

11217

6

20j

Universidad Nacional Autónoma de México



Instituto Nacional de Perinatología

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA PROFESIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIONES Y SERVICIOS
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIONES Y SERVICIOS
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN

CARACTERÍSTICAS CLINICO PATOLÓGICAS DEL EMBARAZO
ECTÓPICO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

T E S I S

Que para obtener el Título de

Especialista en Ginecología y Obstetricia

p r e s e n t a

Anselmo Arámburo Acosta



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INPer

México, D. F.

Enero 1986



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 está 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.

INTRODUCCION

El embarazo ectópico es un tema sujeto frecuentemente a revisiones. Su importancia estriba a que en algunas situaciones aún es causa de morbimortalidad materna, a las diferentes teorías de su etiopatogenia, al problema diagnóstico que a veces representa, su diverso manejo quirúrgico y su pronóstico en relación a la fertilidad subsiguiente.

La frecuencia del embarazo ectópico es variable dependiendo de varios factores, entre ellos podemos citar: el tipo de Institución hospitalaria, a la frecuencia de padecimientos infecciosos pélvicos, antecedente de cirugía tubaria, además de características particulares de la población de pacientes de una Institución como podrían ser: antecedente de Esterilidad, Tuberculosis Genital, uso de dispositivos intrauterinos, complicaciones infecciosas puerperales, etcétera.

La implantación que ocurre fuera del endometrio que reviste la cavidad uterina se designa con el nombre de embarazo ectópico. El embarazo ectópico es un término más amplio que el de embarazo extrauterino, ya que incluye la implantación en la porción intersticial del oviducto y el embarazo cervical, así como la gestación tubárica, ovárica y abdominal.

En el embarazo ectópico no roto, las manifestaciones clínicas no son características; la paciente cree que su embarazo es normal o no sospecha que esté embarazada., de ahí que los signos y síntomas suelen referirse al cuadro clínico -

encontrado en la rotura o en el aborto tubario.

Clasicamente el embarazo ectópico no roto se - - manifiesta por hemorragia genital anormal, dolor pélvico de magnitud variable y masa anexial palpable; sin embargo el -- diagnóstico puede resultar a veces difícil sobre todo cuando la paciente no aporta datos precisos o los que da son confu - sos o cuando el padecimiento evoluciona fuera del cuadro clí - nico habitual, pudiendo haber un alto porcentaje de error di - agnóstico segun demuestran varias revisiones; debido a ello, - la gran mayoría de pacientes requieren recursos diagnósticos complementarios.

Antiguamente se buscaban una gran cantidad de sig - nos, hoy eponímicos, en la exploración física en un intento de precisar la localización de la implantación ectópica; ahora -- con los medios auxiliares de diagnóstico de uso ampliamente di - fundidos como el ultrasonido, la laparoscopia, la fracción be - ta de la hormona gonadotrofina coriónica, es posible hacer di - agnósticos más tempranos y sobre todo antes de que ocurra la - ruptura, situación de urgencia en la cual la mujer está en pe - ligro de perder su vida si no se trata eficaz y rapidamente.

En el caso clásico, de rotura de embarazo tubári - co, la menstruación normal es remplazada por una ligera hemo - rragia vaginal, de súbito, la mujer siente un intenso dolor en la parte baja del abdomen, se desarrollan síntomas vasomotores que oscilan desde un vértigo hasta un estado de choque. A la - exploración abdominal se pueden detectar signos de abdomen agu

do. El fondo de saco posterior de la vagina puede abombarse a causa de la presencia de sangre en el fondo de saco o puede palparse una masa hipersensible a un lado del útero.

En los casos de pacientes que se presentan con el cuadro clínico antes señalado, generalmente no suele haber dudas acerca del diagnóstico, pero lo ideal es que éste se efectúe en una forma más precoz. Aunque los síntomas y signos de embarazo ectópico oscilan a menudo desde indefinidos a caprichosos antes de la ruptura, o del aborto, un creciente número de mujeres acuden al médico antes de la rotura.

El médico debe hacer todo lo posible por diagnosticar el proceso antes que se produzcan los fenómenos catastróficos, pero el intento raras veces resulta sencillo.

En el presente trabajo se realiza una revisión del tema con especial atención al Diagnóstico de esta entidad.

Se describe la revisión que se hizo de manera retrospectiva de los casos diagnosticados clínicamente y sus diagnósticos anatomopatológicos desde Marzo lo. de 1978 hasta Septiembre lo. de 1985 mediante la descripción de varios indicadores clínicos, de laboratorio y gabinete.

Aproximadamente uno de cada cien embarazos, la implantación - ocurre de manera ectópica, usualmente dentro de la trompa de Falopio. Dentro de las siguientes semanas, si esa situación no se detecta, la localización anormal del embrión termina en aborto a través del infundíbulo de la trompa o bien, la ruptura de su pared. El resultado de ese evento es frecuentemente choque hipovolemico, destrucción del oviducto y pérdida de la fertilidad. Se piensa que una tercera parte de esas mujeres son nulíparas. Alrededor de un 50% de esas mujeres son incapaces subsiguientemente de concebir.

Muchos factores que actúan de manera combinada se ha visto que ~~se~~ incrementan la incidencia de embarazo ectópico. Los métodos contraceptivos altamente efectivos parecen incrementar la frecuencia de relaciones sexuales premaritales. No solamente la población joven expuesta al embarazo, sino también pacientes con enfermedades venéreas y sus secuelas, enfermedad inflamatoria pélvica, pacientes con antecedentes de embarazos ectópicos, con abortos - inducidos previamente; también se cita al empleo de dispositivos intrauterinos por su incidencia alta aparente de gestaciones tubarias por inhibición de la implantación intrauterina.

FISIOLOGIA DE LA NIDACION NORMAL

Durante los primeros días de existencia, el huevo fertilizado - viaja dentro del líquido tubario, un medio ideal para la continuidad de su desarrollo. Pronto, el embrión empieza a mostrar - una actividad de crecimiento de sus tejidos, y los ingredientes necesarios para su crecimiento no se pueden obtener por simple - difusión.

Se incrementan las necesidades para la construcción de bloques celulares, fuentes de energía y transferencia de productos metabólicos necesarias para la implantación y finalmente su asociación estrecha con el sistema circulatorio materno.

La fertilización ocurre en la porción ampular del oviducto.

La implantación está íntimamente ligada a la función tubaria, - no solamente en proporcionar un medio ambiente para el huevo fertilizado en desarrollo hasta la implantación en el estadio de embrión, sino en modular el transporte del huevo para que llegue en tiempo óptimo a la cavidad uterina.

Durante el período postovulatorio inmediato, las glándulas endometriales inician a secretar glucógeno. Esto es reflejado -- con el microscopio de luz por la formación de vacuolas subnucleares. El glucógeno es expulsado dentro de la luz glandular originando la fuente energética conveniente para la implantación del embrión. Durante los siguientes 4 días, el estroma se hace más edematoso lo cual ayuda a la penetración trofoblástica en el endometrio.

Antes de la implantación, el embrión se ha dividido algunas veces, y desarrollado una cavidad llena de líquido (el blastocela), y se ha diferenciado en dos distintos tejidos: el macizo celular interno y el trofoblasto. En el estadio tardío de la preimplantación, el embrión, ahora llamado blastocisto, es una estructura ovoides de aproximadamente 0.2 mm en longitud. Durante su pasaje a través de la trompa de Falopio, el embrión preimplantado es rodeado por una membrana celular, la zona pelúcida. Esta estructura servirá de aislamiento del embrión del oviducto

Si una porción de la zona pelucida se remueve macanicamente o -
enzimáticamente, el embrión se adhiere al epitelio del oviducto
y el transporte es evitado.

La implantación del blastocisto humano se inicia al 6to día --
postovulatorio.

El trofoblasto también produce gonadotropina coriónica. Esta -
glicoproteína actua como hormona luteinizante, teniendo la ca-
pacidad de unirse a receptores de cuerpo lúteo y estimular la pro-
ducción de progesterona. En el humano, la placenta no produce -
progesterona en cantidad suficiente para mantener el embarazo -
hasta después de 6 semanas siguientes a la fertilización. El man-
tenimiento del embarazo depende de la producción de progesterona
por el ovario (cuerpo lúteo del embarazo) el cual es estimula-
do por la gonadotropina trofoblástica.

Por el noveno día postovulatorio, el blastocisto está completa-
mente implantado por debajo de la superficie del epitelio.

En éste estadio, el embrión no es mucho más grande que en su es-
tado de preimplantación original (0.3 mm de diámetro). Hacia -
el final de ese día, sucede una invasión de trofoblasto digirien-
do las paredes de los capilares endometriales hipertrofiados -
cerca de la implantación del embrión. La sangre materna llena -
los espacios lacunares desarrollando dentro el sincitiotrofo --
blasto.

La deciduización y la hiperplasia glandular gestacional son -
ahora características prominentes dentro del endometrio.

ETIOLOGIA DEL EMBARAZO ECTOPICO Y LA PACIENTE DE ALTO RIESGO

El común denominador del embarazo ectópico es el retraso en el transporte del huevo fertilizado desde el sitio de ovulación - al útero, dando lugar a que el embrión alcance tal estadio de su desarrollo en que el trofoblasto invasivo se ha desarrollado. A pesar de lo anterior, ahora es claro, que el retraso en el - transporte tubario, a la vez que es una condición necesaria para el embarazo tubario, no es suficiente para explicar la patogenesis de la implantación ectópica en el humano.

La reacción decidual es común dentro de la trompa de Falopio - durante el embarazo, lo que se ha demostrado en la esterilización postpartum. Se ha teorizado que esta capacidad de la trompa de decidualización puede jugar un papel en la implantación ectópica.

La implantación uterina del blastocisto puede ocurrir en el útero no grávido, pero solamente si el epitelio endometrial ha sido previamente dañado. Parece que, durante el embarazo normal, las alteraciones que ocurren dentro del epitelio endometrial, quizá bajo la influencia de varias hormonas esteroides - quizá permitan la penetración trofoblástica.

La experiencia clínica ha documentado éste hecho, siguiendo a abortos tubarios en humanos, la gestación ectópica puede implantarse dentro de la cavidad peritoneal y continuar creciendo.

Esa observación sugieriría que el trofoblasto humano tiene la - capacidad de penetrar al peritoneo, fenómeno no visto en experimentos animales. La invasividad incrementada del trofoblasto -

humano podría ser un factor importante para la aparición de -
implantación tubaria.

Diversas causas pueden contribuir al retraso en el tránsito del
huevo y aparecer como un elevado riesgo para la implantación tu-
bárica. Entre esos factores incluyen: adhesiones peritoneales, -
divertículos tubarios (secuelas de salpingitis), divertículos
congénitos, fibrosis asociada con trauma quirúrgico o cirugía -
tubaria reconstructiva, y, en teoría, aberraciones funcionales
en la motilidad tubaria.

En la laparotomía para embarazo ectópico, la enfermedad inflama-
toria pélvica residual ha sido evidente en 30 a 50% de casos.
En las restantes 50% de mujeres los anexos son aparentemente -
normales. La apariencia externa de la trompa de Falopio no puede
dar siempre una verdadera reflexión de su normalidad. , ya que -
alteración significativa (hasta destrucción de la mucosa tubaria)
y fibrosis de la pared de la trompa puede ocurrir sin que se desa-
rrolle adhesiones peritoneales o hidrosalpinx. En dos grandes -
series, la examinación histológica de trompas aparentemente nor-
males reveló la presencia de divertículos con una alta frecuen-
cia, aunque no fué claro si esos se formaron sobre bases congé-
nitas o fueron adquiridos secundariamente como secuela de endosal-
pingitis.

La migración transperitoneal del huevo también ha sido implicado
en aproximadamente 20% a 50% de casos, por el hallazgo de un cuer-
po lúteo en el ovario contralateral. No se conoce hasta ahora -
que siguiendo a la ovulación la recolección del huevo ocurra en
la fimbria de la trompa de Falopio contralateral al sitio opuesto

de la ruptura folicular.

Evidencia experimental en cerdos de Guinea sugiere que ese evento puede ocurrir siguiendo hasta en un 15% de ovulaciones, no -- siendo claro si ese fenómeno de la migración transperitoneal -- del huevo predisponga al embarazo ectópico.

Grant ha sugerido que las mujeres que exhiben espasmo cornual recurrente durante la prueba de permeabilidad tubaria están en un gran riesgo de embarazo ectópico.

Se tiene gran cantidad de evidencia experimental que sugiere que hay un interjuego entre catecolaminas, prostaglandinas y esteroides gonadales en la modulación de la motilidad tubaria. Aunque -- no hay datos clínicos convincentes disponibles, en teoría un desbalance en cualquiera de esos factores funcionales podría resultar en un retraso en el transporte del huevo.

La experiencia ha sido uniforme respecto a la oportunidad incrementada de gestación ectópica recurrente y una alta incidencia de esterilidad siguiendo a un embarazo tubario. 10% a 20% de embarazos que ocurren en mujeres que tuvieron un embarazo tubario anterior vuelve a recurrir la gestación ectópica. Si la anatomía normal es restaurada y las adhesiones postoperatorias prevenidas, la incidencia de embarazo ectópico podría disminuirse grandemente.

La etiología del embarazo ectópico puede enfocarse desde varios puntos de vista, ya que todos aquellos factores que impidan o retardan la migración hacia la trompa, o aumenten la receptividad del mismo, son causa de gestación ectópica. Los factores más frecuentes son:

Procesos Inflamatorios.- Quizá dice Parson, el factor más importante en la etiología del embarazo ectópico es la infección pélvica, que da lugar a la formación de adherencias tanto en la trompa como alrededor de ella. Esta puede ser causada por infecciones de tipo bacteriano, o bien tuberculosis o gonocócico, que darían lugar a francas alteraciones tanto en su función como en su estructura anatómica. De acuerdo con Martius, las infecciones puerperales ocupan un lugar preponderante.

Anomalías Congénitas.- Se citan como posibles causas de embarazo ectópico, la hipoplasia de la trompa por presentar alteraciones en su luz, determinando un obstáculo para el recorrido del ovulo además este tipo de lesiones se acompañan de alteraciones hormonales con tendencia al hipostrogenismo, que determinan estados de hipomotilidad tubaria susceptible de favorecer la implantación ectópica del huevo. Otro tipo de alteraciones que merecen ser -- mencionadas, son los divertículos de las trompas, alargamientos tortuosidades, trompas accesorias, así como los pólipos, que alteran la conformación y el calibre de las trompas aumentando el porcentaje de gestaciones ectópicas.

Endometriosis.- El endometrio ectópico anidado en la trompa, -- puede ser otra explicación en una mujer que jamás haya padecido

enfermedades inflamatorias pélvicas, como es común observar en pacientes operadas al producirse la ruptura tubaria o el aborto consiguiente, ambos oviductos pueden presentar un aspecto completamente normal. Existe pues la posibilidad de que el óvulo -- fertilizado al ponerse en contacto con ese tejido en el interior de la trompa, pueda implantarse en el mismo y continuar su desarrollo aún cuando no exista ninguna traba al libre paso del óvulo fecundado. Ahumada, Sardy y Arrighi, citados por J. León, hallaron en 239 pacientes intervenidas de gestación ectópica, 12 veces asociaciones con endometriosis, existiendo en 8 de ellas estrecha relación de ambos procesos.

Factor Quirúrgico.- Las intervenciones quirúrgicas constituyen -- también en buen número a la ocurrencia de éste padecimiento, Riva da las siguientes cifras, apendicectomía 21%, gestación ectópica previa 7.6%; ligadura de trompas 1.4%; Halpin reporta apendicectomía previa 7.4%, operaciones pélvicas y abdominales bajas 22% adherencias postoperatorias 11.1%, evidencia y/o historia de -- salpingoofotitis 51.9%. Hayashi de 108 operaciones restauradoras de la permeabilidad tubaria registró 5.6% de embarazos ectópicos Greenhill, en varios cursos revisados de operaciones plásticas -- revela un 15.7% de embarazos ectópicos.

CAUSAS Ovulares Hipotéticas.- Una teoría sostiene el concepto -- de maduración rápida del óvulo y la fecundación prematura con desarrollo acelerado del huevo, que adquiere el poder de fijación antes de llegar a la cavidad uterina, ya sea por el aumento de -- volumen que dificulta su desplazamiento o porque el huevo se adhe-

demasiado pronto fermentos citolíticos. Se argumenta también la migración del óvulocaído en la cavidad abdominal a la trompa -- opuesta, éste mecanismo sólo sería aceptable si se observara un cuerpo lúteo en el ovario contrario, o también cuando la trompa del lado del ovario en que se encuentra el cuerpo lúteo esté -- completamente obstruida y haya ausencia del ovario opuesto.

Asimismo se citan como factores etiológicos, los antecedentes de abortos y logrados uterinos, la presencia de tumores situados en la excavación pélvica, como miomas uterinos y quistes de ovario.

Embarazo Ectópico: no sólo una enfermedad tubaria

Se ha considerado la posibilidad de una falla reproductiva como una causa de embarazo ectópico - comparable por ejemplo al aborto espontáneo. La hipótesis anterior es apoyada por el hecho de que sólo unos cuantos embriones normales se encuentran en embarazos ectópicos lo cual apoyaría el concepto de falla reproductiva.

Se ha visto malos resultados consistentes en número mayor de abortos espontáneos, embarazos ectópicos, partos pretérminos - en pacientes con embarazos previos a gestaciones ectópicas que en grupos controles. Igualmente se han visto resultados semejantes después de una gestación ectópica.

RESULTADOS DE EMBARAZOS QUE PRECEDEN A UNA GESTACION ECTOPICA

	GRUPO DE ESTUDIO	GRUPO CONTROL
Aborto Espontáneo	16	11
Embarazo Ectópico	8	0
Parto pretérmino	6	4
Parto a Término	33	52
Parto Posttérmino	2	2

RESULTADOS DE EMBARAZOS SIGUIENDO A UNA GESTACION ECTOPICA

	GRUPO DE ESTUDIO	GRUPO CONTROL
Aborto Espontáneo	8	1
Parto Pretérmino	7	1

En la actualidad existen informes de un incremento de casos de -
patología tubaria, secundaria a problemas infecciosos ocasiona -
dos por gérmenes tales como gonococo, Chlamydia, Mycoplasma t ,
etc, microorganismos que son adquiridos habitualmente por con -
tacto sexual y que son favorecedores de infección crónica endo -
salpingeal, ocasionando de esta manera un factor predisponente
en la aparición de obstrucción tubaria parcial o total, que a -
su vez origina problemas de esterilidad, o bien embarazos tuba -
rios destinados a una evolución hacia la ruptura temprana casi
en su totalidad.

Algunos métodos anticonceptivos, especialmente el DIU, favorecen
la aparición de procesos inflamatorios crónicos endometriales y
tubarios, que pueden a su vez predisponer a la ocurrencia de em -
barazos ectópicos.

El diagnóstico clínico de esta entidad no suele ser sencillo , -
dada la amplitud de padecimientos que pueden dar un cuadro simi -
lar, siendo necesario apoyarse en estudios paraclínicos, tales
como son: el ecosonograma, determinaciones hormonales, culdocen -
tasis y laparoscopia diagnóstica.

La mayor parte de embarazos ectópicos evolucionan hacia la rup -
tura, ocasionando un cuadro clínico bien definido que de esta for -
ma simplifica el diagnóstico clínico, pero que aumenta la morbi -
mortalidad materna por lo tardío de su identificación.

Ha habido un incremento tremendo en años recientes en el número de esterilizaciones electivas. Aunque la incidencia de embarazo después de esterilización es relativamente pequeña, una proporción significativa de tales embarazos se localizan de manera ectópica. Como consecuencia de lo anterior, los embarazos ectópicos postesterilización se inician a contar por algunos hasta el 12% de todos los embarazos ectópicos. En 1979, Metz y Mastrolanni revisaron los casos reportados en la literatura mundial y encontraron 127 casos de embarazos ectópicos en pacientes que se habían sometido a esterilización. En 54, la localización del embarazo - en relación al sitio de la esterilización fué notado. 41 casos - ocuparon la porción distal de la ligadura, pero sólo un caso de los anteriores fué microscópicamente evaluado.

El mecanismo general postulado para la ocurrencia de gestación ectópica ha sido la presencia de una fístula o comunicación de - la luz permitiendo el paso del espermatozoide pero no del huevo fertilizado (mucho mayor).

Chakravarti y Shardlow sugiere que la razón de embarazos ectópicos subsecuentes a esterilización es debido a un proceso de recanalización. Honoré y O'Hara finalmente sugieren que en el proceso de recanalización sucede una reconstitución anormal de la trompa con la formación de fondos de saco ciegos en su luz lo que es responsable en gran medida de la implantación ectópica.

DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO

La morbilidad y mortalidad son paralelos al diagnóstico temprano o tardío de este problema potencialmente mortal. Afortunadamente la tasa de mortalidad está disminuyendo debido a un mejor diagnóstico y tratamiento; sin embargo, las muertes asociadas a embarazo ectópico aún contribuyen con 5%-12% de la mortalidad materna global. No obstante, el porcentaje relativo, está aumentando conforme las tasas de mortalidad materna disminuyen. Las muertes se deben principalmente a hemorragia intraabdominal no detectada y choque irreversible que con frecuencia tiene relación con un error del médico. Dos tercios de todas las pacientes en quienes se comprobó que tenían un embarazo ectópico habían sido vistas por un médico antes de la operación, pero el diagnóstico era incorrecto o no se había hecho. En áreas rurales distantes, donde los cuidados médicos son limitados, la mortalidad mínima parece ser de 10% de la mortalidad materna global y no debería exceder dicha cifra.

La capacidad clínica de diagnóstico enfrenta el reto de que hasta 15% de los embarazos tubarios pueden romperse antes de que la paciente tenga su primer retraso mensual, particularmente si los ciclos son irregulares. A pesar de la dificultad en el diagnóstico temprano, en muchas clínicas donde hay un alto índice de sospecha, más de la mitad de las pacientes son operadas antes de la ruptura tubaria. Por lo general, 85% de las pacientes buscan ayuda médica cuando la ruptura produce síntomas agudos.

Esta cifra mejora algo en pacientes con embarazos ectópicos repe-

tidos. En tales casos, por lo general es la paciente misma quien inicia la investigación. Basada en su memoria de la experiencia dolorosa previa, busca atención médica en fases más tempranas - y brinda antecedentes específicos. Así, de 25-30% de los embarazos ectópicos repetidos se diagnostican y tratan quirúrgicamente antes de la ruptura tubaria.

Datos clínicos: Dado que ocurre alguna forma de flujo menstrual cerca de la fecha esperada para la menstruación en más de la mitad de los embarazos ectópicos, la mayor parte de las pacientes y sus médicos no sospechan el embarazo. La triada clásica de dolor, hemorragia uterina y tumoración anexial se le ha considerado históricamente como característica de esta alteración reproductiva. No obstante, estudios recientes han demostrado que 80% de las pacientes con ésta triada no tienen un embarazo ectópico; en éste grupo no se estableció el diagnóstico definitivo en un tercio de los casos. Sin lugar a duda el dolor es el síntoma más frecuente de este proceso y se presenta en más de 95% de los casos, ya sea posterior a una molestia pélvica unilateral o como un proceso intraperitoneal agudo generalmente asociado a ruptura tubaria.

Inicialmente ocurre amenorrea en casi 75% de los casos, en tanto que se presenta hemorragia vaginal subsiguiente en dos tercios de las pacientes. Se detecta una tumoración unilateral definida se - parada del ovario en menos de un tercio de las pacientes y se -- piense en una masa anexial aproximadamente en la mitad de los casos reportados.

El embarazo ectópico en el primer trimestre de la gestación, tiene una frecuencia que varía del 0.5 al 1.4 por ciento. Siempre es deseable que el diagnóstico sea realizado lo más temprano y en el menor tiempo posible, lo que simplificará su manejo terapéutico y por ende se reducirá la morbilidad y mortalidad materna y secuelas como la esterilidad.

Son numerosos los procedimientos para el diagnóstico de embarazo ectópico, dentro de los cuales destacan: la exploración bajo anestesia, la prueba inmunológica de embarazo, la culdocentesis, el estudio microscópico del endometrio, la vigilancia seriada del hematócrito, etc; sin embargo, su seguridad en ocasiones es de valor limitado.

La laparoscopia constituye el método más seguro, pero la necesidad de contar con instrumental especial, el riesgo quirúrgico y anestésico, hacen que éste procedimiento sea restringido. Kratchwill, ha enfatizado el valor de la ecosonografía en el diagnóstico de embarazo ectópico, y varios autores han corroborado su utilidad. En nuestro medio, Karchmer y cols. en 1979 analizaron 65 casos en forma retrospectiva, que fueron enviados con duda diagnóstica de embarazo ectópico; no necesariamente al momento del estudio se tenía corroborada la existencia de embarazo con prueba inmunológica, se excluyeron las pacientes que manifestaron un cuadro clásico de embarazo ectópico roto con urgencia operatoria.

El criterio para el diagnóstico ecosonográfico de embarazo ectópico fué primeramente observar la presencia o no de tumoración o masa anexial; en seguida, se aplicó el criterio de Kobayashi, que consiste en los hallazgos que a continuación se mencionan:

Datos Uterinos:

- a) Ecos intrauterinos difusos
- b) Aumento del volumen uterino
- c) Ausencia de datos de embarazo intrauterino

Datos Extrauterinos:

- a) Saco gestacional fuera de la cavidad uterina
- b) Presencia de tumoración pequeña, con ecos en su interior, fuera de cavidad uterina.
- c) Ecos irregulares en el fondo de saco, de carácter líquido, o quístico.

De los 65 casos estudiados con sintomatología clínica sugestiva de embarazo ectópico, se ratificó la presencia de masa o proceso anexial en el 90% de los casos.

De acuerdo al criterio de Kobayashi, se sugirió como embarazo ectópico en 38 casos (58.5%), de los cuales en 26 (68.5%) - el diagnóstico fué correcto, en 12 fué incorrecto (falsos positivos). En los 27 casos restantes (41.5%) el estudio no sugirió la posibilidad de embarazo ectópico, siendo el diagnóstico anatomoquirúrgico correcto en 19 (70.3%) de los casos, e incorrecto en 8 pacientes (falsos negativos). Con base a estas cifras, la seguridad diagnóstica obtenida con éste procedimiento unicamente, tanto para embarazo ectópico como de no ectópico es de 69.2% . Si se toman en cuenta solamente los 33 casos de embarazos ectópicos, el diagnóstico ecosonográfico correcto es de 78.8%.

El diagnóstico de embarazo ectópico se establece básicamente -- con los datos clínicos, exploración física y la prueba inmunológica de embarazo; sin embargo, en ocasiones no existe una correlación adecuada entre ellos, por lo que resulta muy difícil una decisión terapéutica.

Como apoyo a lo anteriormente descrito, valga decir: que las -- decisiones terapéuticas son siempre " dilemas ", en donde tanto la aplicación como la no aplicación de un recurso terapéutico -- llevan consigo probabilidades de beneficio (mejoría) o daño -- (empeoramiento).

Si se refiere exclusivamente a los casos en los cuales la sintomatología es leve y difusa, la prueba inmunológica de embarazo PIE puede hacer pensar en varias posibilidades de acuerdo a su resultado: cuando es positiva, podría tratarse realmente de un embarazo ectópico o bien ser un embarazo intrauterino normal asociado a -- otra patología. Cuando la prueba es negativa, puede sugerir el -- diagnóstico de no embarazo ectópico y tratarse de un problema -- anexial u otra patología; también puede ser el caso de una prueba " falsa negativa ", la cual se ha reportado en un 18 a 40%; y -- como última posibilidad la presencia de un embarazo ectópico antiguo organizado.

Con el advenimiento de la ecosonografía como método auxiliar en el diagnóstico de diferentes problemas ginecoobstétricos, se ha demostrado su utilidad en el diagnóstico del embarazo ectópico, siendo prioritario a otros métodos como la culdocentesis y la culdoscopia, por no ser invasivo, de fácil y rápida realización, además por obtener resultados satisfactorios que van de un 80 a 90%.

Los datos ecosonográficos que sugieren la presencia de embarazo ectópico durante el primer trimestre, fueron publicados por Kobayashi en 1969. Los resultados mostrados en el presente trabajo son menos satisfactorios que los obtenidos por otros autores que utilizaron el mismo sistema y aparatos.

Debe establecerse que el criterio ecosonográfico para el diagnóstico de embarazo ectópico, es de carácter inespecífico, dado que solamente establece la existencia de tumoración extrauterina con o sin datos de colección líquida en fondo de saco, lo cual adquiere mayor preponderancia cuando hay ausencia de saco gestacional intrauterino, a pesar de que el útero se encuentre aumentado de volumen.

La seguridad diagnóstica en la diferenciación del embarazo ectópico, con otras patologías, mejora en forma muy aparente cuando se usan de manera juiciosa, los datos clínicos, la prueba inmunológica de embarazo y la ecosonografía.

COMPORTAMIENTO DE LA FRACCIÓN BETA DE HORMONA GONADOTROPINA -
CORIONICA EN EL EMBARAZO ECTOPICO.

Se realizó un estudio en el Hospital de GinecoObstetricia No.4 -
del I.M.S.S. en 1983 para ver el comportamiento de la fracción
beta de la HGC en el embarazo ectópico. Pacientes con ese diag-
nóstico, fueron intervenidas cuando cursaban con una amenorrea
que osciló entre 9 y 15 semanas.

A continuación se presentan los valores de B- HGC en el embarazo
ectópico y en el aborto espontáneo:

PREEVACUACION	EMBARAZO ECTOPICO	ABORTO ESPONTANEO
PROMEDIO	457 ng/ml	1 200 ng/ml
MAXIMO	844	2 000
MINIMO	217	200
1 SEMANA	37	100
4 SEMANAS	2	4
6 SEMANAS	No identificable	No identificable

Puede claramente observarse que los valores obtenidos antes de -
la evacuación, en todos los casos fueron mayores en el grupo de
enfermas portadoras de un aborto espontáneo, desde luego, en --
ningún caso estas concentraciones se aproximaban a aquellas en-
contradas en la enfermedad trofoblástica gestacional.

Tratándose de embarazo ectópico los valores son más fidedignos -
y aún así, siempre resultaron menores a los informados en el abor-
to espontáneo como podrá comprobarse con concentraciones máximas
preevacuación de 847 ng/ml. La curva de regresión de la beta-HGC
en suero fué sin embargo paralela para las dos entidades, hallán-
dose valores no detectables aun por RIA a las 6 semanas.

De acuerdo a lo analizado es importante ~~relevar~~^{relevar} que en los casos de aborto incompleto, espontáneo, del primer trimestre, tratado mediante legrado uterino instrumental, el aclaramiento para beta-HGC en promedio de 37 días, después de los cuales, en ninguno de los casos, fué posible detectar presencia de la hormona mediante RIA. De igual manera, tratándose de embarazo ectópico - la curva de regresión de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica fué logarítmica y las pacientes necesitaron un -- promedio de 32 días para lograr negativizar las determinaciones - de la hormona.

Por otra parte, resulta incontrovertible el hecho de que el embarazo ectópico transcurre con cifras de beta-HGC menores que el - embarazo considerado como normal, pero que terminó en aborto es - pontáneo.

Un hecho importante a considerarse es acúel que tiene relación - con lo siguiente: el diagnóstico de embarazo ectópico puede es- tablecerse con mayor seguridad utilizando RIA (radioinmunoensayo) en reemplazo de las pruebas clásicas de detección de HGC por el - método de hemaglutinación, debido a la gran sensibilidad del RIA efectivamente, muchas veces en el embarazo ectópico las cifras de HGC son tan bajas que las pacientes con ésta patología tienen -- pruebas de embarazo negativas con los métodos convencionales, - mientras con el empleo del RIA se detectan concentraciones de beta HGC de 1 a 3 ng/ml.

Esto nos permite hacer el diagnóstico diferencial entre la pato- logía obstétrica arriba mencionada y apendicitis o salpingitis{

Cerca de la mitad de pacientes con embarazo ectópico son primeramente vistas cuando la severidad del padecimiento usualmente no representa problema de manejo, pero en la paciente clinicamente estable con gestación ectópica sospechada continua presentando - un dilema diagnóstico.

Cartwright y cols. han reportado la experiencia con la concentración sérica de HGC en suero durante el manejo de 93 pacientes -- con embarazo ectópico provado. Esos datos los correlacionaron con el diagnóstico sonográfico cuando ello fué posible.

Recientemente, De Cherney y cols. revisaron los hallazgos sonográficos con la edad gestacional para los embarazos normales del tercer trimestre. Puntualizan que el tamizado o exploración ultrasónica no puede ser confiable para detectar un saco gestacional antes de los 25 días después de la concepción. Antes de ese tiempo, - el ultrasonido presenta un útero vacío con o sin masa anexial - (cuerpo lúteo). Entre los días 26 y 35, un saco gestacional - intrauterino sin un polo fetal es visible, y después de los 36 - días el polo fetal es usualmente visualizado. Marks y cols. y Weiner han enfatizado la necesidad de visualizar un polo fetal para la identificación inequívoca de gestación si es posible.

En la experiencia de los autores, el incremento en las concentraciones de HGC normales es tal, que 13 días después de la concepción los niveles son cercanos a 10 ng/ml, por el día 19 es de casi 100 ng/ml y, por el día 25 de cerca de 1000 ng/ml. Así, la detección sonográfica temprana de una gestación normal, no es creíble hasta que los niveles de HGC sean mayores de 1000 ng/ml.

Cuando los niveles de HGC son menores de 1000 ng/ml, una gestación normal aparece al ultrasonido como un útero vacío. Ese hallazgo también está presente en una gestación ectópica. De las 29 pacientes con cuantificación de HGC y ultrasonido, todas excepto dos, tenían niveles por debajo de 1000 ng/ml.

Kadar y cols. han sugerido recientemente que la visualización de un saco gestacional intrauterino cuando los niveles de HGC -- están por debajo de la zona discriminatoria (aproximadamente de 1000 a 1 500 ng/ml) es diagnóstico de gestación no viable, sea ectópica o intrauterina.

De lo anteriormente descrito se conoce que las gestaciones intrauterinas destinadas a abortos espontáneos no se pueda demostrar el incremento en los niveles de HGC como ocurre normalmente en una gestación que lleve curso normal., y que se correlaciona con los hallazgos sonográficos de una gestación igualmente normal.

En la presente serie de 25 pacientes con HGC seriadas, en 20 se demostró una meseta o caída en las concentraciones durante el periodo preoperatorio de observación. Así, usando sólo la HGC seriada, el diagnóstico de gestación no viable fué posible en 80% de los casos. Las pacientes que se sometieron a examinación sonográfica, la gestación intrauterina se describió en 9%, todos con niveles de HGC por debajo de la zona discriminatoria. Esas gestaciones fueron correctamente identificadas como no viables como fué sugerido por Kadar y cols.

En 9% un saco gestacional extrauterino fué visto, haciendo el diagnóstico sonográfico definitivo de gestación ectópica. En el restante 79%, sin embargo, no pudo hacerse un diagnóstico definitivo mediante el ultrasonido, a pesar de tener niveles de sospecha por las determinaciones de HGC.

Cuando los niveles de beta-HGC estuvieron por debajo de 1000 ng/ml y cuando se correlacionaron con los hallazgos sonográficos usualmente permaneció el diagnóstico incierto. En ésta situación, los autores sugieren cuantificación seriada de HGC para evaluar la posibilidad de viabilidad.

La gran mayoría de las gestaciones ectópicas producen una deficiente producción de HGC, resultando en un aplanamiento temprano -- y/o caída en las concentraciones séricas de las determinaciones seriadas.

En el presente, con la paciente clínicamente estable, que desea mantener una gestación viable son seguidas con determinaciones seriadas de HGC y, la intervención quirúrgica es considerada solo si la situación clínica se deteriora o si los niveles de HGC muestran una meseta o caída.

PRUEBAS DE EMBARAZO: El radioinmunoanálisis de un antisuero - específico para la subunidad beta de la gonadotropina coriónica (con una sensibilidad de un nanogramo por ml. de suero) es - mucho más exacto que la prueba convencional en orina de 24 horas (sensibilidad de 700 o más unidades internacionales por litro de suero). Un análisis recientemente elaborado con gonadotropina coriónica humana marcada con yodo 125 (Biocept-G) es - casi tan sensitiva como el método de la subunidad beta (200 unidades internacionales por ml. de suero) y puede llevarse a cabo en una hora. También se ha demostrado que es exacta en estudios preliminares y podría constituir un método clínico de estudio muy útil. Debido al bajo nivel de sensibilidad, las pruebas de embarazo en orina tienen un lugar muy pequeño en el diagnóstico de éste proceso. En tanto que la determinación de cantidades diminutas de gonadotropina coriónica circulante puede ser útil para diagnosticar un embarazo temprano, no ayuda a distinguir entre un embarazo intrauterino y uno extrauterino. Sin embargo, la confirmación del embarazo prepara el escenario para una investigación de su localización y debe mejorar la exactitud diagnóstica en casos subclínicos de embarazo ectópico.

ENDOMETRIO ALTERADO: Con frecuencia se sospecha embarazo ectópico por la aparición de cambios epiteliales atípicos en el endometrio gestacional, descritos por primera vez en 1924 y definidos por -- Arias-Stella, que hoy son motivo de controversia. No sólo se incluye la definición precisa de la célula afectada, sino que también se relaciona con eventos fisiológicos que dan lugar a dichos cambios.

Pueden estar asociados a un embarazo normal al igual que a un aborto espontáneo o un embarazo ectópico. Por lo tanto, esta imagen histológica tiene poco valor diagnóstico en la detección de un embarazo ectópico.

LAPAROSCOPIA: Ha constituido el mayor avance en el diagnóstico temprano cuando se utiliza en todas las pacientes con sospecha de embarazo ectópico no roto.

CULDOCENTESIS: Constituye un procedimiento muy útil para la detección de hemorragia intraperitoneal. Existen muy pocos casos de una punción de fondo de saco falsa positiva cuando se obtiene salida de sangre no coagulable. Se ha demostrado que la punción por descuido de colon sigmoidees o intestino delgado no tiene consecuencia clínicas ni requiere tratamiento particular.

El uso liberal del ultrasonido pélvico y las pruebas de embarazo altamente sensibles han incrementado la exactitud del diagnóstico. Weckstein y cols. realizaron un estudio para estimar la capacidad de una variedad de pruebas diagnósticas preoperatorias para predecir de manera exacta la presencia o ausencia de un embarazo ectópico temprano, teniendo las siguientes conclusiones:

De 26 pacientes con embarazo ectópico provado, en sólo 4 se pudo establecer correctamente de acuerdo a la presentación inicial.

Kadar y cols. han estimado que un saco gestacional intrauterino es visible a la ultrasonografía pélvica cuando una determinación de HGC cuantitativa está en el rango de 6 000 a 6 500 mU/ml.

En muchas pacientes, los hallazgos sonográficos de embarazo ectópico son mucho menos específicos (p. ej. crecimiento uterino, ecogramas intrauterinos difusos, masas anexiales o líquido en el fondo de saco.) Por eso, los diagnósticos falsos positivos y falsos negativos de embarazos ectópicos varían de 23 a 32%.

La culdocentesis es una prueba usada muy frecuentemente en el diagnóstico de embarazo ectópico. Sangre no coagulada puede obtenerse del fondo de saco en 75 a 95% de las pacientes. En ese estudio una culdocentesis positiva fue obtenida en 73% de embarazos ectópicos provados quirúrgicamente. Aunque éste procedimiento pueda detectar hemoperitoneo en la mayoría de casos, no puede predecir el sitio de la hemorragia. Un cuerpo lúteo roto sin sangrado activo puede simular los hallazgos clínicos de embarazo ectópico y tener una culdocentesis positiva. Hibbard encuentra que 48% de pacientes con un cuerpo lúteo roto no requieren procedimientos quirúrgicos para el control de la hemorragia. ~~En~~

Contrario al precepto popular, una culdocentesis positiva no siempre es mandatorio de cirugía. En el presente estudio -- -- la culdocentesis tuvo un resultado falso positivo en 76% de pacientes con un diagnóstico de otras entidades.

Una culdocentesis negativa no excluye un embarazo ectópico.

Una culdocentesis negativa en esta situación, podría dar al clínico una falsa sensación de seguridad.

La combinación de sonografía pélvica y las pruebas de embarazo sensibles y efectuadas rápidamente producen un alto grado de exactitud en el diagnóstico y exclusión de embarazo ectópico en pacientes que presentan dolor pélvico, más que ~~una~~^{una} de las pruebas utilizadas aisladamente. En el presente estudio, la combinación de una prueba de embarazo positiva y la ausencia de un saco gestacional intrauterino en el ecosonograma produjo un 93% de correlación positiva con embarazo ectópico provado. Los autores piensan que todas las pacientes que presentan dolor pélvico, más de seis semanas de amenorrea, una prueba de embarazo positiva y la ausencia de un saco gestacional intrauterino debe sospecharse un embarazo ectópico. 7% de esas pacientes en la presente serie fueron quirúrgicamente explorados encontrando que tenían estructuras pélvicas normales - un aceptable porcentaje de falsas negativas.

La intervención quirúrgica temprana, basados en los resultados de una prueba de embarazo y la ausencia de un saco gestacional intrauterino, produjo un 27% de diagnósticos de embarazo ectópico no rotos.

Los expedientes de 128 expedientes, en quienes el embarazo ectópico fué una de las posibilidades diagnósticas fueron revisadas en un esfuerzo por descubrir las características distintivas entre 54 pacientes que tuvieron embarazo ectópico provado y otras 74 pacientes que no se comprobó dicho diagnóstico. La culdocentesis, hematócritos seriados, pruebas inmunológicas de embarazo, y, la laparoscopia fueron de utilidad en establecer el diagnóstico. No hubo ninguna prueba verdaderamente significativa para llegar a una conclusión sobre la eficacia de las pruebas, llegando finalmente a la conclusión de que el buen juicio clínico es el factor más importante para llegar al diagnóstico correcto.

Para estimar la utilidad del ultrasonido en el diagnóstico de embarazo ectópico, los hallazgos ultrasonográficos, los resultados de las pruebas de embarazo y el diagnóstico seguro en 148 pacientes referidas para evaluación de embarazo ectópico fueron revisadas. De esas pacientes, 33 se demostró posteriormente una gestación ectópica. En los ecosonogramas, se tomó en cuenta, el tamaño uterino, la presencia o no de saco gestacional intrauterino, masas anexiales, líquido en el fondo de saco, o, las características normales. Con una prueba de embarazo positiva, la presencia de un saco gestacional intrauterino, excluyó el diagnóstico de embarazo ectópico. Aquellas pacientes con una prueba de embarazo positiva y, ausencia de saco gestacional intrauterino, 73% tuvieron embarazo ectópico. Todas las pacientes con ecosonogramas normales tuvieron otros diagnósticos. Con una prueba de embarazo negativa, los hallazgos intrauterinos no fueron de utilidad, y la evaluación de los anexos fué más importante.

A continuación se describe las características anatomoclínicas de la presentación de embarazos ectópicos manejados en el Instituto desde Marzo lo. de 1978 a Septiembre lo. de 1985.

Los casos se recabaron de las libretas de procedimientos de la Unidad Tococirúrgica, así como de los Archivos del servicio de Patología.

Todos los casos tuvieron comprobación por Anatomía Patológica.

EDAD	19 a 30 años	31 a 35	36 a 40
	20 casos	14	6
	(50%)	(35%)	(15%)

TIEMPO DE AMENORRÉA:

Sin amenorrea	2
Irregularidades menstruales	5
No se consignó	3
Amenorrea de 5 a 16 semanas	29
De término	1

No. de pacientes	13	3	7	7	4	2	1	2
------------------	----	---	---	---	---	---	---	---

No. de gestaciones	1	2	3	4	5	6	7	8
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

DOLOR presente en los 40 casos (100%)

SANGRADO GENITAL presente en 37 casos (92.5%)

ABDOMEN AGUDO presente en 20 casos (50%)

LABORATORIO: Las determinaciones hormonales se efectuaron -- en total, fueron 28 incluyendo cuantificación de Hormona Gonadotropina Coriónica, prueba inmunológica de embarazo (*gravidex*), y subunidad beta de hormona gonadotropina coriónica.

En sólo dos casos se hicieron las tres pruebas, siendo la -- cuantificación de HGC y la subunidad beta positivas con *gravidex* negativo.

HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA	GRAVINDEX	SUB U BETA HGC
4 casos	18	6
2 positivas 2 negativas	5 positivas 13 negativas	Todas positivas

ULTRASONIDO Se realizó en 32 casos

De los cuales en 16 orientó hacia el diagnóstico correcto, en los restantes no se consigna la posibilidad de su diagnóstico.

LAPAROSCOPIA se realizó en sólo 9 casos (22.5%) dando resultados suficientes para decidir sobre la intervención quirúrgica.

LEGRAO UTERINO PREVIO A LA LAPAROTOMIA se realizó en 16 casos (40%)

PLACA SIMPLE DE ABDOMEN: Se realizó en 4 casos, reportándose como normal en dos.

CULDOCENTESIS. Se realizó en una paciente, reportándose como negativa.

A continuación se describe el tiempo en horas transcurridos desde la impresión diagnóstica hasta la resolución.

número de pacientes	Tiempo transcurrido	
11	Menor a 6 horas	(28.2%)
9	7 a 24 horas	(23%)
9	25 a 48 horas	(23%)
5	más de 48 horas	(12.8%)

LOCALIZACION

DERACHO 22 casos

IZQUIERDO 17

(1) fué embarazo abdominal.

ABORTO

18 casos (45 %)

RUPTURA

18 casos (45%)

Un caso fué abdominal (2.5%)

En tres casos no se especifica (7.5%)

TIPO DE LAPAROTOMIA

Media Infraumbilical..... 31 casos

Suprapúbica Transversa ... 9 casos

TRATAMIENTO

CASOS

SALPINGUECTOMIA 26 (66.6%)

SALPINGOOFORRECTOMIA ... 9 (23%)

HISTERECTOMIA MAS. S.O.B. 1 (2.5%)

SALPINGOSTOMIA 2 (5.1%)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Respecto a la edad, fué igualmente frecuente tanto en la edad considerada como la ideal para la gestación, como en pacientes mayores de 30 años.

Se tuvieron 20 casos en que la edad de las pacientes eran mayores de 30 años.

Ocurrieron 4 embarazos ectópicos en pacientes con 36 años de edad, uno en una paciente de 38 años y otra paciente con 40 años. , en ésta última paciente no se pensó en embarazo ectópico; era multipara, con antecedente de irregularidades menstruales, en quien la exploración ultrasonográfica descartó la posibilidad de ectópico. Su diagnóstico fué un hallazgo quirúrgico.

En relación al tiempo de amenorrea, en la mayoría de los casos, como está reportado en la literatura fueron embarazos tempranos (del primer trimestre), existiendo en seis pacientes Fecha de Última Menstruación no precisa, sea por alteraciones menstruales , y en dos paciente aparentemente sin amenorrea.

Se observó referente a la paridad de las pacientes que la mitad aproximadamente tenían menos de tres gestaciones, y el otro 50% aproximadamente eran multiparas, no habiendo ninguna significación, y no ayudando para el diagnóstico éste de
El dolor que se presentó en todos los casos, fué de magnitud variable.

En el caso de la paciente con embarazo abdominal que llegó a término, se quejó de dolor abdominal desde el inicio del embarazo.

Aunado a la presencia del dolor, el otro dato importante fué la presencia de Sangrado Genital Anormal.

En un caso no se consigna este dato, estuvo ausente aparentemente en 2 pacientes que tenían amenorrea de 6 y 9 semanas. El abdomen agudo estuvo presente en la mitad de los casos - y por lo general su terminación mediante cirugía ocurrió en las primeras horas desde la impresión diagnóstica hasta la resolución del mismo.

Con relación a las determinaciones hormonales, se confirmó lo ya conocido, respecto a que las pruebas inmunológicas -- de embarazo de uso habitual frecuentemente dan resultados falsos negativos debido a la poca sensibilidad de estas -- pruebas.

El ultrasonido fué de valor limitado, ya que sólo en la mitad de los casos se sugirió la posibilidad diagnóstica.

La evolución posterior a la cirugía en la mayoría de las -- pacientes fué satisfactoria. Se reportó un caso de absceso de parametrio derecho, una deciduomimetritis y una flebitis. Los reportes de Anatomía Patológica confirmaron la presencia de embarazo ectópico por la visualización del embrión - y/o la presencia de vellosidades coriales. En un sólo caso no fué posible la visualización de los hallazgos anteriores, encontrándose en el transoperatorio hematosalpinx.

En una paciente se encontró malformación congénita de las - trompas consistentes en trompa doble (presencia de dos luces tubarias).

En 4 pacientes se tuvieron datos para pensar en Enfermedad Inflamatorio Pélvica Crónica.

Lawson, L.T.; Ectopic pregnancy: Criteria and accuracy of ultrasound diagnosis. Am. J. Roetgenol. 131: 153, 1978.

Kobayashi, M; Hellman, M.L. y Fillisti, P.L.; Ultrasound. Aid in the diagnosis of ectopic pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. - 103: 1131, 1969

Kelly, T.M; Santos-Ramos, R; Duenhoelter, H.J.; The value of sonography in suspected ectopic pregnancy. Obstet. Gynecol 53:703, 1979

Kadar, N. y Romero R; The timing of a repeat ultrasound examination in the evaluation for ectopic pregnancy. J. Clin. Ultrasound 10: 211, 1982

Brown, W.T; Filly, A.R; Laing C.F. y Barton, J; Analysis of ultrasonographic criteria in the evaluation for ectopic pregnancy. Am. J. Roetgenol. 131: 967, 1978.

Breen, J.L: A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. Am.J.Obst Gynecol. 106: 1004, 1970

Bronson, R.A.; Tubal pregnancy and infertility. Fertil Steril 28 221, 1977

Bukovsky, I. Langer, R. Herman A et al: Conservative surgery for tubal pregnancy. Obstet. Gynecol 53: 709, 1979

Capraro, V.J. Chuang J.T. Randall, C.L.: Cul-de-sac aspiration - and other diagnostic aids for ectopic pregnancy: A 22 year analysis. Int. Surg 53: 245, 1970

David, M.K.P., Bergman, A. Delighdish, L: Cervico-isthmic pregnancy carried to term. Obstet. Gynecol. 56: 247, 1980

DeCherney A, Kase, N: The conservative management of unruptured ectopic pregnancy. Obstet. Gynecol 54: 451, 1979

Gitstein, S. Sallas, S. Schujman E et al: Early cervical pregnancy: Ultrasonic diagnosis and conservative treatment. Obstet. Gynecol 54: 758, 1979

Gray, C.L. Ruffolo, E.H.: Ovarian pregnancy associated with intrauterine contraceptive devices. Am. J. Obstet. Gynecol 132: - 134, 1978

Hallatt, J. B: Repeat ectopic pregnancy: A study of 123 consecutive cases. Am. J. Obstet. Gynecol 122:520, 1975

Hallatt J.G.: Ectopic pregnancy associated with the intrauterine device: A study of seventy cases. Am. J. Obstet. Gynecol. 125: - 754, 1976

Halping, T.F.: Ectopic pregnancy: The problem of diagnosis. Am.JJ Obstet. Gynecol. 106: 227, 1970

- Harralson, J.D., van Nagell, D.H. Jr, Roddick, J.W. Jr: Operative - management of ruptured tubal pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol 115: 995, 1973.
- Halvacioglu, A. Long, M. Jr, Yang, S: Ectopic pregnancy - an eight year review. J. Reprod. Med 22: 87, 1979
- Kallenberger, D.A. Ronk, D.A. Jimerson, G.K: Ectopic pregnancy - A 15-year review of 160 casos. South Med. J 71: 758, 1978
- Kauppi, A. Rantakyla, P, Huhtaniemi, I et al: Trophoblastic markers in the differential diagnosis of ectopic pregnancy. Obstet. Gynecol 55: 560, 1980
- Kersztúry, S.: Examination of curettage material for the diagnosis of ectopic pregnancy. Acta Morphol Acad Sci Hung 24:359,1976
- Kumar, S, Oxorn H: Ectopic pregnancy following tubal sterilization. Can Med Assoc J. 22: 156, 1978
- Lancet, M. Bin-Nun, I, Kessler, I: Angular and interstitial pregnancy. Int Surg 62: 107, 1977
- McElin, T.W, Iffy L: Ectopic gestation: A consideration of new - and controversial issues relating to pathogenesis and management Obstet. Gynecol. 5: 241, 1976
- Miluidsky, A. Adoni A. Miodovnick, M et al: Human chorionic gonadotropin (b subunit) in the early diagnosis of ectopic pregnancy. Obstet. Gynecol 51: 725, 1978
- Razor, J.L. Braunstein, G.D: A rapid modification of the Beta-hCG radioimmunoassay: use as an aid in the diagnosis of ectopic pregnancy. Obstet. Gynecol 50: 553, 1977
- Schenker, J.G. Eyal, F. Polishuk, W.Z.: Fertility after tubal - pregnancy. Surg Gynecol Obstet. 135: 74, 1972
- Schoen, J.A. Nowak, R.J.: Repeat ectopic pregnancy: A 16 year - clinical survey. Obstet. Gynecol. 45: 542, 1975
- Seppala, M. Venesmaa, P. Rutanen, E.M.: Pregnancy-specific b-1 - glycoprotein in ectopic pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol 136: - 189, 1980
- Stromme, W. B.: Conservative surgery for ectopic pregnancy: A -- twenty-year review. Obstet Gynecol 41: 215, 1973.