



# Cirugía del embarazo extrauterino

C. Chauffour, B. Rabischong, J.-L. Pouly, R. Botchorischvili, N. Bourdel, S. Curinier, C. Houille, A.G. Kaemmerlen, M. Canis

*El embarazo extrauterino representa el 2% de las gestaciones. El diagnóstico se basa en una serie de argumentos clínicos, de pruebas de laboratorio y ecográficos. La mayoría de ellos pueden requerir un tratamiento quirúrgico. Cuando se establece una indicación de tratamiento quirúrgico, la vía laparoscópica es el patrón oro en la actualidad. El tratamiento quirúrgico laparoscópico puede ser conservador o radical. Además de su eficacia inmediata, el tratamiento quirúrgico debe tener en cuenta la fertilidad posterior. Para ello, se debería dar prioridad a un tratamiento laparoscópico conservador si la indicación lo permite.*

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Embarazo extrauterino; Salpingectomía; Salpingotomía; Laparoscopia; Fertilidad

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Tratamiento quirúrgico del embarazo tubárico</b>	1
Tratamiento laparoscópico	2
Tratamiento por laparotomía	4
■ <b>Cirugía de los embarazos extrauterinos no tubáricos</b>	4
EEU intersticiales, angulares y cornuales: EEU proximales	4
EEU ovárico	5
Embarazo cervical	5
Embarazo abdominal	5
■ <b>Vigilancia postoperatoria</b>	5
■ <b>Eficacia del tratamiento quirúrgico</b>	6
■ <b>Fertilidad postratamiento del embarazo extrauterino</b>	7
■ <b>Conclusión</b>	8

## ■ Introducción

La incidencia de embarazo extrauterino (EEU) en Francia se estima en el 2% de las gestaciones<sup>[1, 2]</sup>. La mayoría de los EEU tienen una localización tubárica, principalmente ampular. Otras localizaciones son más excepcionales: proximal (intersticiales, angulares, cornuales), ovárico, cervical o abdominal<sup>[3]</sup>. La elección de un tratamiento médico o quirúrgico se basa en una serie de argumentos tanto clínicos como ecográficos y de las pruebas de laboratorio<sup>[4, 5]</sup>. El tratamiento quirúrgico está indicado de entrada en una paciente sintomática ante un cuadro sugestivo de EEU o después del fracaso del tratamiento médico con metotrexato. En la actualidad se considera

que el tratamiento laparoscópico del EEU es el tratamiento quirúrgico de referencia<sup>[6, 7]</sup>. Se trata de una indicación emblemática de la laparoscopia en ginecología, pues fue la primera técnica quirúrgica descrita en este ámbito. El EEU tubárico es la indicación más antigua de la laparoscopia ginecológica y el primer caso fue descrito en 1973 por Bruhat et al<sup>[8]</sup>. No existe un tratamiento codificado para los embarazos extratubáricos. La fertilidad posterior depende de la calidad del tratamiento de este EEU.

## ■ Tratamiento quirúrgico del embarazo tubárico

- Se pueden distinguir dos tipos de situación clínica:
- en primer lugar, la paciente sintomática, cuya sintomatología puede llegar hasta los signos de shock hipovolémico, que supone una indicación de tratamiento quirúrgico de entrada;
  - la paciente asintomática u oligosintomática, en quien se opta por un tratamiento quirúrgico o por un tratamiento farmacológico con metotrexato.
- Sin embargo, la presencia de uno de los criterios siguientes supone una indicación para un tratamiento quirúrgico laparoscópico<sup>[2, 9, 10]</sup>:
- concentración de hCG (gonadotropina coriónica humana) mayor de 5.000 mUI/ml;
  - hematosalpinge mayor de 4 cm en la ecografía;
  - hemoperitoneo;
  - embrión visible;
  - imposibilidad de seguimiento ambulatorio (dificultades de comprensión del protocolo por la paciente o alejamiento geográfico);

- contraindicaciones para el uso de metotrexato: trombocitopenia menor de  $100.000/\text{mm}^3$ , neutropenia por debajo de  $1.500/\text{mm}^3$ , coagulopatía, insuficiencia renal, elevación de las transaminasas mayor del doble de lo normal, paciente que no comprenda o que no acepte el tratamiento médico, seguimiento imposible o después del fracaso del tratamiento médico.

## Tratamiento laparoscópico [9]

Se trata del patrón oro [6, 11]. Las ventajas de la vía endoscópica frente a la laparotomía se han demostrado con claridad en términos de pérdida de sangre, de dolor postoperatorio, de duración de hospitalización y de convalecencia [2, 11, 12]. Antes de la intervención, se debe informar a la paciente de las modalidades de la laparoscopia, de sus riesgos y de sus complicaciones, del riesgo de conversión en laparotomía y del riesgo de salpingectomía. El tratamiento puede ser conservador (salpingotomía) o radical (salpingectomía).

## Colocación de la paciente y material

La paciente se coloca en decúbito supino, con las piernas en abducción para permitir el acceso a la vagina. Se coloca una sonda vesical de forma sistemática, con un fin evacuador o permanente en función del estado hemodinámico. La introducción de una cánula en la cavidad uterina sólo se realiza si el diagnóstico de embarazo intrauterino (EIU) se ha descartado por completo. Permite una anteversión y una movilización del útero, lo que facilita la exposición quirúrgica. El tipo de canulación depende del material disponible y puede realizarse con una bujía, una cureta o un manipulador de Valtchev unido a una pinza de Pozzi.

La cirugía del EEU requiere un material endoscópico que consta de:

- una pinza de presión atraumática;
- una pinza de presión firme;
- un par de tijeras;
- una pinza de coagulación bipolar;
- una aguja monopolar;
- un sistema de lavado-aspiración con una cánula de 10 mm.

El diámetro de la cánula de aspiración es importante, para evacuar rápidamente un posible hemoperitoneo y aspirar eficazmente todo el saco gestacional trofoblástico.

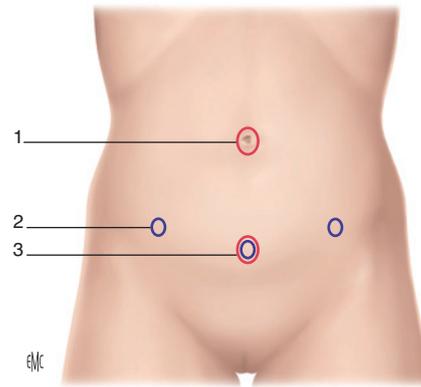
La elección entre las distintas técnicas de creación del neumoperitoneo y de la introducción del primer trocar sigue dependiendo de la decisión del médico. Si se utiliza una insuflación previa con la aguja, la elección del diámetro de la óptica (5 o 10 mm) y su localización (ombligo o hipocondrio izquierdo) dependen de los antecedentes de la paciente y del cirujano. Sin embargo, los tres trocres de trabajo se colocan del modo habitual para una cirugía pélvica: uno de 5 mm en cada fosa ilíaca y uno de 10 mm en la línea media en un punto equidistante entre el ombligo y la sínfisis con un reductor de 5 mm (Fig. 1).

Antes de la colocación de los trocres, se realiza una infiltración periincisional de anestésico local en su trayecto. Después, una vez que se han colocado los trocres, se realiza una insuflación de este mismo anestésico bajo las cúpulas diafragmáticas.

## Distintos tiempos quirúrgicos

Los distintos tiempos consisten en:

- la inspección de la cavidad abdominal alta;
- la colocación en posición de Trendelenburg y el rechazo delicado de las asas digestivas por encima del promontorio con una pinza atraumática;
- la exposición de la pelvis con una *toilette* peritoneal;
- la aspiración del hemoperitoneo si hay residuos trofoblásticos en caso de aborto tubárico del pabellón espontáneo;



**Figura 1.** Esquema de colocación de los trocres: trocar de 10 mm (1) al nivel umbilical para la óptica; trocar de 5 mm (2) en las dos fosas ilíacas derecha e izquierda; trocar de 5-10 mm al nivel suprapúbico.

## Cuadro 1.

Escala preterapéutica del embarazo extrauterino (EEU) (de Pouly et al [13, 14]).

Factores que afectan de forma significativa a la fertilidad tras un EEU	Coficiente
Antecedente de EEU	2
Por cada EEU suplementario	1
Antecedente de adherenciólisis laparoscópica	1
Antecedente de microcirugía tubárica	2
Trompa única	2
Antecedente de salpingitis	1
Adherencias homolaterales	1
Adherencias contralaterales	1

- la confirmación del diagnóstico y de la localización del EEU;
- la exploración de la cavidad pélvica y, sobre todo, la evaluación de la trompa contralateral al EEU. Este tiempo es esencial, no sólo para la elección del tratamiento, sino también para el pronóstico respecto a la fertilidad posterior;
- el tratamiento del EEU: conservador o radical, cuya técnica y los criterios de elección se describen después;
- limpieza peritoneal minuciosa y abundante para evitar cualquier riesgo de persistencia trofoblástica;
- la verificación de la hemostasia al final del procedimiento;
- la extracción de la pieza quirúrgica en caso de tratamiento radical en una bolsa endoscópica y el envío para su estudio histológico;
- la exuflación del neumoperitoneo;
- el cierre peritoneal y aponeurótico del orificio de trocar de la línea media de 10 mm.

Es muy importante reflejar en el informe quirúrgico el estado tubárico homo y contralateral, que es muy importante para la fertilidad posterior y la posible elección de un tratamiento de reproducción médica asistida.

## Elección del tratamiento

La decisión de conservar o no la trompa depende de varios factores:

- el deseo de embarazo de la paciente;
- los antecedentes de plastia tubárica homolateral o de EEU, que aumentan el riesgo de recidiva;
- el estado tubárico homolateral y contralateral;
- las dificultades quirúrgicas, en particular en caso de hemorragia tubárica no controlable.

La escala preterapéutica de Pouly (Cuadro 1) permite evaluar el riesgo de recidiva de EEU y la alteración del

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8831436>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8831436>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)