

11217
-7

19



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores

**ANALISIS CLINICO DE 50 CASOS
DE EMBARAZO ECTOPICO.**

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener la Especialidad en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a

Dr. Manuel Valenzuela Rodríguez

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

- 1.- HISTORIA.
- 2.- DEFINICION.
- 3.- CLASIFICACION.
- 4.- FRECUENCIA.
- 5.- INTRODUCCION.
- 6.- MATERIAL Y METODOS.
- 7.- DISCUSION.
- 8.- CONCLUSIONES.
- 9.- BIBLIOGRAFIA.

HISTORIA

El embarazo extrauterino ó ectópico, fue probablemente descrito por primera vez por Albucasis en el año 936 de nuestra era.

Este tipo de embarazo se encontró en una prisionera ejecutada por Busiere de Paris en 1693. Fue descrito por Gifford en 1731 y en 1845 Oldham sugirió la posible asociación del embarazo ectópico con sépsis pelviana (1).

Se le atribuye a Mercerus en el año 1641 la primera descripción que sugiere la posibilidad de embarazo ovárico. El primer caso de este tipo fue reportado por Saint Maurice De Perigod en Francia en 1682 (2). Posteriormente Spiegelberg en 1878, Coanstein, Hueppa, Worth y Possi en 1897, y Norris en 1909, fundamentaron los criterios para el diagnóstico de embarazo ovárico, mismos que permanecen vigentes hasta la actualidad. (3).

La concurrencia de embarazo ectópico e intrauterino, se conoce desde 1709 cuando Duverney en Francia reportó el primer caso, diagnosticado en un estudio postmortem. (4,5).

El primer caso de embarazo cervical fue diagnosticado en un estudio postmortem en el año 1911 por Sir E. Home (6). En este mismo año, Rubin marcó los lineamientos para certificar que se trata de un embarazo cervical por medio del estudio histopatológico. (7).

El embarazo tubario gemelar unilateral es una patología extre

madamente rara. El primer reporte fue hecho por De Ott en el año de 1881. Hasta 1982 se habían reportado en la literatura mundial 89 casos de esta complicación (8,9). Mientras tanto, hasta 1981, - se habían reportado 4 casos de embarazo triple tubario unilateral, un caso de embarazo quíntuple tubario unilateral por Trebb, en 1910 y en Diciembre de 1981, Fujii reporta el primer caso de embarazo cuádruple tubario unilateral (9).

DEFINICION, CLASIFICACION Y FRECUENCIA.- CONCEPTOS GENERALES.

El término embarazo ectópico (Ecciesis), se refiere a la implantación del cigóto fuera del útero o en una localización anormal dentro del útero, es decir, en otro lugar que no sea la cavidad endometrial (10,11,12,13).

El embarazo ectópico se clasifica de acuerdo al sitio en donde se lleva a cabo la implantación del huevo. Esto puede ocurrir en los distintos tramos de las trompas, en los ovarios, en el peritoneo y en el mismo útero, pero fuera de la cavidad endometrial. En base a este concepto, se tiene la siguiente clasificación (11,12,13):

TUBARIO.- Intersticial, istmico, ampular, fimbrial.

OVARICO.- Tuboovárico, abdominoovárico.

UTERINO.- Cornual, angular, en un divertículo uterino, en una saculación, en in cuerno rudimentario, intramural.

CERVICAL.

ABDOMINAL.- Primario,secundario.

INTERLIGAMENTARIO.

HETEROTOPICO.

FRECUENCIA.-

En la bibliografía se encuentran cifras muy variables en cuanto a la frecuencia del embarazo ectópico,por esto,tomando en cuenta los reportes de los diversos autores puede considerarse válida la cifra de 1:40 a 1:400 embarazos (10,11,12,13).

Con mucho el embarazo tubario es el mas frecuente de los embarazos ectópicos,le corresponden del 90 % al 98.7 % de todos los casos (10,11,12,13).

El embarazo tubario intersticial corresponde a la nidación relativamente rara en el segmento tubario de un centímetro aproximadamente de longitud que se introduce en forma de cono en el interior del útero y cuya luz es de .8 a 1 mm.

Para demostrar la existencia de un embarazo tubario,es necesario cumplir con los siguientes criterios:

- 1.- El saco embrionario debe tener una amplia base de comunicación con el útero.
- 2.- La trompa debe mostrar una separación muy clara.
- 3.- Debe haber una posición inclinada del fondo del útero.
- 4.- El ligamento redondo debe estar insertado en posición lateral con respecto al saco embrionario.

El embarazo ovárico es una entidad rara que se presenta en uno de cada 25 000 a 40 000 embarazos y constituye del 0.7 % al 0.4 % de los embarazos ectópicos.

Los criterios vigentes hasta la actualidad para hacer el diagnóstico de embarazo ovárico desde el punto de vista histopatológico son : (3)

1.- La trompa correspondiente al lado de la implantación del embarazo debe permanecer intacta macroscópica y microscópicamente.

2.- El saco fetal debe ocupar el sitio del ovario.

3.- Debe estar unido al útero por medio del ligamento uteroovárico.

4.- El tejido ovárico debe estar y ser identificado dentro del saco.

La incidencia de embarazo heterotópico (intrauterino y extrauterino) se reporta de 1:30 000 embarazos. La existencia de embarazo ovárico e intrauterino es menos común, sin embargo existen en la literatura reportes bien identificados y documentados de esta entidad. (5).

El embarazo cervical es una complicación rara en la cual el cigoto se implanta en la mucosa cervical, por debajo del orificio cervical interno. Su incidencia se estima de 1:16 000 a 1:95 000 embarazos. (6).

Los criterios para certificar que se trata de embarazo cer

vical por medio del estudio histopatológico son: (7).

1.- Tienen que existir glándulas endocervicales en el sitio de implantación.

2.- La unión de la placenta con el cérvix debe ser íntima.

3.- Toda o una porción de la placenta debe estar por debajo de los vasos uterinos, o bien por debajo de la reflexión peritoneal anterior o posterior del útero.-

4.- Los elementos fetales no deben de estar presentes en la cavidad uterina.

El embarazo abdominal representa el 1.6 % de todos los embarazos ectópicos. La mortalidad perinatal varía del 85 % al 95 %, y la mortalidad materna se aproxima al 2 %.

El embarazo abdominal secundario, resulta en la mayoría de las pacientes de aborto tubario o ruptura, con extensión e implantación de una placenta viable en las superficies peritoneales. Aunque mas raro, puede tambien observarse despues de dehiscencia espontanea de histerorrafia antigua postcesárea, de perforación uterina posterior a legrado y después de histerectomía. El embarazo abdominal primario es mas raro. Los criterios para el diagnóstico de embarazo abdominal primario son:

1.- Las trompas y los ovarios deben encontrarse sin evidencia de lesión antigua o reciente.

2.- No debe existir evidencia de fístula uteroplacentaria.

3.- El embarazo se debe relacionar solo con la superficie peritoneal.

INTRODUCCION

El embarazo ectópico es el responsable del 5.6 % al 24.5 % de las muertes maternas (14,15,16). Estas son el resultado de hemorragia masiva a partir de un ectópico roto antes de que la paciente pueda recibir atención médica. En muchas ocasiones un número importante de estas pacientes acude al médico por sospecha de embarazo, de tal forma que el diagnóstico y el tratamiento -- temprano podrían evitar muchas de éstas muertes maternas. (15,17)

Los factores predisponentes incluyen: Salpingitis aguda o crónica (10,16,18), otras lesiones de las trompas como divertículo los quistos extrínsecos e intrínsecos (19), procedimientos quirúrgicos previos sobre la trompa por esterilidad o salpingoclasia por electrocoagulación o mediante técnica de Pomeroy (20,21); Endometriosis, flujo menstrual retrógrado hacia la trompa, que impida la migración normal del óvulo y la presencia de DIU in situ (16,22).

El cuadro clínico con que se presenta el embarazo ectópico esta constituido por una serie de síntomas y signos en que la amenorrea, el dolor abdominal, el sangrado transvaginal, los datos de irritación peritoneal y de shock se presentan francos o en forma insidiosa, haciendo en múltiples ocasiones difícil el diagnóstico de ésta entidad. (14,15,22).

Tait (24) en 1883, describió la técnica de salpingectomía para el tratamiento de embarazo ectópico. Esta técnica continúa utilizandose para el tratamiento del ectópico roto y no roto.

OBJETIVOS

- 1.- Integrar un cuadro clínico característico de embarazo ectópico, que permita el diagnóstico precoz de esta patología en las pacientes portadoras de la misma, ya que se menciona que lo típico es atípico, pero esta --sentencia no beneficia a la paciente.
- 2.- Contribuir a la estandarización de los métodos de laboratorio y gabinete que contribuyan a un diagnóstico oportuno.
- 3.- Analizar la experiencia mundial del manejo conservador del embarazo ectópico en los casos indicados.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron los expedientes clínicos de 50 casos de embarazo ectópico que se presentaron en el servicio de Ginecología y Obstetricia del H.Hospital Dr. Darío Fernández F. del 10. de enero de 1981 al 30 de noviembre de 1983 y que fueron comprobados por estudio histológico.

En cada uno de los casos se estudió la edad de la paciente, los antecedentes ginecoobstétricos, la frecuencia de factores predisponentes para embarazo ectópico, el método de control de la fertilidad utilizado por la paciente en el último mes anterior a la presentación del cuadro clínico, las manifestaciones clínicas y el tipo de tratamiento quirúrgico practicado en cada caso. Se efectuó una correlación entre estos parámetros.

De enero de 1981 a Noviembre de 1983, se presentaron al servicio de Ginecología y Obstetricia 6848 pacientes con embarazo. De estos, 57 fueron ectópicos. Esto corresponde a 8.3 embarazos ectópicos por cada 1000 embarazos; fue posible realizar un análisis clínico en 50 de los casos.

RESULTADOS.

La edad de las pacientes varió entre 19 y 44 años, con una edad promedio de 28.9 años, 41 pacientes (82 %) se encontraron en los grupos de edad entre los 20 y los 34 años. Se presentaron 7 pacientes (14 %) con edades mayores de 35 años y solo 2 (4 %) menores de 19 años. TABLA I.

TABLA I.- DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD.

EDAD EN AÑOS	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
15 a 19	2	4.0 %
20 a 24	7	14.0 %
25 a 29	21	42.0 %
30 a 34	13	26.0 %
35 a 39	4	8.0 %
40 a 44	<u>3</u>	<u>6.0 %</u>
TOTAL	50	100.0 %

El número de embarazos sin incluir el ectópico motivo de estudio varió de 0 a 8 con un promedio de 2.7; 40 pacientes (80 %) - habían tenido de 1 a 4 embarazos antes del actual, solo 6 (12 %) no se habían embarazado con anterioridad y 4 (8 %) habían concebido 5 ó más veces antes del ectópico. TABLA II.

TABLA II.- EMBARAZOS PREVIOS EN 50 PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

NUMERO DE EMBARAZOS	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
0	6	12.0 %
I a II	25	50.0 %
III a IV	15	30.0 %
V a VI	2	4.0 %
VII a VIII	<u>2</u>	<u>4.0 %</u>
TOTAL	50	100.0 %

La paridad promedio antes del embarazo ectópico fue de 1.8,-

con rango entre 0 y 8.15 pacientes (30 %) eran nulíparas, 10 mujeres (20 %) primíparas y 25 (50 %) habían tenido de 2 a 6 hijos. TABLA II I.

TABLA III.- NUMERO DE PARTOS PREVIOS.

NUMERO DE PARTOS	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
0	15	30.0 %
I	10	20.0 %
II	10	20.0 %
III	6	12.0 %
IV	7	14.0 %
VI	1	2.0 %
VIII	1	2.0 %
TOTAL	50	100.0

En 26 pacientes (52 %) se encontraron uno ó más factores de riesgo para embarazo ectópico, predominando el antecedente de cirugía abdominal previa en 11 pacientes (22 %) y la salpingitis en 7 casos (14 %). TABLA IV.

De las 50 pacientes estudiadas, 24 (48 %) utilizaban diversos métodos para control de la fertilidad hasta un mes antes del inicio del cuadro clínico, predominando el uso del DIU en 14 pacientes (28 %) y los anaovulatorios en 5 pacientes (10 %). Entre estas pacientes se encontró un caso (2.0 %) de salpingoclasia por laparoscopia y colocación de anillos de Yoon. Los anillos se encontraban bien coloca-

dos al momento de la cirugía y el embarazo ectópico en situación distal al sitio de colocación del anillo. TABLA V.

TABLA IV.- ANTECEDENTE DE FACTORES DE RIESGO EN 50 PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO.

FACTOR DE RIESGO	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
I.- CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA.		
.- Por una cesárea anterior	4	8.0 %
.- Por dos cesáreas previas	1	2.0 %
.- Por embarazo ectópico previo	1	2.0 %
.- Por apendicitis	4	8.0 %
.- Por abdomen agudo	1	2.0 %
II.- SALPINGITIS		
.- Aguda	3	6.0 %
.- Crónica	1	2.0 %
.- Salpingitis + cesárea anterior	1	2.0 %
.- Salpingitis bilateral + hidrotubación por esterilidad secundaria.	1	2.0 %
.- Salpingitis + endometriosis.		
III.- OTROS		
.- Esterilidad secundaria	1	2.0 %
.- Cirugía sobre trompas por esterilidad	1	2.0 %
.- Salpingoclasia por laparoscopia	1	2.0 %
.- Piosalpinx + HSG	1	2.0 %
.- Endometriosis	1	2.0 %
.- Deciduomiometritis	1	2.0 %

.- 2 abortos espontaneos sin LUI	1	2.0 %
.- Salmonellosis	1	2.0 %
TOTAL	26	52.0 %

TABLA V.- METODO DE CONTROL DE LA FERTILIDAD EN 50 PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO.

METODO	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
Sin control	22	44.0 %
DIU	14	28.0 %
Anaovulatorios : Orales	4	8.0 %
De depósito	1	2.0 %
Salpingoclasia por laparoscopia	1	2.0 %
Preservativos	1	2.0 %
Ovulos espermaticidas	1	2.0 %
Ritmo	1	2.0 %
Coitus interruptus	1	2.0 %
Dato no registrado	4	8.0 %
TOTAL	50	100.0 %

En cuanto al estado menstrual, se encuentra que 16 pacientes (32 %) cursaban con amenorrea hasta el momento del inicio de el cuadro clínico. En 22 (44 %) hubo retraso menstrual y 9 pacientes (18 %) mencionaron sangrado menstrual rítmico. TABLA VI.

En la tabla VII, se señala la frecuencia en la coexistencia de factores de riesgo para embarazo ectópico y el uso de dos mé-

todos de control de la fertilidad (DIU y Anaovulatorios orales).
 En 7 pacientes (14 %) de las que usaban DIU y en 3 (6 %) de las que usaban anaovulatorios orales se encontró el antecedente de uno ó más factores de riesgo.

TABLA VI.- ESTADO MENSTRUAL EN 50 PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
AMENORREA	16	32.0 %
RETRASO MENSTRUAL	22	44.0 %
SIN ALTERACION	9	18.0 %
NO SE REGISTRO	3	6.0 %
TOTAL	50	100.0 %

TABLA VII.- CORRELACION DE FACTORES DE RIESGO Y METODO DE CONTROL DE LA FERTILIDAD.

FACTOR DE RIESGO	DIU	ANAOVULATORIOS	PORCIENTO
Ninguno	7	2	18.0 %
1 cesárea anterior + proceso adherencial pélvico	1		2.0 %
1 cesárea anterior	1	1	4.0 %
Salpingitis + cesárea anterior	1		2.0 %
Salpingitis + proceso adherencial pélvico	1		2.0 %
Salpingitis + endometriosis	1		2.0 %
Apendicitis	1	1	4.0 %
Salmonellosis + proceso adherencial pélvico		1	2.0 %
TOTAL	14	5	38.0 %

De las 50 pacientes estudiadas, 49 (98 %) presentaron dolor abdominal y 1 (2 %) no. Se refirió de tipo cólico en 33 (66 %), de tipo punzante en 11 (22 %), opresivo en 3 (6 %), difuso en 1 caso (2 %) y ardoroso en otro (2 %).

En 45 casos (90 %) el dolor se localizó en diversos puntos del hemiabdomen inferior, predominando la localización en fosa iliaca derecha en 18 casos (36 %) y en hipogastrio en 12 de las pacientes (24 %). En 33 ocasiones (66 %) el dolor se presentó en forma súbita y en 13 (26 %) fue intermitente. El tiempo de evolución del dolor varió de una hora a 62 días. En 12 casos (24 %) persistió por un período de 15 a 62 días. No se encontró sistematización en la irradiación del dolor. TABLA VIII.

TABLA VIII.- CARACTERISTICAS DEL DOLOR.

TIPO	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
COLICO	33	66.0 %
PUNZANTE	11	22.0 %
OPRESIVO	3	6.0 %
DIFUSO	1	2.0 %
ARDOROSO	1	2.0 %
TOTAL	49	98.0 %
FORMA DE PRESENTACION	NO. DE PACIENTES	%
SUBITA	33	66.0 %
INTERMITENTE	13	26.0 %
DATO NO REGISTRADO	3	5.0 %
TOTAL	49	98.0 %

LOCALIZACION:	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
Fosa iliaca derecha	18	36.0 %
Hemiabdomen inferior	11	22.0 %
Hipogastrio	12	24.0 %
Fosa iliaca izquierda	4	8.0 %
Hemiabdomen superior	4	8.0 %
TOTAL	49	98.0 %

8 pacientes (16 %) presentaron irradiación del dolor a región lumbosacra y 5 (10 %) de tipo frénica.

El sangrado transvaginal se observó en 30 pacientes (60 %). En 25 (50 %) fue de color rojo oscuro y en 5 (10 %) de color rojo brillante. El primero persistió de 1 a 62 días, -- con un promedio de 19.5 días; el segundo duró de 1 a 37 días con un promedio de 13.7 días. TABLA IX.

TABLA IX.- CARACTERISTICAS DEL SANGRADO TRANSVAGINAL EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO.

CANTIDAD ESTIMADA	NUMERO DE PACIENTES		TIEMPO DE EVOLUCION
	ROJO OSCURO	ROJO BRILLANTE	
ESCASO	21 (42.0 %)		1-62 dias
MODERADO	4 (8.0 %)	2 (4.0 %)	1-37 dias
SEVERO		3 (6.0 %)	1-17 dias

En la tabla X, se señala la frecuencia con que se presentaron una serie de síntomas y signos.

Las cifras de hemoglobina reportadas en las pacientes ingresadas con diagnóstico de embarazo ectópico, se señalan en la tabla XI.

TABLA X. - OTRAS MANIFESTACIONES CLINICAS EN 50 PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO.

SIGNOS Y SINTOMAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
Náusea y/o vómito	25	50.0 %
Lipotimia y/o palidez	25	50.0 %
Masa palpable	24	48.0 %
Abombamiento del fondo de saco	24	48.0 %
Utero aumentado de volumen	26	52.0 %
Utero de características normales	14	28.0 %
Utero de carac. no valorables	10	20.0 %
Irritación peritoneal	42	84.0 %
Estado de shock	10	20.0 %

TABLA XI. - CIFRAS DE HEMOGLOBINA EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

Hb. en mg/100	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
Menor de 9	5	10.0 %
De 9 a 10	9	18.0 %
De 10.1 a 11	7	14.0 %
De 11.1 a 12	8	16.0 %
12.1 ó mayor	14	28.0 %
No registrado	7	14.0 %
TOTAL	50	100.0 %

En la tabla XII se señala el procedimiento por medio del cual se hizo el diagnóstico de embarazo ectópico. En 18 casos (36 %) se diagnosticó en la primera consulta, fue necesaria la

exploración bajo anestesia en 7 pacientes (14 %) y en 5 (10 %), la exploración bajo anestesia no reportó datos de importancia para el diagnóstico, pero la punción del fondo de saco de Douglas fue positivo para la presencia de sangre libre en cavidad peritoneal. En 16 pacientes (32 %) fue necesario efectuar laparotomía exploradora para corroborar la existencia del embarazo ectópico. Este procedimiento se efectuó bajo la sospecha del mismo en 10 pacientes.- En 2 casos con diagnóstico de piosalpinx, en un caso por quiste de ovario con compromiso vascular y en 3 casos como procedimiento exploratorio después de que las pacientes habían permanecido hospitalizadas por 2 días con diagnóstico de anexitis bilateral.

Finalmente todas las pacientes fueron sometidas a tratamiento quirúrgico. En 42 pacientes (84 %) se encontró embarazo tubario En 3 (6 %) embarazo ovárico y en 3 tuboovárico. En 26 casos (52 %) la patología se localizó en los anexos derechos y en 24 casos (48 %) en los anexos izquierdos. De los 50 embarazos ectópicos, 16 (32 %) se encontraron con evidencia de ruptura. TABLA XIII.

TABLA XII.- PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO.

PROCEDIMIENTO	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
Exploración ginecológica a su ingreso.	18	36.0 %
Laparotomía exploradora	16	32.0 %
Exploración bajo anestesia	7	14.0 %
Punción del fondo de saco de Douglas	5	10.0 %

Laparoscopia	2	4.0 %
Ultrasonografía	1	2.0 %
Gravindex positivo + exploración ginecológica	1	2.0 %
TOTAL	50	100.0 %

TABLA XIII.- LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO

		ROTO	NO ROTO
EMBARAZO TUBARIO 42 CASOS (84.0 %)	DERECHO	10 (20.0 %)	11 (22.0 %)
	IZQUIERDO	3 (6.0 %)	17 (34.0 %)
	BILATERAL		1 (2.0 %)
EMBARAZO OVARICO 3 CASOS (6.0 %)	DERECHO	1 (2.0 %)	
	IZQUIERDO	2 (4.0 %)	
EMBARAZO TUBOOVARICO 3 CASOS (6.0 %)	DERECHO		1 (2.0 %)
	IZQUIERDO		2 (4.0 %)
CORNIAL 2 CASOS (4.0 %)	DERECHO		2 (4.0 %)

En 6 pacientes que presentaron factores de riesgo para embarazo ectópico, se encontró durante el acto quirúrgico evidencia macroscópica de proceso adherencial pélvico. (Un caso con antecedente de esterilidad secundaria, otro con cesárea anterior, uno con salpingitis, uno con salmonellosis, otro con 2 cesáreas anteriores y otro sin antecedente registrado). En dos pacientes, además del embarazo ectópico, se encontró evidencia de proceso infla

matricio crónico en las trompas de Falopio.

En 47 pacientes (94 %) se encontró sangre libre en cavidad al momento de la cirugía. Ver TABLA XV.

TABLA XV.- CANTIDAD ESTIMADA DE SANGRE LIBRE EN CAVIDAD A PARTIR DEL EMBARAZO ECTOPICO

CANTIDAD DEL HEMOPERITONEO	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
Menor de 100 cc	4	8.0 %
De 100 a 200 cc	9	18.0 %
De 250 a 500 cc	13	26.0 %
De 750 a 1000 cc	6	12.0 %
De 1500 a 2000 cc	8	16.0 %
No cuantificada	7	14.0 %
TOTAL	47	94.0 %

En todos los casos, el tratamiento quirúrgico consistió en la resección de las estructuras afectadas, predominando la salpingectomía que se practicó en 38 casos (76 %). En 11 casos (22 %) el procedimiento de elección fue la salpingooforectomía y en un caso (2 %) la ooforectomía. TABLA XVI.

TABLA XVI.- TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

PROCEDIMIENTO	NUMERO DE PACIENTES		
	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL
Salpingectomía	17 (34.0 %)	18 (36.0 %)	1 (2.0 %)
Salpingo-ooforectomía	6 (12.0 %)	5 (10.0 %)	
Salpingectomía + parte de cuerno derecho	2 (4.0 %)		
Ooforectomía		1 (2.0 %)	

Se obtuvieron 12 muestras de tejido endometrial por medio de legrado uterino instrumental, practicado después del acto quirúrgico. En la tabla XVII, se señala el resultado del estudio histopatológico.

TABLA XVII.- DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO EN 12 MUESTRAS DE TEJIDO ENDOMETRIAL

DIAGNOSTICO	NUMERO DE PACIENTES	PORCIENTO
Endometrio con cambios deciduales	4	8.0 %
Endometrio secretor final	4	8.0 %
Endometrio con zonas de hipersecreción	2	4.0 %
Endometrio con hiperplasia glandular	1	2.0 %
Deciduitis aguda	1	2.0 %
TOTAL	12	24.0 %

El tiempo de hospitalización varió de 4 a 9 días con promedio de 5.5 días. 7 pacientes (14 %) permanecieron en el servicio entre 7 y 9 días; de ellas 3 (6 %) se ingresaron con Dx de anexiitis bilateral, 1 (2 %) con diagnóstico de piosalpinx, una (2 %) con diagnóstico de quiste de ovario con compromiso vascular y en una paciente (2 %) se presentó como complicación postoperatoria un cuadro neumónico, por lo cual permaneció 9 días en hospitalización

DISCUSION

El embarazo ectópico puede presentarse a cualquier edad durante la etapa reproductiva de la mujer (14). En la serie de 50 casos-motivo de esta tesis, el 82 % de las pacientes se encontraron en los grupos de edad entre los 20 y los 34 años, con promedio de 28.9 años. El promedio de gestaciones previas fue de 2.7 y su paridad ante --rior promedio de 1.8; cifras que estan de acuerdo con las reportadas en otros trabajos sobre el mismo tema (14,15).

La incidencia de factores de riesgo en este estudio fue de 52-%, predominando el antecedente de cirugía abdominal previa y de enfermedad inflamatoria pelviana.

Se ha reportado que después de salpingoclasia por laparoscopia o minilaparotomia, puede ocurrir un fenómeno de activación del epitelio tubario conocido como endosalpingiosis que originaría una fístula entre el útero y el muñon tubario distal, a travez de la cual podrían pasar los espermatozoides y fecundar el óvulo, impidiendo a su vez el paso del huevo hacia la cavidad uterina, facilitando la implantación del cigoto fuera del útero (20,21). En esta serie se --encntró un caso de embarazo ectópico en una paciente a la que se le había practicado salpingoclasia por laparoscopia, con colocación de anillos de Yoon, estos se encontraban bien colocados al momento de la cirugía.

En una paciente (2 %) con antecedente de Salmonellosis, se --contró durante el acto quirúrgico evidencia de proceso pélvico adhe

rencial y el embarazo ectópico se localizó en la trompa de Falopio derecha. Este proceso adherencial sin duda, fue el resultado de la reacción cicatrizal que puede observarse en cuadros infecciosos -- por salmonella, que afectan las placas de Peyer y tienen especial preferencia por el ileon terminal (24,25).

De las pacientes con antecedentes desalpingitis en una que había presentado este cuadro un año antes del ectópico, se le había instituido tratamiento con antibióticos parenterales los cuales se mantuvieron por 2 días. Posteriormente acude a la consulta por esterilidad secundaria, en donde se diagnostica oclusión tubaria bilateral. Se inicia tratamiento con hidrotubaciones y un mes después se presenta a la consulta con embarazo tubario derecho. Chávez (22); señala que es probable que el diagnóstico o tratamiento deficiente de las infecciones pélvicas influya como un factor predisponente en un poco más del 40 % de todos los embarazos ectópicos.

El 48 % de las pacientes estudiadas utilizaban diversos métodos para control de la fertilidad. El 28 % utilizaron el DIU, el 10 % anaovulatorios; 8 % orales y 2 % de depósito inyectables. En 7 pacientes (14 %) de las que usaban el DIU se encontró en forma concomitante uno ó más factores de riesgo y 7 (14 %) no mencionaron antecedente de importancia. De acuerdo con éstos datos, es posible que en las 7 pacientes con DIU y uno ó más factores de riesgo, el embarazo ectópico se halla relacionado más con el factor de riesgo que con el uso de DIU, de tal manera que atendiendo a esta posibilidad,

la frecuencia del embarazo tubario asociado a DIU, como único posible factor de riesgo es de 14 %, cifra muy superior a la reportada por Tatum y Schmidt del 4 % e inferior a la reportada por Ory del 34 %.

La influencia del DIU in situ sobre la frecuencia de embarazo ectópico permanece aún en controversia. Se sabe que el DIU es un método más efectivo para prevenir el embarazo en el interior de la cavidad uterina, que para prevenir el embarazo tubario u ovárico (15,22). Ory en un estudio que incluyó a 615 mujeres con diagnóstico de egreso de embarazo ectópico y 3453 pacientes que constituyó en grupo control concluye: Que las mujeres que han usado DIU tienen el mismo factor de riesgo de embarazo ectópico que las mujeres que nunca lo han usado; Que el uso de cualquier forma de contracepción incluyendo el DIU disminuye el riesgo de embarazo ectópico; Que el riesgo de embarazo ectópico entre las pacientes que usan DIU es 3 veces mayor que las que usan anovulato -- rios, ya que estos al inhibir la ovulación reducen el riesgo de embarazo ectópico.

Las características clínicas en esta serie de pacientes, fueron similares a las reportadas en otros trabajos sobre el mismo tema (14,15).

Aunque el diagnóstico de embarazo ectópico no es difícil, en caso de ruptura y shock, en muchas pacientes el cuadro clínico es menos sugestivo. En este caso existen una serie de exámenes de la

boratorio y gabinete que son de utilidad para el diagnóstico. Entre estos se encuentran la prueba de embarazo en orina por el método de aglutinación-inhibición, la dosificación de hormona gonadotrofina coriónica y de la subunidad beta de la gonadotrofina coriónica (15, 26, 27, 28). La culdocentesis (15, 29); La ecosonografía (29, 30, 31, 32) y la laparoscopia (33). En el 100 % de las pacientes de esta serie, el tratamiento definitivo consistió en la resección de las estructuras afectadas, predominando la salpingectomía que se practicó en el 76 % de las pacientes y la salpingo-ooforectomía en el 22 % de las pacientes.

Diversos autores han preconizado el tratamiento conservador del embarazo ectópico, mediante salpingostomía lineal, expresión tubaria, resección y anastomosis (34), por técnicas de microcirugía, -- por medio de laparoscopia (35) o usando en forma combinada la laparoscopia y la minilaparotomía (33). Sobre todo en aquellas pacientes nuligestas con esterilidad ó que deseen procrear mas hijos y que tengan daño irreparable o ausencia de la trompa contralateral. En esta serie de 50 pacientes se encontraron 12 pacientes con nuliparidad previa, y 5 con un parto previo. Estas pacientes presentaron embarazo ectópico no roto. En el primer grupo de pacientes una presentó embarazo ovárico y otra tuboovárico, 2 evidencia de salpingitis crónica, en una formación de plastrón en el sitio del ectópico que involucraba al ovario homolateral por lo cual fue neces-

ria su resección y dos se presentaron en estado de shock, con hemo peritoneo de 1500 y 2000 cc de tal manera que era imposible consi derar la posibilidad de cirugía conservadora.

En el segundo grupo, una paciente presentó concomitantemente con el embarazo ectópico un quiste de ovario hemorrágico homolater al que fue resecado con la totalidad del tejido ovárico de ese lado y otra paciente se presentó en estado de shock.

En 12 pacientes (24 %) se efectuó legrado uterino instrumental posterior al acto quirúrgico.

CONCLUSIONES

- 1.- El embarazo ectópico es una entidad privativa de la etapa reproductiva de la mujer. Se observa con mayor frecuencia entre los 20 y los 34 años de edad.
- 2.- Es mas frecuente en las pacientes multigestas tal vez por que en ellas es mas alta la incidencia de procesos infecciosos en el area pélvica.
- 3.- En la serie de pacientes estudiadas la incidencia de embarazos ectópicos entre nulíparas y primíparas fue del 50 %
- 4.- La incidencia de embarazo ectópico aumenta en pacientes con antecedentes de factor de riesgo para esta entidad.-- Los mas frecuentes en la serie estudiada fueron el antecedente de cirugía abdominal previa, la salpingitis, la esterilidad y la cirugía sobre las trompas.
- 5.- En nuestras pacientes no fue posible establecer una correlación positiva entre el uso del DIU y el aumento en la frecuencia de embarazo ectópico, como ya ha sido aclarado en la literatura.
- 6.- No es posible integrar un cuadro clínico que sea característico del embarazo ectópico, ya que este se manifiesta mediante un grupo de síntomas y signos comunes a una gama

muy amplia de padecimientos del area pelviabdominal. Sin embargo, la presentación de una mujer joven, con vida sexual activa, que refiere retraso menstrual nos obliga a tener presente la posibilidad del embarazo ectópico.

- 7.- Se debe transmitir a la mujer la inquietud de la atención médica precoz en caso de retraso menstrual.
- 8.- El médico deberá identificar a las pacientes con factores de riesgo para embarazo ectópico y obtener una historia clínica minuciosa y efectuar una exploración ginecológica cuidadosa que le permitan identificar anomalías anexiales.
- 9.- El clínico cuenta con una serie de exámenes de laboratorio y gabinete para confirmar la existencia de un embarazo extrauterino en una etapa precoz de su desarrollo.
- 10.- La identificación temprana del embarazo extrauterino, antes de que ocurra la ruptura, permitirá conocer el estado general de la paciente, el grado de normalidad de sus genitales internos y del area pélvica y así seleccionar a las pacientes a las que se les pueda brindar el recurso de la cirugía conservadora en el caso que así lo amerite.
- 11.- Puede ser de mayor utilidad el efectuar LUI antes del procedimiento quirúrgico por embarazo ectópico, sobre todo en aquellas

pacientes que no cursan con evidencia de ruptura, ya que este procedimiento podrá descartar la existencia de un embarazo intrauterino no viable y evitará además la posibilidad de una segunda intervención en caso de accidente durante el legrado.

- 1.- Unanswered questions on ectopic pregnancy. *British Medical Journal*. 62:1127, 1980.
- 2.- Williams, P.C., Malvar, T.C., Kraft, J.R.: Term Ovarian pregnancy with delivery of a live female infant. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 142:589, 1982.
- 3.- Okhuysen, C.K., Rojas, C.R., Chávez, N.R.: Embarazo ovárico. Informe de 3 casos. *Ginec. Obstet. Méx.* 49:273, 1981.
- 4.- Richards, S.R., Stempel, L.E., Carlton, B.: Heterotopic pregnancy reappraisal of incidence. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 142:928, 1982.
- 5.- Powell Phillips, W.D.: Clomiphene citrated-induced concurrent ovarian and intrauterine pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 53:37s, 1979.
- 6.- Bernstein, D., Holzinger, M., Ovadia, J., Frishman, B.: Conservative treatment of cervical pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 58:741, 1981.
- 7.- Sangines, M.A., Topete, O.L., Cervantes, C.J., Okhuysen, C.K., Ahued, A.R.: Embarazo cervical. Informe de un caso. *Ginec. Obstet. Méx.* 50:121, 1982.
- 8.- Valdez, G.R.: Embarazo tubario gemelar unilateral. Informe de un caso. *Ginec. Obstet. Méx.* 50:125, 1982.
- 9.- Fujii, S., Ban, C., Okamura, H., Nishimura, T.: Unilateral tubal quadruplet pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 141:840, 1981.
- 10.- Elias, S., LeBeau, M., Simpson, J.L., Martin, A.O.: Chromosome analysis of ectopic human conceptuses. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 141:698, 1981.
- 11.- Kaser, O., Friedberg, V.: *Ginecología y Obstetricia*, Salvat editores S.A. Barcelona. Pag. 655, 1979.
- 12.- Durfee, R.B.: Complications of pregnancy. En: *Obstetric and Gynecologic diagnosis & treatment*. Benson, R.C.: Lange Medical Publication Los Altos, Calif. Pag. 665, 1980.
- 13.- Velazco, O.M.: Embarazo ectópico. En: *Ginecología y Obstetricia*. Menéndez Oteo Editor. México. Pag. 259, 1980.
- 14.- Tancer, M.L., Delke, I., Veridiano, N.P.: A fifteen years experience with ectopic pregnancy. *Surg. Gynecol. Obstet.* 152:179, 1981.
- 15.- Brenner, P.F., Roy, S., Mishell, D.R.: Ectopic pregnancy. A study of 300 consecutive surgically treated cases. *JAMA*. 243:673, 1980.
- 16.- Ory, H.W.: Womens Health study. Ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive devices: New perspectives. *Obstet. Gynecol.* 57:137, 1981.
- 17.- Strafford, J.C., Ragan, W.: Abdominal pregnancy. Review of current management. *Obstet. Gynecol.* 50:548, 1979.
- 18.- Vessey, M.P.: Risk of ectopic pregnancy and duration of use of an intrauterine device. *Lancet*. 2:501, 1979.
- 19.- McCre, O.A., Waxman, M., Udoffia, C.: Leiomyoma of the fallopian tube: A cause of tubal pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 134:101, 1979.
- 20.- McCausland, A.M.: Recanalization and fistulization of the fallopian tubes are thought to be the causes of pregnancies following female sterilization. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 139:114, 1979.
- 21.- McCauslan, A.: High rate of ectopic pregnancy following laparoscopic tubal coagulation failures. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 136:97, 1980.

- 22.- Chávez,A.J.,Estevez,F.R.:Nuevos factores etiológicos del emba-
razo ectópico.Ginec.Obstet.Méx.44:377,1978.
- 23.- Kably,A.A.,Bazán,S.T.:Embarazo ectópico de repetición.Ginec.-
Obstet.Méx.48:95,1980.
- 24.- Sans Sabrafen,J.:Infecciones.En:Medicina Interna.Editorial Ma-
rín.Barcelona.Pag.745,1978.
- 25.- Netter,F.H.:Fiebre tifoidea.Sistema digestivo.Salvat Editores
S.A.Barcelona-México.Pag.149,1981.
- 26.- Hutchins,C.J.: A sensitive Memagglutination assay of human --
chorionic gonadotropin in the diagnosis of ectopic pregnancy.
Obstet.Gynecol52:499,1978.
- 27.- Yaffe,H.,Navot,D.,Laufer,N.:Pitffals in early detection of ec-
topic pregnancy.Lancet.1:277,1979.
- 28.- Kadar,N.,Caldwell,B.V.,Romero,R.: A method of screening for -
ectopic pregnancy and its indications.Obstet.Gynecol.58:162,-
1981.
- 29.- Zamora,O.J.,Quispe,P.J.,Hernández,H.M.: Ecosonografía en el -
diagnóstico de embarazo ectópico.Ginec.Obstet.Méx.46:415,1979
- 30.- Kelly,M.T.,Santos-Ramos,R.,Duenhoelter,J.H.: The value of so-
nographic in suspected ectopic pregnancy.Obstet.Gynecol.53: -
703,1979.
- 31.- Weiner,C.P.:The pseudogestacional sac in ectopic pregnancy.Am
.J.Obstet.Gyneco.139:959,1981.
- 32.- Amor,C.L.,Vera,H.A.,Santos,G.J.:Quiste dermoide con imágen ul-
trasonográfica de embarazo ectópico.Presentación de un caso.-
Ginec.Obstet.Méx.50:307,1982.
- 33.- Taylor,P.J.,Cumming,D.C.: Combined laparoscopy and minilaparo-
tomy in the management of unruptured tubal pregnancy:A preli-
minary report.Fertil Steril.32:521,1979.
- 34.- Ruiz,V.V.: Cirugía conservadora en el embarazo tubario.Ginec.
Obstet.Méx.50:115,1982.
- 35.- Bruhat,M.A.,Manhes,H.,Mage,G.,Pouly,J.L.: Treatment of ecto-
pic pregnancy by means of laparoscopy.Fertil Steril.33:411,19
80.