

11217
12 201

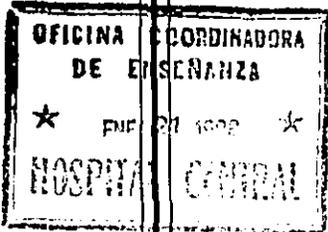


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado

Hospital Central Norte de Concentración Nacional
P E M E X

"INCIDENCIA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL
EMBARAZO ECTOPICO REVISION DE SEIS AÑOS"



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA

P R E S E N T A

Dr. Manuel Amezcua Villanueva

Asesor: DR. VICTOR MANUEL VAZQUEZ ZARATE



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1988.

Vo. bo. [Signature]



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.

CONTENIDO

	pag.
Introducción:.....	I
Consideraciones Generales y Definición:.....	1
Etiopatogenia:.....	3
Frecuencia:	7
Clasificación:	9
Anatomía Patológica:	12
Terminaciones Posibles del Embarazo Tubario:	20
Cuadro Clínico:	24
Métodos Diagnósticos:	31
Diagnóstico Diferencial:	42
Tratamiento:	47
Otros Tipos de Embarazo Ectópico:	63
Material y Métodos:	74
Comentarios:	92
Conclusiones:	97
Bibliografía:	99

"... Si no conoces una cosa,
es seguro que no la sospecharas;
y si no la sospechas,
puedes estar casi seguro
de que no la encontraras..."

Matthews Duncan
Medical Times and Gazette 1978 pp729

I N T R O D U C C I O N

El embarazo ectopico en general, sigue siendo por excelencia la principal urgencia ginecológica, que debe ser diagnostica da y tratada en el menor tiempo posible, para bien de la paciente y la tranquilidad del médico.

Con la rapida disminucion de los embarazos intrauterinos registrados en la decada pasada, en base al uso de anticonceptivos orales y el DIU, se ha puesto de manifiesto, en mayor medida, la frecuencia de embarazos extrauterinos desde el -- punto de vista clinico. Esta modificacion en la relacion entre el embarazo intrauterino y extrauterino, se ha visto mas marcada tambien, por los cambios de actitud en las costumbres de la poblacion joven sexualmente activa, por la creciente -- frecuencia de enfermedades venereas y por el papel activo de moderna terapia antimicrobiana en la prevencion de la obs -- trucción tubaria total despues de un periodo de salpingitis como veremos mas adelante en el capitulo de fisiopatología.

Los cambios fisiopatológicos residuales en el tracto repro-- ductor que resultan de una diversidad de factores etiológi-- cos, han aumentado la frecuencia de embarazo ectopico; esto, resultado cierto en el grupo de mayor riesgo con pruebas documentadas de salpingitis anterior en el cual se produjo un in dice alarmante de 1 por cada 24 embarazos, como lo comunica -- Westrom, esta tasa se mantuvo firmemente en los dos ultimos -- decenios, periodo durante el cual la proporcion de embarazos ha llegado a ser de 1 en 76. Estadisticas similares se obtie -- nen de grupos determinados de alto riesgo como en Jamaica en donde la tasa de emarazo ectopico es de 1 en 28 partos y la frecuencia de inflamaciones pelvianas es proporcional.

Los aspectos comunicados de la epidemiologia del embarazo ec topico varian con los diversos grupos de la poblacion vincu -- lados con esta complicacion reproductiva, por lo tanto si --

bien la frecuencia media global del embarazo en los EEUU va ria entre 1 en 100 y 1 en 200 embarazos (0.5 a 1%), la frs- cuencia es mas elevada en las poblaciones jovenes urbanas al- tamente activas desde el punto de vista sexual no blancas y de bajo nivel socioeconomico; Sin embargo entre los grupos de mayor edad, de raza blanca y de mas alto nivel socioeconómico esta epidemiologia tiende a cambiar.

Aunque un embarazo tubario es la localización más común de una gestación ectópica (95 a 97%) como veremos mas adelante, la existencia de un embarazo tubarico bilateral simultaneo -- constituye una rara desgracia reproductiva que ha sido comunicada en solo 152 casos hasta la fecha, de acuerdo con la reciente reseña de Huang. Este raro caso demuestra no solo la alterada fisiologia de ambas trompas sino que plantea tambien la cuestion del acontecimiento mas frecuente de la ovulacion bilateral (superfecundacion) como un fenomeno reproductivo que ha resultado dificil de documentar.

Es esto parte de lo que se comentara en las páginas subsecuentes relacionados con la patologia del embarazo ectópico. En ello se habarcaran aspectos relacionados con la frecuencia, cuadro clinico, fisiopatologia, metodologia diagnóstica y tratamiento de esta importante patologia ginecologica.

CONSIDERACIONES GENERALES Y DEFINICION

En un embarazo normal intrauterino, el blastocisto se implanta en el endometrio que reviste la cavidad uterina, entonces la implantación identificada en cualquier otra parte se designa con el nombre de EMBARAZO ECTOPICO.

Se llama embarazo ectópico, a aquel en el cual la implantación del huevo fecundado tiene lugar en un tejido distinto de la mucosa que recubre la cavidad uterina, esta denominación resulta más satisfactoria y completa que la de embarazo extrauterino, ya que la gestación puede ser ectópica y verificarse no obstante, dentro del utero propiamente dicho como sucede en el embarazo intersticial o cervical.

Aunque mas del 95% de los embarazos ectópicos afectan la tuba uterina, embarazo ectópico no es sinonimo de gestación tubaria, sino el tipo más frecuente de ésta. Un estudio de Fontanilla y Anderson mostro en Baltimore que hubo un embarazo-ectópico en cada 200 mujeres blancas embarazadas y en uno de cada 120 pacientes negras, una diferencia de casi el 90%.

El embarazo ectópico es un problema potencialmente riesgozo, Schneider y cols, registran en Michigan 102 muertes en un periodo de 25 años, debidas principalmente a hemorragia, y estiman una mortalidad del 2 al 4 por mil. Una publicación todavia mas reciente de May y cols (1983) concuerda con esto.

Según Lebhart, el numero de embarazo ectópicos se ha cuadruplicado si se compara con los observados en el periodo comprendido entre 1900 y 1940. Según Armstrong, la proporción de embarazos tubarios referidos a 1000 partos fue del 6.6% en 1951 y del 10.2% en 1956. Las cifras actuales se compararan posteriormente y veremos que se asemejan grandemente a la reportada en 1956.

Por otra parte y debido al aumento en la prevalencia de la go
norrea, segun estudios de Stanley practicado a un grupo de -
mujeres que acudian al Servicio de Planificacion Familiar, de
mostro por cultivos tomados del cérvix que un 85,3% fueron po
sitivos para N. gonorrea, lo que puede aumentar aún más la .-
frecuencia de embarazos ectópicos por la posibilidad de que -
ese padecimiento involucre las trompas (9,15,28,30).

ETIOPATOGENIA:

Aunque se han sugerido muchas causas del embarazo tubario, todas ellas pueden resumirse en dos grupos:

1. Factores que demoran o impiden el paso del huevo fecundado a la cavidad uterina. y
2. Factores que aumentan la receptividad de la mucosa tubaria a la implantación del huevo fecundado.

Factores que demoran o impiden el paso del huevo fecundado a la cavidad uterina.

De este grupo, el factor sin duda mas importante es la enfermedad inflamatoria cronica. El papel de la enfermedad inflamatoria pelvica es seguramente mecánico, por estrechamiento del lumen o por producción de fondos de saco a consecuencia de la aglutinación de pliegues tubarios adyacentes. Esta ultima alteración es particularmente conspicua en los casos de salpingitis folicular, y no es extraño entonces que esta forma de inflamación tubaria sea considerada por muchos como la que interviene mas frecuentemente en la implantación tubaria. La inflamación peritubaria, por la angulación o constricción producida por las adherencias, es otro factor posible a considerar, y la importancia de la infección en estos trastornos anatomicos ha sido destacada por Bone y Greene. Sin embargo, los antibióticos parecen tan efectivos para tratar la salpingitis aguda que un embarazo intrauterino normal sigue a menudo a una infección tubaria debidamente tratada.

Aparte del papel puramente mecánico de la inflamación, debemos recordar que ésta puede ser responsable de un marcado deterioro de la actividad ciliar y de la actividad peristáltica muscular, con el consiguiente retardo del transporte del huevo. Hallbrecht observa que en las pocas mujeres que quedan embarazadas después del tratamiento médico de la tuberculo--

sis endometrial(y de su inevitable salpingitis)hay una gran frecuencia de embarazo tubario: alrededor del 66%. La gestacion ectopica concomitante con la salpingitistuberculosa activa no es común, pero Overbeck menciona nueve casos sin exacerbación de latuberculosis despues de la salpingectomia unilateral y de la quimioterapia apropiada.

Greenhill ha observado una causa cada vez mas frecuente del-embarazo tubario, que es una operacion plástica anterior de-la trompa. De 405 embarazos consecutivos a procedimientos --transplásticos o tuboplasticos, hubo gestacion ectópica en -el 15%. Sospechamos que la esterilización laparoscopica tubaria puede estar seguida de cierto número de embarazos tuba--rios; hemos visto varios casos en los pocos años que este --procedimiento tiene de uso. Brener y col y Sheikh y Yasman, se han ocupado de esta posibilidad.

Diverticulos congenitos fueron observados por Persaud casi en 50% de los embarazos tubarios, y éstos pueden alojar a un huevo desviado del lumen tubario propiamente dicho, al igual q' los orificios accesorios que terminar con frecuencia en fondos de saco. Lo mismo puede decirse de los casos relativamente raros en los cuales el lumen esta congenitamente duplicado en parte o toda su trayectoria. Los tumores fuera de la -trompa, como miomas uterinos o quistes ovaricos pueden causar ocasionalmente constriccion del lumen tubario, posiblemente lo mismo que los casos raros de tumor polipode intratubario, o de endometriosis tubaria.

En ocasiones se observa una situacion muy especial despues de la ligadura de las trompas. Metz y Mastroiani estudiaron las circunstancias que se observan cuando los embarazos tubarios ocurren distales a la oclusion o completa separacion de la -trompa. Posiblemnte, estos embarazos resulten del desplazamiento transperitoneal del espermatozoide a través de una --fistula en el muñon proximal de una u otra de las trompas -ligadas.

No hay implantación, hasta que se forma el trofoblasto, cosa que normalmente ocurre después que el ovulo ha llegado al útero. Por esta razón creemos que el retraso en su progreso constituye el factor decisivo del embarazo tubárico, pues permite que el trofoblasto se desarrolle cuando el huevo se halla en la trompa.

En una serie de estudios Iffy propone una interesante teoría de la causa de la gestación ectópica. Sugiere que la concepción puede producirse a fines del ciclo menstrual de modo que la implantación adecuada no se logra antes de la menstruación siguiente. El flujo menstrual empuja el huevo fecundado hacia arriba dentro de la trompa. Este es un concepto interesante que Iffy ha expandido para explicar otras complicaciones del embarazo, pero es difícil de aceptarlo por completo. No es fácil determinar con exactitud el momento de la concepción y aunque un huevo implantado puede ser necesario para inhibir la menstruación inminente, puede existir variaciones del intervalo entre fertilización e implantación.

Pese a todo el concepto de Iffy de implantación tardía merece consideración. Al parecer, la oclusión tubaria parcial resultante de diversas causas (ca: i siempre enfermedad inflamatoria pélvica) es el factor etiológico más frecuente del embarazo tubario, aunque otros factores pueden desempeñar también algún papel.

Factores que aumentan la receptividad de la mucosa tubaria al huevo fecundado.

Según parece, existen dos razones por las que el huevo no se implanta normalmente en la trompa a pesar de ser el sitio donde queda continuamente fecundado. Una de ellas es que su orga no de penetración el trofoblasto no se desarrolla normalmente en ese tiempo sino hasta después de cierto tiempo-

que el huevo llega al útero. La otra parece ser que en condi
ciones normales la mucosa tubaria no esta destinada a la im-
plantación , estructural y funcionalmente. La primera razon-
nos parece mas coherente, y podriamos creer que el retardo -
parcial del avance del huevo fecundado es el factor etioló-
gico mas importante y permite el desarrollo del trofoblasto
mientras el huevo esta todavía en la trompa.

La supuesta falta de receptividad del endosalpinx se basa--
principalmente en que este no es capaz de desarrollar una--
reaccion decidual como el endometrio, aunque en algunas trom-
pas la mucosa se aproxima por lo menos al endometrio en cuan-
to a su receptividad al huevo . Interesa el hecho de que a
menudo el embarazo se produce en trompas que de otro modo -
parecen normales, aunque puede ser dificil excluir la presen-
cia de diverticulos en cortes comunes sin estudios seriados
o radiográficos. Finalmente la existencia de una definida res
puesta decidual tubaria al menos en algunos casos de embara-
zo uterino o tubario es aceptada ya practicamente por todos-
los autores. Por todas estas razones , no creemos que la re-
ceptividad de la mucosa tubaria puede descartarse al conside-
rar la etiologia del embarazo tubario aunque las pruebas in-
dican la mayor importancia de primer grupo de causas.

PRECUENCIA:

Aunque con frecuencia se han indicado que 1 de cada 300 embarazos es ectópico, Fontanilla y Anderson en un excelente estudio estadístico, señalan que la frecuencia es considerablemente mayor. En Baltimore hay una gestación ectópica por cada 200 embarazos en mujeres blancas y una por cada 120 en mujeres negras, o sea una diferencia de casi 80%. Estos autores consideran que la elevada frecuencia de enfermedad inflamatoria entre las mujeres de raza negra es causa de ello; por lo tanto, con cualquier frecuencia indicada debe señalarse al mismo tiempo la proporción de razas. Breen de Nueva Jersey en un estudio encontro un embarazo ectópico en cada 87 nacimientos en un grupo de mujeres 85% de los cuales eran negras.

El estudio de Bobrow y Bell del Hospital Harlem, en Nueva York, señala un embarazo ectópico por cada 64 nacimientos vivos, lo que indicaría la proporción mas alta que se haya registrado alguna vez en cualquier gran serie estadounidense y se aproxima a la cifra de un ectópico en 28 embarazos, señalados por Douglas en Jamaica. La mayoría de los ginecólogos, han aceptado que el embarazo ectópico repetido puede recidivar en la trompa restante en el 10% de los casos aproximadamente (schifor), aunque el embarazo intrauterino normal es bastante mas común (25%).

Existe una situación especial respecto a la frecuencia de embarazos ectópicos cuando la paciente tiene colocado un dispositivo intrauterino. Es difícil saber si aumentan realmente, la frecuencia de embarazos ectópicos o si estos ocurren más por la falta de embarazos intrauterinos debida a la protección que confiere contra ellos el dispositivo intrauterino. Los intentos para resolverlos con los métodos demográficos usuales no han sido concluyentes.

Erkola y Liukko abordaron este problema de manera interesante. Encontraron que en una zona específica de Finlandia la frecuencia de embarazos ectópicos en relación con los embarazos totales aumento en un 50% en la zona geografica de estudio despues de que comenzaron a utilizarse ampliamente los dispositivos intrauterinos. Aunque no cabe esperar que esta cifra lo compruebe, sugiere que hay un aumento verdadero de la frecuencia de embarazos ectópicos entre quienes usan dispositivos intrauterinos anticonceptivos. Incidentalmente, en la poblacion finlandesa mencionada no se supo la proporción exacta de mujeres que utilizaban dispositivos intrauterinos, solo se estableció que del total de embarazos ectópicos ocurridos durante la parte del estudio relacionado con el uso de los dispositivos intrauterinos se encontro en el 17%. Un hecho interesante es que se ha observado que en los dispositivos intrauterinos hay un ligero aumento de infecciones -- pelvicas entre las usuarias, especificamente salpingitis, algunas subclínicas y otras clínicas.

El mismo problema, pero menos apremiante, es la frecuencia de embarazos ectópicos entre quienes utilizan anticonceptivos bucales con dosis baja de progesterona. En otro estudio, Erkkola y Liukko proporcionaron cifras sobre este problema. -- Cuando se refirieron a años-mujer de uso, se encontro que -- con 0.5 mg de linestrenol habia una relación de embarazos ectópicos de 1 por 1170 años-mujer; con 0.3 mg de noristerona, de 1 por 290 años-mujer. El problema del embarazo ectópico entre quienes utilizan progesterona a dosis bajas es compatible con el fracaso de estos fármacos para inhibir la ovulación, indicado por su incapacidad para influir en la fecha de la ultima menstruación. Supuestamente ejercen la mayor parte de su acción haciendo que el endometrio resulte inadecuado para la implantación.

CLASIFICACION

Partiendo de la definicion de que un embarazo ectópico es una gestación en la cual el huevo fecundado se implanta en - algún sitio que no es el habitual del endometrio, podemos - clasificarlo de acuerdo a su localización en los siguientes grupos:

1. Embarazo Tubario.
 - Intersticial
 - Istmico
 - Ampular
 - Infundibular
2. Embarazo Ovarico.
3. Embarazo Abdominal
 - primario
 - secundario
4. Embarazo Cervical
5. Embarazo Combinado (Intra y extrauterino).
6. Embarazo posthisterectomía.

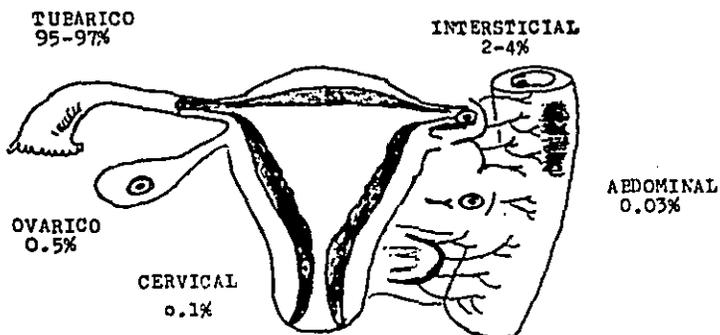


Fig.I sitios y frecuencia del embarazo ectópico

El embarazo tubario es, con mucho la forma más frecuente de los embarazos ectópicos. Dentro de ella y según sea la porción de la trompa que ocupe el huevo se le subdivide en:

1. Intersticial ó Intramural:

Cuando el huevo se implanta en la porción de la trompa que recorre la pared del útero (1-3%).

2. Istmico:

Localizado en la porción media y mas estrecha de la trompa (10%).

3. Ampular:

Es el más frecuente de todos, se produce cuando se implanta en el tercio medio y externo de la trompa (75%).

4. Infundibular:

Cuando se localiza en las franjas del pabellón de la trompa (2%).

La porción ampular de la trompa es distensible y la implantación en ella del embarazo permite un desarrollo del mismo durante un cierto tiempo. Microscopicamente vemos como las vellosidades coriales se desarrollan más ampliamente de lo normal, buscando un terreno nutritivo que no encuentran, penetran en ocasiones en la capa muscular de la trompa perforandola.

Jarcho refiere un 47.2% de gestaciones ampulares, Diaz de Leon en una revisión de seis años en el Hospital de la Mujer de la S.S.A. reporta un 83%. Moises Wolfovich y Samuel Karchmer reportan un 80% en un estudio de 386 embarazos ectópicos durante 5 años. Kasser de un 50 a un 70%.

La porción istmica de la trompa es menos distensible que la ampular, el huevo ahí albergado puede ser difícilmente abortado, por lo que el desarrollo del huevo se interrumpe de un modo prematuro por una rotura vascular y una hemorragia grave, dado que este sector de la trompa aún en ausencia de embarazo es ricamente vascular.

Jarcho, también refiere un 21.8% de una totalidad de 1 225 embarazos tubéricos. Kasser dice que un 40% corresponden a la porción istmica mientras que Amonario y Wolvochi dicen que sólo son un 2%.

En la gestación fimbria el huevo se desarrolla hacia el peritoneo, llegándose a relacionar en forma importante con el ovario, evolucionando también hacia la forma abdominal secundaria - provocando conglomerado y adherencias entre la trompa, ovario útero y algunos órganos vecinos.

Por último el embarazo intersticial que tiene lugar en el espesor de la pared del útero, dado su proximidad con la cavidad uterina, puede confundirse con una gestación normal, aunque puede conducir a la rotura del útero por un ángulo tubario acompañándose de hemorragia intraabdominal, que es un accidente grave. La frecuencia es mucho más baja y oscila entre 1 al 2% y su nidación relativamente rara.

Yasser refiere que no todos los casos de embarazos tubarios, intersticiales comunicados en la bibliografía pueden ser aceptados como tales y deben de seguir los siguientes criterios diagnósticos para ser considerados como tales:

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

Más desde el punto de vista teórico que práctico, cabe diferenciar entre embarazo tubárico intersticial y el llamado intramural, en este caso el huevo no presenta ninguna relación con la cavidad uterina, ni con la luz del tubo, sino que se encuentra completamente en el interior de la musculatura uterina.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Los fenomenos fundamentales de implantación del embarazo tubario son como los de la gestación uterina normal, dejando un margen para la notable diferencia de la respuesta decidual de la pared tubaria. Las vellosidades, por acción erosiva del trofoblasto, penetran en dicha pared llegando a menudo hasta la propia serosa. Así puede producirse hemorragia intraabdominal y si ha erosión de un gran vaso la hemorragia puede ser masiva. La deportación del trofoblasto y vellosidades son similares al embarazo intrauterino.

Las vellosidades tienen las mismas características que en el embarazo intrauterino. Si están bien preservadas muestran los dos capes de trofoblasto: el citotrofoblasto (capa de Langhans); y el sincicio, como en las vellosidades del embarazo normal. Las vellosidades adherentes muestran grandes masas de trofoblasto en sus puntas, y estos nódulos trofoblasticos consisten principalmente en células de Langhans, con franjas de sincicio en la periferia. En los cortes bien realizados el trofoblasto puede seguirse por continuidad directa hasta la pared tubaria, y estas células invasoras se han confundido a menudo con decidua.

Después de la muerte del embrión, que generalmente se produce en las primeras semanas del embarazo, las vellosidades sufren degeneración, aunque muchos embriólogos creen que el trofoblasto puede seguir siendo funcionalmente activo y continuar con su invasión erosiva durante un tiempo después de la muerte somática del embrión. Estudios de Shintani y col. indican claramente que esto se produce en algunos animales. También hay una buena base para esta opinión en la práctica clínica pues la perforación tubaria se produce con frecuencia mucho tiempo después de la muerte del embrión y del test negativo del embarazo. Quizá la acción erosiva del trofoblasto

persiste después que ha perdido su capacidad para producir gonadotropina. Cualquiera que sea el mecanismo, hemos visto varios de estos casos semanas después de una prueba de gonadotropina negativa para embarazo.

Una vez que el huevo fecundado se ha implantado en la mucosa tubárica, las primeras modificaciones propias de la nidación son muy semejantes a las que se observan en el embarazo uterino, excepción hecha de la ausencia de la notable reacción decidual del endometrio. La acción erosiva del trofoblasto veloso provoca la perforación de la pared tubaria, proceso que puede extenderse a través de la muscularis, la hemorragia puede inclusive llegar a producir choque hipovolemico, es -- consecuencia de invasión de vasos sanguíneos. La hemorragia que tiene lugar en el interior de la trompa convierte a esta en un hematosalpinx. En realidad cuando se descubre un hematosalpinx durante la operación o en el laboratorio, en lo primero que debemos pensar es en el embarazo tubario. Cuando este último tiene lugar en la porción externa de la trompa, -- el orificio fimbriado puede hallarse distendido por un coágulo de sangre que sale por él.

Microscópicamente, lo patognomónico del embarazo tubárico es el hallazgo de vellosidades coriónicas, en el conducto lleno de sangre, las cuales algunas veces penetran en la pared. -- Las vellosidades pueden estar bien conservadas o mostrar degeneración e hialinización intensas, pero aun en este caso -- conservan netamente su contorno típico. Sin embargo hay que tener cuidado en no confundir con las vellosidades los trombos organizados que se ven en muchas ocasiones. Estos últimos carecen de estructura celular estromática y de cubierta epitelial. Hasta las vellosidades ya caducas, por otra parte, -- tienen la tendencia a presentar un epitelio aplanado degenerado y cierta persistencia de estructuras celulares en el es trompa.

Desde esta descripción, se han hecho múltiples confirmaciones de este hallazgo que es conocido en la literatura como Fenómeno de Arias-Stella. En 1955 el propio autor señaló haber encontrado cambios similares en el endometrio de animales de experimentación tratados en forma combinada con estrógenos y gonadotropina coriónica, mismo que no se obtenían si el tratamiento era exclusivamente con una sola de estas hormonas.

Cambios morfológicamente similares al fenómeno descrito aunque no del todo idéntico habían sido descritos por Alvarez-Fuentes con el uso prolongado de hormonas progestacionales pero aclarando que no se trata de un fenómeno idéntico.

También se ha señalado la presencia de fenómeno de Arias-Stella cuando existe tejido corial aunque sea de origen extra-uterino, además de haberlo confirmado en caso de embarazo ectópico y mola como ya se había escrito. La frecuencia con que se presenta el llamado Fenómeno de Arias-Stella ha sido estimada en la literatura mundial entre el 10 y 70% de los casos de embarazo ectópico, sin que exista una explicación satisfactoria para esta inconsistencia, que por lo demás limita el valor de su ausencia para descartar el diagnóstico de embarazo ectópico cuando no se le encuentra en un caso en particular.

Pildes y Wheeler han descrito imágenes similares como muy sospechosas de adenocarcinoma, y para el patólogo novel, este sería un error fácil. Roach, Guderian y Brewer también comentan esta imagen atípica que, claro está, se normaliza después de terminar el embarazo. Wagner y Richart comprueban que la poliploidia es frecuente en el endometrio del tipo Arias-Stella, a diferencia de la aneuploidia o diploidia que suele observarse con el carcinoma. El microscopio electrónico (de Brus y Anclia) hace pensar que el aspecto microscópico se debe a la acción secretoria excesiva con ausencia de glucógeno.

Cuando las vellosidades se encuentran bien conservadas, muestran los rasgos histológicos característicos de las vellosidades jóvenes. Mucho se ha discutido sobre la frecuencia de la reacción decidua de la trompa. Por otra parte las células trofoblásticas que invaden la pared de la trompa se confunden a menudo con las deciduales, especialmente donde solo es notable el citotrofoblasto, pues este no es tan distintivo como la célula sincitial madura. Por último, aun cuando pueda comprobarse la existencia de la respuesta decidua, como sucede en una minoría de casos, siempre presenta carácter fragmentario e incompleto, en contraste con la respuesta masiva y uniforme que puede ser observada en el útero.

REACCION DE ARIAS-STELLA

Al parecer el endometrio responde a los estímulos hormonales del embarazo ectópico produciendo una respuesta en placas, hiperactiva, muchas veces hipersecretoras. En nuestro medio, Alvarez Fuentes, describió en 1952 cambios en la mucosa endometrial de pacientes con embarazo ectópico, consistentes en alteraciones de forma tamaño y cromofilia de los núcleos del epitelio glandular, con desplazamiento de los mismos al polo apical, o descamación hacia la luz glandular. En 1954 Arias-Stella describió cambios endometriales atípicos en casos de aborto, mola hidatidiforme, coriocarcinoma, endometritis sincitial y en un caso de embarazo ectópico. Estos hallazgos anormales, consisten en la presencia de glándulas en fase proliferativa o secretora con crecimiento de los núcleos y de las células con hiperchromatismo nuclear y deformidad más o menos ostensible, al mismo tiempo que la presencia de penachos del epitelio glandular que sobresalen hacia la luz de la glándula, formados por células cuyos límites son mal delimitados y tienen aspecto sincitial dentro de los cuales se encuentran los núcleos anormales descritos; algunos de los núcleos se encuentran desprendidos hacia la luz glandular.

Por lo que toca a la patogenia del fenomeno de Arias-Stella se le atribuye un papel importante al efecto combinado de -- los estrogénos y la gonadotropina corionica, el mismo autor, opina que la actividad secretora y proliferativa concomitantes sugieren mas bien una forma de sobreestimulación de la -- mucosa endometrial, y le parece que los cambios son independientes de la reaccion decidua del estroma, ya que no se -- los encuentra en forma paralela

Se cree que la vacuolización citoplasmatica, atipias nucleares e hiperchromatismo deben ser considerados como cambios regresivos a la actividad hormonal que sigue a lamuerte del -- producto. Los hallazgos aportados por Vazquez Benitez acerca de la demostracion objetiva y especifica de la gonadotropina corionica en las zonas de presentación del fenomeno, confirma lo señalado reiteradamente por otros autores, de que la -- gonadotropina corionica humana desempeña un papel determinante, y afirma en forma categórica que su presencia es indispensable para la aparición del autentico fenómeno de Arias--Stella.

La presencia de estrogeno, pareciera menos importante, pues -- si bien en trabajos experimentales con ratas, solo se produjo el fenómeno con dos hormonas y no en forma aislada. En el material humano se le ha encontrado en el coriocarcinoma que -- bien sabido es que produce elevadas cantidades de hormona gonadotropica corionica pero no de estrógenos. Tomando en cuenta este hallazgo, el autor sugiere una hipótesis patogénica -- basada en una reaccion de tipo inmune, ya que la formación -- de masas protoplasmaticas sin limites celulares y la presencia de núcleos con alteraciones en su forma y tamaño y afinidad tintorial recuerdan en cierto modo a lo que se observa en algunas lesiones granulomatosa en las que se involucra -- un mecanismo alérgico para explicar su formación: La demostración in situ de la gonadotropina corionica humana parece

ría ser apoyo a una interpretación de esta naturaleza, siendo la gonadotropina el alérgeno y actuando en el epitelio endometrial como órgano de choque. También podría ser explicable sobre esta base, el hecho de que no en todas las pacientes este presente el fenómeno, pues ello indicaría que no todos los organismos responden a un mismo antígeno aunque sea autógeno en la misma forma. También caerían dentro de esta explicación los repetidos casos en que el fenómeno ha sido descrito en circunstancias ajenas al embarazo ectópico.

Cilindros deciduales.

En algún caso, la paciente puede observar la expulsión de un molde, pero en gran parte de las veces el médico no tiene oportunidad de estudiarlo. En muchos casos no se le observa o no se le aprecia su importancia y el tejido no se manda para su estudio. La expulsión de moldes deciduales uterinos es mucho más frecuente de lo que se cree, pero generalmente la degeneración intrauterina provoca la desintegración del molde antes de su expulsión. Además, en muchos casos la decidua se desprende en partículas pequeñas, de modo que la paciente no expulsa un molde uterino completo.

La separación y expulsión de la decidua uterina en los casos de embarazo tubario debe hacernos pensar de inmediato en el desprendimiento de las capas correspondientes de la mujer no embarazada en la menstruación, y esto puede dar lugar a la así llamada dismenorrea membranosa. La capa compacta y una parte de la esponjosa se desprenden característicamente en los períodos menstruales, y la regeneración del endometrio se hace principalmente a partir de la capa basal, que se conserva. Hay razones para que se crea que la regeneración posterior a la expulsión del molde decidua uterino en el embarazo ectópico se hace esencialmente en la misma forma. Los cilindros deciduales pueden expulsarse sin embarazo en pacientes que toman píldoras anticonceptivas por presentar hiperactividad de las hormonas exógenas.

Las pruebas indican que la vida de la decidua uterina depende de la del huevo fecundado. Mientras el embrión uterino o tubario, esta vivo, la decidua permanece intacta. Cuando el embrión muere, la decidua sufre los cambios degenerativos -- que se han descrito. Sin embargo, no debemos suponer que la secuencia es siempre inmediata, pues pueden pasar muchos días desde la muerte del embrión hasta la expulsión de la decidua. En otras palabras, la expulsión de un molde decidual significa que el embrión ha sucumbido, pero sin que sea posible decir cuándo.

Si se hace raspado de útero en un caso de embarazo tubario, y este prosigue su desarrollo, una nueva reacción decidual tiene lugar en el útero. Esto es exactamente lo que puede esperarse, y aunque no es frecuente la oportunidad de demostrarlo histológicamente, parece correcto. Una de estas pacientes había sufrido un legrado que demostró una definida reacción decidual, se encontró un pequeño embrión vivo en la trompa al abrir el abdomen.

Es difícil determinar exactamente que espesor de la capa decidual se desprende, excepto por un estudio de la estructura de los cilindros uterinos o por el examen del útero después de que el tejido se ha desprendido. Esto último rara vez es posible antes de que la regeneración haya avanzado, de modo que la información debe proceder principalmente del examen microscópico de los moldes.

Si se encuentran en buen estado de conservación, los cilindros forman parte de la capa superior o compacta de la decidua, a veces con una parte de la capa esponjosa. La superficie de un molde típico está cubierto por una sola capa de epitelio aplanado, por debajo ha un gran campo de típicas células deciduales, caracterizadas por su disposición en mosaico su forma poligonal y sus núcleos grandes y bastante pálidos(71,75,77)

Entre estas células hay canales venozos de paredes delgadas, a menudo trombóticos, cuando se observa decidua sin vellosidades, es necesario pensar siempre en la posibilidad de un embarazo ectópico. Si la decidua está "sucia" (con asociación de infección y necrosis), se trata probablemente de un aborto, aunque no sea posible demostrar vellosidades ni trofoblasto(71).

Las glándulas son escasas en la capa compacta, generalmente toman la forma de lúmenes en ranura tapizados por un epitelio plano de tipo endotelial, en algunos cilindros hay una gran cantidad de esponjosa por debajo de la capa compacta que acabamos de describir. Aquí se ven muchas glándulas características del embarazo, que son en la decidua muy joven marcadamente tortuosas, con un epitelio bajo y de coloración palida. En la paciente un poco mayor, las glándulas pierden algo de su tortuosidad y poseen lúmenes grandes y ligeramente irregulares tapizados por epitelio plano . A veces es difícil distinguir , con un examen superficial, entre ellas y los espacios linfáticos.

VALOR DEL LEGRADO UTERINO DIAGNOSTICO EN EL EMBARAZO TUBARIO.

Algunas veces para el diagnóstico del embarazo tubario se recurre al estudio microscopico del raspado uterino. Esto se justifica a menudo, como en los casos sospechosos de hemorragia uterina en mujeres obesas. Puede ser imposible distinguir la hemorragia de un embarazo tubario que no puede palparse, de la de un aborto precoz incompleto de embarazo intrauterino. El ocasional valor diagnostico del legrado uterino en casos sospechosos de embarazo tubario ha sido mencionado por numerosos autores, pero debemos destacar que ese valor es solamente ocasional. La monografía y la laproscopia son mucho mas utiles. (34,38,39,41,52,60,63).

Si en el raspado se obtiene tejido decidual inequivoco, y si

este no se acompaña de vellosidades corionicas , esta justificado pensar en la probabilidad de un embarazo ectópico. Sin embargo, esto no siempre se lleva a cabo, pero puede considerarse como una buena indicación para el examen endoscópico de los organos pelvianos.

ORIGEN DE LA HEMORRAGIA EXTERNA EN EL EMBARAZO TUBARIO.

Se ha establecido claramente que el origen de la hemorragia externa en los casos de embarazo tubario es el endometrio, -- aunque en algunos casos de tipo intersticial la hemorragia puede originarse parcialmente en el asiento placentario de la trompa. Aunque esto se verifica en la minoría de los casos, la característica metrorragia del embarazo tubario es realmente de origen endometrial, y por lo menos se inicia -- con la separación de la decidua, que a su vez, como hemos visto se debe a la muerte del embrión. En otras palabras, --- mientras el embrión este vivo, la decidua esta intacta y no hay hemorragia, excepto quizá algunas manchas ocasionales. -- El caso mas interesante es cuando no se presenta hemorragia uterina. El diagnostico clinico de estos estados es sin duda mas difícil, que cuando esta presente la metrorragia característica. En estos casos la amenorrea puede persistir muchos meses, y la operacion revela que se trata de un feto vivo. -- En los casos raros de combinacion de embarazo intra y extrauterinos, un embrión vivo en el útero puede inhibir la hemorragia, aunque el embarazo tubario se haya interrumpido con la ruptura.

TERMINACIONES POSIBLES DEL EMBARAZO TUBARIO:

1. Aborto tubario. - Cuando el huevo se separa realmente de la pared tubaria estamos frente a un aborto tubario, y en estos caso la hemorragia en la trompa (hema

tosalpinx) es también un rasgo importante. El huevo puede expulsarse a la cavidad abdominal con profusa hemorragia intraperitoneal a través del orificio tubario. El hematosalpinx, es prueba presuntiva de embarazo tubario incluso en ausencia de vellosidades demostrables, aunque puede ser una secuela rara de tumor o infección.

2. Ruptura tubaria.- Es un fenómeno frecuente que produce hemorragia abdominal; ésta puede ser leve pero reiterada, o abundante y a veces hasta mortal. Como ya hemos visto, se debe a la acción erosiva del trofoblasto sobre los tejidos y vasos sanguíneos de la trompa. Por otra parte si la hemorragia resulta de la perforación del margen inferior de la trompa, queda entre los pliegues del ligamento ancho con producción de hemátoma.

Aunque la ruptura tubaria puede asociarse con grados masivos de hemorragia intraperitoneal, mucho más a menudo la hemorragia es leve y esporádica; Parker y Parker la llaman con acierto embarazo ectópico crónico. Episodios repetidos de hemorragia con formación espontánea de coágulos pueden dar lugar a la formación de una masa voluminosa que imita a la enfermedad inflamatoria, la endometriosis o un tumor ovarico. En este caso el diagnóstico es difícil.

3. Embarazo Abdominal Secundario.- En muchos reportes anteriores se lee que si el huevo fecundado se expulsa por aborto o perforación tubario puede ocasionalmente conservar su vitalidad y reimplantarse en el peritonéo, casi siempre en la trompa, el ligamento ancho o partes adherentes del intestino. Este mecanismo de implantación abdominal secundaria es increíble por que el embrión sucumbe en el mismo momento en que su separación de la pared tubaria es total. La explicación correcta de estos casos es que la placenta sigue unida, aunque el embrión extruye por la perforación o el orificio fimbriado. Además las vellosidades comienzan a crecer hacia afuera a través del punto de ruptura de modo que cada vez mas placenta y al final toda ella, puede quedar afuera. Esta es probablemente la explica-

cion correcta de todos los embarazos abdominales secundarios muchos de los cuales llegan a término. La sonografía puede tener considerable valor como observan Stafford y Ragan.

4. Embarazo en el ligamento ancho (intra-ligamentario)

Cuando la ruptura tubaria se realiza en algun punto de la línea de inserción del mesosalpinx, el embrión puede quedar extruido entre los pliegues del ligamento ancho. El crecimiento placentario se hace entonces más y más en el espacio intra-ligamentario, como se describió para el embarazo abdominal-secundario. La placenta puede quedar totalmente separada de la trompa, y en las últimas etapas esto ocurre a menudo. El embarazo del ligamento ancho llega muchas veces a etapas tardías del desarrollo y en muchos casos alcanza el término. Paterson y Grant han publicado recientemente una extensa reseña de embarazos ligamentosos avanzados, muchos de los cuales alcanzaron la viabilidad. (62).

5. Regresión Espontánea.- No todos los casos de embarazo tubario llegan a la mesa de operaciones porque el embrión puede sucumbir y el área de implantación puede sufrir regresión gradual, en ausencia de hemorragia o de otros síntomas lo bastante severos para obligar a buscar la atención médica. Esto está indicado por el hallazgo ocasional de viejas vellosidades organizadas y generalmente hialinizadas en las trompas que por lo demás pueden parecer normales y sin antecedentes que justifiquen la sospecha de gestación reciente. En casos de este tipo, sin embargo, un interrogatorio minucioso puede dar indicaciones de probabilidad de una gestación tubaria muchos meses antes.

6. Formación de Litopedión o Momificación: Un embarazo tubario, puede pasar inadvertido incluso cuando llega a una etapa avanzada. En estos casos el feto puede quedar retenido durante muchos a-

ños, con calcificación y formación de litopedión ó momificación. Por otra parte, el paso de los huesos fetales puede hacerse por el recto, el fondo de saco o el abdomen y se han publicado casos de todos ellos. (61,69,46,71).

CUADRO CLINICO

El curso del embarazo ectópico es semejante en cuanto a signos y síntomas al embarazo normal, cambiando rápidamente su curso debido a que no encuentra las condiciones favorables para su nidación y evolución adecuadas. "El huevo no solo labra su lecho, sino su tumba" viejo aforismo que se cumple en su totalidad en esta patología. El huevo al implantarse, llega a producir en el organismo en general y en el útero -- los cambios propios iniciales del embarazo aunque no siempre son del todo manifiestos de forma adecuada. En el historial de comportamiento del embarazo ectópico podemos diferenciar tres estadios:

- a) Gestación ectópica intacta.
- b) Gestación perturbada o en crisis
- c) Gestación posterior a la crisis.

Durante la primera etapa, la muerte del embrión ocurre la mayoría de las veces a los dos meses; consiste en la tumefacción circunscrita y alargada de una trompa. A través de las conexiones con las vías linfáticas y sanguíneas, se llega a las alteraciones gravídicas típicas en todo el organismo en general; y en el útero, aún cuando estas alteraciones no son siempre tan manifiestas como en el embarazo intrauterino sufren alteraciones que complican el diagnóstico.

Signos tales como la hiperpigmentación de las areolas del pezón, de la línea media infraumbilical y de los labios vulvares es común encontrarlos. Indistintamente se puede encontrar también el reblandecimiento del cuello uterino; la hemorragia que se presenta en forma escasa es mas bien pardusca y negrusca, al palpar la zona inferior del abdomen, se encuentra aumentada la sensibilidad de un modo especial en el lado del embarazo tubario.

En este estadio, el abombamiento de la trompa grávida puede ser tan insignificante que ni siquiera se palpa o bien podría corresponder a un ligero abombamiento de las trompas y

sus cubiertas, lo cual daría dolor tipo punzante o perforativo dado que el oviducto es de los órganos más sensibles de la cavidad abdominal.

De acuerdo con Schiffer y Webster, la amenorrea junto con el dolor constituyen los síntomas más frecuentes. Este último, es el más importante ya que por él es que acuden a la consulta. Según varios autores varía de un 78 a un 94%. A menudo ocurre que la paciente presenta cuadros de opsomenorrea y con frecuencia confunden la hemorragia con un sangrado menstrual con lo que se dificulta el diagnóstico clínico.

Se puede agregar al cuadro una prueba de embarazo positiva - que junto con las demás pruebas de laboratorio demuestren que se trate de un embarazo normal aunado con los datos de exploración que demuestren una tumoración ovoide bien delimitada y de pequeño tamaño confirmaran sin duda el diagnóstico de un embarazo tubario, que aunado al dolor intermitente o intenso puede llevar a la ruptura; o bien incipiente o intacto el cual anclado en la pared muscular tubarica puede presentar trastornos en su desarrollo que ocasionaría la resorción espontanea.

El primer signo observado por la paciente probablemente sea un retraso menstrual de 7 a 14 días, seguido de ligera hemorragia que persiste, quizá con ligera pérdida sanguínea constante o en días alternos. Aunque este tipo de hemorragia en mancha es bastante característica, no es raro que la hemorragia sea algo más libre, pocas veces tan profusa como en el caso de un aborto incompleto. Por otra parte, puede que en lugar del retraso menstrual, éste se anticipe algunos días. En otros casos, cuando el embrión ha sobrevivido tiempo suficiente es posible que la amenorrea se prolongue 2 o 3 meses; En los raros casos de embarazo ectópico que llegan a termino, - puede durar todo el embarazo.

El dolor es síntoma precoz, aunque algunas veces resulta muy

ligero. Al comienzo puede presentarse en forma de sensación dolorosa vaga del lado afectado de la pelvis, pero las más de las veces la paciente se queja de un dolor punzante tipo cólico, que se presenta de cuando en cuando. Si se produce rotura o aborto tubario, el dolor suele ser muy intenso y va acompañado de desmayo o verdadero síncope, a más de náuseas, y vómitos en la mayor parte de los casos. Estos síntomas resultan de la reacción peritoneal producida por la salida de sangre procedente de la trompa. A nivel del hombro derecho, puede notarse dolor, por el reflejo diafragmático que causa la sangre libre existente en la cavidad peritoneal. La paciente puede percatarse o no de la expulsión de un molde.

Cuando la hemorragia es ligera, el dolor suele ceder de manera rápida, dejando únicamente sensación de molestia. Con cada reaparición de la hemorragia intraperitoneal pueden presentarse nuevos ataques. Si la hemorragia es muy profunda, se presentan los síntomas de choque; a saber: pulso rápido e incontable, palidez extrema de piel y mucosa, disnea, piel fría y viscosa y temperatura subnormal. En los casos aislados en que no se instituye un tratamiento inmediato, la muerte puede presentarse a corto plazo. Sólo en un pequeño número de casos, 5% aproximadamente, la hemorragia intraperitoneal asume proporciones cataclísmicas; es mucho más frecuente la hemorragia de tipo moderado y repetido. Por esta razón la mayor parte de los casos son de tipo ambulatorio; Parker y Parker han descrito el cuadro "ectópico crónico" con diversos tipos de hematocèle pelviano pero sin síntomas agudos.

Los síntomas subjetivos del embarazo, como náuseas por la mañana y aumento de volumen de las mamas, faltan las más de las veces, debido a que por lo general la gestación termina en época temprana. Los exámenes de laboratorio tienen poco valor en los casos de hemorragia interna moderada, excepción hecha de las pruebas de embarazo, de las que ya nos ocupamos anteriormente. Cuando la hemorragia es libre, el hemograma muestra un grado de anemia variable, con la disminución del valor hematocrito. En tales condiciones, la regla es una li

gera leucocitosis, que raras veces excede de 12 000. Cuando la perdida sanguinea es grande, la leucocitosis suele ser mayor. La temperatura, cuando la sangre es ligera, se conserva por lo general dentro de limites normales, pero cuando es -- mas abundante se eleva ligeramente; aunque con hemoperitoneo muy intenso es subnormal.

El examen del abdomen puede resultar completamente negativo o acusar a nivel de bajo vientre una ligera sensibilidad, más intensa por lo general en un lado. Según la fase del embarazo y la hemorragia intratubárica, así aumenta la tumoración de la trompa; entonces se puede percibir a través de la parte inferior de la pared abdominal, si ésta es delgada y laxa, -- aunque tal cosa es rara. La percusión desempeña valioso papel en los casos en que se sospecha la existencia de una hemorragia abdominal; por lo general aporta datos confirmatorios especialmente en forma de matidez a nivel de los flancos y -- existencia de liquido libre en abdomen.

Hasta la inspección puede tener valor en casos aislados. Si ha habido una hemorragia repetida en abdomen durante largo -- tiempo, puede describirse alrededor del ombligo una mancha azulada como amoratada (signo de Cullen) especialmente si aquel es delgado o existe una hernia umbilical. Este signo -- que se observa en raras ocasiones, se debe al deposito de pigmentos hemáticos absorbidos por via linfatica a nivel de la región umbilical. No es raro que la hemorragia abdominal -- copiosa vaya asociada intimamente con timpanismo y distensión abdominal .

Los datos obtenidos por examen de la pélvis tienen gran importancia . El cuello puede presentar ligero reblandecimiento. -- El útero suele aumentar ligeramente de tamaño aún en el embarazo tubarico precoz, pero esto es raro en los casos corrientes.

Cuando la tumoración de la trompa es grande, el útero sufre cierto desplazamiento lateral. El dato característico es la presencia de una masa sensible a un lado de la pelvis. Es - posible que en el lado opuesto de la pelvis no se compruebe ninguna anomalía aunque no son raros datos de anexitis crónica. Cuando la hemorragia pelviana ha sido profusa, se produce hematocele pélvico, percibiéndose a nivel del fondo de saco una sensación pastosa.

Como hemos señalado, la sintomatología que acompaña a un embarazo tubario o de otra localización son fundamentalmente dolor, retraso menstrual y hemorragia. Existen una serie de signos que a través de los años se han venido multiplicando y que algunos en realidad constituyen una réplica de algún signo ya reportado anteriormente por otro autor. La mayor parte de ellos se refieren a manifestaciones clínicas generalizadas por embarazos tubarios rotos o en procesos abortivos.

Estos signos son los siguientes:

1. Proust-Mondor. Es un dolor intenso que se despierta al tocar el Douglas, "grito de Douglas", capaz de determinar lipotimia por su intensidad. Este signo es muy constante y unido a la ausencia de contractura abdominal, es característico de rotura o aborto tubario. Aparece en el 80% de los casos y es considerado de gran valor en el diagnóstico precoz del embarazo ectópico.
2. Lonne. La cucharilla de legrado en el aborto uterino se mueve con dificultad por contactar las paredes uterinas que dejan una cavidad en forma de hendidura, mientras que en el extrauterino la cucharilla se mueve más libremente por la forma globosa del útero y las separaciones de sus paredes.
3. Solowii. Empastamiento del Douglas con una especial consistencia de algo muy dúctil; es un signo precoz debido a una misma cantidad de sangre que cae al Douglas; es de gran valor.
4. Ody. Dolor violento a la micción y al cateterismo vesical, lo que traduce la sensibilidad del peritoneo-pélvico.

5. Herzfeld-Boun-Kaib Piskacsck. Tenesmo vaginal o necesidad de micción mucho mayor en el momento de la rotura.
6. Banki. Dolor provocado al desplazar el cuello uterino hacia adelante.
7. Nardi. Observando a la enferma acostada, en cámara oscura y con luz rotante, desde el extremo de la mesa, se ve un abultamiento arqueado de la pared abdominal del lado afectado.
8. Meylan - Messadezen. Dolor intenso del ano.
9. Stor. Percusión dolorosa de la pared abdominal anterior.
10. Dorrer. Dolor muy intenso en el lado afectado a la movilización uterina.
11. Sydney-Turner. Dolor unilateral muy localizado en la trompa afectada.
12. Simon-Ruge. Verticalidad del útero en el embarazo intersticial, con elevación del anexo del lado afectado correspondiente.
13. Cleasmer. Tumorcación sessil, yuxtauterina en el embarazo intersticial.
14. Pestalozza. Angulación del conducto tubárico, con útero-desviado, en el embarazo intersticial.
15. Eisentadter. Desviación lateral del útero por la trompa tumoral.
16. Rosenthal. La trompa sale de la parte posteroinferior de la masa en el embarazo intersticial.
17. Wert. Entre el saco ovular y la cavidad uterina, existe una neta separación muscular en el embarazo intersticial.
18. Hofstter-Cullen-Hellendal. Coloración azulada umbilical en el caso de hemoperitoneo antiguo en mujeres delgadas o si existe hernia umbilical. Este signo se debe a depósito de pigmento hemático absorbido por vía linfática en la región umbilical.
19. Fraenckel. El anexo es indoloro a la movilización uterina pero en el embarazo ectópico existe gran sensibilidad con solo traccionar el cuello uterino.

20. Kaustallwe. Color azafrañado en las palmas de las manos y plantas de los pies. Se debe a la absorción del pigmento hemático.
21. Anisocoria. Midriasis unilateral, por irritación del -- simpático tubario, que se transmite al centro ciliospinal y de allí al dilatador de la pupila, -- (Teranio-Santamauro).
22. Aimes. Notable descenso del cuello uterino hasta la mitad de la vagina en caso de hematocole
23. Lifvendahl. Cambio de dolor y matidez abdominal a los pocos minutos de cambiar el decubito de la enferma con pequeño hemoperitoneo.
24. Horroka. Pulsación de la arteria uterina al tacto del fondo de saco vaginal.
25. Morria. Tinte subicterico de las conjuntivas.
26. Curva Térmica. Según Bacialli, hay elevación de la temperatura en relación con el desequilibrio hormonal, el traumatismo y la absorción hemática.

METODOS DIAGNOSTICOS.

En muchos casos el cuadro clínico del embarazo ectópico es tan típico que el diagnóstico resulta fácil. Para no cometer una omisión, hay que pensar siempre en esta afección a la que algunos han dado en llamarla enfermedad de las sorpresas.

Williams refiere que el diagnóstico preoperatorio de ruptura del embarazo tubárico esta equivocado en aproximadamente el 15 al 20% de los casos.

Cuando se nos presenta una paciente con antecedentes de amenorrea o retraso menstrual, sangrado transvaginal ligero, dolor pélvico lateralizado o bien generalizado, y que a la exploración ginecológica nos encontremos con una tumoración pélvica; ante la sospecha de que nos encontremos con la evidencia clínica de un embarazo ectópico, debemos de recurrir a diferentes pruebas o auxiliares diagnósticos para confirmar o descartar nuestro diagnóstico presuncional.

Los exámenes de laboratorio en general pueden facilitarnos datos de interés, pero sin embargo siempre es necesaria practicarlos; biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, pruebas de tendencia hemorrágica etc... que nos revelaran el estado general de la paciente.

El conocimiento de las técnicas para las dosificaciones hormonales, han dado gran luz en muchos problemas de índole ginecológica, que antes permanecían vedados a la mayoría de la gente. Habiéndose podido establecer terapéuticas racionales en la obstetricia y con el hallazgo de pruebas precoces de embarazo por medio de procedimientos de laboratorios más eficaces y precisos.

Las pruebas de laboratorio que en la practica clínica se han incorporado con el fin de auxiliar en los casos en que la -- premura de tiempo sea vital para la resolucion del cuadro clinico, han sido de gran utilidad para el clinico en la entidad del embarazo ectópico. Esta prueba de caracter inmunologico es la llamada subunidad beta de gonadotropina corionica humana que según varios reportes a nivel mundial es la panacea para diagnosticos tempranos de embarazo normal y auxiliado con laparoscopia y USG del embarazo tubario no roto. (3-7-14-34-41-52-58-63-73).

Normalmente se han encontrado niveles muy bajos de hormona - gonadotropa en mujeres no embarazadas, aproximadamente los valores oscilan alrededor de una unidad por litro de orina en la etapa ovulatoria de la puciente. En algunos casos como en amenorrea secundaria independiente de embarazo, menopausia - de quistes luteinicos se han llegado a encontra hasta 150 unidades por litro de orina, lo cual infiere que inclusive -- hasta estos valores no son indicativos per se de embarazo. Lo especifico no es por lo tanto su presencia sino su abundancia en un sin numero de patologias ajenas al embarazo normal. De ahi su importancia y division en pruebas cuantitativas y cualitativas de dicha hormona gonadotropa.

En el embarazo extrauterino la reaccion es positiva como la aparición de un huevo que esta normalmente implantado y con un tejido corial anatomicamente activo.

En la ruptura de la trompa, mientras no se desconecta completamente el huevo del tejido materno, la reaccion puede ser positiva. Inclusive la reaccion puede ser ya positiva antes de que se llegue a la falta de su periodo menstrual y esto - solo mediante la llamada fraccion beta de gonadotropinas corionica humana. (58-63-73)

El radioinmunoensayo es actualmente el método más sensible de los de aglutinación, el cual puede ser usado para establecer el diagnóstico de embarazo ectópico más temprano, dado que los niveles de fracción beta en ausencia de saco gestacional en útero son específicos para diagnosticar embarazo ectópico.

Es importante hacer incapie, en que ante una prueba positiva previa y con cuadro sugestivo de embarazo ectópico, éste se debe de descartar a pesar de no contar con todos los requisitos de laboratorio y gabinete con que se cuente. Es perfectamente justificable en su momento hacer de más una laparotomía exploradora que dejar sin tratamiento un embarazo ectópico no diagnosticado.

En casos de anamnesis sospechosa, o en ausencia de síntomas agudos, pero con persistencia de sangrados, se puede recurrir a la revisión bajo anestesia con legrado biopsia hemostático. El material extraído por el legrado uterino instrumental, debe siempre ser enviado en su totalidad para su análisis histológico.

La observación original del fenómeno de "Arias Stella" de los cambios nucleares y citoplasmáticos en el endometrio en distintas condiciones gravídicas, ha llegado a demostrar que en la gestación ectópica y en menor grado en abortos consumados no es más que el endometrio sometido a la acción de las gonadotropinas.

Este hallazgo llamado así en honor a su autor, puede ser bastante indicativo de la presencia de embarazo ectópico, pero no es un signo totalmente concluyente. Wolfovich y Karchmer en un total de 102 legrados practicados observaron dicho fenómeno en un 11%.

Posteriores a la exploración y legrado uterino instrumental completo tenemos como prueba diagnóstica auxiliar la punción del saco de Douglas (culdocentesis).

Esta es la medida diagnóstica más sencilla y valiosa cuando se sospecha un embarazo tubárico roto, las demás pruebas de laboratorio pasan a un segundo término dado el cuadro abdominal tan aparatoso.

Por supuesto para que sirva de ayuda hay que obtener sangre de la cavidad abdominal a través de dicho procedimiento.

Debe efectuarse siempre sobre una mesa de operaciones y con las precauciones de todo acto quirúrgico. La paciente en posición de litotomía, se desinfecta la vagina, la porción vaginal del cervix se ajusta con el espéculo acanalado y una valva anterior; su labio posterior se toma con pinzas de Póssi y luego se sustituye la valva acanalada por la de Martín se retira el espéculo de adelante y se abre el cervix hacia la sínfisis del pubis, la operación se facilita si un ayudante hace la maniobra anterior a la vez que deprime el perineo con la espátula de Martín, retirándola un poco al mismo tiempo para formar una superficie frontal en el sector de la bóveda vaginal.

Por lo general se utiliza una aguja del No 18 recta o ligeramente curva, siendo importante el que se ajuste bien a la jeringa. Es más conveniente el uso de una aguja roma que se cierra con un mandril afilado de ayuda. Después de retirarlo se puede penetrar sin temor en la cavidad abdominal para tratar de aspirar sangre.

La aguja se introduce vigorosamente unos 3 cm en el fondo de saco de Douglas, y se aspira en seguida con fuerza. Si hay derrame de sangre en el abdomen, ésta es casi siempre oscura y se vierte sobre una compresa; cuando no contiene coágulos es seguro de ser diagnóstica de hemorragia intraabdominal -

antigua. Clavando con timidez la aguja y aspirando pronto, se puede aspirar sangre de las venas de más abajo del peritoneo de Douglas, que sin embargo es generalmente poca y sobre todo más clara. En tales circunstancias es menos seguro el diagnóstico. (57,65).

El principiante sin embargo debe preocuparse por el recto, ya que no es rara la lesión en dicho órgano. Existe también en personas muy experimentadas la posibilidad de punción de un tumor palpado. También es posible un falso negativo cuando se trate de un embarazo ectópico no roto o bien que la hemorragia es aun insignificante y también cuando se trate de un hematoma encapsulado o bien el acceso al fondo de saco de Douglas sea impedido por procesos adherenciales.

Este procedimiento insistimos, es sin duda uno de los medios auxiliares más valiosos para reconocer el embarazo tubario perturbado. Armstrong de 481 casos puncionados obtuvo el 58% con aspiración positiva. Wolfovich de 107 casos 33.1 positivos, Thomas y Halping de 128 pacientes encontró un elevado porcentaje de 84,4% (28.34.45)

Es también importante recalcar que el resultado negativo no excluye por ningún motivo la gestación ectópica.

Existe otro procedimiento que también ocupa un lugar preponderante en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades pélvicas y es la celioscopia que prácticamente es una endoscopia de la cavidad pelviana en la que artificialmente se hace un neumoperitoneo. Dicho procedimiento puede realizarse por varias vías donde toma varios nombres: Laparoscopia, perineoscopia, celioscopia sis es por vía abdominal y sis es por vía vaginal culdoscopia, celioscopia transvaginal etc. Ambos procedimientos se complementan y deben ser considerados como modalidades de un mismo método diagnóstico.

La culdoscopia, método cuya práctica generalizó Decker hace aproximadamente unos 30 años (1944) tiene indicaciones claras en el diagnóstico del embarazo tubario no roto, amenorreas primarias y secundarias con dolor abdominal bajo así mismo como tumoraciones anexiales de diagnóstico incierto. Su uso, se incrementó en pacientes con culdocentesis negativa y la sospecha clínica de masa anexial.

La laparoscopia, había sido utilizada inicialmente en 1906 - por Kelling, en forma experimental en animales. Siendo empleada por primera vez en humanos por Jacobsen en 1912, en el diagnóstico de ascitis y problemas suprahepáticos. Sin embargo en 1937 fue señalado por Ruddock y Hope su interés en el diagnóstico de embarazos tubarios no rotos (28).

Su aplicación ginecológica se había dificultado por el hecho de que en la posición de trendelenburg, las trompas y los ovarios permanecían a menudo invisibles, escondidos detrás de el útero y del ligamento ancho. Actualmente dichas dificultades han sido salvadas mediante la introducción de una cánula de insuflación que permite colocar al útero en anteversión forzada, lo cual permite que el espacio rectouterino se exponga al laparoscopio y queden flotando, los anexos, permitiendo de esta manera una inspección más completa

Dicho procedimiento no debe ser considerado como una endoscopia vanal, se deben tener todos los conocimientos anatómicos quirúrgicos necesarios para obtener todas las ventajas en favor de la paciente.

la mayor parte de los accidentes sobrevienen por falta del dominio de la técnica, lo que amerita por consiguiente un aprendizaje correcto. Los principales accidentes son:

1. Enfisema Subcutáneo. Por inyección del gas en tejido subcutáneo.

2. Perforación de asa intestinal, en caso de que una asa estuviese adherida a la pared abdominal, ocasionando distensión y salida de gas maloliente por la aguja.

3. Enfisema del epiplón mayor, y de mayor peligro lesiones vasculares que ameritan laparotomía exploradora de urgencia.

4. Embolias gaseosas, si la aguja es hundida total o parcialmente dentro de una vena, razón por la que no debe utilizarse otro gas que no sea el carbónico, y empezar la inyección en forma suave, y siempre vigilando el manómetro.

5. Lesión vesical, cuando no se ha vaciado adecuadamente la vejiga preoperatoriamente.

El uso del laparoscopio ha evitado gran parte de la inseguridad sobre el diagnóstico final de embarazo ectópico en las pacientes en que se sospecha este trastorno. La observación de la pelvis con laparoscopio no solo evita la inseguridad del diagnóstico con su posible hemorragia intraperitoneal grave, sino que es factible diagnosticar un embarazo ectópico no roto y corregirlo con cirugía antes de que comprometa la otra trompa debido a la reacción peritoneal causada por la sangre libre.

En consecuencia, la sospecha de un embarazo ectópico es una indicación precisa de la laparoscopia (28,34,56,58,75,79)

La ultrasonografía ha cobrado amplia aceptación como método exploratorio y tiene cierta utilidad. Si es posible identificar un saco pequeño dentro del útero, este hecho diferencia claramente por supuesto entre el embarazo intrauterino normal y el ectópico. En ocasiones, es posible identificar un saco pequeño en la trompa. Cabe esperar una identificación tubaria en la mitad de los casos efectivamente tubarios, pero el último análisis depende del estado de salud de la gestación ectópica.

Kukard y Goetze, señalaron el diagnóstico correcto de embarazo ectópico mediante ultrasonido en 12 de 22 casos (55%). Sin embargo, esta cifra esperada en la gestación tubaria se basa en casos de hecho localizados en la trompa. En la práctica muchos otros problemas en quienes se sospecha este trastorno. El estudio de Kelly y col proporcionan una mejor idea de lo práctico que resulta la ultrasonografía.

Estos investigadores señalaron sus experiencias sonográficas en 260 casos. Utilizando otros métodos se determinó que el diagnóstico correcto fue como sigue: 136 no eran de ninguna manera embarazos, 99 eran embarazos intrauterinos, y solo 25 eran realmente casos de gestaciones ectópicas. Ocho de ellos no se diagnosticaron con la sonografía. Por otra parte en toda la serie hubo 27 diagnósticos ultrasonográficos de gestación ectópica. Ello significa 10 positivos falsos. Resulta de interés que de los 99 embarazos intrauterinos 94 se diagnosticaron con ultrasonografía. En muchas ocasiones el diagnóstico diferencial estriba entre embarazo intrauterino, a veces con amenaza de aborto acompañado de un quiste pequeño de cuerpo amarillo y embarazo ectópico.

En consecuencia, la ultrasonografía es útil pero, igual que otras exploraciones, debe considerarse a la luz de los demás hallazgos

La frecuencia de pruebas inmunológicas de embarazo positivas depende del número, viabilidad y acceso a la circulación de las células coriónicas y en parte de la sensibilidad de la prueba en cuestión. Por supuesto, las mismas consideraciones se aplican a la valoración de los receptores.

Cabe esperar que cualquiera de estas pruebas sea positiva, pero con menos frecuencia en embarazos ectópicos que en los intrauterinos normales. Por lo tanto, cuando se piensa en un embarazo ectópico, si la prueba es positiva, el resultado -- puede ser muy útil en el estudio clínico para comprobar el embarazo, aunque, por supuesto, la prueba no ayuda a determinar su localización. Sin embargo, úede haber un embarazo ectópico mal implantado, muerto o moribundo y la prueba de embarazo quizá sea negativa.

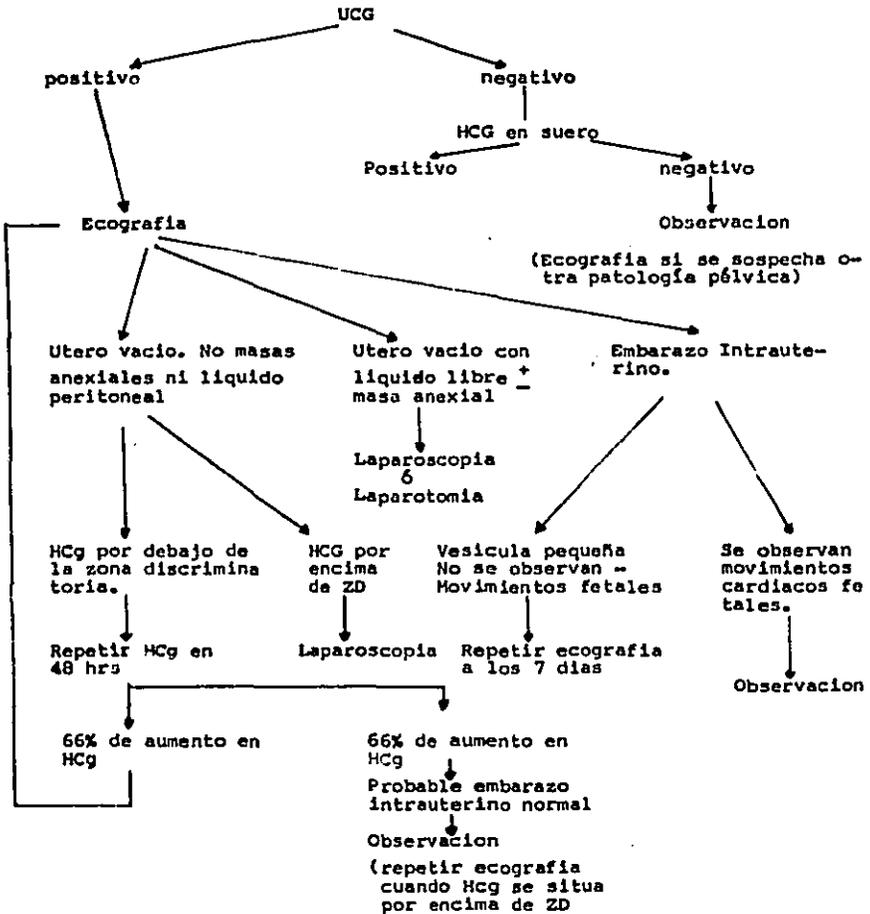
Utilizando una valoración de radioreceptores con sensibilidad de 200 mIU/ml para gonadotropina coriónica humana (HCG) suero sanguíneo Berry y col encontraron 94% de positividad en 67 pacientes con embarazo tubario comprobado. Resulta de interés que solo el 69% de ellas era positiva en la orina la prueba de aglutinación de latex de dos minutos en portaobjetos, con una sensibilidad de 1 500 mIU/ml de HCG (orina).

Sin embargo por su especificidad, es preferible la prueba para la subunidad beta específica de HCG. Por supuesto, a esta prueba se aplican las mismas consideraciones que para cualquiera otra, pero su cuantificación suele ser particularmente útil. Cuando se conoce la duración exacta del embarazo y las estimaciones cuantitativas de la subunidad beta de HCG son menores del límite más bajo para la fecha, cabe sospechar -- bastante que se trata de amenaza de aborto de un embarazo intrauterino o de un embarazo mal implantado, como cabría esperar si fuera ectópico.

Por supuesto la dificultad estriba en que para la cuantificación quizá se necesite más tiempo del disponible según el cuadro clínico, y tal vez no se disponga de los resultados - hasta después de haberse resuelto el problema clínico.

Es necesario estar muy alerta y pensar en un embarazo ectópico cuando la paciente usó un dispositivo intrauterino (DIU) - anticonceptivo.

Como se comentó, estos dispositivos no protegen contra el embarazo ectópico y se sospecha que la frecuencia de esta anomalía puede ser mayor entre quienes lo usan que en las demás personas. En muchas ocasiones, los síntomas se atribuyen erróneamente a la presencia del DIU, y resulta de interés - que a veces se extrae con la vana esperanza de que si se retira se aliviarán algo los síntomas. Hallatt por ejemplo, publicó una serie de 70 embarazos ectópicos en mujeres que utilizaban DIU. Encontró que en un 95% de los casos los síntomas en un principio a la presencia del DIU, y un hecho muy importante es que en el 40% se extrajo el DIU poco tiempo antes de establecer el diagnóstico definitivo de embarazo ectópico durante la cirugía. Todo esto parece demostrar que, cuando se presentan síntomas raros en una paciente que usa DIU, ni ésta ni el Médico piensan en la posibilidad de un embarazo ectópico. A este respecto un hecho muy interesante en el análisis de Hallatt es que los síntomas y hallazgos no fueron básicamente diferentes de los que se observaron en las pacientes - con embarazo ectópico del grupo de mujeres que no utilizaban un dispositivo.



Esquema con los pasos a seguir en una paciente en la que se sospecha la existencia de un embarazo ectópico pero que se encuentra clínicamente bien. El esquema emplea un test de embarazo, el examen ecográfico y la valoración cuantitativa y cualitativa de la HCG en suero materno. También se emplea el concepto de "zona discriminatoria (ZD) de la Hch tal como describe Kadar y cols.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico cada día ofrece más dificultades al médico, siendo integrado en primera instancia en tan solo el 50% de los casos, llegando a completarse en un 90% con los métodos exploratorios quirúrgicos con que se cuenta actualmente, sin embargo, aunque en ocasiones disponemos de la anamnesis característica de los síntomas correspondientes y de francos hallazgos exploratorios, - siempre tenemos que practicar estudio semiológico completo y hacer diagnóstico diferencial principalmente con problemas ginecológicos.

Los trastornos con los que más fácilmente se confunde el embarazo tubario son:

1. Aborto incompleto o inminente de embarazo intrauterino.
2. Inflamación pélvica.
3. Quiste ovarico con torsión del pedículo.
4. Quistes de cuerpo amarillo o folicular
5. Torsión de anexos
6. Apendicitis.

El porcentaje de errores que ofrece la totalidad de los autores es bastante alto, variando entre 15 y 35%.

1. Embarazo Uterino con aborto inminente o incompleto.

La amenorrea que precede al inicio de la hemorragia es casi siempre de mayor duración que en el embarazo tubario; el útero suele ser mayor y más blando, el dolor menos intenso y localizado a nivel de la línea media en vez de un lado de la pelvis; la hemorragia por lo general es más profusa en caso de aborto incompleto. No es raro que se asocie a la expulsión de trozos de tejido a todas luces placentarios, a más de que no es posible palpar la tumoración unilateral tan característica del embarazo tubárico .

En caso de embarazo ectópico el grado de anemia no guarda proporción alguna con la pérdida exterior de sangre si existe - hemorragia intraperitoneal; en el aborto incompleto el cuadro hemático reproduce más o menos pérdida sanguínea. A pesar de todo lo que antecede, los errores no son raros. Si la laparoscopia descarta el embarazo ectópico, quizá sea aconsejable el legrado uterino, si en ese momento se juzga que el aborto es inevitable.

2. Inflamación Pélvica:

Puede simular un embarazo tubárico y viceversa. Quizá el dato más importante para el diagnóstico sea que la salpingitis por lo común es bilateral, aunque el aumento de tamaño puede ser predominantemente unilateral. Es posible que haya metrorragia, pero es mucho menos frecuente que las manchas hemorrágicas tan características del embarazo tubario. En los casos más agudos de salpingitis, la fiebre la leucocitosis y el aumento de la eritrosedimentación tienen gran valor diagnóstico; sin embargo, estos signos de infección raramente se aprecian en casos de hidrosalpinx viejo.

3. Quiste Ovárico Con Torsión del Pedículo:

El comienzo brusco del dolor, que a menudo se acompaña de náuseas y vómitos, puede simular el dolor severo de la rotura o aborto tubárico, pero muchas veces no hay anomalía menstrual alguna. La torsión de un quiste suele causar signos y síntomas de tal urgencia que se obvia la necesidad de una intervención quirúrgica, de tal forma que ha menudo pueden omitirse la laparoscopia, la ultrasonografía o ambas.

4. Quistes del cuerpo amarillo o folicular con o sin embarazo Intrauterino Normal:

Pueden provocar un retraso en la menstruación seguido de hemorragia ligera y persistente, igual como sucede en el embarazo tubárico. Además, el aumento de tamaño del ovario da lugar a

una tumoración unilateral que ha veces es difícil distinguir del embarazo tubárico. Un quiste persistente del cuerpo amarillo (enfermedad de Halban) es en la mayoría de los casos - esporádica, pero puede ser un fenómeno recurrente. Askesl y cols. tuvieron la oportunidad de estudiar las prostaglandi--nas (pGf 2 alfa) de la vena ovárica en un caso de enfermedad de Halban, y las encontraron muy bajas en comparación con -- los testigos; indicación de que la persistencia normal del -- cuerpo amarillo se debía a una deficiencia de prostaglandi--nas a la vez que señala la importancia en relación con la -- reacción luteínica.

El cuerpo amarillo en un embarazo intrauterino puede sangrar en cavidad peritoneal llegando a producir hemoperitoneo como se ha reportado en algunos casos. La hemorragia puede ser -- tan escasa que no merezca intervención operatoria, pero puede ser la causa de dolores frecuentes que el tocólogo encuentre difíciles de explicar durante el primer trimestre.

En ocasiones el cuadro hemorrágico puede ser tan abundante - que simule un Síndrome de Choque observado en algunas formas de embarazo tubárico roto. A pesar de los síntomas y signos - felantes de hemorragia abundante y de tumoración pélvica, - la sospecha natural que hay que abrigar en la presencia de - una hemorragia intraabdominal alarmante es la de un embarazo tubario, y por lo regular ese es el diagnóstico que se hace.

5. Torsion de trompa y anexos:

Una vez diagnosticado el embarazo tubárico, no es raro que - la patología que se trate sea la de una torsión de un anexo, pero generalmente esta patología rara no se asocia con anomalías menstruales.

VALOR DE LA CULDOCENTESIS EN EL DIAGNOSTICO DE LAS
ENFERMEDADES INTRAABDOMINALES. Cavanagh 1982.

Descripción del líquido aspirado	Causa Posible	Recomendaciones
Materia fecal, blanda o de varios grados de fluidas	Perforación rectal traumática, descartese la obstrucción intestinal mediante exploración abdominal y radiografía de abdomen.	Repetir la punción habitualmente no hay morbilidad, pero busquese peritonitis.
Sangre sin coagular, rojo brillante u oscuro; pequeños coágulos en el froto.	Hemorragia intraabdominal debida a un embarazo ectópico roto, quiste sangrante del cuerpo luteo u otra causa.	Laparotomía.
Sangre vieja sin coagular, marrón con partículas coagulada en el froto.	Ectópico antiguo roto; hematocela pélvica antiguo.	Exploración con anestesia, colpotomía, laparotomía ó ambas.
Sangre fresca que coagula a los 10 minutos	Punción traumática con aspiración de sangre de un vaso sanguíneo pélvico.	Repetir la culdocentesis, si se aspira el mismo líquido, tratar como el caso anterior.
Líquido seroso teñido de sangre	Hemorragia ovulatoria, quiste ovárico roto, punción traumática	Repetir la culdocentesis, si se aspira el mismo líquido, tratar como el caso anterior.
Líquido seroso claro amarillo en pequeña cantidad	Líquido peritoneal normal; aún hay que considerar el embarazo ectópico sin rotura si hay desórrego menstrual dolor en el vientre o masa anexial.	Repetir la culdocentesis, se se aspira el mismo líquido, tratar como el caso anterior.

(continuación)

Descripción del líquido aspirado	Causa Posible	Recomendaciones
Líquido amarillo claro a veces coagulable	Hidrosalpinx, líquido peritoneal enquistado o contenido de un quiste ovárico; cuando se sospeche una neoplasia ovárica evitase la culdocentesis debido al peligro de diseminación.	Colpotomía con gran cuidado, la parotomía preferible si se sospecha neoplasia
Líquido turbio amar u oscuro en cantidad moderada con bacterias en la tinción de gram	Salpingitis aguda descartese la apendicitis	Si hay sospecha de lesión apendicular, laparotomía.
Fus franca	Absceso pélvico	Incisión y drenaje a través del fondo de saco si el absceso diseca el tabique rectovaginal.
Líquido mal oliente, turbio ácido que contiene partículas alimentarias y mucina	Perforación de úlcera gástrica o duodenal (dolor abdominal típico superior)	Laparotomía.
Líquido teñido de bilis; al microscópicamente se ven cristales de colesterol.	Rotura de vesícula biliar (dolor abdominal típico)	Laparoscopia y laparotomía.
Improductivo	No es punción negativa; con siderese que no se ha entrado en el fondo de saco	Repetir la culdocentesis si esta indicada, paracentesis si se sospecha embarazo ectópico tratase como al segundo caso.

TRATAMIENTO

Han pasado tan solo 100 años desde que un embarazo ectópico - perforado se ha convertido en una complicación quirúrgicamente curable del embarazo, en lugar de constituir un acontecimiento fatal. En 1876, Parry comunicó la primera experiencia de - tratamiento operatorio del embarazo ectópico, en el cual 529-pacientes fueron sometidas a una laparotomía, con una tasa de mortalidad quirúrgica conexas del 69 por ciento. Robert Lawson Taita de Birmingham Inglaterra acredita el merito de ser el - primero en haber seguido el criterio quirúrgico de Parry, y se lo reconoce como el precursor en el uso de la salpingectomía- para el tratamiento de un embarazo ectópico.

En la actualidad, este procedimiento quirúrgico fundamental - permanece sin cambios, pero la notable mejoría registrada en las tasas de mortalidad es el resultado del diagnóstico precoz y del tratamiento eficaz del shock hemorrágico. Ya no es necesario operar a una enferma en shock sin un adecuado volumen circulatorio sanguíneo. La reposición inmediata del volumen intravascular con sangre total, solución salina balanceada (lactato de Ringer) o dextran de bajo peso molecular, ha -- proporcionado un adecuado apoyo hemodinámico a la paciente en shock antes de somerla al trauma adicional de una anestesia general. El control continuo de la presión venosa central proporciona una guía útil para lograr la rápida reposición de líquidos y evitar que sobrevenga un edema pulmonar en una persona cuya provisión de oxígeno este comprometida.

Con una evaluación adecuada y una corrección del pH sanguíneo y de la acidoso tisular, la enferma anteriormente comprometida se convierte ahora en una candidata apta para un anestésico, y presenta un riesgo disminuido con respecto a las diversas complicaciones de la cirugía de emergencia en un estado de fisiología incontrolado.

Si bien es cierto que puede controlarse la hemorragia de un embarazo tubárico con ruptura, mediante una rápida cirugía de emergencia, este teatral enfoque demostró ser altamente infructuoso en las primeras experiencias de Tait, provocando una alta frecuencia de muertes maternas a raíz de un shock irreversible, paro cardíaco, embolias pulmonares o insuficiencias renales irreversibles. Hoy en día se han eliminado en lo esencial, estos problemas, excepto en los casos latentes en que un shock irreversible no permite que los sistemas cardiopulmonares-renales respondan a los esfuerzos intensos de corrección fisiológica. Una muerte hemorrágica causada por un embarazo ectópico con ruptura e incontrolado debería convertirse pronto en una experiencia digna de ser comunicada, aunque todavía da cuenta del 5 al 6% de las causas de mortalidad materna en los estados de Norteamérica. Aunque un embarazo ectópico con ruptura es una de las pocas emergencias ginecológicas principales, debiera establecerse un rápido control de líquidos de la enferma antes de recurrir al procedimiento quirúrgico

Si bien la salpingectomía con resección cornual ha sido el fundamento de los procedimientos quirúrgicos para un embarazo ectópico, en fecha reciente se ha criticado esta técnica, por el hecho de proveer un tracto residual cavitario para el desarrollo de un embarazo intersticial subsiguiente en el segmento intramural del oviducto. Esta preocupación parece injustificada, pues el defecto no se encuentra en la realización de la salpingectomía total con resección cornual, sino en el fracaso del cirujano en peritonizar por completo la incisión cornual con los ligamentos ancho y redondo que le son adyacentes.

Esta técnica de avanzar los ligamentos ancho y redondo sobre el cuerpo uterino (suspensión de Coffey modificada) proporciona una completa protección con respecto a un embarazo intersticial recurrente si se realiza en forma correcta.

Una vez diagnosticado el embarazo ectópico tubárico, lo indicado es el tratamiento quirúrgico. Aun en las enfermas de tipo ambulatorio, con síntomas m's relativamente ligeros, no debe retardarse indebidamente la recomendación operatoria, a causa, de la posibilidad de hemorragia por rotura o aborto tubárico que comprometa la vida de la paciente. En el grupo relativamente reducido de casos en que ya ha ocurrido esa hemorragia alarmante, debe de intervenir de inmediato. En estas circunstancias la transfusión antes o durante el acto operatorio tiene importancia capital.

Ha habido cierta polémica en cuanto si debe o no practicarse sistemáticamente una ooforectomía cuando se extirpa una trompa de Falopio por embarazo ectópico. En teoría, podría considerarse aconsejable, porque en este caso la ovulación ocurriría en el ovario residual adyacente a la trompa del mismo lado.

A proposito de este comentario, en un 20% de los casos se ha encontrado cuerpo amarillo del embarazo en el lado opuesto al ectópico. Esta cifra representa diversos estudios y el porcentaje exacto señalado por Saito y colaboradores en un estudio de 130 pacientes.

Es posible que en este 20% de pacientes haya habido migración externa del occito, y esta prueba derivada de los embarazos ectópicos es la mejor que existe sobre la posibilidad de que la migración externa sea un hecho fisiológico normal.

Ha habido un numero limitado de estudios sobre los meritos relativos de la salpingectomía en contraste con la salpingooforectomía en casos de embarazo ectópico. Bender comprobó un 14% mas de embarazos subsiguientes cuando se se hacía salpingooforec

tomía. En consecuencia, sus cifras tenderían a apoyar esta operación. Por otra parte, en 106 pacientes de las cuales en 18 se había extirpado también el ovario, Douglas no pudo comprobar algún beneficio derivado de la extirpación del ovario. Por tanto, en la actualidad diríamos que la llamada ooforectomía-paradójica en estos casos atractiva en teoría pero hasta el momento sin existir una abrumadora confirmación estadística - de su eficacia aún está en estudio.

La frecuencia total de embarazos después del tratamiento de - una gestación ectópica es de un 50%, incluyendo la posibilidad de un nuevo embarazo ectópico en el 10%, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 1. Fecundidad después de un embarazo tubárico tratado previamente.

	No. de Pacientes	Pacientes Embarazadas	Pacientes con Embarazo a - Terminado	Pacientes con Embarazo Ectópico
Douglas	106	45.3%	33.9%	7.5%
Bender	239	48.5%	35.5%	7.5%
Timonen	<u>743</u>	<u>50.2%</u>	<u>28.7%</u>	<u>12.5%</u>
Totales	1088	49.4%	30.7%	10.9%

A través de los años, se ha recomendado constantemente conservar cuando sea posible, la trompa de Falopio que contiene el embarazo ectópico. Si no ha estallado con la rotura, es posible conservar exprimiendo los productos de la concepción por el extremo fimbriado de la trompa o haciendo una incisión longitudinal a lo largo del borde mesentérico y suturandola con material fino.

Ha sido difícil tener datos para demostrar la utilidad de este método, por la simple razón de que si hay una trompa en el lado opuesto, en caso de un ulterior embarazo, es imposible saber a través de cuál trompa ocurre. Uno de los mejores estudios al respecto fue el de Jarvinen y colaboradores que observaron 10 pacientes que sólo tenían una trompa en la que ocurrió un embarazo ectópico. En todas se conservó la trompa, después de la operación se hizo hidrotubación diario durante los ocho o nueve días de estancia de la paciente en el hospital. Los estudios de vigilancia mostraron que hubo cinco partos a término, sin embargo, se repitieron tres embarazos ectópicos, una frecuencia de 30% en esta pequeña serie, que es unas tres veces mayor que las de las gestaciones ectópicas repetidas en la trompa opuesta cuando se extirpa una. Además, -- también hubo dos abortos.

Por tanto basándonos en las pruebas actuales al parecer, sería aconsejable conservar la trompa sólo como último recurso es decir, cuando se trate de una trompa residual en la que -- he ocurrido una gestación ectópica. El seguir sistemáticamente esta conducta, al parecer expone a la paciente a un riesgo mayor de embarazo ectópico en esa trompa.

Técnica de la Salpingectomía en el Embarazo Tubárico.

La trompa distendida es llevada fuera de pelvis y se pinza el mesosálpinx con una serie de pinzas de Kelly colocadas lo más cerca posible del oviducto. Se extirpa la trompa mediante una pequeña incisión en cuña sobre el cuerpo uterino, poniendo -- cuidado en evitar una excisión profunda en el miometrio. Se sutura el mesosalpinx con ligaduras separadas de catgut cromado del 1, para asegurar una hemostasia completa y evitar un hematoma del ligamento ancho.

Se efectua la peritonizacion y se lleva el fondo hacia adelante, suturando los ligamentos redondo y ancho sobre el cuerno uterino lo cual constituye la técnica modificada de Coffey de suspensión uterina.

La sutura de catgut cromado No 1 penetra en primer termino en el ligamento ancho por su cara anterior, exactamente por debajo del ligamento ancho en su cara anterolateral del ligamento redondo a 2 o 3 cm del cuerno.

La puntada siguiente se realiza en el fondo uterino, algo hacia adentro y hacia arriba con respecto a la incisión uterina. Luego se coloca la sutura a través de la cara posterior del ligamento ancho aproximadamente a un cm de la sutura anterior.

Cuando se anuda esta sutura, se peritonizan la incisión cornual y el mesosalpinx. Si existe una tensión excesiva sobre esta sutura o una peritonización incompleta, pueden realizarse suturas de apoyo en el miometrio y en el ligamento redondo, para estar aún más seguros de que la sutura de peritonización permaneciera en su lugar.

Tratamiento Quirúrgico Conservador:

Aunque se han producido escasas desviaciones con respecto a la originaria técnica quirúrgica de salpingectomía para un embarazo ectópico, tal como le describió Tait, en épocas recientes se ha despertado de tanto en tanto un interés por el enfoque quirúrgico conservador de la salpingostomía.

Stromme fue uno de los primeros pioneros de este procedimiento tras su descripción inicial de esta técnica en 1953. Durante las dos últimas décadas varias clínicas en Norteamérica han comunicado resultados optimistas empleando técnicas quirúrgicas conservadoras en el tratamiento de un embarazo ectópico. A continuación describiremos algunas de estas técnicas con los resultados obtenidos por los diversos autores.

TECNICAS QUIRURGICAS CONSERVADORAS PARA LA GESTACION TUBARIA.

En la mujer que tiene un embarazo tubario y desea conservar su fecundación o poder de fecundidad, debe hacerse todo lo posible para efectuar cirugía conservadora y preservar lo maximo el oviducto normal.

La salpingectomía ha sido el tratamiento tradicional para los embarazos ectópicos rotos y sin romper, lo mismo que de muchos abortos tubarios. Sin embargo, las mujeres que se han sometido a salpingectomía experimentan una reducción notable de su fecundidad. La frecuencia de gestación intrauterina normal después de salpingectomía ha sido variable, por ejemplo, 26% Timonen y cols, 38% Franklin y cols y 48% Schenker y colaboradores.

En 1953, Stromme describió un nuevo procedimiento quirúrgico la salpingoostomía, que permitía la extirpación de la gestación ectópica sin sacrificar la trompa de Falopio que la contenía. Desde el informe inicial de Stromme y otros, se han informado resultados favorables continuos mediante diversas técnicas quirúrgicas conservadoras para tratar el embarazo ectópico. En las paginas que siguen resumiremos las técnicas quirúrgicas conservadoras para tratar las gestaciones tubarias.

SELECCION DE LAS PACIENTES:

Las pacientes en edad reproductiva que desean seguirse embarazando, que sufren gestación tubaria sin romper o aborto tubario y que son quirúrgicamente estables son candidatas ideales para la conducta conservadora. La laparoscopia es muy util para el diagnóstico del embarazo tubario incipiente que se ha roto.

Salpingotomía Ampular:

La localización más común de la gestación extrauterina es el segmento ampular de la trompa. Se entra en el abdomen en la manera ordinaria y se eleva y aísla cuidadosamente la trompa que contiene el embarazo del recto del contenido pélvico con compresas de laparotomía bien humedecidas. Se efectúa una incisión sobre la superficie antimesentérica de la trompa sobre el sitio del embarazo. Se despega cuidadosamente el contenido gestacional usando el extremo romo del mango de un escapelo, unas pinzas finas o aspiración. Se puede efectuar hemostasia con material de sutura fina no reactivo como poliglatina a nylon o mediante electrocoagulación. A continuación se cierra la incisión del trompa en una o dos capas mediante puntos de poliglatina o nylon de los números 5-0 ó 6-0.

Bubovsky y col., que aplicaron estos procedimientos a 20 pacientes, informaron en ellas proporciones de embarazo intrauterino de 70% y de nacimiento de productos vivos de 55%. No se produjeron embarazos ectópicos en las trompas reconstruidas. Ocurrieron dos embarazos en dos pacientes en las que la única trompa permeable era la sometida a salpingotomía ampular; esto sugiere que la trompa reconstruida puede funcionar normalmente.

De Cherney y Kase aplicaron también procedimientos de salpingotomía pero no suturaron la incisión tubaria con onjeto que cerrara por segunda intención. La proporción subsecuente de embarazos a término en 48 pacientes fue de 40% y ocurrió embarazo ectópico en el 10%. Teóricamente, el cierre primario de la incisión deba dar como resultados menos retracción cicatrizal de la misma que el cierre secundario. Esto podría ser una de las causas desencadenantes de la mayor proporción de embarazos normales y la menor proporción de embarazos ectópicos recurrentes que se observaron en la serie de Bubovsky. Sin embargo, no es posible comparar ambas series, puesto que cada una proviene de diferentes cirujanos con poblaciones distintas de pacientes.

Las complicaciones postoperatorias se pueden relacionar con la técnica de salpingotomía descrita. Kelly y col, han informado hemorragia retrazada en los sitios de implantación 18 días después de la salpingotomía. Estos investigadores recomendaron ejecución de sutura profiláctica en el mesosalpinx de la trompa reconstruida para interrumpir la circulación hacia el sitio de implantación con objeto de prevenir la hemorragia tardía. Sin embargo sobre bases teóricas debemos dudar de cualquier técnica que altere incesantemente el riego sanguíneo de la trompa de Falopio.

El problema principal de la salpingotomía es lograr hemostasia satisfactoria en el sitio de implantación. La inyección de solución diluida de vasopresina en la pared de la ampolla reduce notablemente la hemorragia. Se diluyen 4 unidades de vasopresina en 20 ml de solución salina isotónica y se inyectan 3 ml en la pared ampular usando una aguja de calibre 25-30. Es esencial aspirar con la jeringa antes de inyectar al líquido para prevenir la instalación intravenosa inadvertida de la solución.

El resultado es un blanqueo total de la pared tubaria por vasoconstricción. Después de la inyección de vasopresina puede extraerse con facilidad el embrión. Mas aún, los puntos hemorrágicos son mas perceptibles y es posible lograr la hemostasia con más facilidad. Esto reduce la posibilidad de retracción cicatrizal subsecuente y de hemorragia tubaria tardía. Preferimos cerrar en dos capas (muscular y serosa) la incisión tubaria bajo amplificación.

Salpingostomía Istmica:

Las gestaciones ectópicas localizadas en la región ístmica, de la trompa se pueden tratar también mediante salpingotomía. En ausencia, la técnica de salpingotomía ístmica es la misma que en el caso de salpingotomía ampular. Se extrae el embrión por medio de una incisión en el borde antimesenterico

y se cierra la herida por primera o segunda.

Reseccion segmentaria y anastomosis:

En caso de gestación tubaria no rota con localización istmica, se puede efectuar anastomosis tubotubaria despues de extirpar la parte de la trompa que contiene el embarazo. Se colocan pinzas de Babcock a cada lado inmediatamente adyacentes al embarazo ectópico, y se eleva a la trompa. Se hace pasar un punto de nylon del num. 6-0 a través del mesosalpinx, entrando por debajo de una pinza de Babcock y saliendo por debajo de la segunda. No se ata este punto hasta que se ha extirpado el segmento tubario que contiene la gestación. Las trompas se seccionan en posición proximal y distal a la gestación ectópica entre las pinzas de Babcock. Se termina la incisión abriendo el mesosalpinx inmediatamente adyacente a la trompa por medio de un electrodo de aguja unipolar. Se ata a continuación el punto previamente colocado. Se usa una pinza de Buxton para ocluir el segmento uterino inferior y se efectúa perfusión tubaria mediante inyección transfundal de una solución diluida de azul de metileno. Se identifica la permeabilidad de la parte distal de la trompa mediante perfusión retrograda a través del extremo fimbriado usando una canula de plástico conectada con jeringa de 12 ml que contiene la misma solución colorante,

Se identifican los vasos sangrantes y se someten a electrocoagulación mediante diatermia bipolar bajo lavado. Los muñones tubarios se resecan aún más usando tijeras rectas de tipo iris hasta que se pueda ver el tejido endosalpingeo de aspecto normal a través del espejo operatorio. Se efectúa hemonstasia. A continuación se anastomosan los segmentos tubarios usando tres puntos de nylon núm. 8-0 montado en una aguja 30. Estos puntos se colocan en las posiciones 8-12 y 4 --

reloj alrededor de la circunferencia de la trompa. Se colocan de manera que incluyan a la musculatura y a la mucosa, pero se evita la inclusión del endosalpinx. Se usan puntos separados adicionales de nylon del núm 8-0 para formar la serosa y proporcionar una cubierta lisa al sitio de anastomosis. Se confirma la permeabilidad a través de la anastomosis mediante la inyección transfundal de solución colorante e identificación de la salida de la misma por el extremo fimbriado.

La técnica descrita difiere de la efectuada en la mujer no embarazada en la que la aproximación se efectúa en dos capas (muscular y serosa). Como la capa muscular del oviducto que contiene el embarazo puede ser un tanto friable, se hacen pasar cada uno de los tres puntos principales de anastomosis a través de las capas tanto muscular como serosa de la trompa para garantizar mayor retención muscular tisular.

Este procedimiento ha sido eficaz sólo en las gestaciones tubarias ístmicas, cuando el embarazo ectópico está localizado en el segmento ampular, las paredes del oviducto son demasiado edematosas, vascularizadas y friables para permitir que la hemostasia y la anastomosis sea satisfactoria.

Uno de los autores, efectuó este procedimiento de anastomosis en siete pacientes de embarazo ístmico. En ellas los oviductos se conservaron permeables en el postoperatorio. Dos de estas pacientes intentaron a continuación embarazarse, lo lograron y dieron a luz sus productos sin problemas. En ambas la única trompa funcional era la reconstruida.

Swolin informó 14 casos de embarazo tubario después de resección tubaria segmentaria en los que se aproximó el mesosalpinx con uno o dos puntos separados. Aunque no se suturaron entre sí los segmentos se demostró permeabilidad en 6 de los 13 pacientes sometidas para segunda revisión.

La resección tubaria segmentaria con anastomosis terminoterminal parece ser un tratamiento más lógico que la salpingotomía para los embarazos ístmicos. Es probable que el sitio de embarazo ectópico sea una área de patología preexistente primaria. La destrucción causada por la gestación empeorará la retracción cicatrizal de la luz ístmica estrechada, con lo que aumentarían las posibilidades de repetición de embarazo tubario. La extirpación de este segmento ayudará a reducir la probabilidad de embarazo tubario recurrente.

Hasta ahora, los siete pacientes lograron permeabilidad posoperatoria después de resección segmentaria y anastomosis. Por lo tanto, uno de los autores considera lógico y ventajoso lograr el restablecimiento de la luz de la trompa durante la laparotomía inicial. Si las circunstancias son menores que las ideales, en el momento de la laparotomía inicial, deberá suprimirse la anastomosis.

Tanto la salpingotomía como la anastomosis primaria se pueden efectuar sin amplificación de imagen porque los tejidos están aumentados de tamaño y edematosos. Sin embargo, la fecundidad subsiguiente de la paciente depende en parte de la calidad de la reparación tubaria. La amplificación de imagen permite una reconstrucción anatómica más precisa. No importa que el cirujano decida usar amplificación o no, es aún indispensable la técnica microquirúrgica para que sea mínimo el trauma y las adherencias postoperatorias. Los dos procedimientos descritos son lo mejor que puede hacerse para los embarazos tubarios -- que no se han roto; sin embargo, se pueden usar también en las gestaciones tubarias rotas si la paciente es estable y se satisfacen otras condiciones necesarias.

Aborto Tubario:

Cuando se espulsa un embarazo ampular espontáneamente desde las trompas hasta las fimbrias el resultado es un aborto tu-

bario. La gestación ampular distal se puede convertir en aborto tubario durante la laparotomía oprimiendo y expulsando los productos de la concepción por el extremo de la trompa. No importa que el proceso sea espontáneo o yatrogénico, el problema que afronta el cirujano es el mismo. Frecuentemente se observa hemorragia continua desde el sitio de implantación. Es esencial extirpar todo el tejido gestacional de la trompa y lograr hemostasia mediante sutura electrocoagulación o ambas. En presencia de hemorragia, es indispensable la exposición suficiente para lograr desbridación y hemostasia adecuadas. Cuando el embarazo se encuentra dentro de la ampolla se requiere incisión antimesentérica para exponer el sitio de implantación. Recomendamos la infiltración previa del sitio de implantación y de incisión con solución diluida de vasopresina antes descrita. La inyección ulterior de la pared ampular alrededor del sitio de implantación reducirá el resaca generalizado que sigue a la extirpación del tejido trofoblástico y permitirá la electrocoagulación precisa de los puntos sangrantes más importantes.

Extirpación Segmentaria:

En los casos de extirpación tubaria localizada en el istmo o en la mitad proximal de la ampolla, la conducta conservadora preferida por uno de los autores es la extirpación segmentaria. Este procedimiento se puede efectuar fácilmente antes que se rompa el embarazo tubario, y que se antes de que la ruptura sea muy antigua.

La laparotomía por embarazo ectópico es un procedimiento de urgencia que suele efectuarse fuera de las horas ordinarias de trabajo cuando el ambiente y la asistencia son mejores que lo ideal para un procedimiento de reconstrucción tubaria. La asistencia quirúrgica conservadora puede tener por objeto extirpar el embarazo y lograr la hemostasia mientras se conserva tanta extensión de trompa normal como se --

pueda. Quizá nunca sea necesario efectuar un procedimiento re constructivo de esta trompa si el oviducto contralateral es funcional.

Durante la laparotomía por embarazo tubario, es imperativo valorar el ovario ipsilateral, el sitio en que se encuentra el cuerpo lúteo y el estado de los anexos contralaterales. La extirpación segmentaria de la gestación ectópica se logra de la manera que describimos a continuación. Se eleva la trompa que contiene la gestación ectópica y se expone el mesosalpinx. Se aplica un punto de nylon 2-0 para efectuar transfixión del mesosalpinx en la región contigua al embarazo tubario, a nivel de un sitio avascular. Se liga la trompa en posición proximal con el embarazo. Se introduce un segundo punto y a través del mesosalpinx en el mismo sitio que el primero, y se liga la trompa en relación distal con el embarazo. Se extirpa el segmento tubario que contiene el embarazo entre estas dos ligaduras. Si no es posible hacerlo, se sutura la -- trompa ligandola en relación proximal y distal con el embarazo, y se liga por separado el segmento del mesosalpinx adyacente a la gestación. Para lograr una conservación máxima del oviducto debe recordarse que la tumefacción tubaria secundaria al edema se extiende más allá del sitio de la gestación.

Gomel informo de seis casos de anastomosis tubotubaria después de extirpación segmentaria de un embarazo tubario. En los seis casos se había extirpado el oviducto contralateralmente a causa de gestación tubaria(4 casos) o por otra razón. La reconstrucción primaria se efectuó como procedimiento primario planeado. En el momento del informe inicial tres de estas pacientes habían logrado un embarazo intrauterino. Desde entonces sucedió lo mismo con un cuarto caso.

Procedimientos Laparoscópicos:

Los autores son defensores ardientes del uso liberal de ultrasonido y laparoscopia para el diagnóstico oportuno del embarazo ectópico. Esto evita complicaciones relacionadas con el retraso en el diagnóstico de este trastorno. Lo que es más, -- permite la asistencia quirúrgica conservadora de ese trastorno mediante laparoscopia, con lo que se evita totalmente la laparotomía.

En caso de gestación tubaria incipiente localizada en el istmo o la parte proximal de la ampolla, se puede electrocoagular el segmento de la trompa que contiene la gestación mediante pinzas adecuadas para sujetar el sitio. Esto se logra mejor a través de una segunda punción. Se toman las pinzas en el sitio de la gestación ectópica y se eleva éste. Se aplica corriente hasta que se logra coagulación suficiente del sitio de la gestación. Para lograrlo, en especial cuando se recurre a corriente bipolar, es necesario sujetar la trompa por dos o tres sitios adyacentes y aplicar repetidamente la corriente. En los casos mas avanzados pero sin rotura primaria es posible la extirpación segmentaria mediante laparoscopia, en tanto el cirujano cuente con la experiencia necesaria. Para lograr esto se requirieron dos punciones clásicas. Se introducen una pinza para asir a través de uno de los cuadrantes inferiores y unas tijeras de electrocoagulación a través del otro. Con las pinzas se sujeta el oviducto que contiene el embarazo y se elevan éstas. Luego, mediante tijeras corriente monopolar, se coagula y secciona en relación distal con el sitio de gestación. El extremo cortado del segmento que contiene la gestación se toma con las pinzas y se eleva. El mesosálpinx adyacente al sitio de la gestación se coagula y secciona de manera adecuada. A continuación se coagula la trompa en relación proximal con el sitio de implantación de la gestación, y se secciona. Esto completa la extirpación.

El segmento extirpado de trompa suele ser demasiado grande para sacarse por una de las cánulas clásicas. La extracción del segmento extirpado se efectúa mejor usando un laparoscopio operatorio (Jacob-Palmer). Se toma de nuevo con una pinza que se introduce a través de la abertura que se encuentra en el laparoscopio operatorio, y se extrae junto con el laparoscopio a través de la canula laparoscópica mayor. Se aspira la sangre que se acumuló en la pelvis y, si es necesario se lava ésta.

En conclusion, teniendo en cuenta la experiencia adquirida hasta la fecha, la cirugía tubárica conservadora parece presentar beneficios limitados, unicamente en aquellas enfermas con un embarazo tubárico sin ruptura que tenga serios deseos de procrear en el futuro y en los casos en que la paciente esté dispuesta a asumir la responsabilidad de las posibles complicaciones ulteriores.

Con una tasa media de embarazo ectópico repetido de aproximadamente de un 15 por ciento, deberán definirse con claridad los deseos reproductivos de la paciente y documentarlos por escrito antes de embarcarse en esta impredecible empresa quirúrgica. En general hemos limitado este procedimiento, que incurre tiempo y resulta técnicamente difícil, a mujeres con embarazo tubárico sin ruptura o con derrame, que tengan menos de 35 años y que solo cuenten con un hijo vivo o con ninguno. No deben de existir contraindicaciones médicas o quirúrgicas para prolongar el procedimiento operatorio.

OTROS TIPOS DE EMBARAZOS ECTOPICOS:

A. Embarazo Ovárico:

Es extraordinariamente raro; hasta hace pocos años se dudaba de su existencia. En la actualidad, no obstante, existe un grupo de casos cuya autenticidad no puede dudarse, como los revisados recientemente por Tan y Yeo. Los criterios diagnósticos que generalmente se aceptan son los que originalmente postuló Spiegelberg

1. Que la trompa, incluyendo la fimbria ovárica se encuentre intacta y separada netamente del ovario.
2. Que el saco gravídico ocupe definitivamente la posición normal del ovario
3. Que el saco gravídico este unido al útero por el ligamento ovárico.
4. Que pueda demostrarse la existencia sin lugar a duda, de tejido ovárico en las paredes del saco.

Cuando recordamos que el huevo existente en el ovario es incapaz de ser fecundado si no sufre ciertos cambios de maduración que solamente pueden producirse a su paso a través de la trompa, comprendemos fácilmente porque es tan raro el embarazo ovárico. En los últimos años se ha producido sin embargo la aceptación bastante general de la opinión que afirma que la implantación no se produce necesariamente dentro del folículo del cual se descargó el huevo, especialmente porque ahora sabemos que la secreción del cuerpo amarillo es indispensable para la implantación. Después de su descarga, el huevo puede ser fecundado y enraizarse en el folículo o en el cuerpo amarillo, pero estos últimos sufren -- pronto la penetración del trofoblasto, que se abre camino -- hasta la estructura ovárica más profunda.

Pese a todo, el mecanismo más común parece ser la implantación cortical del huevo. Una explicación lógica de esto podría ser la frecuencia con la cual se encuentra endometrio en el ovario, y la probabilidad aceptada por muchos autores de que ello se debe a la potencia de diferenciación del epi-

telio germinal. Este último podría ofrecer así un terreno favorable de fijación para el huevo fecundado. Hay muchas dificultades no obstante, en muchos casos de embarazo ovárico para establecer el mecanismo de implantación.

Boronow y col. Describen 4 casos y se ocupan ampliamente de los posibles factores etiologicos del embarazo ovárico. Consideran auténticos 62 casos publicados entre 1950 y 1963 en la literatura Inglesa. Estudios de Lehfeld y col y de otros, sugieren que el embarazo ovárico es desproporcionadamente común en mujeres que usan un DIU. Solamente podemos preguntarnos si esto último puede deberse a un deterioro de la movilidad tubaria, de modo que el huevo fecundado se prepara para la implantación mientras está todavía en la trompa o alguna forma de irritación mecánica del endometrio, como se indica en el trabajo reciente de Fernandez y Barbosa. De todos modos parece ser que el DIU es muy eficaz para impedir el embarazo uterino y tubario (97%) pero tiene poco efecto en una ubicación ovárica que ahora constituye ya el 1 % de todas las gestaciones ectópicas.

B. Embarazo Abdominal:

En sentido estricto, el embarazo abdominal incluye solo las gestaciones dentro de la cavidad peritoneal, excluyendo a aquellas localizadas entre las hojas del ligamento ancho y trompa de Falopio. En el Freedmen's Hospital Clark y Jones señalaron que la incidencia del embarazo ectópico avanzado era de 1 en 1746 partos. Todos sus casos fueron clasificados como embarazos abdominales, y la mayoría fueron muy pronto. La incidencia de embarazo abdominal en la mayoría de los hospitales sin embargo no es tan alta.

Típicamente, el trofoblasto después de penetrar en la pared del oviducto, mantiene su inserción tubárica y gradualmente invade el peritoneo vecino. Mientras tanto, el feto por lo -

general rodeado de amnios continua creciendo dentro de la cavidad peritoneal. En tales circunstancias la placenta se encuentra en la región de la trompa ya no identificable a simple vista y sobre la cara lateral del ligamento ancho y cara posterior del cuerpo uterino. En tales casos mas raros, el huevo implantado parece escapado de la trompa despues de su rotura para implantarse despues en cualquier parte de la cavidad peritoneal. La implantacion primaria del huevo en el peritoneo es tan rara que muchos autores han dudado de su existencia, tal como se indica en la extensa revisión de Cavanagh

Sin embargo se proporciona una prueba concluyente de un embarazo abdominal primario gracias al caso bien documentado de Studdiford que satisface los siguientes criterios en los que debe descansar la prueba de tal tipo de embarazo:

1. trompas y ovarios normales sin evidencia de lesión remota o reciente.
2. ausencia de cualquier evidencia de fistula uteroplacentaria.
3. presencia de un embarazo exclusivamente relacionado con la superficie peritoneal y lo bastante reciente para eliminar la posibilidad de implantación secundaria despues de la nidación primaria en la trompa.

El estado del feto en el embarazo abdominal es muy precario la inmensa mayoría sucumben. Una revisión de la literatura medica mundial refiere un 90% de muerte perinatal.

Algunos autores tambien reportan un aumento en malformaciones congenitas hasta en un 60%. Si el feto muere despues de alcanzar un tamaño demasiado grande para ser reabsorbido, experimenta la supuración, momificación calcificación o formación de adipocera. Existen numerosos casos en los cuales ha transcurrido un periodo de 20 a 30 años antes de la extracción de un litopedion en una operación o en una autopsia.

Mucho mas raramente, el feto se convierte en una masa amarillenta y grisacea a la cual se aplica el termino de "adipocera".

Puesto que la rotura precoz de un embarazo tubárico es la causa habitual de un embarazo abdominal, puede obtenerse una historia sugestiva de accidente en la mayoría de los casos. Muy a menudo puede realizarse una historia de pequeñas pérdidas menstruales, hemorragia irregular o dolor. Es probable que la gestación sea molesta a causa de la irritación peritoneal. En grados variables cabe encontrar náuseas, vómitos, flatulencia, constipación, diarrea y dolor abdominal. Las multiparas manifiestan a veces que el embarazo "no va bien". Al final del embarazo, los movimientos fetales son muy dolorosos. Cerca del término, el útero vacío frecuentemente entra en un trabajo de parto aparente. A la palpación abdominal, la anormal posición del feto, a menudo situado transversalmente, puede ser fácilmente confirmada. Sin embargo la facilidad de la palpación de las partes fetales no es un signo fidedigno, ya que a veces se palpan muy cerca de los dedos del examinador - en los embarazos normales y en especial en las mujeres multiparas delgadas. El masaje de los productos del embarazo a través de la pared abdominal no estimula la masa para que se haga más firme como a menudo ocurre con el embarazo intrauterino avanzado. El cuello suele estar desplazado dependiendo en parte de la posición del feto, y puede dilatarse hasta 2 cm - en el momento del falso trabajo de parto, pero falta el borrado.

Una fundada sospecha de embarazo abdominal se confirma mediante examen radiológico con una sonda o material radiopaco en el útero. Entonces se demuestra claramente que el feto yace fuera de la cavidad uterina, pero tales técnicas no son procedimientos iniciales seguros si el feto es intrauterino.

Cockshott y Lawson han tenido la oportunidad de valorar radiográficamente un gran número de casos de embarazo abdominal. - sus conclusiones son resumidas en el siguiente párrafo:

Signos Radiológicos del Embarazo Abdominal:

Conclusivos

- Litopedion
- Union íntima del feto a la pared abdominal materna
- Histerografía (indicaciones precisas)
- Angiografía pélvica

Indicativos

- Gas libre contorneando el saco gestacional abdominal
- Hidramnios rodeando el saco gestacional por encima de la pelvis.

Sugestivos

- Posición fetal elevada con una postura rara
- Sobreposición fetal con la columna de la madre en la proyección lateral
- Gas (que no sea reactal) por debajo de la parte que se presenta.

Dudosos

- Aumento de la claridad de las partes fetales
- Inmovilidad del feto
- Superposición de gas intestinal de la madre en los 2 planos
- Cistografía

Contraindicados

- Neumoperitoneo
- Estudios de venas miométricas
- Amniografía

Tratamiento:

La operación para el embarazo abdominal precipita con frecuencia una hemorragia violenta. Sin una transfusión sanguínea masiva el pronóstico es desesperado para muchas de tales pacientes. De aquí que sea imprescindible disponer de inmediato de - al menos 2000 ml de sangre en sala de operaciones y de la mayor cantidad en el banco de sangre.

Siempre que el tiempo lo permita preoperatoriamente el intestino ha de prepararse, empleando tanto limpieza mecánica como

agentes antimicrobianos, puesto que a menudo el intestino está íntimamente adherido a la placenta y a las membranas. El momento de la cirugía está indicada tan pronto se establezca el diagnóstico, y se hayan completado los pasos adecuados -- preoperatorios para la cirugía.

Puesto que la eliminación de la placenta en el embarazo abdominal siempre lleva consigo el riesgo de hemorragia, antes de intentar la extirpación del órgano, uno debe estar seguro de que los vasos que irrigan la placenta pueden ser ligados eficazmente. En general tiene que sacarse al niño y cortar el cordón cerca de la placenta y cerrar el abdomen.

Por desgracia, no es infrecuente que la placenta, si se deja en la cavidad abdominal, comúnmente produzca complicaciones en forma de infección, abscesos, adherencias, obstrucción intestinal y dehiscencia de las suturas.

La pérdida perinatal de embarazo abdominales es tan grande - que los esfuerzos para salvar el feto son casi siempre infructuosos. Ware cito una tasa de mortalidad materna del 14.5% - en 249 casos recopilados de la literatura médica mundial, lo que indica que el embarazo abdominal es aún una de las complicaciones más graves de la obstetricia.

C. Embarazo Cervical:

El cérvix es un lugar poco frecuente para la implantación placentaria, pero resulta peligroso a causa de la complicación de la hemorragia ligada a la penetración del trofoblasto a través de la pared del cuello, que perturba la irrigación sanguínea uterina. Esta curiosa anidación trofoblástica puede estar relacionada con una placentación en la unión de los segmentos inferiores de la matriz y el cervix que se extiende secundariamente al conducto cervical. Las pérdidas sanguíneas que sobrevienen a menudo en períodos avanzados, son debi-

das a la profusa vascularización de la región y ocurren tan sólo cuando el proceso de gestación comienza a engrosar el conducto cervical a causa de su progresivo crecimiento.

Los criterios para el diagnóstico del embarazo cervical fueron establecidos inicialmente por Rubin en 1911, incluyendo estas condiciones:

1. debe reconocerse la presencia de glándulas cervicales frente a la fijación placentaria.
2. la fijación de la placenta al cervix debe ser íntima
3. la totalidad o una porción de la placenta debe estar colocada por debajo de la entrada de los vasos uterinos o de la reflexión peritoneal en las caras anterior y posterior en el útero.
4. en el cuerpo uterino debe haber ausencia de elementos fetales.

La frecuencia de esta rara entidad varía entre 1 en 16 000 embarazos como lo certifica la clínica Mayo y la más elevada frecuencia de 1 en 1 000 embarazos en Japón. Se considera la alta frecuencia del aborto electivo en el Japón como uno de los principales factores etiológicos en esta frecuente asociación. Es posible que en los Estados Unidos el Embarazo cervical aumente en su frecuencia con el acrecentado empleo del aborto electivo.

El diagnóstico se confunde a menudo con un proceso neoplásico debido a la marcada vascularización y a la consistencia - friable del proceso gestacional. Puede suscitarse una hemorragia profusa si se ha confundido la placenta con un tumor y se ha realizado una biopsia sobre aquella. También se debe hacer diagnóstico diferencial con un aborto.

El tratamiento de un embarazo cervical es quirúrgico y requiere habitualmente una histerectomía abdominal, pues un verdadero embarazo cervical es incompatible con feto viable. Esta implantación anormal por lo común producirá síntomas dentro del primer trimestre. Aunque ocasionalmente puede realizarse una evacuación conservadora de un embarazo cervical muu

precoz mediante dilatación y raspado cuidadosos como los documentos Whittle. Mortimer recomienda que no se lo intente -- nunca si la gestacion tiene mas de 8 semanas. Por lo tanto-- en la mayoría de los casos se considera desaconsejable un tratamiento conservador.

D. Embarazo Combinado:

La primera descripción de la coexistencia de los embarazos - intra y extrauterinos se debe a Duverncy, en 1708. El número de tales gestaciones heterotópicas registradas hasta la fecha sobrepasa los 500, y la frecuencia aproximada es de 1 en 30-mil embarazos. La probabilidad de que ambos tipos de embarazo lleguen a su término es sumamente escasa. Reeves y Savarase-comunicaron que sólo había 16 ocasiones registradas de resultado exitosos de ambos embarazos antes de 1954 y desde entonces se han comunicado muy pocos casos más. Alrededor de un 50 por ciento de estos procesos se asocia con la muerte - de un gemelo intrauterino. Pueden producirse varias combinaciones de embarazos, incluyendo el abdominal, el ovárico y - el tubárico juntamente con la implantación intrauterina.

El diagnóstico debería normalmente sospecharse al apreciar - un aumento moderado de tamaño del útero mientras se practica la extracción de una preñez ectópica. No obstante, debido al hecho de que el tamaño de la matriz puede oscilar grandemente dependiendo de la duración de la gestación extrauterina, este signo clínico se pasa frecuentemente por alto. Por lo común es tan sólo cuando la paciente no presenta sus menstruaciones en meses sucesivos, después de la remoción de un embarazo ectópico, que nace la sospecha clínica de una gestación adicional. La continuación del agrandamiento de la matriz y - el resultado positivo del test de embarazo confirma el diagnóstico.

El problema principal en el tratamiento de un embarazo combinado, si ambos fetos están vivos y han llegado al estadio medio de la gestación se refiere a la determinación del momento en que debe finalizar la misma. El riesgo de una hemorragia-intraabdominal resulta grande si continua el embarazo extrauterino, lo cual apoya las recomendaciones de una propia y -- pronta terminación de dicho proceso.

Si bien se han comunicado resultados exitosos permitiendo que el embarazo extrauterino se acerque a su termino, bajo cuidadosa observación clínica, constituye un gran riesgo para la madre y el feto intrauterino, que podría ser desastroso para ambos.

El embarazo simultaneo en ambas trompas tambien es posible; se han observado en diversas ocasiones asi como embarazos intrauterino y tubario simultaneos. Es menos frecuente el embarazo unilateral gemelar. Loh y Loh sólo han podido reunir 84-casos; insisten en que tales gemelos suelen ser monocigóticos. Forbes y Natale han publicado recientemente un caso de embarazo tubarico triple.

E. Embarazo Ectópico Posthisterotomía:

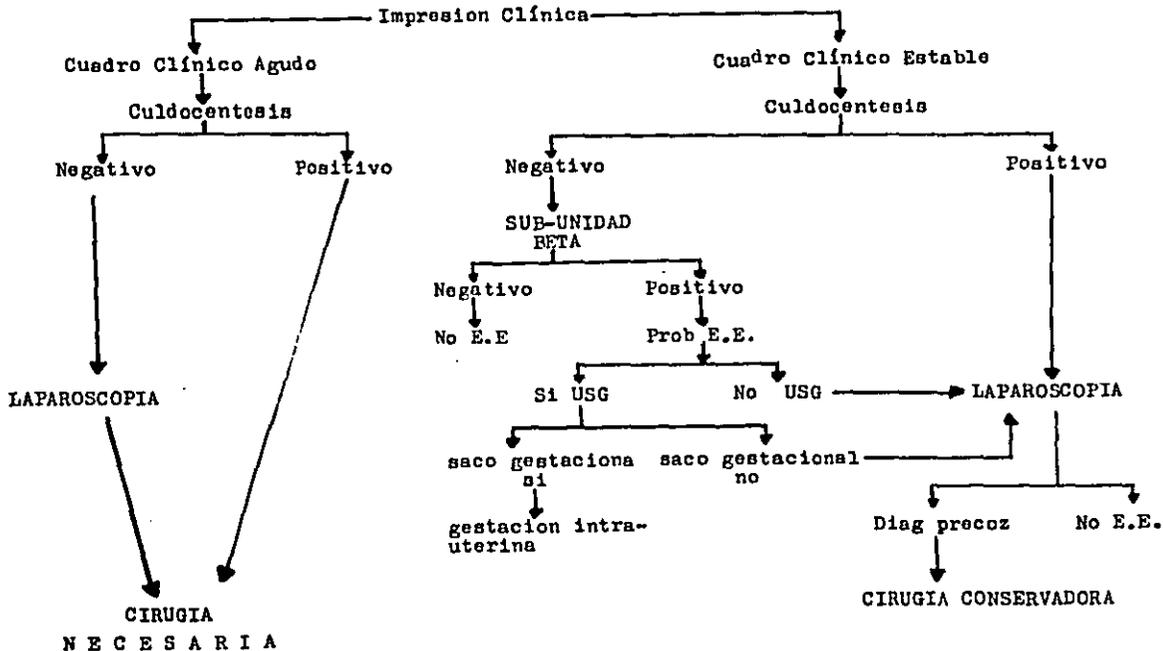
Aunque se han observado algunos casos de prolapso de las trompas de Falopio después de Histerectomía, en los que salían las fimbrias a través de la boveda vaginal, hemos tenido la impresión de que sería difícil un embarazo ectópico. La fisiología de dicha trompa prolapsada, sin utero intermedio, estaría alterada, de forma que la posibilidad de embarazo sería mínima,

En tanto que es raro el embarazo tubarico posthisterectomía, el clínico prudente no puede prometer en forma absoluta a una paciente que no se embarazara después de extirparle un útero. Hanes, ha informado 11 casos de embarazo después de histerectomía vaginal o abdominal. Encuatro el embarazo probablemente antecedía a la intervención, ocurriendo la concepción antes-

sin ser reconocida al momento de la operación. Tal vez esto suceda con mucho mayor frecuencia de lo que se piensa interpretándose la anemia consiguiente y la induración pélvica como una hemorragia intraabdominal causada por la intervención en sí/ A menudo cura espontáneamente y no necesita operación, - pero no siempre.

En otros casos han pasado años entre la histerectomía y el embarazo ectópico, de tal forma que no tenemos otro recurso -- que suponer que hay alguna otra vía por la que puede ascender el espermatozoide para fertilizar un ovulo expulsado. El caso reciente de Kornblatt y Bruden y Vigilante han publicado otros casos. También podemos pensar que el descenso del -- huevo fertilizado por la trompa se ha retardado, permitiendo que el trofoblasto y las vellosidades se desarrollen lo suficiente para permitir la implantación de la trompa o menor comúnmente en el abdomen. Sería una crueldad mental el mencionar esta remota posibilidad a la mujer joven histerectomizada.

EMBARAZO ECTOPICO



OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia, los factores de riesgo los métodos diagnósticos más eficientes y el tratamiento más efectivo de las pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Central-Norte de Concentración Nacional de Petróleos-Mexicanos.

MATERIAL Y METODOS:

En la presente revision, se encontraron 96 casos de embarazo ectópico en un periodo de seis años comprendido desde 1979 - a 1984, en el Hospital Central Norte de Concentración Nacional de PEMEX en México D.,F.

Los datos fueron recolectados en forma retrospectiva de la - revision de 150 expedientes que tenian diagnóstico preoperatorio de embarazo ectópico. Los 96 casos que se presentan en su totalidad, fueron confirmados por anatomía patológica.

Los parametros que se tomaron en cuenta para este estudio - comprendieron entre otros a:

1. Número de partos atendidos en la Unidad de Tocoquirurgia
2. Relación de embarazos ectópicos por año
3. Incidencia del embarazo ectópico
4. Edad de las pacientes
5. Realacion con la gestacion y paridad
6. Antecedentes de abortos
7. Antecedente de esterilidad
8. Antecedente de cirugia previa
9. Sintomatologia al ingreso.
10. Auxiliares diagnosticos (USG, laparoscopia, culdocentesis...)
11. Tipo de intervencion practicada
12. Tiempo de embarazo
13. Diagnostico pre y postoperatorio
14. Morbimortalidad
15. Futuro obstetrico.

Los resultados de este estudio y los parametros tomados en con sideración, se explican con todo detalle en los cuadros que a- continuación se exponen:

RESULTADOS:

En la revisión de expedientes de pacientes obstétricas que ingresaron a la unidad de Tocoquirurgica del Hospital Central Norte de Concentración Nacional de PEMEX en el periodo comprendido de 1979 a 1984, encontramos que el número total de ingresos de pacientes embarazadas fue de 9 501 y de ellos el número mayor correspondió en el año de 1984 como se muestra en el cuadro 1.

Cuadro No. 1

<u>Numero de partos atendidos de 1979 a 1984</u>	
1979	1580
1980	1469
1981	1521
1982	1631
1983	1520
1984	1780
TOTAL	9501

En relación al número de embarazos ectópicos por año es bajo en comparación con otros reportes de la literatura no sobrepasando el porcentaje de 1.09% y haciendo un total de 96 embarazos ectópicos en seis años para un porcentaje total de 5.50%

El menor número de embarazos ectópicos se reportó en 1979 con 12 en total y el mayor número estuvo comprendido entre los años de 1980-1982 en que rebazo el porcentaje de 1.00%.

Wolfovich en una revision de 386 casos de embarazo ectópico reporta porcentajes parecidos a los nuestros, refiriendo un embarazo ectópico por cada 312 partos. (75)

Cuadro No. 2

TOTAL DE EMBARAZOS ECTOPICOS POR AÑO

<u>Año</u>	<u>No. Ectopicos</u>	<u>Porcentaje</u>
1979	12	(0.69%)
1980	18	(1.09%)
1981	17	(1.00%)
1982	19	(1.05%)
1983	14	(0.81%)
1984	16	(0.86%)
<u>T O T A L</u>	<u>96</u>	<u>5.50%</u>

Sin embargo en Baltimore se han llegado a reportar variaciones de la incidencia del embarazo ectopico en 1x120 embarazos en mujeres de raza negra, En Rochester la incidencia es de 1x171 La incidencia mas alta es la reportada en la isla de Jamaica con una relacion de 1x28 embarazos.(77) (50)

La incidencia encontrada en nuestro estudio es alta en relacion a estudios efectuados en los E.E.U.U. y se encuentra mas o menos acorde a los datos publicados en la literatura nacional hasta el momento. En los seis años encontramos un embarazo ectópico por cada 97 partos.

En relacion con los grupos de edades en el cuadro No. 3 se muestra una mayor incidencia en el quinquenio de los 25 a los 29 años con un porcentaje de 36.45% el menor porcentaje se registró en los extremos de la vida fértil, datos que -- corresponden con lo reportado en la literatura mundial

Cuadro No 3

EDAD DE LAS PACIENTES Y PORCENTAJES.

<u>Edad(años)</u>	<u>No. casos</u>	<u>Porcentajes</u>
15-19	6	6.25%
20-24	16	18.75%
25-29	35	36.45%
30-34	27	28.12%
35 ó más	10	10.41%

Breen en un estudio de 1982 de 354 pacientes con embarazo ectópico encontro su mayor incidencia en el grupo que dividio -- entre los 25 y 35 años de edad, porcentaje que concuerda con encontrado por nosotros. Diaz de Leon Amonario en el Hospital de la Mujer en 1979 reporta sus mas altos porcentajes igualmente en ese grupo de edades. Marchbanks en un estudio de 31 años con una incidencia de 1x171 encuentra en promedio de edad en 28,5 - años. (50) (4)

En relacion con los antecedentes obstetricos encontramos como lo muestra el cuadro No. 4 la mayor incidencia de embarazo ectópico en la pacientes multigestas. Entendiendo por ello a -- aquella paciente que se habia embarazado mas de tres veces pero menos de seis en que ya era considerada gran multigesta.

Cuadro No. 4GESTACION:

<u>No. Gestas</u>	<u>No. Casos</u>	<u>Porcentaje</u>
Primigestas	14	14.50%
Multigestas	63	62.50%
Gran Multigestas	19	19.79%

Este cuadro nos muestra una gran incidencia de embarazo ectópico en las pacientes multigestas en contraposición con los reportes de la literatura que refieren la mayor incidencia en pacientes primigestas y gran multigestas y sobre todo en aquellas pacientes que no tenían antecedentes de embarazo previo como lo reporta Strathy en su estudio en Rochester, en más del 33% en su estudio de 181 embarazos ectópicos. (50)

En relación con el antecedente de aborto es de hacer notar - que en más del 30% de las pacientes se encontró el antecedente de uno o más abortos y en el 12.50% más de tres abortos como se muestra en el cuadro No. 5. haciendo un total de 45.83% como antecedente de aborto.

Cuadro No. 5ANTECEDENTES DE ABORTOS

<u>No de abortos</u>	<u>No. Casos</u>	<u>Porcentajes</u>
de 1 a 3	32	33.33%
más de 3	12	12.50%
T O T A L	44	45.83%

ESTA TESIS NÓ DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

79

Valorando otro factor, encontramos en 26 casos (27.08%) el antecedente de esterilidad, porcentaje que consideramos alto - con respecto a lo reportado en la literatura (4,15,12,21,28) en que se refieren porcentajes que oscilan entre 10-12%.

En nuestro estudio encontramos este antecedente como se muestra en el cuadro No. 6 como causa primaria en 8 casos (8.33%) y como secundario en 18 casos (18.75%).

Cuadro No. 6

ANTECEDENTES DE ESTERILIDAD

Primaria	8 casos		
Secundaria	18 casos		
TOTAL	26 casos	27.08%	

El tiempo de esterilidad primaria fue de 2 a 8 años con una media de 5 años y en las pacientes con esterilidad secundaria - de 3 a 12 años con una media de 8 años.

CUADRO No. 7

ANTECEDENTES DE CIRUGIA PREVIA ABDOMINAL Y/O GINECOLOGICA.

<u>Tipo de Cirugia</u>	<u>No. casos</u>	<u>Porcentaje</u>
Ectopicos previos	3	3.12%
Cesareas	8	8.33%
Apendicectomias	6	6.25%
Ligadura Tubaria	6	6.25%
Reseccion en cuña	8	8.33%
Cirugia tubaria	1	1.04%
TOTAL	32	33.33%

En 3 pacientes (3.12%) estuvo presente el antecedente de embarazo ectópico, dato que concuerda con la mayoría de los autores en que se observa que la frecuencia con que tiende a recurrir los embarazos ectopicos es baja. (1) (2) (18) (22) (28)

Ocho pacientes tenían el antecedente de cesarea previa dos de ellas con dos cesareas. Es de llamar la atención que seis de las pacientes (6.25%) se les había practicado ligadura tubaria con la técnica de pomey. A seis igualmente se les había practicado apendicetomía, ocho de ellas (8.33%) tenían el antecedente de resección en cuña por estudio de esterilidad con - al parecer plástia tubaria como estudio de esterilidad primaria. El cuadro No. 7 muestra todos estos datos, en total 32 pacientes tenían antecedente de cirugía abdominal/pelvica previa es decir el 33.33%.

Cuadro No. 8

EDAD DEL EMBARAZO ECTOPICO EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCION.

<u>Semanas de Gestacion</u>	<u>No. Casos</u>	<u>Porcentaje:</u>
de 4 a 5	12	12.50%
de 6 a 10	64	66.66%
de 11 a 13	18	18.75%
de 14 a 17	--	-- --
de 18 a 36	1	1.04%
mas de 37	1	1.04%

En 85 casos (88.54%) la intervención quirúrgica se practico en el primer trimestre y en este, el mayor número de casos (76) es decir el 79.15% en las primeras 10 semanas. En el segundo -

trimestre solo 10 casos (10.41%), y en el tercer trimestre solo uno que amerito un trabajo especial ya que fue abdominal - con una amenorrea de 41 semanas obteniendose mediante cesarea un producto de 3.100 Kg. el cual no se habia sospechado preoperatoriamente. Esto nos da un porcentaje de 1.04% de embarazo ectopico a termino con producto vivo. Porcentaje mucho muy alto comparado con el 0.14 a 0.40% de la literatura. (17,28,35 72,74,77).

Cuadro No. 9

SINTOMATOLOGIA AL INGRESO:

Sintoma	No. casos	Porcentaje
Dolor	90	93.75%
Amenorrea	84	87.50%
Sangrado	78	81.25%
Nauseas	48	50.00%
Vomitos	39	40.62%
Lipotimias	15	15.62%

En el cuadro anterior anotamos la sintomatologia mas frecuente encontrada en la paciente, evidenciandose los mas altos porcentajes al dolor, retraso menstrual y sangrado triada que en mas del 90% es patognomica de embarazo tubario como se refiere en la literatura. (1,5,12,14,15, 17, 20, 23, 28, 30, 32, 34, 41, 47, 50, 65)

Cuadro No 10

SIGNOLOGIA AL INGRESO:

Tumoracion Palpable	82	85.41%
Peritonismo	76	79.16%
Hipertermia	40	41.66%
Hipotension	28	28.12%
Choque	22	22.91%
Pelipnea	15	15.62%

En cuanto a la signología, el signo mas frecuentemente encontrado fue el de tumoración palpable junto con datos de peritonismo y datos de choque hipovolemico en el 22.91% de los casos.

Veinte pacientes fueron sometidos a estudios complementarios para diagnostico de embarazo ectópico que fueron catalogados como estudios especiales. De los veinte a quince se les practico ultrasonografia y en solo una tercera parte de estos 33.33% se pudo confirmar el Dx presuncional, con un error de hasta el 66.66%, datos que no van de acuerdo a lo expresado en la literatura mundial en que refieren una seguridad diagnostica hasta de 94% en manos expertas. (2,4,11,12,16,29,42, 49, 64,69,76) y este porcentaje aumenta si se hace en conjunto con prueba inmunologica de embarazo. En relacion con la Laparoscopia diagnostica solo se empleo en 5 casos en que existia duda diagnostica confirmandose en el 100% de los casos la presencia del embarazo ectópico porcentaje bastante alto con respecto a la literatura mundial en donde dan un factor de error hasta del 11.1%. (2,4,32)

CUADRO No. 11

ESTUDIOS ESPECIALES:

Laparoscopia	5 casos
Ultrasonografia	15 casos

En cuanto a estudios complementarios, estos se llevaron a cabo en forma incompleta en algunos casos. Es decir la determinacion de gonadotropinas se efectuó en 67 pacientes resultando positivas en 40 de ellas lo que representa un 41.66% de fidelidad y en 27 de ellas (28.12) resultaron negativas lo que tie-

ne significancia clinica en cuanto a la posibilidad de viabilidad del producto o muerte anterior. Muchos estudios se han efectuado encaminados en demostrar la utilidad de la determinacion de gonadotropinas o bien la fraccion beta de la gonadotropina dando resultados sorprendentes de hasta un 97% de fidelidad en el diagnostico temprano sobre todo asociado con estudios complementarios de gonadotropinas con ultrasonografia, o gonadotropinas con laparoscopia. (7,14,24,29,33,37,41,45,52)

Cuadro No. 12.

GONADOTROPINAS		
Positivas	40	41.66%
Negativas	27	28.12%
	<u>67</u>	<u>69.78%</u>

En cuanto al procedimiento quirurgico de culdocentesis existe, mucha controversia de su utilidad diagnostica sobre todo por la alta incidencia de falsas negativas. Ya que en el estudio de Lucas (44) muestra un 10% de falsas positivas. Nosotros en contramos un 24% de falsas negativas. Es pues importante no solo guiarse de este estudio para diagnosticar un embarazo ectopico aunque estudios de Capranno y Maussodina (6,51) dan una certeza de este procedimiento hasta del 96% en los embarazos ectopicos rotos. Nosotros realizamos este procedimiento en 75 pacientes (78.11%) con una eficiencia Diagnostica del 76.00%.

Cuadro No. 13

CULDOCENTESIS		
Positivas	57	76.00%
Negativas	18	24.00%
TOTAL	<u>75</u>	<u>100.00%</u>

Otros de los factores que evaluamos en este estudio fue la cantidad de hemoglobina, hematocrito y el hemoperitoneo encontrado durante el acto quirurgico. El 51.04% de lo pacientes ingresaron con una hemoglobina entre 6 y 9 gr con un hematocrito -- entre 21 y 29. La perdida sanguinea encontrada en cavidad abdominal en mas del 50% de los pacientes fue menor de 500 cc y solo el 15% de las pacientes requirio transfusion de paquete globular, tomando en cuenta que mas del 22% llego en un estado de choque hipovolemico y el bajo porcentaje de hematocrito de la paciente, creemos que los resultados de las hemoglobinas reportados son cifras que cronicamente manejan las pacientes y no necesariamente sean secundarias a su cuadro del embarazo ectópico.

Cuadro No 14

HEMOGLOBINA		
Cantidad en gr	No casos	%
menor de 5	4	4.16%
entre 6-9	49	51.04%
10 ó mas	43	44.79%

Cuadro No 15

HEMATOCRITO		
Cantidad porcentual	No casos	%
menor de 20	5	5.20%
21 y 29	43	44.79%
30 y 39	36	37.50%
40 ó mas	12	12.50%

Se efectuaron en total 92 laparotomias exploradoras con el Diagnóstico presuncional de embarazo ectópico en el 90.52% ya que en 5 (5.11%) se tenían la certeza de embarazo ectópico no roto por medio de la Laparoscopia. En cuatro casos más el dx preoperatorio fue de apendicitis y fue por ello que se efectuó incisión tipo Mc Burney como se muestra en el cuadro No. 16.

Cuadro No. 16

TIPO DE INCISIONES:

Media	92	95.83%
Mc Burney	4	4.17%

De los 96 casos de embarazo ectópico, en 15 de ellos la intervención fue indicada con probabilidad de tratarse de un embarazo ectópico o asociación de otra patología pélvica como lo muestra el cuadro No. 17 apreciándose un factor de error diagnóstico hasta de un 15.63%

Cuadro No. 17

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Diagnóstico	No casos.	porcentaje.
Emb. Ect. roto	76	79.16%
Emb. Ect. no roto	5	5.20%
Quiste de ovario roto	6	6.25%
Apendicitis	4	4.16%
Piosalpinx	2	2.08%
Quiste torcido ovario	2	2.08%
Síndrome abdominal agudo	1	1.04%

CUADRO No. 18TIPO DE CIRUGIA EFECTUADA

<u>Operación Practicada</u>	<u>No. Casos</u>	<u>Porcentaje</u>
Salpingectomia derecha	48	50.00%
Salpingectomia izquierda	43	44.79%
Salpingooforectomia der.	2	2.08%
Salpingooforectomia izq.	3	3.12%
Reseccion en cuña contral.	5	5.20%
Ligadura tubaria contral.	7	7.29%
Histerectomia	1	1.04%

Existen varias publicaciones en que recomiendan la cirugía conservadora en caso de embarazo ectópico no roto (8,10,21 23,27,36, 47, 67, 68, 70) casi todos ellos basados en el principio básico de la mujer joven que desea conservar la fecundidad, sin embargo existen datos también de la recidiva de un embarazo ectópico en aquella tuba reprimada hasta en un 45% Nuestra escuela y en base a la paridad de la paciente es técnicamente reseccionista. Nuestro estudio muestra que en cerca del 95% de las pacientes se les efectuó salpingectomia siendo más frecuente del lado derecho, así mismo se efectuaron intervenciones complementarias por existir patología concomitante con el embarazo ectópico. Es de resaltar la histerectomia, que se efectuó, por haber sido perforada accidentalmente durante los procedimientos diagnósticos y encontrarse el tejido muy friable.

En cuanto al hallazgo de hemoperitoneo encontrado durante la intervención éste varió desde menos de 500 hasta 2000 cc siendo la gran mayoría portadora de menos de 500 cc con un porcentaje de 54.05%, como lo muestra el cuadro No. 19.

Cuadro No. 19HEMOPERITONEO.

<u>Cantidad</u>	<u>No casos</u>	<u>porcentaje</u>
Menos de 500 cc	40	54.05%
de 500 a 999 cc	16	21.62%
de 1000 a 1499 cc	13	17.56%
de 1500 a 2000 cc	05	2.70%

En relacion a la localizacion anatomica del embarazo ectópico en el cuadro No. 20 apreciamos una localizacion francamente ampular en mas del 82% y le sigue en frecuencia la region istmica con un 11.45% es importante recalcar la presencia de tres embarazos abdominales dos de los cuales fueron representativos del segundo trimestre, con implantacion en fondo de saco y en el ligamento ancho y el tercero motivo de otra publicacion un embarazo a termino con producto vivo. En cuanto a la frecuencia de la localizacion concuerda nuestro estudio con lo encontrado en la literatura. (1, 5, 12, 17,...)

Cuadro No. 20LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO:

<u>Region</u>	<u>No casos</u>	<u>porcentaje</u>
Ampular	79	82.29%
Istmico	11	11.45%
Abdominal	3	3.12%
Intersticial	2	2.08%
Ovarico	1	1.04%
TOTAL	96	100.00%

De los 96 casos de embarazo ectópico de nuestra serie 55 fueron reportados por el anatomopatólogo como embarazo tubario del primer trimestre (57.29%) 10 como tubario no roto del primer trimestre, 11 como tubario roto del segundo trimestre, 3 embarazos abdominales, 15 abortos tubarios, un embarazo ovarico y un embarazo interligamentario

Cuadro No. 21

RESULTADOS ANATOMOPATOLOGICOS

Diagnosticos	No casos	porcentaje
Tubario roto 1 ^{er} Tri.	55	57.29%
Tubario roto 2 ^o Tri.	11	11.45%
Tubario no roto	10	10.41%
Aborto tubario	15	15.62%
Embarazo ovarico	1	1.04%
Embarazo Interligamentario	1	1.04%
Embarazo abdominal	3	3.12%
TOTAL	96	100.00%

A pesar de haberse efectuado en total 75 revisiones bajo anestesia con su correspondiente culdocentesis, solo se efectuaron 50 legrados uterinos con los reportes anotados en el cuadro no. 22

Cuadro No. 22

RESULTADO DE LEGRADOS

Decidua	14	28:00%
Efecto Hormonal Mixto	16	32:00%
Reaccion Arias Stella	12	24:00%
Endometrio Hipersecret	8	16:00%
TOTAL	50	

En relacion con los resultados encontrados de los legrados practicados existen varios reportes con diversidad de porcentajes en relacion con la llamada patognomonía de la reaccion de - Arias Stella. (28,61,71) estos porcentajes varían desde un 10% hasta un 78% en los embarazos ectopicos, lo cierto es que la reaccion antes mencionada es una respuesta del endometrio al estímulo de gonadotropinas o bien a esteroides, como se ha encontrado en pacientes que han ingerido por tiempo prolongado anticonceptivos. En nuestro trabajo nosotros encontramos este reporte en tan solo el 24% de los legrados practicados cifra que encaja dentro del amplio límite reportado en la literatura.

Cuadro No. 23

ESTANCIA HOSPITALARIA

<u>Días</u>	<u>No casos</u>	<u>porcentaje</u>
3	10	10.41%
4	56	58.33%
5	18	18.75%
6 ó mas	12	12.50%

En cuanto a días de estancia hospitalaria cerca del 70% de las pacientes fueron dadas de alta por mayoría dentro de las 72 hr posteriores a su intervención y el 12% presente anormalidad en cuanto a días estancia promedio por varios motivos, de los 12 casos 9 por que presentaron complicaciones postoperatorias y los 3 restantes por problemas administrativos del hospitalismo. No encontramos reportes en la literatura acerca del promedio de días hospitalizadas sin embargo en un reporte de 1978 de Sabiston, refiere como promedio de 3-4 días en aquellas pacientes a las cuales se les efectuó laparotomía exploradora sin repercusiones hemodinámicas importantes, con lo que concuerdan la mayoría de nuestras pacientes.

Cuadro No. 24MORBIMORTALIDAD.

<u>Complicacion</u>	<u>No. Casos</u>	<u>Porcentaje</u>
Inf. Vias Urinarias	3	3.12%
POP Febril	4	4.16%
Absceso Pélvico	2	2.08%
TOTAL	9	9.37%
MORTALIDAD	1	1.04%

Dentro de las complicaciones encontradas en el estudio de las 96 pacientes revisadas, solo nueve presentaron complicaciones, entre las que resaltan la infeccion de vias urinarias en tres de ellas, quizá esto debido a la frecuente cateterizacion vesical y curiosamente no habian recibido ningun medicamento antiseptico. Cuatro mas presentaron hipertermia teniendo el antecedente de transfucion durante el trasoperatorio por hipovolemia y sin habersele encontrado foco infeccioso alguno. Fueron dadas de alta sin sintomatologia. Las dos pacientes restantes con absceso pelvico residual que requirio reintervencion, - y drenaje.

La mortalidad reportada de 1.04 se debio a una paciente multi gesta que llevo en muy malas condiciones generales en choque - hipovolemico con grave repercusion hemodinamica y la cual no fue posible salvar.

Cuadro No. 25FUTURO OBSTETRICO.

Embarazo Normal	8 pacientes	8.33%
Ectopico Repetido	3 pacientes	3.12%

En este cuadro No. 25 observamos que de las 96 pacientes que revisamos, ocho (8.33%) volvieron a embarazarse sin complicaciones y en tres (3.12%) el embarazo ectopico recidivo en la tuba contralateral, de estas paciente una de ellas era una paciente con el antecedente apenas un año anterior de salpingectomia por ectopico, 19 años, nulipara.

COMENTARIOS:

Al iniciar la introducción de este trabajo, indicabamos que uno de nuestros objetivos principales, era el de obtener datos estadísticos de la incidencia del embarazo ectópico en nuestro Hospital, datos que son importantes en cualquier institución de Salud que se preste de serlo.

Revisamos cerca de 150 expedientes con diagnóstico preoperatorio de embarazo ectópico, con muchas dificultades ya que los expedientes en su gran mayoría se encontraban o bien microfilmados o en otra institución coparticipadora del Hospital Central, como son los Hospitales regionales o Clínicas periféricas.

El estudio comprendió la revisión de 96 casos de embarazo ectópico, 54 expedientes de los 150 revisados no cumplieron los requisitos para poder ser encausados en este estudio.

Al revisar los partos atendidos en la Unidad de tocoquirurgia en los seis años que duro el estudio, fueron en total 9 501, encontrandose un total de 96 casos de embarazo ectópico, dandonos una incidencia de 1x cada 97 partos, cifra que puede ser considerada alta, sobre todo si la comparamos con la incidencia reportada en la literatura Norteamericana en la población con un nivel sociocultural mas elevado, pero se encuentra en promedio con la población de los países llamados del tercer mundo.

Al estudiar la edad de las pacientes atendidas en nuestra casuística, el mayor número de casos se presento entre los-

25 y 35 años, datos que van de acuerdo a lo reportado a nivel mundial (1,4,15,28), sin embargo mas del 25% de las pacientes tenian menos de 24 años, edad que nos da una idea del inicio de relaciones sexuales en forma prematura con -- las consiguientes riesgos de embarazos no deseados e infecciones repetitivas, estos datos corresponden a lo reportado a nivel mundial con una alta incidencia de inicio de relaciones sexuales a edades tempranas.

Los datos obtenidos respecto a la gestación y paridad como lo haciamos notar en el cuadro de resultados, encajan con los obtenidos por otros autores en la que la gestación ectópica es mas frecuente en las grandes multiparas (54%).

Creemos tambien que los antecedentes de abortos (45.83%) que presentaron estas pacientes, fue bastante alto y va en relación solo a publicaciones nacionales como las de Wolfovich, y Rizo Santiago y que seguramente son datos que deberan deservir como pilar para el interrogatorio de la paciente en el que se sospeche embarazo ectópico, sobre todo si estos abortos fueron provocados o cursaron con alguna infección.

El antecedente de esterilidad encontrado en este trabajo nos habla del alto porcentaje de este antecedente no referido en la mayoria de la bibliografia, pero que nosotros lo encontramos en mas del 25% de las pacientes. Esto nos obliga a -- buscar mas intensionalmente este antece ente en todas las pacientes en que se sospeche embarazo ectópico. Existen tres trabajos de dos instituciones del país, en donde si tomaron en cuenta este parametro pero encontrando una frecuencia -- mas baja en relacion a la nuestra. La frecuencia con que se presenta este antecedente segun Jones y cols. es de un porcentaje del 10 al 15%.

La recurrencia de embarazos ectópicos, igual que en otras estadísticas, fue baja (3.12%), pero mayor interés tiene que en nuestra serie de casos, 32 pacientes (33.33%) tenían el antecedente de cirugía previa, no solo en la esfera ginecológica sino en la región abdominal. Es probable que los factores adherenciales comunes, como secuela de cirugía abdominal hallan intervenido en la etiología del embarazo ectópico.

Comentario aparte merece el que dentro de este grupo de pacientes en seis de ellas se había practicado ligadura tubaria con fines de esterilización. Cuatro de ellas en forma extrahospitalaria lo que nos hace suponer una técnica operatoria defectuosa, ante este antecedente es importante recalcar que a pesar de existir el antecedente de ligadura tubaria, esto no descarta por sí mismo la entidad patológica de embarazo ectópico.

Al analizar los resultados obtenidos respecto a la edad del embarazo en el momento de la intervención, como era de esperarse el mayor volumen de pacientes fue intervenida en el primer trimestre, y de estas, las que presentaban de 3 a 10 semanas de retraso menstrual; pero de mayor interés resulto el hallazgo de un embarazo abdominal de término y vivo que mereció una publicación anexa.

En la mayoría de los casos el diagnóstico se hizo basándose en la signología y sintomatología, en la que los datos de retraso menstrual, dolor sangrado y tumoración palpable, fueron las que orientaron al diagnóstico en conjunto con el resto de los datos obtenidos en la historia clínica. El retraso menstrual, en 12.50% de las pacientes no se presentó, lo que confirma que la ausencia de esta entidad clínica, no excluye de manera alguna la perturbación ectópica, como lo refieren Wolfovich y cols. Una de las razones de esto es que la paciente interpreta erróneamente la hemorragia anormal como un periodo menstrual normal.

En ocasiones las condiciones de la paciente con un cuadro dramático, materialmente nos esta gritando que tiene un embarazo ectópico roto y basta con verla para orientarse hacia el diagnóstico, sin embargo en otras ocasiones cuando no se ha presentado la ruptura o ésta es antigua y ha cedido la hemorragia el diagnóstico puede tornarse difícil, por lo que siempre es conveniente auxiliarse de métodos complementarios de diagnóstico, como son la laproscopia, ultraecsonografía, culdocentesis y analisis de laboratorio, que si no son concluyentes, si son valiosos auxiliares para un diagnóstico definitivo. Sin embargo a pesar de todo esto, en nuestra casuística, encontramos un factor de error diagnóstico preoperatorio del 15.53%. Pensamos que si se fomentara el uso de la laparoscopia como auxiliar diagnóstico, el factor de error disminuiría grandemente, por la seguridad que da este procedimiento en manos seguras.

Una vez hecho el diagnóstico, por demás esta decir que la reposición oportuna de sangre y líquidos para mejorar el estado de la paciente y la intervención quirúrgica es el tratamiento adecuado y que, como reportan la mayoría de los autores reduce la mortalidad a cero, por lo que es necesario contar con personal médico preparado, material quirúrgico disponible y un banco de sangre funcionando.

En nuestro estudio en todas las pacientes se le practica cirugía mutiladora practicandose salpingectomia y en algunos casos hasta ooforectomía, sin embargo existen reportes que sugieren cirugía conservadora sobre todo si la paciente ha tenido un aborto tubario y la tuba esta intacta con ligadura de vasos en el mesosalpinx refieren buena evolución obstétrica(10,31,47) sin embargo para ello se necesita en primero un entrenamiento adecuado, material idoneo y paciente adecuada.

En el 100% de los casos, se confirmo por medio de anatomía patologica los resultados de las muestras enviadas para su estudio, apreciandose una mayor frecuencia de embarazo ec topico del primer trimestre.

En cuanto a los resultados de los legrados efectuados, solo el 24% represento la reaccion de arias Stella y dando posibilidad en 16% restante sin llegar a ser concluyentes.

Finalmente a pesar de la diversidad de las pacientes que - manejamos desde el punto de vista sociocultural, encontramos una morbilidad acorde a la reportada por diversos auto res y que oscilaentre 12 a 18% . En cuanto a la mortalidad esta ocurrio en una paciente que llego en muy malas condiciones generales y que a pesar de la atencion intensiva no fue posible salvar.

CONCLUSIONES:

1. Se hizo una revisión de seis años de la incidencia, métodos diagnósticos y tratamiento del embarazo ectópico en el Hospital Central Norte de Concentración Nacional en PEMEX, habiéndose encontrado durante el periodo revisado 96 casos de pacientes con dicha patología.
2. Su incidencia durante los seis años fue en promedio de -- 1 x 97 partos, considerada alta con respecto a la literatura mundial.
3. La mayor frecuencia por edades fue entre los 25 y 35 años
4. El mayor número de casos se presentó en multiparas.
5. Los antecedentes de abortos, legrados y cirugía abdominal fueron elevados.
6. El antecedente de dispositivo intrauterino y embarazo -- ectópico se encontró en el 17% de los casos.
7. Aunque el diagnóstico a veces es difícil, en la mayoría de los casos, si se piensa en él es sencillo, aún más, - si se toman en cuenta los auxiliares diagnósticos.
8. En la mayoría de los casos, el diagnóstico se hizo basado en la historia y cuadro clínico.
9. En cerca del 16% de los casos, se cometió el error diagnóstico preoperatorio.
10. Se presentó un embarazo abdominal a término con producto y madre vivos.

11. Excepto en 10 casos, la totalidad correspondió a embarazos ectópicos rotos.
12. Como tratamiento final, prevalece la salpingectomía de primera intención, sin ooforectomía.
13. Se confirmó el diagnóstico anatomopatológico en el 100% de los casos.
14. La morbimortalidad fue significativa.
15. La recurrencia del embarazo ectópico encontrada fue baja.

BIBLIOGRAFIA:

1. Avast R.F. Spontaneous abortion and ectopic pregnancy. *Clinica Mayo Rochester MN* 1983 10/2 (161-172).
2. Bertullesi C, Milani F. Laparoscopy and echography in the diagnosis of ectopic pregnancy description of 215 cases. *Ann. Ostet.Ginecol.Perinata* 1983 Nov-Dic (396-407).
3. Braunstein G.D. Predictive value analysis of measurement - of human chorionic gonadotropin pregnancy specific beta -1 glycoprotein placental lactogen for the diagnosis of ectopic pregnancy. *FERTIL STERIL* 39 (1) 1983 62-67.
4. Brun;Renaud et.al. Echotomography and laparoscopy in diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Contraception -- Fertil Sex* 1978 6/12(851-854).
5. Bulska Nowacha W. The significance of bleeding in the -- diagnosis of ectopic pregnancy. *Am Jour. Obst. Mayo* 1970 (728-730)
6. Caprano V.J. Cul-de-sac aspiration and other diagnostic - aids for ectopic pregnancy. A 22 años analysis. *Int. Surg.* April 70 53(4) pp 245-50.
7. Eirermann W. Comparirion between pregnancy-specific beta beta glycoprotein and HCG detection fir diagnosis of ectopic pregnancy. *Clinic. Obrtetric Gynecology* 1980.
8. Pianus S. The influence of an early diagnosis on the results of surgical treatment of ectopic pregnancy. *Int. J. Gyanecologi-Obstetric.* 21(3) 1983 347-350.
9. Franklin E.W. Tubal ectopic pregnancy;etiology and obstetric and gynecologic sequelae. *Am.J. Obstet-Gynecol* 117(2) 15 sept 73 pp 220-25.
10. Fuchs T. Conservative operative treatment of ectopic pregnancy a new method of tubal hemostatasis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 61(6) 1982 519-520
11. Gildstein S. Early cervical pregnancy: Ultrasonic diagnosis and conservative treatment. *Obstet-Gynecol* 1979 54/6 758-762.
12. Gleicher N. Direct diagnosis of unrupted ectopic pregnancy by real-time ultrasonography. *Obstet-Gynecol* 1983 (4)-425-428.
13. Glynn M.J. Lesson of the week: Diabetic ketoacidosis and- ruptured ectopic pregnancy: fatal combination. *Br Med. J.* abril 28 1984 p 1287.
14. Gloning K.P. Ectopic pregnancy: diagnostic reliability of a new hCG-test (neo-pregno#icon)
Arch Gynecology and obstetrics 235 (1-4) 1983 484-485.

15. Gonzalez F.A. Ectopic pregnancy. A prospective study differential diagnosis. *Gynecol-Obstet* 1981 3(2) 101-9.
16. Hahmann K. Contribution to the diagnosis of ectopic pregnancy with special to ultrasonic diagnosis as well as to abdominal pregnancy. *Gynecology* 1983 105/14 (898-922)
17. Halpin T.F. Ectopic pregnancy. The problems of diagnosis *Am. J. Obstet-Gynecol* 1970 106(2) 227-36.
18. Hann L.E. Coexistent intrauterin and ectopic pregnancy : a reevaluation. *Radiology* 152:1 Jul 1984 pp 151-154.
- 19) Hanski W. Rectal bleeding due to ectopic pregnancy. *Gynecologi* 1983 108/8 (492-494)
20. Hayes HR. Intrauterine and ruptured tubal ectopic pregnancy: a diagnostic challenge. *Ann Emerg-Med* 1984 May 13 Vol 5 pp 355-358.
21. Honore L.H. et al. Failed tubal sterilization as an etiologic factor in ectopic tubal pregnancy. *Fertility and sterility* Vol 29 No 5 may 1978 509-11.
- 22 Honore L.H. Combined intrauterine and tubal pregnancy. A possible case of superfetation. *Am J. Obstet Gynecol* 127-Apryl 1977 885-87.
23. Hughes G.J. The early diagnosis of ectopic pregnancy. *Br J- Surg* 1979 Nov 66(11) 789-792.
24. Hutchins C.J. A sensitivite hemaglutination assay of human gonadotropin in the doagnosis of ectopic pregnancy. *Obstet-Gynecol* 1978 52/4 499-502.
25. Iffy L. Embryo Transfer and ectopic pregnancy. *Jama* 251: 20 may de 1984 pp 2557-62
26. Janata J. Combined intra-uterine and ectopic pregnancy - following the treatment with clomiphen. *Infertility and Sterility* 184 1985 January 476-7.
- 27- Janecok P. Immediate reconstructive surgery in the treatment of ectopic pregnancy. *J. Gynecol-Obstet* 1978 7/7 1261-1267.
28. Jones H.W. *Tratado de Ginecologia decima edicion Interamericana* pp. 636-658.
29. Kadar N. Combined use of serum human chorionic gonadotropin and sonography in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Am J Roengenol* 141 (3-) 1983 609-615.
30. Kaiser P. Diagnosis of ectopic pregnancy with special regard to findings on the mucose membrane. *Gynecol- may* (2T) 737-743.
31. Keresztury of curettage material for the diagnosis of ectopic pregnancy. *Acc Sci-Hung* 1976 24(4) 359-67)

32. King I.R. Diagnosis of unruptured ectopic pregnancy by the use of the laparoscope. J. T. Med-Assoc 1978 Jan 71 19-21
33. Kolmorgen K. The use of laparoscopy in the diagnosis of ectopic pregnancy and its clinical aspects. Gynecol- 100 (12) 1978 pp818-24
34. Kobayashi M. Hellman LM. Ultrasound An aid in the diagnosis of ectopic pregnancy. Am J. Obstetric and Gynecol . 15 apryl 69 103(8) P 1131-40.
35. Kohler B. The bilateral ovarian pregnancy-a rare case of ectopic pregnancy. Gynecology 1983 105/15 1002-1005
36. Kolmorgen K. Clinical features and diagnosis of ectopic-pregnancy: Laparoscopy. Gynecologi 1978 100/12 (812-24)
37. Kosasa T.S. Use of a radioimmunoassay specific for human chorionic gonadotropin in the diagnosis of early ectopic-pregnancy. Obstet-Gynecol Dec 1973 42(6) 868-71.
38. Kunzig HJ. Current considerations in the diagnosis and-treatment of tubal pregnancy. Letter. A. J. Obstetrics 1983 43/11(658. 659)
39. Kuppaswami N. Diagnosis and treatment of cervical pregnancy. Obstet-Gynecol 1983 61/5 (651-653).
40. Laing F.C. Analysis of Ultrasonographic criteria in the-evaluation for ectopic pregnancy. Am J. Roentgenol 131 : 967-971 Dec 1978.
41. Landesman R. Diagnosis of ectopic pregnancy by radioreceptor assay for chorionic gonadotrophin (letter) Lancet 1 (8067) 772-73 apryl 1978.
42. Laughlin C.L. Ultrasonographic diagnosis of cervical ectopic pregnancy. J. Ultrasound 1983 2/3(137-138)
43. Lawson T/ Criteria and accuracy of ultrasonic diagnosis. Am J Roentgenol 1978 131/1 (153-156).
44. Lucas C. Place of culdocentesis in the diagnosis of ectopic pregnancy. Br Med. J 24 Jan 1970 1(690) 200-2.
45. Lundstrom V. Serum beta humana chorionic gonadotrophin levels in the early diagnosis of ectopic pregnancy. Acc. Obstet Gynecol Scand 1979 58/3(231-234).
46. Madanes A.E. The patho physiologic basis for the conservative treatment of ectopic pregnancy. Fertil Steril apr 1984 2-7
47. Makinen J. Problems and benefits in early diagnosis of -ectopic pregnancy. J. Obstet Gynecol 1984 16/6 381-391.
48. Majima S. From de onset to the diagnosis of ectopic pregnancy with special reference to Misdiagnosed cases. J. O. -Gynecologi sept 1968 20(9) 1190-4

49. Maklad N.F. Grey scale ultrasonography in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Radiology* 1978 Jn 126(1) 221-5.
50. Marchbanks P. Incidence of ectopic pregnancy in Rochester Minnesota 1950-1981. *Obstet-Gynecol*- 64(1) Jul 1984 pp.34-43.
51. Massoudina N. Posterior colpotomy as a surgical procedure for diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Excerpta medica* 1977 409(459-460).
52. Mildwidsky A. Human chorionic gonadotropin (beta²-subunit in the early diagnostic of ectopic pregnancy. *Obstet-Gynecol*- 1978 Jun 51(6) 725-726.
53. Moore et al. *Embriologia Clinica segunda edicion inter americana Mexico D.F.* 1984.
54. Nagamani M . Factors influencing fertility after ectopic pregnancy. *Am. J, Obstet- Gynecol* 149:5 July 1 1984 533-5
55. Nakatsu Y. Diagnostic methods of ectopic pregnancy (information for practitioners)(letter) *Lancet* sept 69 18(9) 853-9
56. Nayels.A. Conservative surgery in the treatment of ectopic pregnancy *J. Obstet Gynecol* 1983 4/1 (48-50)
57. Olobo Lalobo JH. Ectopic pregnancy: Problems of diagnosis *J. Obstet Gynecology* 1983 4/2 (112-115)
58. Olson CM. Limitations of qualitative serum beta-HCG assays in the diagnosis of ectopic pregnancy. *J. Reprod-Med* 1983 Dec 28(12) 838-42
59. Omura K. Diagnosis and management of ectopic pregnancy, information for practitioners oct de 1969 18(10) 930-6
60. Ordaz J The endometrium in cases of ectopic pregnancy. *Diagnosis value . Acta Obstet-Gynecol* Dec 69 17(6) 353-68.
61. Pelayo correa, Arias Stella. *Texto de Patologia Prensa. Medica Mexicana* 1977
62. Peters SC. Ectopic pregnancy: changes in serum chorionic gonadotropin concentration: *Obstetric and Gynecology* 1984 Jan 63(1) 76-80.
63. Philipson M. Evaluation of a Highl sensitivite urinaria human chorionic gonadotropin test for early diagnosis of ectopic pregnancy. *Acta Obstet-Gynecol Scand* 1984 73-74
64. Robinson.H.Ectopic pregnancy Revision de 323 casos for - Ultrasonographyc. *Clin Obstet-Gynecol* 1983. 407-421.
65. Satake.M. Management of ectopic pregnancy and emergency - treatment *Leteter* Apr 1970 19(4) 384-90)
66. Scott JR. Ectopic pregnancy in kidney transplant patients A diagnostic challenge. *Obstet-Gynecology* 1978 Jan 51(1) suppl 56-58.
67. Schinfeld J.S. Mesosalpingeal vessel ligation for conservative treatment of ectopic pregnancy. *J, Reprod Med* 1983 28/12 (823-826).

68. Stangel J.J. Tecnicas quirurgicas conservadoras para la gestacion tubaria. Clinicas de Ginecologia 1980(4) 1281-1289.
69. Combined intrauterine and ectopic pregnancy diagnosed by ultrasonography: report of two cases. J. Am. Ultrasonography. 1983 May 82(9)suppl 727-8.
70. Swolin K. A tubal surgeon recommendations for the surgical treatment of ectopic pregnancy. J. reprod-Med 1980 Jul 25(1) 38-40.
71. Szadujkis Lancel H. Arias Stella reactions and value in the diagnosis of ectopic pregnancy. Gineckol pol. 1970 41(08) 903-6.
72. Te Linde R.W. Ginecologia operatoria. Ed ATENEO 1979. pp 316-328 quinta edicion.
73. Thorburn J.E. Early diagnosis of ectopic pregnancy. A review of 328 cases of a five year period. Acta Obstet-Gynecol Scand 1983 62(6) 543-7.
74. Wittich A.C. Conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. J.Am. Pathology. 1982 (81/9) 621-24.
75. Wolfovich MK. Embarazo ectopico correlacion anatomoclinica de 386 casos Ginecol obstet- 25(152) 625-34-1969.
76. Zwiebel WJ. A rational approach to diagnosis and management in ectopic pregnancy. Semin Ultrasound 1983 4/3 - 235-256
77. Zwoloba AP. Ectopic pregnancy United States 1979-1983. clinical aspect. Obstetric and Gynecology 64(3) 1984 - 386-389