



REPORTE DE CASO

SALPINGOSTOMÍA LINEAL POR LAPAROSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DE UN EMBARAZO ECTÓPICO BILATERAL ESPONTÁNEO: REPORTE DE CASO

Lineal laparoscopic salpingostomy for treating spontaneous bilateral ectopic pregnancy: a case report

José F. De Los Ríos, M.D.*, Juan D. Castañeda, M.D.*, Emilio A. Restrepo M.D.**

Recibido: diciembre 14/2005 – Revisado: febrero 23/2006 – Aceptado: febrero 27/2006

RESUMEN

El embarazo ectópico bilateral espontáneo es una condición clínica infrecuente que ocurre en 1 de cada 1.580 embarazos ectópicos. En los últimos 25 años se han reportado 72 casos de embarazo ectópico bilateral, 31 de los cuales han sido espontáneos y en ninguno de ellos se ha logrado hacer un correcto diagnóstico preoperatorio. Su tratamiento, al igual que en los ectópicos unilaterales depende de la expectativa reproductiva de la paciente y del estado de las trompas. Existen seis reportes en la literatura de salpingostomía lineal por laparoscopia en pacientes con embarazo ectópico tubárico bilateral. Sólo uno de ellos informa el estado de ambas trompas después de este tipo de intervención. En este trabajo se reporta el primer caso descrito en la literatura colombiana de un embarazo ectópico bilateral espontáneo, en el que se practica manejo conservador por laparoscopia y además, cuatro meses después, se confirma la permeabilidad de ambas trompas por medio de una sonohisterosalpingografía.

Palabras clave: embarazo ectópico, bilateral, espontáneo, salpingostomía, laparoscopia, Colombia.

SUMMARY

Spontaneous bilateral ectopic pregnancy is a rare clinical condition occurring in 1 out of 1,580 ectopic pregnancies. 72 cases of bilateral ectopic pregnancy have been reported during the last 25 years, 31 of them being spontaneous and none of them having been correctly diagnosed before surgery. Treatment is much the same as that for unilateral ectopic pregnancies, depending on the patient's reproductive prospects and damage found in the tubes. 8 cases of lineal laparoscopic salpingostomy for treating bilateral ectopic pregnancies have previously been reported. The post-operative state of the tubes was reported in just one of these cases. This is the first report to our knowledge of a case in Colombian literature regarding a spontaneous bilateral ectopic pregnancy conservatively treated by laparoscopy in which tubal patency 4 months post-operatively was also evaluated by means of a sonohysterosalpingography.

Key words: bilateral, ectopic pregnancy, spontaneous, salpingostomy, laparoscopy.

* Ginecólogo Endoscopista, Unidad de Cirugía Endoscópica Ginecológica, Clínica del Prado, profesor adscrito de endoscopia ginecológica Universidad CES, Medellín, Colombia.
Correo electrónico: cristidelos@epm.net.co

** Ginecólogo Endoscopista, Hospital Manuel Uribe Angel, Envigado, Colombia.

INTRODUCCIÓN

La implantación del trofoblasto por fuera de la cavidad endometrial ocurre aproximadamente en el 2% de los embarazos. En más del 90% de los casos, dicha implantación ocurre en las trompas de Falopio y 8 de cada 10 embarazos tubáricos se localizan en la región ampular.¹

La incidencia de embarazos ectópicos ha aumentado en las últimas tres décadas según la mayoría de los reportes de los países desarrollados² y se atribuye como causas de este aumento, la mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual, el uso de dispositivos intrauterinos y la mayor utilización de inductores de ovulación y técnicas de reproducción asistida³

La implantación anómala se produce en la mayoría de las ocasiones como una consecuencia de daños previos en el endosalpinx, por cirugía o infección, puede en ocasiones deberse a distorsiones de la anatomía tubárica externa generadas por adherencias y también, se han implicado desbalances hormonales como un posible evento fisiopatogénico.⁴

Su impacto en la mortalidad materna sigue siendo importante, dando cuenta de casi el 10% de las muertes secundarias a complicaciones de la gestación en países desarrollados.⁵

Sin embargo, el embarazo ectópico tubárico bilateral es una condición clínica rara que se presenta una vez por cada 200.000 embarazos intrauterinos.⁶ Su incidencia fue reportada por Abrams en 1948 y por Stewart en 1950 como desde 1 en 725 hasta 1 de cada 1.580 embarazos ectópicos.^{6,7}

El primer caso de embarazo ectópico bilateral descrito fue publicado por Bledsoe en 1918.⁸ Durante los 80 años posteriores a dicha publicación, se reportaron más de 200 casos de embarazo ectópico bilateral simultáneo, 38 de los cuales sucedieron entre 1980 y 1997, año en el cual se publicó la última revisión de la literatura por Bustos y colaboradores.⁹

Desde entonces y hasta hoy, aparecen reportados e indexados en las bases de datos *MEDLINE*, *EMBASE* Y *PUBMED*, y en diferentes buscadores de Internet como *GOOGLE*, *ALTAVISTA*, *YAHOO* y *EUROSEEK*, 36 reportes nuevos de embarazo ectópico bilateral.

El propósito de este artículo es reportar el primer caso de embarazo ectópico bilateral espontáneo en la literatura colombiana y su manejo por medio de salpingostomía laparoscópica bilateral.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 28 años, sin hijos y sin embarazos previos quien consultó el 31 de mayo de 2005 a la clínica del Prado en Medellín, Colombia, por presentar varios días de sangrado vaginal acompañado de amenorrea confiable de 7 semanas. Sus ciclos menstruales previos habían sido normales y no utilizaba ningún método de planificación familiar. No recibió tratamiento para lograr su gestación. Se solicitó medición de -HCG cuyo resultado fue de 15.445 mUI/mL y una ecografía transvaginal que reportó una imagen de pseudosaco intrauterino de 11 mm x 3 mm con moderada cantidad de líquido perianexial y en el fondo de saco de Douglas. Al examen físico presentaba una frecuencia cardíaca de 72 latidos por minuto, una presión arterial de 110/70 mmHg. El examen abdominal no reveló signos de irritación peritoneal, no refería dolor y al tacto vaginal se encontró un útero en antroversión de aproximadamente 7 cm, con un cuello uterino cerrado, largo y formado, no doloroso a la palpación ni a la movilización. No se evidenciaron masas anexiales palpables.

Ante los hallazgos clínicos y paraclínicos y con la sospecha diagnóstica de un embarazo ectópico, se decidió practicar una laparoscopia diagnóstica en la que se encontraron dos masas violáceas en la porción ampular de cada una de las trompas de Falopio (**Figura 1**). La derecha de 4 x 2 cm y la izquierda de 2 x 2 cm. Se aspiró un hemoperitoneo de aproximadamente 200 cc. No existía evidencia de ruptura de ninguna de las trompas ni infiltración de la pared de las mismas. Inicialmente se pensó que se trataba de un embarazo ectópico derecho con un hematosalpinx izquierdo, sin embargo, durante la manipulación de las trompas para su adecuada visualización, la trompa izquierda expelió a través de su extremo fimbrial material claramente sugestivo

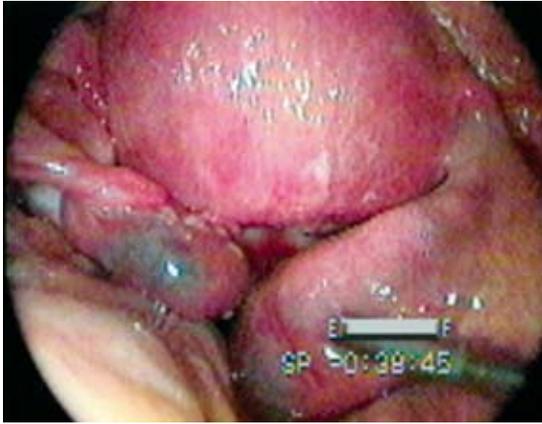


Figura 1. Visión laparoscópica de un embarazo ectópico tubárico ampular bilateral.

de trofoblasto, hecho que elevó la sospecha de un embarazo ectópico bilateral.

Previo infiltración de ambos mesosalpinx con 2 unidades de vasopresina diluidas en 20 centímetros cúbicos de solución salina, se procedió a practicar una salpingostomía izquierda con 60 watios de corriente de corte puro con aguja monopolar. El material de esta trompa se extrajo inmediatamente en una endobolsa a través de una de las punciones para evitar su contaminación con el material de la trompa derecha en la que se realizó idéntico procedimiento. Además y por los hallazgos intrauterinos de la ecografía, se realizó un legrado.

El informe de patología reportó placenta con vellosidades coriónicas en ambas muestras obtenidas de las trompas y reacción de Arias Stella en el tejido endometrial extraído en el legrado.

Se realizó seguimiento semanal de los niveles de -HCG, de los cuales hubo negativización a los 46 días posquirúrgicos. Cuatro meses después de la cirugía se practicó una sonohisterosalpingografía que demostró paso de la solución salina al fondo de saco de Douglas y turbulencia fimbrial bilateral, hallazgo que indica permeabilidad posoperatoria de ambas trompas.

DISCUSIÓN

La incidencia del embarazo ectópico bilateral espontáneo se sustenta en los reportes realizados en 1948 y

en 1950 y desde entonces se ha tomado como referencia por todos los autores de los artículos posteriores sin someter el dato a ningún escrutinio ni revisión. Evidentemente falta actualizar la real incidencia del problema. Como ocurre con la mayoría de las enfermedades en medicina, es probable que exista un subregistro que no haya permitido calcular adecuadamente la verdadera tasa de presentación de la entidad. En nuestro país, el sistema de registro de enfermedades no es todo lo riguroso y eficiente que desearíamos, por lo que no nos es posible calcular un dato fidedigno de incidencia para esta condición. En 20 años de la Clínica del Prado, una institución eminentemente maternoinfantil, este es el primer caso de embarazo ectópico bilateral espontáneo diagnosticado y tratado de manera conservadora por laparoscopia.

En la mayoría de los artículos revisados se menciona que los embarazos ectópicos bilaterales son probablemente el resultado de la utilización de una técnica de reproducción asistida. De los 36 casos de embarazo ectópico bilateral publicados en la literatura médica desde 1997 hasta 2005, 17 (47,2%) reportan ectópicos bilaterales espontáneos. El trabajo de Bustos en 1998 demostró que de los 38 casos de embarazo ectópico bilateral reportados entre 1980 y 1997, 14 (36%) fueron espontáneos. Teniendo en cuenta todos los casos reportados desde 1980, se podría decir entonces que el 42,6% de los embarazos ectópicos bilaterales han sido espontáneos. Por lo tanto y aunque el raciocinio fisiopatológico sugiere que la manipulación hormonal y la superovulación inducida durante los procedimientos de reproducción asistida probablemente aumenten la incidencia de esta complicación, la información encontrada en los casos de los últimos 8 años hace por lo menos dudar de la aseveración.

Para la comprobación del diagnóstico anatomopatológico de embarazo ectópico bilateral, Fishback en 1939 propuso que se debían observar dos embriones en cualquier porción de la trompa acompañados de restos placentarios,¹⁰ catorce años después Norris argumentó que para hacer dicho diagnóstico, basta con encontrar vellosidades co-

riónicas en los especímenes quirúrgicos obtenidos de ambas trompas.¹¹

Bustos en 1998 fue el primero en describir la salpingostomía bilateral por laparoscopia como tratamiento y desde entonces se han reportado otros cinco casos en los que se realizó el mismo tratamiento.¹²⁻¹⁶ El caso actual sería el séptimo reportado en el mundo y el primero en nuestro país. De los casos reportados solo en el de Hoopmann y colaboradores¹⁶ se logró hacer un adecuado diagnóstico preoperatorio por ultrasonido y correspondió a un embarazo heterotópico donde el componente ectópico se presentó de manera bilateral. En los demás reportes, el diagnóstico solo se logró hacer durante la laparoscopia.

De todos los casos reportados, solo el inicial de Bustos reportó permeabilidad tubárica bilateral en una histerosalpingografía realizada a los 4 meses de la cirugía. En el resto de los casos no se conocieron los resultados de permeabilidad o de embarazos posteriores a la intervención quirúrgica conservadora practicada. Es importante anotar que tampoco hay ningún reporte de recidiva de embarazo ectópico en ninguna de las pacientes operadas conservadoramente.

REFERENCIAS

1. Rivillas F, Gómez JG, Jaramillo D. Embarazo Ectópico. En: Rivillas F, Gómez JG, Jaramillo D. Series Pretest Medicina Obstetricia y Ginecología. Primera Edición. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2001. p. 10-12.
2. Stabile I, Grudzinskas JG. Ectopic pregnancy: a review of incidence, etiology, and diagnostic aspects. *Obstet Gynecol Surv* 1990;45:335-47.
3. Fernandez H, Coste J, Job-Spira N. Controlled ovarian hyperstimulation as a risk factor for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1991;78:656-59.
4. Dubuisson JB, Aubriot FX, Cardone V, Vacher-Lavenu MC. Tubal causes of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1986;46:970-2.
5. Centers for Disease, Control and Prevention (CDC). Ectopic Pregnancy -- United States, 1990-1992. *MMWR* 1995;44:46-8.
6. Stewart HL Jr. Bilateral ectopic pregnancy. *West J Surg Obstet Gynecol* 1950;58:648-56.
7. Abrams RA, Kanter AE. Bilateral simultaneous extrauterine pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1948;56:1198-200.
8. Bledsoe, MF. Bilateral tubal pregnancy (simultaneous): case report. *South Med J* 1918;11:307.
9. Bustos Lopez HH, Rojas-Poceros G, Barron Vallejo J, Cintora Zamudio S, Kably Ambe A, Valle RF. Tratamiento laparoscópico conservador del embarazo ectópico bilateral. Informe de dos casos y revisión de la literatura. *Ginecología y Obstetricia de México* 1998;66:13-20.
10. Fishback HR. Bilateral simultaneous tubal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1939;37:1035-7.
11. Norris S. Bilateral simultaneous tubal pregnancy. *Can Med Assoc J* 1953;68:379-81.
12. Al-Awwad MM, al Daham N, Eseet JS. Spontaneous unruptured bilateral ectopic pregnancy: conservative tubal surgery. *Obstet Gynecol Surv* 1999;54:543-4.
13. Idotta R, Tripodi A, Scopelliti P. Bilateral, tubal pregnancy treated with conservative endoscopic surgery. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2001;28:107-8.
14. Sommer E, Reisenberger K, Bogner G, Nagele F. Laparoscopic management of an unrecognized spontaneous bilateral tubal pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:366-8.
15. Herrero RJM, Zafy S, Chitrit Y. Bilateral tubal pregnancy and laparoscopic bilateral salpingotomy. *Gynaecol Endosc* 2000;9:205-7.
16. Hoopmann M, Wilhelm L, Possover M, Nawroth F. Heterotopic triplet pregnancy with bilateral tubal and intrauterine pregnancy after IVF. *Reprod BioMed Online* 2003;6:345-8.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.