximadamente la mitad lo consigue al año.

Aquí se reporta el caso de una paciente con embarazo ectópico persistente en la superficie peritoneal de la pelvis, a quien previamente se le realizó salpingectomía laparoscópica, por embarazo ectópico roto.

Del 1 al 2% de los embarazos se implantan fuera de la cavidad uterina y, de estos, 95% lo hacen en las trompas uterinas. Si el embarazo ectópico no se trata es posible que se absorba o provoque una urgencia quirúrgica ginecológica.

Cuando el trofoblasto se implanta en la mucosa del endosálpinx invade la lámina propia y la muscular de la salpínge, lo que permite que la evolución del embarazo ectópico se efectúe entre la luz de la trompa y su recubrimiento peritoneal. Este crecimiento ocurre en forma paralela a lo largo del eje de la trompa y alrededor de su circunferencia.¹⁰

La endometriosis es un factor de riesgo para embarazo ectópico que altera la motilidad tubaria y la paciente del caso que aquí se reporta la padecía.

El tratamiento del embarazo ectópico tubario puede ser quirúrgico y la laparoscopia ha demostrado ventajas como abordaje de elección.

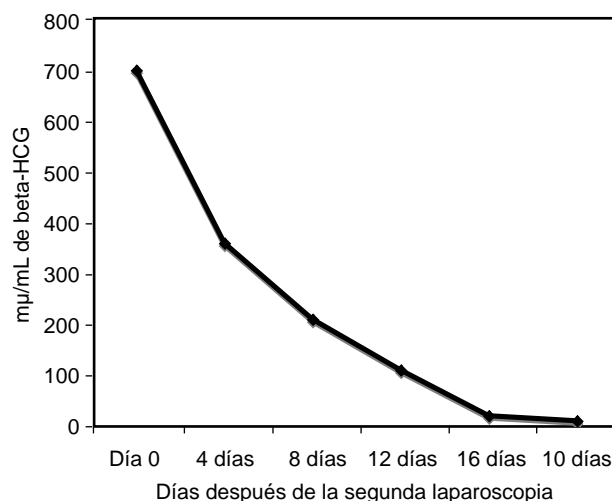


Figura 5. Gráfica que muestra la curva inicial de concentraciones séricas de β -HCG y su monitorización hasta negativizarse.

Cuando el cirujano accede a la cavidad pélvica puede valorar el estado de la trompa y determinar si el procedimiento quirúrgico será conservador (salpingostomía) o radical (salpingectomía). En el caso que aquí se comunica, la trompa estaba muy afectada por lo que se realizó salpingectomía.

La técnica y la experiencia en el tratamiento laparoscópico de un embarazo ectópico son fundamentales; luego de haber extraído por completo la salpínge, y el embarazo ectópico, el cirujano deberá ser muy cuidadoso para no esparcir tejido trofoblástico en la cavidad, ni dejarlo dentro de la pelvis porque esto es un factor de riesgo para actividad trofoblástica persistente.

El embarazo ectópico persistente se refiere al crecimiento de las células trofoblásticas después de una intervención quirúrgica. Este tejido se observa, regularmente, cerca del útero o sobre la superficie de la trompa cercana a éste.

La persistencia del tejido trofoblástico se sospecha por el dolor abdominal y sumamente sugerente cuando las concentraciones de β -HCG están elevadas después de la cirugía.

El caso que aquí se reporta es de persistencia de tejido trofoblástico posterior a salpingectomía total. En la actualidad, los criterios para salpingectomía total son: sangrado profuso de la trompa debido a rotura o gran infiltración trofoblástica, recurrencia del embarazo ectópico en la misma trompa, trompa muy dañada o de diámetro mayor de 5 cm.

En este caso, la paciente refirió síntomas 33 días después de la salpingectomía total, quizá porque de los tres focos ectópicos de trofoblasto sólo uno sangraba intermitentemente.

Los valores de β -HCG fueron disminuyendo hasta alcanzar la negatividad 20 días después de la segunda intervención.

Además del tratamiento quirúrgico, se aplicó una dosis de 1 mg/kg de metotrexato, procedimiento que contribuyó a la pronta recuperación y descenso de los valores de β -HCG.

Debido a que el tejido trofoblástico ectópico no crece tan rápido como en los embarazos normales, las concentraciones de gonadotropina coriónica o las de progesterona tampoco lo hacen. Esto hace que, al inicio, el endometrio se decidualece, incluso en algunas células glandulares se llega a observar hipertrofia, con hiperchromatismo y pleomorfismo, con incremento de la actividad mitótica (reacción de Arias-Stella). Estos cambios endometriales no sólo se observan en el embarazo ectópico sino también en neoplasias y luego de ciclos de estimulación con citrato de clomifeno.¹¹

Por lo que se refiere al futuro reproductivo, la infertilidad posterior a un embarazo ectópico está determinada, principalmente, por daño tubario previo, sobre todo por infecciones (*Chlamydia trachomatis*), cirugías tubarias, por otro embarazo ectópico y edad mayor de 35 años.²

Las pacientes a quienes se realiza salpingectomía tienen menor probabilidad de volverse a embarazar en comparación con las salpingostomizadas; sin embargo, en la paciente del caso que aquí se reporta no fue posible realizar la segunda, debido al extenso daño de la trompa.

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica es el abordaje de elección para todas las pacientes con embarazo ectópico, incluso el persistente. A pesar del seguimiento de una técnica depurada y la revisión minuciosa de la cavidad pélvica,

es posible que queden células trofoblásticas activas que puedan provocar una urgencia quirúrgica si los sitios de implantación trofoblástica tienen sangrando activo. Éste es el primer caso que se describe de embarazo ectópico persistente con implante en el peritoneo, fondo uterino y hemoperitoneo por sangrado intermitente. El tratamiento coadyuvante con metotrexato en una sola dosis, aplicado por vía intramuscular, puede ser una opción inocua y eficaz para complementar el manejo de este tipo de casos.

REFERENCIAS

1. Fernandez H. Ectopic pregnancies after infertility treatment: modern diagnosis and therapeutic strategy. *Hum Reprod Update* 2004;10:503-13.
2. Ego C. Survival analysis of fertility after ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2001;75:560-6.
3. Alge AA, Martin J, Muller-Holzner E, Marth C. Uncommon location of persistent ectopic pregnancy following laparoscopic surgery. *Obstet Gynecol* 1994;84:697-8.
4. Pal L, Parkash V, Rutherford TJ. Omental trophoblastic implants and hemoperitoneum after laparoscopic salpingostomy for ectopic pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 2003;48:57-9.
5. Robinson RD, Ginsburg ES. Persistent tubal pregnancy presenting with delayed hemorrhage from a second implantation of trophoblast on the ovary: a case report. *J Reprod Med* 2004;49:693-5.
6. Foulot H, Chapron C, Morice P, Mouly M, Aubriot FX, Dubuisson JB. Failure of laparoscopic treatment for peritoneal trophoblastic implants. *Hum Reprod* 1994;9:92-3.
7. Thatcher SS, Grainger DA, True LD, DeCherney AH. Pelvic trophoblastic implants after laparoscopic removal of a tubal pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989;74:514-5.
8. Katz ME. Ectopic pregnancy: Etiology, pathology, diagnosis, management, fertility prognosis. In: *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. New York: Mosby, 2007.
9. Rojas Mora E, Hernández Vivar LE, Sánchez Contreras J. Tratamiento médico del embarazo ectópico no roto. *Ginec Obstet Mex* 2004;72:135-41.
10. Nathorst-Boos J, Rafik Hamad R. Risk factors for persistent trophoblastic activity after surgery for ectopic pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:471-5.
11. DeCherney AH, Maheux R. Modern management of tubal pregnancy. *Curr Probl Obstet Gynecol* 1983;6:2-6.