

GINECOLOGIA

EMBARAZO ECTOPICO NO ROTO EN UNA MUJER CON SALPINGECTOMIA BILATERAL: (Reporte de caso y revisión bibliográfica)

Shang Chieh Wu Hsieh *

SUMMARY

The salpingectomy in Costa Rica since it has been populated and became accesible, people of Costa Rica had, in many ways, prevented lots of unwanted births, however, day by day, the procedure has been the most used planification method for young women because the chance to get pregnant after this procedure is very low. A woman with a positive pregnancy test that already has the salpingectomy procedure, the rate of ectopic pregnancy is high. In the case of Mrs. MVMF, she was diagnosed with ectopic pregnancy after having practiced the salpingectomy on her. The ectopic pregnancy can happen to someone even if the proce-

sure has been practiced on her many years before.

CASO CLÍNICO

El caso de M.V.M.F se trata de una mujer de 35 años 10 meses, ama de casa, casada, asegurada por su cónyuge, vecina de Linda Vista de Patama, desamparados, sin antecedentes personales patológicos de importancia, antecedentes heredo familiares de madre Hipertensa, antecedentes ginecoobstetricos Gesta 6 Para 6 Abortos 0 Cesáreas 0; antecedentes quirúrgicos de salpingectomía bilateral, el cual desconoce la técnica empleada, hace 2 años; consulta por primera vez al servicio de emergencias de la Clínica Marcial Fallas Díaz según registros de la red Medisys, por dolor abdomi-

nal de predominio en fosa iliaca derecha de 2 días de evolución asociado a fatiga. Fue atendida a las 15:37 horas por el medico de emergencias quien no refiere antecedente de salpingectomía y único hallazgo de importancia es un signo de McBurney dudoso con abdomen blando. Se le indica Trime-troprim Sulfametoxasol 800 mg po bid por 7 días, donnata 1 1/4 cucharadita por tid, acetaminofen 500 mg por qid, buscapina 1 ampolla LM. stat, trama 1 1/2 ampolla sc stat, examen general de Orina, Hemograma. Diagnóstico provisional: Dolor Abdominal. Paciente se realiza los exámenes indicados los cuales estaban dentro de los limites normales (Hb 11.0, leucocitos en 7800 unidades por campo) y se le dice que busque al

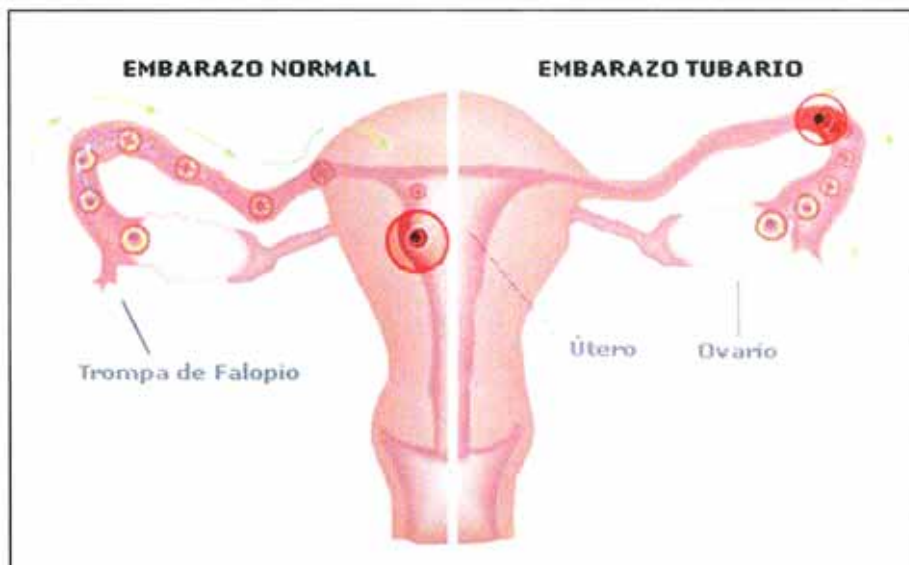
* Médico General.

médico del turno vespertino a las 17 :25 horas porque el médico que la recibió egresó de la institución a las 16:00 horas. El médico del turno vespertino halla distensión abdominal y dolor muy localizado en ingle derecha, no palpa masas y le indica examen de concentración Beta de RCO, a pesar de que MVMF insistía que fue operada hace 2 años, y se halla positiva. La Médico Especialista en Radiología egresó de la institución a las 16:00 horas. Se realiza reapertura de su caso para anotar nuevos hallazgos y se refiere al hospital de la Mujer Eva Carit, con solución fisiológica para mantener vía, para su manejo.

MARCO TEORICO

y DISCUSION

Se le llama embarazo ectópico, aquella patología en el cual la implantación del cigoto tiene lugar en un tejido distinto del endometrio que es la mucosa que recubre la cavidad uterina. Su incidencia alcanza un 2% del total de embarazos. (2) El huevo fecundado puede implantarse ectópicamente en diversos sitios, sin embargo el 98% a 99% lo hace a nivel tubario(4). A su vez alrededor de los 2/3 se implanta en la porción ampular de la trompa, le sigue en frecuencia la ubicación ístmica, fimbriada, intersticial e infundibular(2). Otras localizaciones peculiares son la abdominal, ovárica; cervical que constituye menos del 1 % de los embarazos ectópicos



por lo poco frecuente y su diagnóstico es difícil, en casos no diagnosticados puede poner en peligro la vida de la paciente por la gran cuantía de la hemorragia cuando se desprenden; y combinado (1/30.000 embarazos).(12)

ETIOPATOGENIA

La causa más importante es el daño estructural de la trompa a nivel endotelial producido por un proceso inflamatorio cuya causa es infecciosa: procesos inflamatorios pelvianos de tipo inespecífico, por microorganismos de transmisión sexual o por infecciones de órganos adyacentes como apendicitis, actinomicosis, peritonitis no ginecológica o tuberculosis. Otra causa de EE es la previa cirugía de trompa(3). Según Rerbert B. Peterson(5), en un estudio de cohorte con 10685 mujeres esterilizadas por salpingectomía en un seguimiento de 8-14 años posteriores al procedimiento, se obtuvo un total

de 47 embarazos ectópicos en las 10.685 mujeres. La posibilidad acumulada a los 10 años de embarazo ectópico para todos los métodos de esterilización sobre las trompas fue de 7,3 por cada 1.000 acontecimientos y en aquellas mujeres esterilizadas mediante coagulación tubárica bipolar antes de que cumplieran los 30 años la probabilidad de embarazo ectópico era 27 veces mayor que las pacientes con la misma edad que habían sido sometidas a salpingectomía parcial posparto.(5)

También son causas de embarazo ectópico las cirugías abdominales o pelvianas previas que producen adherencias peritubáricas (5), la enfermedad inflamatoria pelviana: la incidencia de obstrucción es del 15% luego de un episodio, 35% luego del segundo y 75% luego del tercero. La endometriosis predispone a adherencias peritubáricas, los tumores pelvianos pueden distorsionar la anatomía tuba-

ria(5). El Dispositivo intrauterino ha sido implicado como factor de riesgo, sobre todo los que liberan gestágenos en forma lenta.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La metrorragia es escasa de sangre oscura, como "borra de café" con retraso de unos días de la fecha esperada por la paciente para su menstruación y con características diferentes a las habituales; dolor abdominal de tipo cólico, intermitente (el dolor intenso a la palpación abdominal y en el exámen vaginal, especialmente a la movilización del cuello nos debe alertar sobre una posible complicación como ectópico roto o rotura inminente); la masa anexial ocurre en el 20% de las pacientes, casi siempre posterior o lateral al útero; el atraso menstrual se debe tener en cuenta porque la paciente puede confundir el sangrado del ectópico con la verdadera menstruación, por lo que la presencia de esta no descarta el embarazo ectópico(5). Se debe interrogar bien sobre las características de esta "menstruación" y anormalidades uterinas porque el útero, por la presencia de las hormonas placentarias, crece de la misma forma que en un embarazo normal durante el primer trimestre.

DIAGNÓSTICO

1) LABORATORIO: la hemoglobina y el hematocrito pueden ser

de utilidad para el seguimiento de la paciente(9). Estos valores pueden no alterarse precozmente ante una hemorragia. La leucocitosis puede estar presente en el 50% de los casos mientras que el otro 50% permanece con valores normales(9). La gonadotropina coriónica humana puede investigarse en suero o en orina. Las pruebas urinarias son de poca sensibilidad en esta patología. Con la prueba de B HCG en suero se puede detectar todo tipo de embarazos. Después de las 6 semanas (nivel de la BHCG de 6000 a 10000 mUI/ml) Cuando los niveles de BHCG son bajos (por debajo de 1000 mUI/ml) el valor absoluto es menos útil para diferenciar un embarazo normal de uno extrauterino (9).

2) ECOGRAFÍA : Con este método no es posible diagnosticar embarazos pequeños de 5 a 7 semanas.

3) ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL:

A) ANILLO TUBÁRICO: un anillo ecogénico alrededor de un centro hipoecogénico como estructura encontrada fuera del útero.

B) LÍQUIDO EN EL FONDO DE SACO

Este método permite un diagnóstico precoz del embarazo ectópico (11).

4) CULDOCENTESIS: se reali-

za cuando se detecta una colección líquida en el saco de Douglas(11).

5) LAPAROSCOPIA: permite establecer el diagnóstico definitivo (11).

COMPLICACIONES

Dentro de las complicaciones en un embarazo ectópico se pueden mencionar la hemorragia y shock hipovolémico una vez que se ha roto la trompa en la mayoría de los casos, infección, pérdida de los órganos reproductores después de una cirugía de urgencia, infertilidad, fistulas urinarias o intestinales post cirugía, coagulación vascular diseminada e isoinmunización Rh.

TRATAMIENTO

El tratamiento del embarazo ectópico depende del cuadro clínico, de las condiciones de la paciente, los hallazgos a la laparoscopia o laparotomía, la habilidad del cirujano, las condiciones quirúrgicas del medio, los deseos de un futuro embarazo y el pronóstico de la intervención que pueda practicarse. Se clasifica en 2 tipos: tratamiento médico y tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO MÉDICO

En muchos centros el tratamiento médico con metotrexate es el tratamiento primario(9). Este tratamiento está reservado a centros de alta complejidad(9). Sus objetivos son tratar de conservar la trompa

funcionante y evitar los riesgos y costos del tratamiento quirúrgico. En todos los casos se requiere hospitalización de la paciente, seguimiento clínico estricto y seguimiento con determinación semanal de la *BHGC* hasta que se encuentre < 5 mUI/ml. Las fallas del tratamiento son mas comunes cuando los niveles de *BHCG* son mas altos, la masa anexial es grande o hay movilidad del embrión. Las tasas de éxito y de embarazo intrauterino posterior son comparables a las de la salpingostomía laparoscópica.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía es el tratamiento de elección para el embarazo ectópico cuando hay ruptura, hipotensión, anemia, dolor persistente por mas de 24 horas o diámetro del saco gestacional por ultrasonido mayor de 4 cm. En la actualidad se prefiere la cirugía laparoscópica a la laparotomía porque la recuperación es más rápida, el dolor postoperatorio es menor y los costos son mas bajos(1).

R E S U M E N

La salpingectomía bilateral en Costa Rica desde su apertura y facilidad de acceso de la población a ella, ha facilitado, en muchas formas, a prevenir los embarazos no deseados en el país. Cada día, la esterilización es más solicitada por las mujeres jóvenes y la probabilidad de embarazo después de ella es poco común resultando en la mayoría de las veces en embarazo ectópico. La señora MVMF se le diagnostico embarazo ectópico a pesar de su propia insistencia y fe en la esterilización de no poder estar embarazada. El embarazo ectópico puede ocurrir en una mujer con salpingectomía incluso muchos años después de habérselo realizado.

B I B L I O G R A F Í A

1. Adela camus, et al. Cirugía endoscopica en el abdomen agudo ginecológico. Revista Médica, Abril 2003. 14(2).7.
2. Barnhart K, Katz I, et al. Presumed diagnosis of ectopic pregnancy. Obstet and Gynecol 2002; 100:505-10.
3. Bouyer J. et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case control population based. Am

J Epidemiol 2003; 157: 185-94.

4. CORI BAILL, M.D.et al. Counseling Issues in Tubal Sterilization. Am. J. Obstet. Gynecol. 174: 1161-70,1996)
5. FR Pérez. Riesgo de embarazo tras esterilización tubárica. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 25: 223-32, 1996
6. Herbert B. Peterson, M.D., et al. The Risk of Ectopic Pregnancy after Tubal Sterilization. N Engl J Med 1997; 336: 762-767
7. Job-Spira et al. Ruptured tubal pregnancy: risk factors and reproductive outcome: results of a population-based study in France. Am J Obstet Gynecol 1999; 180:938-44
8. Lemus J. Ectopic pregnancy: an update. Curr Opin Obstet Gynecol 2000;12;369-75.
9. Lipscomb et al. Management of separation pain after a single dose methotrexate therapy for ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 1999;93:590-3.
10. Lipscomb G. Et Cols. Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies. N Engl J med. 1999;341: 1974-8.
11. Sempertegui, Rojas. "EMBARAZO ECTOPICO O ECTOCIESIS" Facultad de Medicina U. de Chile. <http://apuntes.med.uchile.cl/pos/obstetricia/Textos/O16.htm>. 1999
12. Sergio Silva Solovera. Embarazo Ectópico. Revisión Bibliográfica 1992-2003, de Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr.Sótero del Río-Santiago de Chile <http://www.cedip.cl/Temas/Ectopico/EctopicoSilva.htm>
13. Servicio de Salud Colombia. Guia de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo Resolución Numero 00412 DE 2000 <http://www.saludcolombia.comlactual/htmlnornnas/nthemorr.htm>
14. Trussell Jet al Appropriate use of intrauterine device. American Academy of Family Physicians. Am J Public Health 1995;85:494-503.