

Salpingectomía videolaparoscópica por embarazo ectópico.

Presentación de casos y revisión de literatura.

Videolaparoscopic salpingectomy for ectopic pregnancy.

Case report and review

*Dr. Carlos Rafael Alverto Suazo**

RESUMEN. Se presentan dos casos de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico tubárico ampular, que ingresaron al hospital Vicente D'Antoni de La Ceiba, Atlántida, durante 1999 y que fueron sometidas a salpingectomía radical por videolaparoscopia. En ambos casos no hubo complicaciones intra ni postoperatorias. El tiempo operatorio fue de 140 y 85 minutos, respectivamente, y fueron dadas de alta a las 36 y 28 horas del postoperatorio. Se describe la técnica empleada y se revisa la literatura. Con el entrenamiento adecuado, el abordaje laparoscópico del embarazo ectópico es un método seguro y efectivo y debería ser aprendido por la mayoría de ginecólogos para brindar a más pacientes todos los beneficios de esta técnica. Este es el primer informe de este tipo.

Palabras clave: *Salpingectomía Laparoscópica, Embarazo Ectópico.*

ABSTRACT. I present two cases of patients with diagnosis of tubal pregnancy. Both were submitted to radical salpingectomy by videolaparoscopy at Vicente D'Antoni Hospital in La Ceiba, Atlántida, during

1999. There were no perioperative complications. The surgical time was 140 and 85 minutes, respectively, and the patients were discharged 36 and 28 hours after the procedure. The surgical technique is described and a review of the literature is presented. With an appropriate training, the laparoscopic management of ectopic pregnancy is safe and effective. This is the first report of its kind in the Honduran medical literature.

Key words: *Laparoscopic Salpingectomy, Ectopic Pregnancy.*

INTRODUCCION

El embarazo ectópico sigue teniendo una prevalencia alta en países desarrollados y subdesarrollados. En Estados Unidos, los Centers for Disease Control reportaron en 1989 una tasa de 16 embarazos ectópicos por cada 1000 embarazos notificados, lo cual representa un aumento de casi el doble comparado con 9.4 en 1978. Las causas más importantes para este aumento han sido un incremento en la prevalencia de enfermedad inflamatoria pélvica, así como cirugía tubárica.¹⁻³ Actualmente el diagnóstico puede hacerse temprano con la ayuda de la ultrasonografía vaginal y la valoración de la subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica. El tratamiento tradi-

* Ex-Ginecobstetra del Hospital Vicente D'Antoni de La Ceiba, Atlántida
Dirigir correspondencia a: E-mail calverto@hotmail.com
Web: www.cm-h.org

cional fue salpingectomía radical por laparotomía, pero a finales del decenio de los setenta comenzó a popularizarse la laparoscopia y actualmente la técnica laparoscópica constituye el método ideal de abordaje para su diagnóstico y manejo. A continuación se presentan dos casos de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico tubárico ampular, que fueron sometidas a salpingectomía total por videolaparoscopia en el Hospital Vicente D'Antoni de La Ceiba, Atlántida. De no haber informes similares, éstos serían los primeros casos de su índole reportados en la literatura médica hondureña.

PRESENTACION DE CASOS

Caso 1

Paciente de 27 años, expediente 070292, gesta=2, para=1, gravindex positivo y 7 semanas de amenorrea por fecha de última menstruación (FUM), presentándose a la emergencia del Hospital Vicente D'Antoni el 24 de Abril de 1999 con historia de 3 días de evolución de dolor continuo en fosa iliaca derecha (FID) y 1 día de sangrado transvaginal escaso. El examen físico mostró signos vitales estables, abdomen blando y depresible, doloroso en FID, no masas. El examen ginecológico fue positivo por cervix doloroso a la movilización, sin detectarse masas anexiales. Laboratorio reportó hemoglobina=11 gramos/dl y subunidad beta de hormona gonadotropina coriónica (HGC) de 7,274 UI. Fue manejada conservadoramente hasta que ultrasonografía endovaginal del 26 de Abril reportó útero ligeramente agrandado, cavidad uterina vacía y anexo derecho con masa de aspecto quístico de 18 milímetros de diámetro, sugestivo de embarazo ectópico. Por lo anterior fue programada para videolaparoscopia en esa misma fecha.

Caso 2

Paciente de 34 años, expediente 14702, gesta=2, para=1, con embarazo de 7 semanas por FUM, ingresada al hospital Vicente D'Antoni el 28 de Octubre de 1999 a las 22:30 horas por historia de dolor en FID de 2 días de evolución y sangrado transvaginal escaso. El examen físico reveló signos vitales estables; abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación profunda en FID e hipogastrio, no masas. El examen ginecológico mostró sangrado negruzco desde cavidad, escaso y sensibilidad anexial derecha. No se evidenciaron masas pélvicas.

Laboratorio informó hemoglobina=11.5 gramos/dl y ultrasonografía endovaginal de urgencia reportó cavidad uterina sin saco gestacional y anexo derecho con estructura anular ecogénica conteniendo embrión con latido cardíaco, compatible con embarazo ectópico. Por lo anterior se realizó videolaparoscopia de urgencia el 29 de Octubre de 1999 a las 01:00 horas.

TÉCNICA

La técnica empleada fue igual para ambas pacientes. Con la paciente en mesa de quirófano, miembros inferiores en abducción y rodillas semiflexionadas, se procedió a sondeo vesical y colocación de manipulador uterino de Hulka. Previa asepsia y antisepsia, con aguja de Veress se realiza neumoperitoneo a razón de 1.5 litros de CO₂ por minuto, hasta alcanzar una presión intrabdominal de 12 milímetros de Mercurio. Se coloca a continuación trocar umbilical de 10 milímetros para laparoscopia y cámara, un trocar de 10 mm en fosa iliaca derecha y un trocar de 5 mm en fosa iliaca izquierda, a 2-3 centímetros hacia adentro de cada espina iliaca anterosuperior. Se identificaron las diferentes estructuras pélvicas y se comprobó la gestación ectópica. En ambos casos se observó leve hemoperitoneo y coincidió la localización en la porción ampular de trompa derecha. En el caso 1 no había rotura de la trompa, pero sí en el caso 2. La trompa contralateral en ambos casos se observaba normal. Siguiendo la técnica de triple asa descrita por Semm,⁴ que era la técnica con la que estaba familiarizado en ese momento, se procedió a realizar salpingectomía radical derecha en ambos casos. Mediante ésta técnica, se toma la trompa que contiene el embarazo ectópico con una pinza de agarre y se la hace pasar a través de una endoasa de Vicryl # 1 hecha con un nudo de Roeder y a continuación se liga con la ayuda de un bajanudos. Después de colocar tres endoasas, la trompa es reseca. El espécimen es extraído en una endobolsa, que se improvisó con un guante de látex, a través de la cánula de 10mm. Se realizó lavado de cavidad y se comprobó hemostasia. No hubo complicaciones intra-operatorias ni postoperatorias. El tiempo operatorio fue de 140 y 85 minutos, respectivamente. No se utilizaron analgésicos narcóticos, se les indicó dieta líquida a las 12 horas de postoperadas y dieta corriente a las 18 horas y fueron dadas de alta a las 36 y 28 horas del postoperatorio.

Aparte de la técnica antes mencionada, Dubuisson⁵ introdujo una técnica de salpingectomía radical que consiste en la termocoagulación y corte del istmo, meso-salpinx y ligamento tubo-ovárico. En la actualidad, la mayoría de los autores prefieren la coagulación bipolar y corte con tijeras, siguiendo la misma dirección de corte mencionada anteriormente.⁶

REVISION DE LITERATURA

Las pacientes con antecedente de embarazo ectópico ven afectada seriamente su fertilidad subsecuente, ya que cuando son sometidas a salpingectomía sus posibilidades de conseguir un embarazo intrauterino se reducen un 40% (Ref. 7). El manejo endoscópico del embarazo tubárico es un método seguro y eficaz; las contraindicaciones son relativas, pero dependen esencialmente de la experiencia del cirujano.⁸

La salpingectomía laparoscópica es el método de elección cuando no se desea fertilidad futura ó en casos de ruptura.⁹ Otras indicaciones son:⁶

- Embarazo ectópico postesterilización quirúrgica
- Antecedente de microcirugía tubárica
- Paciente que solicita esterilización
- Hemorragia continua posterior a salpingostomía
- Hormona Gonadotropina Coriónica mayor de 15,000 IU
- Múltiples recurrencias del embarazo ectópico
- Tamaño del embarazo ectópico mayor de 5 centímetros

El tratamiento laparoscópico del embarazo ectópico fue descrito con detalle gracias a las investigaciones de Manhes y Bruhatn en 1975, quienes pusieron una técnica de salpingostomía para su manejo conservador. Posteriormente, Dubuisson describió una técnica de salpingectomía. Bruhat y colaboradores han propuesto una puntuación terapéutica quirúrgica del embarazo ectópico. A continuación se presenta los diferentes factores que ellos toman en cuenta para dicha puntuación y el valor asignado:

- Antecedente de embarazo ectópico = 2
- Por cada embarazo ectópico suplementario = 1

- Historia de salpingolisis = 1
- Historia de microcirugía tubárica = 2
- Trompa única = 2
- Antecedente de salpingitis = 1
- Adherencias ipsilaterales = 1
- Adherencias contralaterales = 1

Para una puntuación igual o mayor que 6 ellos recomiendan salpingectomía radical más esterilización contralateral y fertilización in vitro posterior, ya que las probabilidades de un embarazo intrauterino son muy reducidas. Con una puntuación igual a 5, las pacientes tienen casi las mismas posibilidades de embarazo intrauterino y de recidivas después del tratamiento conservador, por lo cual se recomienda salpingectomía radical.

Ante una puntuación igual o menor a 4, el manejo será conservador pues las posibilidades de tener un embarazo intrauterino son muy superiores a los riesgos de recidiva.⁷

Para Tulandi y Saleh,¹⁰ la salpingostomía laparoscópica sigue siendo el tratamiento universal y definitivo del embarazo ectópico en pacientes que están hemodinámicamente estables y que desean preservar su fertilidad. Los resultados reproductivos después de salpingostomía parecen ser equivalentes o mejores que la salpingectomía, pero la frecuencia de embarazo ectópico recurrente puede ser ligeramente mayor.

Según Parker y Bisits,¹¹ la habilidad para tratar la mayoría de los embarazos ectópicos vía laparoscópica ha sido uno de los grandes avances en la cirugía ginecológica. Sin embargo, a pesar de los bien publicados beneficios de la laparoscopia en comparación con la laparotomía, en su país Australia, sólo el 50% de las pacientes con embarazos ectópicos se benefician actualmente de este avance quirúrgico. Aunque está claro que el tratamiento laparoscópico es preferible a la laparotomía no hay un consenso en cuanto a si debe realizarse salpingectomía ó salpingostomía. Ellos concluyen que un estudio clínico prospectivo, con seguimiento a largo plazo, necesita ser realizado para evaluar el pronóstico de fertilidad y las complicaciones después de salpingectomía laparoscópica versus salpingostomía.

En un estudio de Tan y Tay¹² se reporta la experiencia del tratamiento laparoscópico del embarazo ectópico en el

Hospital General de Singapur entre Enero de 1990 y Diciembre de 1995. De un total de 358 casos de gestación ectópica, 100 (27.9%) fueron tratados laparoscópicamente. La hemoglobina preoperatoria oscilaba entre 7.1 y 13.2 gramos/decilitro. El hemoperitoneo estaba presente en 83% de éstos casos y el embarazo ectópico estaba localizado en la región ampular de la trompa en el 66% de casos. Del total de 100 casos, 63 fueron tratados con salpingectomía y 37 con salpingostomía. El tiempo operatorio promedio fue de 58 minutos (rango de 30 a 90 minutos). No hubo complicaciones intra o post-operatorias y la mayoría de los pacientes estaban deambulando después de doce horas de operadas y el 84% fueron dadas de alta 36 horas después de su cirugía. Ellos concluyen que el tratamiento laparoscópico es seguro y efectivo y los ginecólogos deberían ser entrenados en laparoscopia operatoria en una etapa temprana de su formación, de manera que más pacientes con embarazos ectópicos puedan beneficiarse de esta cirugía mínimamente invasiva.

Dubuisson¹³ reporta un total de 375 pacientes que fueron sometidas a salpingectomía laparoscópica por embarazo ectópico en un período de 10 años, en las cuales se valoró la fertilidad después de la cirugía. La frecuencia global de embarazos intrauterinos fue de 50.3%, con una recurrencia de embarazo ectópico de 15.2%. Estos resultados fueron analizados tomando en cuenta la historia de la paciente, así como la condición de la trompa contralateral al momento de la laparoscopia. En pacientes sin historia previa de infertilidad o de cirugía tubárica y cuya trompa contralateral estaba normal, la fertilidad después de salpingectomía laparoscópica fue comparable a la fertilidad observada después de manejo laparoscópico conservador. Este punto es apoyado por varios autores.¹⁴⁻¹⁷ En un estudio previo, Dubuisson ya había considerado la fertilización *in vitro* en pacientes con una trompa contralateral patológica.¹⁸

Las complicaciones intra y post-operatorias de la salpingectomía laparoscópica son poco frecuentes. Estas surgen especialmente cuando nos encontramos con una trompa muy adherida, situación que torna la cirugía más difícil, particularmente si afecta al aparato digestivo. Por otra parte, las lesiones por electricidad son más frecuentes con la energía monopolar, por lo cual la bipolar debe tener preferencia, debiendo aplicarse sólo en elementos identi-

ficados con claridad. Algunos autores han mencionado el injerto peritoneal del trofoblasto como otra complicación, pero su frecuencia no parece llegar al 1 %; sin embargo, la posibilidad de injerto justifica controlar el nivel de subunidad beta HCG una semana después de la salpingectomía, el cual no debe llegar al 5% con respecto a su valor inicial.^{7,19}

La laparoscopia operatoria sigue su marcha ascendente y todos los que hacemos cirugía ginecológica debemos aprender éstas nuevas técnicas y así poder beneficiar al mayor número de pacientes con las ventajas que la laparoscopia brinda. La salpingectomía laparoscópica es un procedimiento fácil de aprender y con el entrenamiento adecuado las complicaciones son poco frecuentes. Si no se cuenta con coagulación bipolar, la técnica de triple asa es una buena alternativa.

REFERENCIAS

1. Berek J, Hillard PA Adashi EY. *Ginecología de Novak*. 12a edición. Mexico, D.F: Mcgraw-Hill Interamericana Editores; 1997.
2. Cucto J y Weber A. *Cirugía Laparoscópica*. Primera edición. México, D.F: Nueva Editorial Interamericana; 1994.
3. Nava y Sanchez RM y Molina A. *Endoscopia Quirúrgica Ginecológica*. Primera edición. México: Marketing y Publicidad de México; 1995.
4. Semm K. *Pelviscopy-Operative Guidelines*. Second edition. Kiel. UFK-KIEL; 1992.
5. Dubuisson JB, Aubriot FX and Cardone V. *Laparoscopic salpingectomy for tubal pregnancy*. *Fertil Steril* 1987; 47 (2): 225-8.
6. Mencaglia L y Wattiez A. *Manual de Cirugía Laparoscópica Ginecológica*. Primera edición. Tuttingen: Endo-Press; 1999.
7. *Manual Oficial del Diploma Universitario Europeo de Endoscopia Operatoria en Ginecología*. Facultad de Medicina, Universidad de Auvernia de ClermontFerrand, Francia. 1999-2000.
8. Donnez J and Nisolle M. *Endoscopic management of ectopic pregnancy*. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1994; 8 (4): 707-22.
9. Hulka J y Reich H. *Textbook of Laparoscopy*. Second edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1994.
10. Tulandi T and Saleh A. *Surgical management of ectopic pregnancy*. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42 (1): 31-8.
11. Parker J and Bisits A. *Laparoscopic surgical treatment of ectopic pregnancy: salpingectomy or salpingostomy ? Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1997; 37 (1):115-7.
12. Tan HK and Tay SK. *Laparoscopic treatment of ectopic pregnancies-a study of 100 cases*. *Ann Acad Med Singapore* 1996; 25 (5): 665-7.

13. Dubuisson JB, Morice P, Chapron C, De Gayffier A and Mouelhi T. Salpingectomy - the laparoscopic surgical choice for ectopic pregnancy. *Hum Reprod* 1996; 11 (6): 1199-203.
14. Fernández H, Marchal L and Vincent Y. Fertility after radical surgery for tubal pregnancy. *Fertil Steril* 1998; 70 (4): 680-6.
15. Oelsner G, Goldenberg M, Admon D *et al.* Salpingectomy by operative laparoscopy and subsequent reproductive performance. *Hum Reprod* 1994;9 (1): 83-6.
16. Silva PD, Schaper AM and Rooney B. Reproductive outcome after 143 laparoscopic procedures for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 81 (5[Pt 1]): 710-5.
17. Sultana CJ, Easley K and Collins RL. Outcome of laparoscopic versus traditional surgery for ectopic pregnancies. *Fertil Steril* 1992; 57 (2): 285-9.
18. Dubuisson JB, Aubriot FX, Foulot H, Bruel D, Bouquet de Joliniere J and Mandelbrot L. Reproductive outcome after laparoscopic salpingectomy for tubal pregnancy. *Fertil Steril* 1990; 53 (6): 1004-7.
19. Maymon R, Shulman A, Halperin R, Michell A and Bukovsky I. Ectopic pregnancy and laparoscopy: review of 1197 patients treated by salpingectomy or salpingostomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;62 (1): 61-7.

“...LA SAGA DEL BANANO DATA DE MILENIOS Y SU RASTRO SE ESFUMA EN LAS SOMBRAS DEL AYER... NATURALISTAS Y FILÓSOFOS CELEBÉRRIMOS DE LA ANTIGÜEDAD, RUMPHIUS, TEOFRASTO, PLINIO EL VIEJO Y PLATÓN LO CITAN EN SUS OBRAS. DE IGUAL MANERA, ES POSIBLE ENCONTRAR MÚLTIPLES ACOTACIONES SOBRE EL MISMO EN LA LITERATURA CHINA, GRIEGA E HINDÚ. POEMAS ÉPICOS, ENCICLOPEDIAS, TEXTOS HIERÁTICOS, TEMPLOS Y MONUMENTOS LO PORTAN ESTAMPADO EN PAPIRO, PIEDRA O MÁRMOL. EN ÉPOCAS REMOTAS LAS VARIEDADES CONOCIDAS TENÍAN SEMILLAS PERO EN EL DEVENIR DE LOS TIEMPOS SURGIERON MUTANTES SIN HUESO...”

OPALINARIA (LA CANCIÓN DE LOS OPALOS)

JUAN ALGER P., 1995, pp.67