



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Ávila, Carla; Gurreonero, Édgar; Calderón, Jorge
Hallazgos laparoscópicos EN pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 55, núm. 1, 2009, pp. 33-36
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428191008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



HALLAZGOS LAPAROSCÓPICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO

Resumen

Objetivos: Determinar los hallazgos más frecuentes en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico sometidas a intervención quirúrgica vía laparoscópica. **Diseño:** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. **Institución:** Servicio de Emergencia de Gineco Obstetricia, Hospital Alberto Sabogal Sologuren. **Participantes:** Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, tratadas quirúrgicamente vía laparoscópica. **Intervenciones:** Se incluyó 26 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y consideradas aptas (lo más importante fue la estabilidad hemodinámica de la misma y sin contraindicaciones para la anestesia general) para ser tratadas quirúrgicamente vía laparoscópica. Se tomó datos como la edad, estado hemodinámico, ubicación del embarazo ectópico, tamaño de la tumoración, presencia de líquido libre en la cavidad, tipo de cirugía realizada, conversión a laparotomía. **Principales medidas de resultados:** Características del embarazo ectópico y resultados de la laparoscopia. **Resultados:** La edad media fue 31,1 años. Se presentaron en la misma proporción el embarazo tubárico ístmico y el ampular. El tamaño de la tumoración tubárica fue menor de 5 cm en 23 (88,5%) pacientes. La salpingectomía fue la intervención quirúrgica más realizada, en 87,5%, mientras la salpingostomía y la anexectomía fueron poco realizadas. La conversión laparoscópica se presentó en 7,7% de las pacientes. **Conclusiones:** La laparoscopia mostró ser un método seguro, una buena opción para el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico. Una evaluación adecuada de la paciente es el paso más importante para la decisión del tipo de abordaje. No se encontró mayor asociación entre la presencia de hemoperitoneo mayor de 100 mL y la tasa de conversión a laparotomía.

Palabras clave: Embarazo ectópico, laparoscopia, laparotomía, salpingectomía.

**Carla Ávila*,
Édgar Gurreonero**,
Jorge Calderón***

* Médico Asistente, Servicio de Gineco Obstetricia, Hospital Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud

** Jefe de Servicio de Gineco Obstetricia, Hospital Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud

Correspondencia:

Dra. Carla Ávila Venegas

Dirección: Jr. Gonzalo Pizarro, 169 Departamento 302

Maranga, San Miguel, Lima 33, Perú

Teléfonos: 3866672, 993489303

Correo electrónico:

carlapaola20@hotmail.com

Financiamiento: Autofinanciado

Conflicto de intereses: Ninguno

Trabajo presentado como Tema Libre al XVII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, febrero de 2009.

Rev Per Ginecol Obstet. 2009;55:33-36.

Laparoscopic findings in patients with ectopic pregnancy diagnosis

ABSTRACT

Objectives: To determine the most frequent findings in patients with diagnosis of ectopic pregnancy subjected to laparoscopic surgery. **Design:** Descriptive, retrospective, transversal study. **Setting:** Gynecology and Obstetrics Emergency Service, Hospital Alberto Sabogal Sologuren. **Participants:** Patients with ectopic pregnancy diagnosis treated by laparoscopy. **Interventions:** Twenty-six patients with diagnosis of ectopic pregnancy and considered suitable (hemodynamic stability and no contraindications for general anesthesia) were treated with laparoscopic surgery. We obtained information on age, hemodynamic status, ectopic pregnancy location, tumor size, presence of free fluid, type of surgery, conversion to laparotomy. **Main outcome measures:** Ectopic pregnancy characteristics and laparoscopy results. **Results:** Main age was 31,1 years. Isthmic and ampullar pregnancies presented in the same proportion. Size of the tubal

tumor was less than 5 cm in 23 (88,5%) patients. Salpingectomy was the most frequent surgical intervention, in 87,5%, and salpingostomy and adnexectomy were rarely performed. Laparoscopic conversion occurred in 7,7% of cases. **Conclusions:** Laparoscopy appeared as a safe method and good option for surgical treatment of ectopic pregnancy. An adequate evaluation of the patient is most important for surgery type decision. We did not find association between presence of hemoperitoneum over 100 mL and conversion to laparotomy.

Key words: Ectopic pregnancy, laparoscopy, laparotomy, salpingectomy

INTRODUCCIÓN

Se entiende como embarazo ectópico la implantación y desarrollo de la gestación fuera de la cavidad uterina, constituyendo la

primera causa de muerte materna relacionada a la gestación en el primer trimestre ^(1,2).

Aproximadamente, 97% de las veces se presenta en las trompas, relacionándose con la salpingitis ^(3,4), usualmente resultado de una infección pélvica. La historia previa de infección cervical con *Nisseria gonorrhoea* o *Chlamydia trachomatis* ⁽⁵⁾ incrementan el riesgo. Los principales factores de riesgo son una historia previa



de embarazo ectópico ^(6,7), cirugía tubárica previa^(8,9); cuanto más compleja, mayor riesgo; ligadura tubárica realizada con cauterio⁽¹⁰⁾, por la formación probable de fístula (no se ha observado embarazo ectópico luego de esterilización histeroscópica); exposición al dietilestilbestrol, embarazo concomitante al empleo de DIU, el uso de tabaco, entre otros.

La ubicación más frecuente es la trompa de Falopio⁽¹¹⁾, especialmente la ampolla (70%), istmo (12%), fimbria (11%), intersticio/cornual (2%); otros lugares menos frecuentes son las localizaciones ováricas (3%), abdominal (1%) y cervical (1%).

El tratamiento puede ser médico o quirúrgico⁽¹²⁾. Si la paciente se encuentra inestable, el tratamiento quirúrgico inmediato será la solución, ya sea vía laparotomía o laparoscopia, siendo esta última considerada el estándar de oro debido a las ventajas económica, reducción de tasa de complicaciones, en sangrado, en incidencias de adherencias posquirúrgicas, mejores índices de fertilidad futura, menor estancia hospitalaria, retorno rápido a la actividad laboral, menor uso de analgésicos, entre otros. En pacientes hemodinámicamente estables, la cirugía es la indicada, principalmente en la inminencia de rotura o rotura de la trompa, así como en aquellas pacientes en quienes el tratamiento médico probablemente no funcione (embarazo tubárico de más de 5 cm, actividad cardíaca embrionaria presente, títulos de hCG-β mayores de 5 000 mUI/mL).

Tomando en consideración los factores de riesgo, deseo de fertilidad futura y la estabilidad de la paciente⁽¹³⁾, se decidirá si se realiza una salpingectomía (segmentaria o total) y esto estará en función de recurrencia de embarazo ectópico en la misma trompa⁽¹⁴⁾, lesión extensa de la misma, sangrado incontrolable (pre o post salpingostomía), embarazo heterotópico, entre otros, o realizar una salpingostomía, que es de elección en mujeres con deseo de preservar su fertilidad.

Así como ocurre en varios países latinoamericanos, por cuestiones económicas y tecnológicas, en el Perú existe una falta de entrenamiento en cirugía endoscópica por parte de los residentes de ginecoobstetricia, lo cual no ha permitido el manejo laparoscópico preferente, tal como se ve en algunos de los hospitales del Minsa e inclusive de EsSalud, generando un retraso en el país con respecto al tratamiento de una patología tan común en nuestra práctica diaria.

Es por este motivo que se presenta este trabajo, mostrando la práctica de un hospital que hace uso frecuente de la laparoscopia en la solución de emergencias ginecoobstétricas, como el embarazo ectópico.

MÉTODOS

El presente es un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, en el cual se incluyó a todas las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que fueron consideradas candidatas aptas (la consideración más importante fue la estabilidad hemodinámica

y no haber contraindicaciones para la anestesia general) para ser tratadas quirúrgicamente vía laparoscópica, en el Servicio de Emergencia de Gineco Obstetricia del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, durante el período de enero 2008 a diciembre 2008.

Se tomó datos esenciales, como la edad, estado hemodinámico, ubicación del embarazo ectópico, tamaño de la tumoración, presencia de líquido libre en la cavidad, tipo de cirugía realizada, conversión a laparotomía. Se excluyó a las pacientes que no contaban en los reportes operatorios con todos los datos anteriormente mencionados.

En la ubicación del embarazo, se consideró las gestaciones tubáricas en los segmentos intersticial, ístmico y ampular. El tamaño fue clasificado de 5 cm o menos o mayor a 5 cm. Se consideró presencia de líquido libre en cavidad cuando este fue mayor a 100 mL.

Los tipos de cirugía realizada fueron la salpingostomía, a través de una incisión en el borde antimesentérico de mayor distensión; no se utilizó sustancias vasoconstrictoras. La salpingectomía consistió en la resección total de la trompa. La anexectomía incluyó tanto el ovario como la trompa.

Se analizó los datos obtenidos en el programa SPSS 10.

RESULTADOS

En el estudio se incluyó un total de 26 pacientes, cuya edad media fue 31,2 años (rango 23 a 41) y desviación estándar de 4,3 años (Figura).

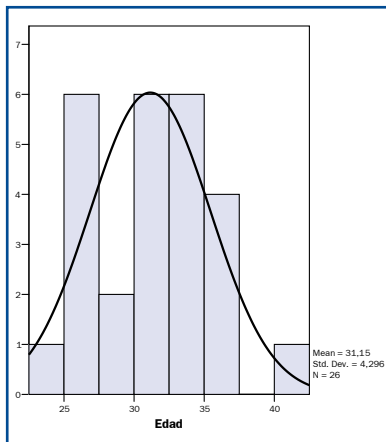


Figura. Edad de las pacientes intervenidas.

Con respecto a la ubicación, 13 (50%) pacientes presentaron el embarazo tubárico en el istmo y 13 (50%), en la ampulla. La gran mayoría -23 (88,5%) de las pacientes- se presentó con tumoraciones de 5 cm o menos y solo 3 (11,5%), de más de 5 cm.

La presencia de sangre en cavidad de más de 100 mL estuvo presente en 14 (53,8%) y con menos volumen, en 12 (46,2%) pacientes, todas hemodinámicamente estables, variando desde la ausencia absoluta de sangre hasta 1 000 mL en cavidad.

Con relación a las intervenciones quirúrgicas realizadas, 21 (87,5%) pacientes fueron sometidas a salpingectomía, 2 (8,3%) a salpingostomía y una (4,2%) a anexectomía; las últimas fueron realizadas por presencia de quistes en el ovario y fertilidad satisfecha.

Dos (7,7%) pacientes tuvieron conversión de laparoscopia a laparotomía, la primera por compromiso del ovario y dificultad en la hemostasia, y la segunda por presencia de múltiples adherencias y compromiso del apéndice; estas

dos intervenciones no fueron consideradas dentro del total de las intervenciones quirúrgicas, por no haber sido realizadas en su totalidad vía laparoscópica.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio descriptivo, a diferencia de lo que menciona la literatura^(1,11), el porcentaje de embarazos tubáricos -tanto ístmicos como ampulares- se presentaron en el mismo porcentaje. Esto puede ser tal vez por una inadecuada descripción de los hallazgos operatorios, que generalmente hacen los residentes.

Si bien es cierto la gran mayoría consistió en tumoraciones de 5 cm o menos, estas fueron las que presentaron sangrado mayor de 100 mL en cavidad. A pesar del pequeño número de casos, ello nos hace pensar en la importancia de la evaluación de la paciente en su integridad.

La intervención laparoscópica más realizada fue la salpingectomía, tal vez por la facilidad de la realización de la misma y la seguridad de que no ocurriera un embarazo ectópico persistente, como podría presentarse en la salpingostomía. La anexectomía fue hecha ante la dificultad técnica de retirar el quiste ovárico concomitante.

Debemos resaltar lo importante que es la evaluación médica para decidir el tipo de cirugía a ser realizada, ya que las dos conversiones a laparotomía básicamente se debieron a problemas, como la dificultad en controlar la hemostasia por compromiso del ovario y la otra

por afección apendicular, siendo la última una tumoración mayor a 5 cm. Ambas se caracterizaron por un síndrome adherencial severo. De ahí que, la valoración de antecedentes quirúrgicos y el reconocimiento de las mismas limitaciones quirúrgicas nos deben hacer reflexionar el tipo de abordaje de esta patología.

La habilidad quirúrgica y el dominio de la técnica hacen a la laparoscopia una herramienta que todos debemos intentar dominar, para beneficio de las pacientes.

Se concluye que la laparoscopia mostró ser un método seguro, una buena opción para el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico. Una evaluación adecuada de la paciente es el paso más importante para la decisión del tipo de abordaje. En el Hospital Alberto Sabogal, es necesaria una mayor capacitación en laparoscopia, ya que así el número de intervenidas podría ser mucho mayor. No se encontró asociación entre la presencia de hemoperitoneo mayor de 100 mL y la tasa de conversión a laparotomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ectopic pregnancy in the United States, 1990-1992. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1995;44(3):46-8.
- Grimes DA. The morbidity and mortality of pregnancy: still risky business. Am J Obstet Gynecol. 1994;170(5 Pt 2):1489-94.
- Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a metaanalysis. Fertil Steril. 1996;65(6):1093-9.
- Barnhart KT, Sammel MD, Gracia CR, Chittams J, Hummel AC, Shaunik A. Risk factors for ectopic pregnancy



- in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertil Steril*. 2006;86(1):36-43.
5. Hillis SD, Owens LM, Marchbanks PA, Amsterdam LF, MacKenzie WR. Recurrent chlamydial infections increase the risks of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;176(1 Pt 1):103-7.
 6. Parazzini F, Tozzi L, Ferraroni M, Bocciolone L, La Vecchia C, Fedele L. Risk factors for ectopic pregnancy: an Italian case control study. *Obstet Gynecol*. 1992;80(5):821-6.
 7. Nordenskjold F, Ahlgren M. Risk factors in ectopic pregnancy. Results of a population based case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1991;70(7-8):575-9.
 8. Lavy G, Diamond MP, DeCherney AH. Ectopic pregnancy: its relationship to tubal reconstructive surgery. *Fertil Steril*. 1987;47(4):543-56.
 9. Seiler JC. Factors influencing the outcome of microsurgical tubal ligation reversals. *Am J Obstet Gynecol*. 1983;146(3):292-8.
 10. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. *N Engl J Med*. 1997;336(11):762-7.
 11. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod*. 2002;17(12):3224-30.
 12. Fylstra DL. Tubal pregnancy: a review of current diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv*. 1998;53(5):320-8.
 13. De los Ríos J, Sánchez E, Matta GJ, Jaramillo M, Arango AM. Fertilidad después del tratamiento laparoscópico del embarazo ectópico en la Clínica del Prado, en Medellín, Colombia. Estudio de cohorte. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2007;58(4):284-9.
 14. Seifer DB, Diamond MP, DeCherney AH. Persistent ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1991;18(1):153-9.