

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217
123
2ej

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION



FACULTAD DE MEDICINA

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

EMBARAZO ECTOPICO CORRELACION CLINICA PATOLOGICA

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL DR.

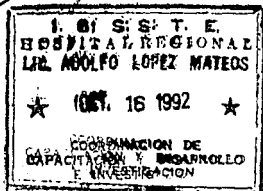
MARCO ANTONIO RODRIGUEZ ROSALES

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. RICARDO LOPEZ FRANCO
Coordinador de Capacitación y
Desarrollo e Investigación

DR. JAIME HERNANDEZ RIVERA
Profesor Titular del Curso



DR. OSCAR TRUJO SOLOZANO
Coordinador del Servicio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

16 OCT. 1992



ISSSTE Subdirección General Médica
Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación
Departamento de Investigación



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	5
RESULTADOS.....	6
DISCUSION.....	7
GRAFICAS.....	9
BIBLIOGRAFIA.....	20

RESUMEN:

El embarazo ectópico persiste como causa significativa de morbimortalidad materna y constituye una proporción importante en los casos de infertilidad, así como de recurrencia de dicho embarazo. En el último decenio se ha observado una nueva revolución en cuanto a la incidencia, identificación y tratamiento; la presencia del embarazo ectópico se ha incrementado a una tasa alarmante a causa de las normas sexuales cambiantes y las infecciones pélvicas que las acompañan, así como los métodos anticonceptivos.

En nuestra serie los hallazgos más sobresalientes fueron: la distribución de edades, de 26 a 30 años; el número de gestaciones previas, de 2; el método de control de la fertilidad, el DIU; los signos y síntomas principales, el sangrado y dolor; el tiempo de amenorrea, de 8 semanas; el método diagnóstico, clínico; la localización tubárica fue la más frecuente y de ésta la ampular; el lado derecho, el más frecuente; en su gran mayoría fueron embarazos rotos y el tratamiento más efectuado, la salpingectomía.

Palabras Claves: Embarazo Ectópico.

SUMMARY:

The ectopic pregnancy persists as a significant maternal morbidity, as well as the recurrence of this type of pregnancy. In the last decade, it has been observed a great revolution related to the incidence, identification and treatment. The presence of the changing sexual norms and the pelvic infections that go with them and the contraceptive methods.

In our series, the most outstanding findings were the distribution of ages; the most frequently found was from 26 to 30 years old, the number of previous gestations were 2, the control fertility method was the IUD, the signs and symptoms were mainly the bleeding and pain, the time of amenorrhea was 8 weeks, the diagnosis method was the Clinical one, the tubal location was the most frequent; the majority of the pregnancies were broken or and the most effective treatment realized was the salpingectomy.

Key words: ectopic pregnancy.

INTRODUCCION:

Las primeras noticias al respecto se encuentran en el Talmud. Albucasis, médico árabe, describe en el siglo XI el caso de una mujer con una fistulización umbilical, por la cual eliminaba huesos y partes fetales. Primrose (1554) en una intervención quirúrgica extirpó una masa quística periumbilical, en cuyo interior encontró un feto muerto macerado. Riolland (1604) describió el cuadro clínico de una ruptura tubaria y comprueba la presencia del feto en el órgano lesionado. Mauriceau (1669) comenta una ruptura tubaria. J. Bard (1759) intervino por primera vez en New York un caso de embarazo ectópico. Dezeimeris (1837) describió las variedades y patología. Schauta (1891) señaló la disminución de la mortalidad mediante el método quirúrgico (1).

Cuando el huevo anida en la cavidad uterina estamos ante un embarazo normal o eutópico. Toda nidación fuera de este sitio es un embarazo ectópico, término que tiene más amplitud que el de embarazo extrauterino, pues hay gestaciones como el embarazo intersticial o el cervical que aunque están dentro del útero son embarazos ectópicos (1).

Según la nidación pueden ser de localización cervical, intersticial, tubaria, ovárica y abdominal; de estas localizaciones, las más frecuente es la tubaria en donde puede ser ampular, ístmica y fímbrica.

El embarazo ectópico constituye un reto diagnóstico para el médico que lo enfrenta en etapas iniciales de su evolución, debido al alto número de cuadros que le asemejan. Una vez complicado, puede dar signos clínicos que hacen evidente el diagnóstico (2).

El diagnóstico precoz disminuye el riesgo materno, gracias a la aparición de nuevos métodos diagnósticos como el ultrasonido, laparoscopia y la subunidad beta HGC; lo que ha permitido que actualmente el número absoluto de muertes maternas descienda (10).

En las últimas décadas se ha notado un aumento en la incidencia de la gestación ectópica, principalmente atribuida a la mayor frecuencia de procesos inflamatorios pelvianos y el uso de DIU (8).

El siguiente trabajo tiene como objeto determinar la casuística y los factores del embarazo ectópico, en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos".

MATERIAL Y METODOS:

En la presente investigación se llevó a cabo la revisión de 23 mil 399 informes de biopsias y piezas quirúrgicas, registradas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital, durante un periodo de 5 años (1987-1991), encontrándose 64 casos de embarazo ectópico, de los cuales se obtuvieron los siguientes datos:

Edad, gestas, paras, sintoma principal, uso de anticonceptivos, método diagnóstico, localización anatómica, hallazgos: roto/no roto y tratamiento.

Se presentan los resultados y porcentajes en gráficas.

RESULTADOS:

Se revisaron 64 expedientes, de los cuales se excluyeron 11 por estar incompletos.

El promedio de edad fue de 28 años, con un rango de 19-43 años (gráfica 1). El promedio de gestaciones previas fue de 2, con un rango de 0-8 (gráfica 2). El método anticonceptivo que predominó fue el DIU, 32 %, seguido de hormonales orales, 18 % (gráfica 3). El síntoma y signo que más se presentó fue el sangrado transvaginal en el 94 %. El dolor anexial y la movilización cervical dolorosa en el 90 %, como manifestaciones predominantes (gráfica 4). El tiempo de amenorrea promedio fue de 8 semanas con un rango de 4-14 SDG (gráfica 5). El método diagnóstico más frecuente fue el clínico en 86 %, seguido de USG y culdosentesis en 52 % (gráfica 6). La localización más frecuente fue la tubaria 94 % (gráfica 7), de ésta, la ampular 84 %, ístmica 12 % y fimbriada 4 % (figura 7.1). Se encontraron 62 % del lado derecho y 38 % del izquierdo (figura 7.2), de los cuales 93 % fueron rotos y el 7 % no rotos (figura 7.3). El tratamiento efectuado más frecuente fue salpingectomía en un 79 %, seguida por la salpingooforectomía en 15 % (figura 8).

DISCUSION:

Dentro del campo de la Obstetricia, el embarazo ectópico se ha convertido en un problema de vital importancia, aunque los progresos en el diagnóstico oportuno han hecho que disminuya la tasa de mortalidad y los tratamientos adecuados han mejorado los resultados.

La frecuencia del embarazo ectópico varía de acuerdo a los múltiples factores que a continuación mencionamos: el tipo de institución; por ejemplo, en el IMSS se realizó un trabajo similar donde encontraron un 0.21 % de incidencia; en nuestro Hospital, en 1979, Coria encontró un 0.27 %; nosotros encontramos actualmente un 0.33 %.

La edad de presentación más común fue la tercera década, lo cual se explica porque en ésta, la vida sexual de la mujer es más activa y la frecuencia de embarazo ectópico es mayor.

Está establecido que el padecimiento es más frecuente en pacientes multíparas, como lo demuestra nuestro estudio en donde fueron de 2 gestaciones previas.

Otro factor importante analizado es el uso de anticonceptivos, del cual el DIU fue el más frecuente, tal vez por ser actualmente el método de planificación más promovido.

En relación a los signos y síntomas, el sangrado y el dolor fueron los que predominaron en nuestra serie, lo cual va de acuerdo a la literatura mundial, donde la triada característica es dolor, masa y sangrado.

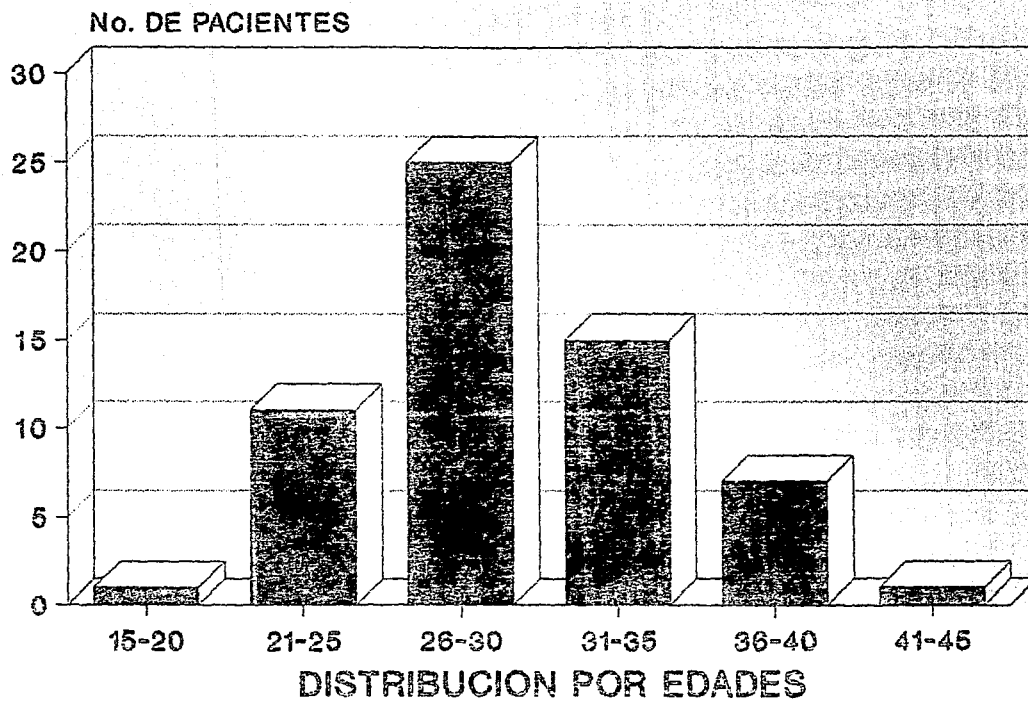
El tiempo de embarazo en que se presentó más frecuentemente fue a las 8 semanas de gestación, de acuerdo a las estadísticas que son de 6 a 10 sdg.

El método diagnóstico fue clínico en base a sangrado, dolor y masa anexial. El cuadro clínico de esta entidad con frecuencia es tan aparatoso, que el diagnóstico no representa problemas cuando éste está roto, que es con mayor frecuencia; sin embargo, en ocasiones es difícil, sobre todo cuando la sintomatología orienta a una ginecopatía o a un proceso apendicular, ya que el lado derecho es el más frecuente en la presentación y en su mayoría, como ya se comentó, se presentan rotos. Aunque el usg y la culdocentesis fueron métodos diagnósticos importantes, en igual proporción en la mitad de los casos de esta serie, la laparoscopia actualmente es un recurso importante tanto de diagnóstico como de tratamiento, la cual no se efectuó en nuestra serie, por no contar con laparoscopio en el servicio de UTQ.

En cuanto a la localización, es similar a otras series, teniendo la mayor frecuencia la porción tubárica y de ésta, la porción ampular.

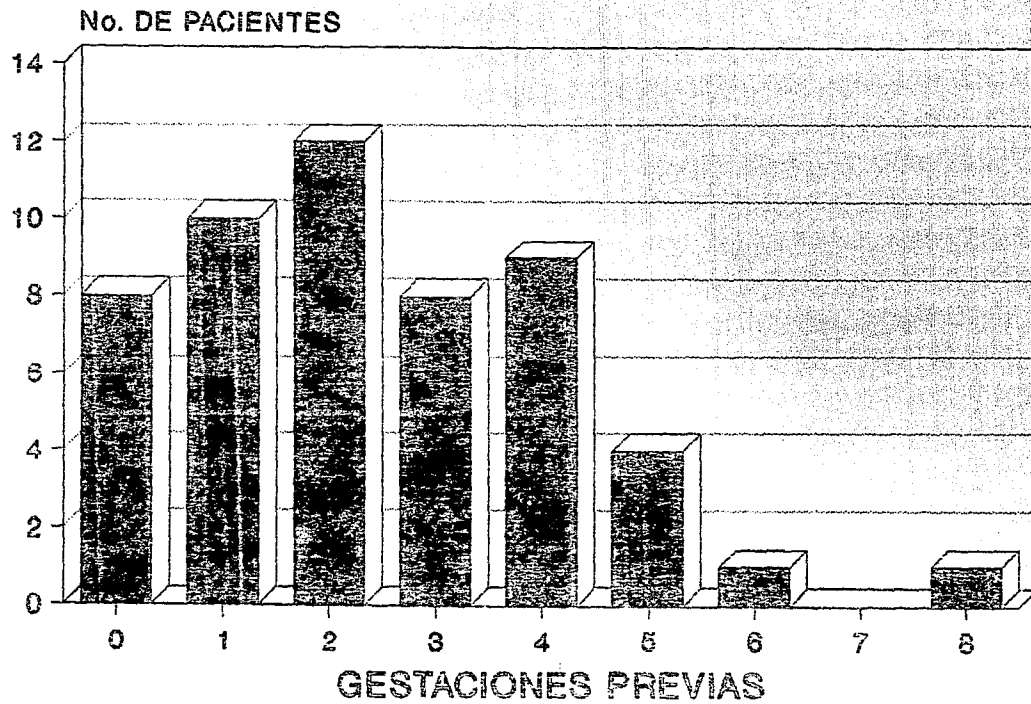
El manejo empleado en todos los casos fue quirúrgico. La salpingectomía fue el método más utilizado; en esto será importante seguir series actuales en cuanto al futuro del mismo, ya que actualmente la laparoscopia como método diagnóstico y de tratamiento tiene gran auge y buenos resultados, así como el manejo médico con metrotexate, siempre y cuando los pacientes reúnan los requisitos.

Del análisis de estos datos, se desprende que la evolución del embarazo ectópico es un hecho preponderante en el esclarecimiento del diagnóstico y que involucra el riesgo de mortalidad materna y obliga a la vigilancia estrecha y, a una correcta interpretación de los métodos diagnósticos, así como de una oportuna terapéutica.



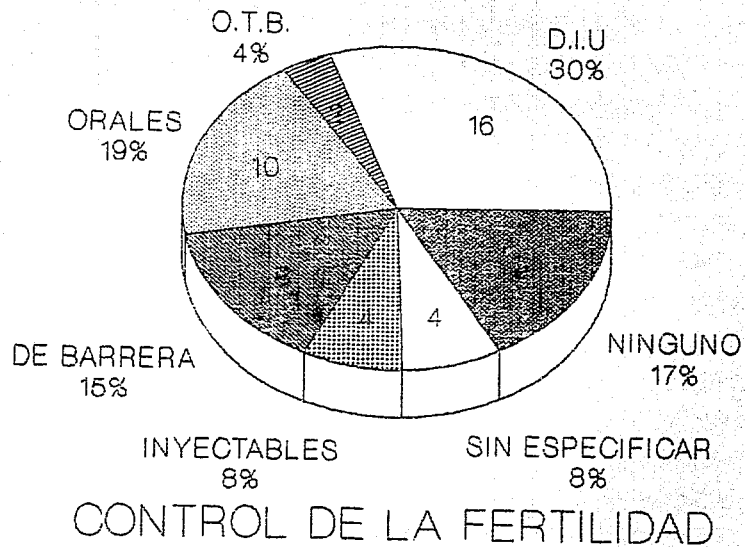
FUENTE: H.R.L.A.L.M.

GRAFICA 1



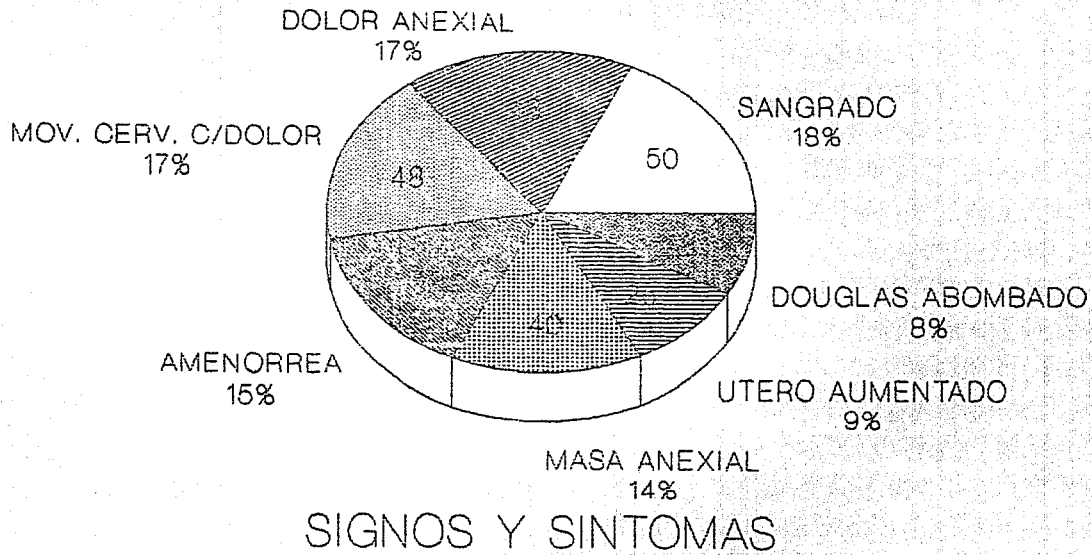
FUENTE: H.R.L.A.L.M.

GRAFICA 2



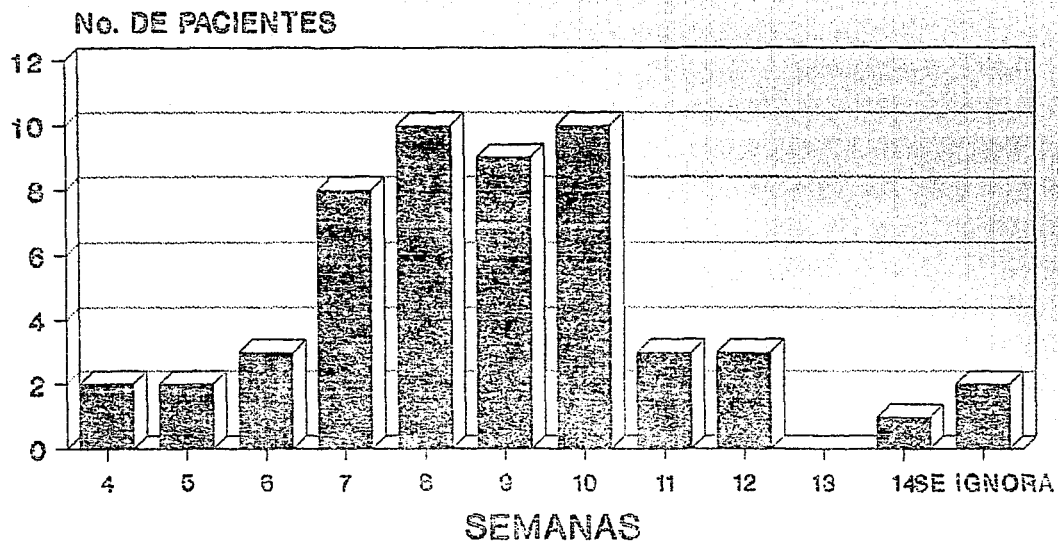
FUENTE: H.R.L.A.L.M.

FIGURA 3



FUENTE: H.R.L.A.L.M.

FIGURA 4

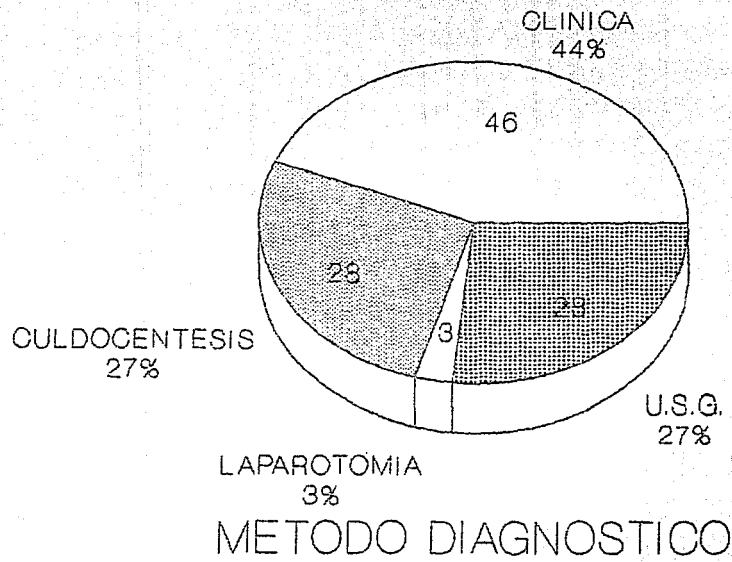


TIEMPO DE AMENORREA

Series 1

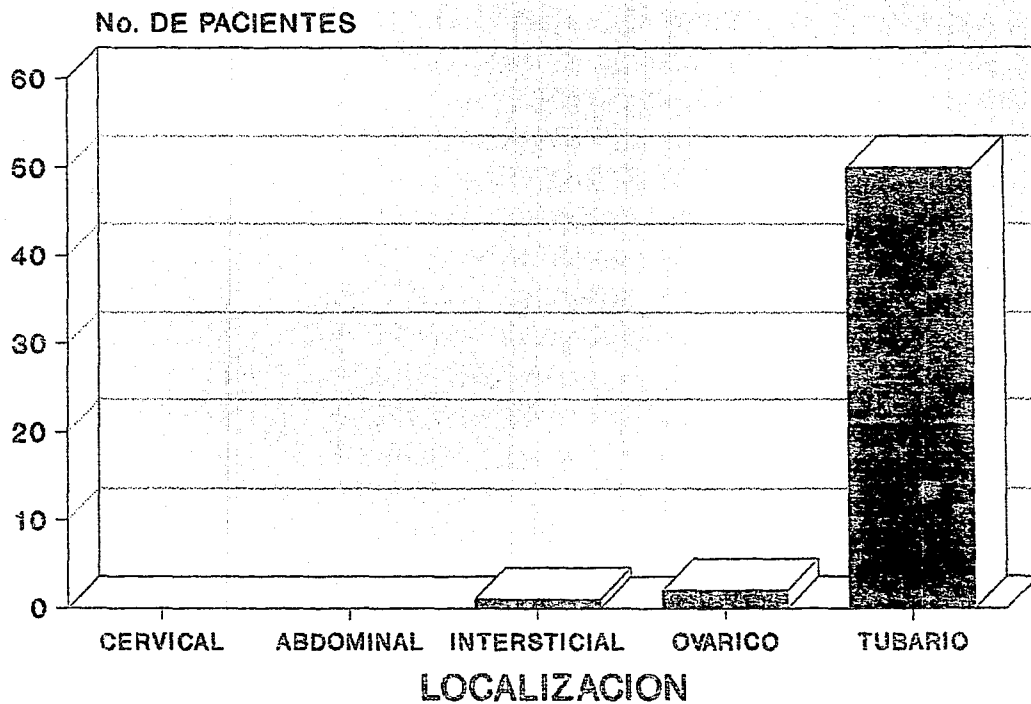
FUENTE: H.R.L.A.L.M.

FIGURA 5



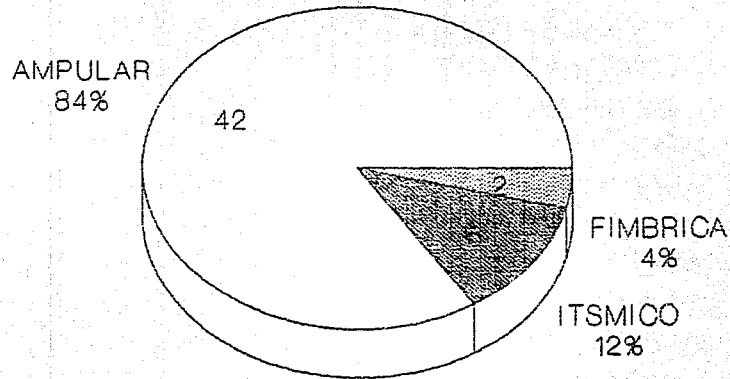
FUENTE: H.R.L.A.L.M.

FIGURA 6



FUENTE: H.R.L.A.L.M.

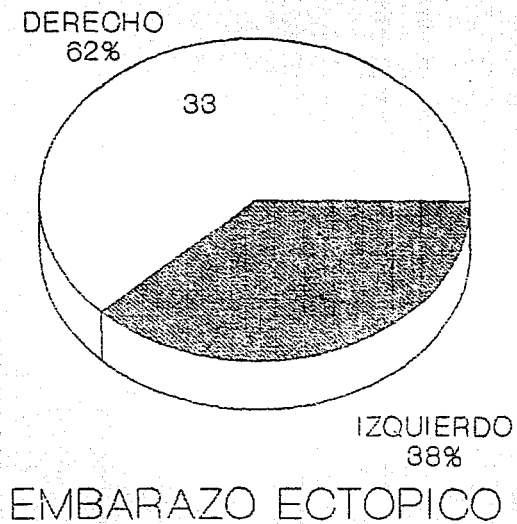
FIGURA 7



EMBARAZO TUBARIO

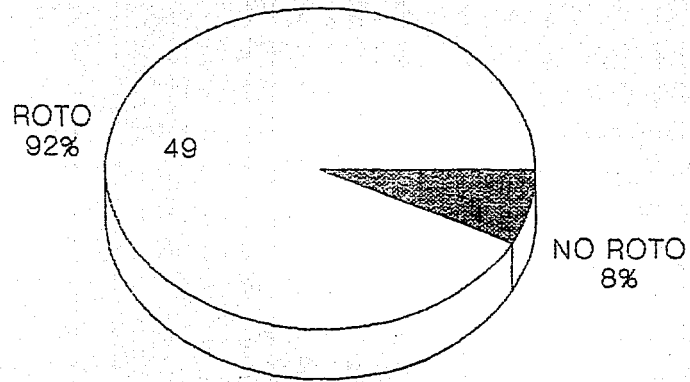
FUENTE: H.R.L.A.L.M.

FIGURA 7.1



FUENTE: H.R.L.A.L.M.

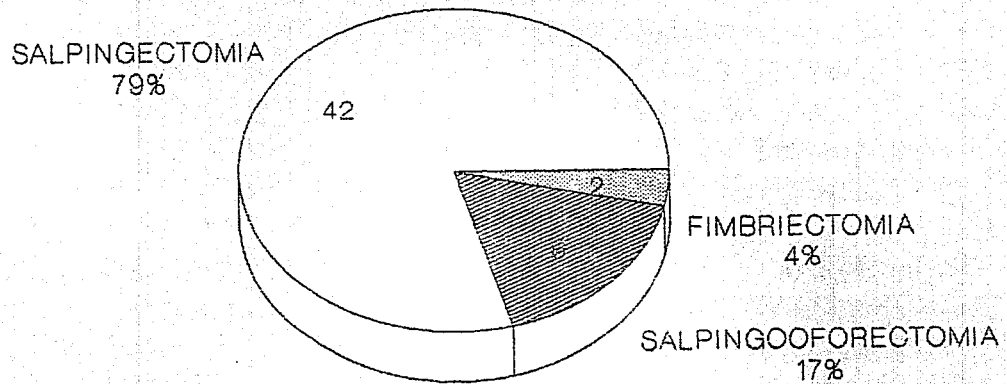
FIGURA 7.2



EMBARAZO ECTOPICO

FUENTE: H.R.L.A.L.M.

FIGURA 7.3



TRATAMIENTO

FUENTE: H.R.L.A.L.M.

FIGURA 3

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA:

1. Tesis de Embarazo Ectópico, Anatomía Patológica, Sergio Arturo Coria Pomar, 1979. ISSSTE.
2. Clínica de Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales, Embarazo Ectópico, Vol. 1/1991. Ed. Interamericana.
3. Thomas G. Stovall, MD, Frank W. Ling, MD, and Jhon E. Buster MD Reproductive Performance after methotrexate treatment of Ectopic Pregnancy, Am J. Obstet Gynecol, June 1990, Vol 162 96, 1620-24.
4. Juha I. Makinen MD; Risto U. Erkkola MD, and Pekka. Causes - of the Increase in the incidence of Ectopic Pregnancy, Am. J. Obstet Gynecol, March, 1989, 160 (3); 642-46.
5. Bo Lindblom, MD PHD, Mats Hahlin, MD and Peter Sjoblom PHD - Serial Human Chorionic Gonadotropin determinations by fluoroimmunoassay for differentiation between intrauterine and ectopic gestation. Am. J. Gynecol, August 1989. 161 (2), 397 400.
6. Michael Vermesh. MD, Jacek W. Gracykowski, MD and Mark V. -- Sauderm Reevaluation of the role of Culdocentesis in the management of pregnancy. Am. J. Obstet Gynecol, February 1990 62 (2), 411-13.
7. Resad Pasic, MD, and Walter M Wolfe MD Laparoscopic diagnosis and Treatment of interstitial ectopic pregnancy, Am. J. Obstet Gynecol August 1990, 163 (2) 587-88.
8. Martti O. Pulkkinen, MD, and Ulla-Marjut Jaakkola , PHD, Low Serum Progesterone levels and tubal dysfunction a possible -- causa of ectopic pregnancy. Am. J. Obstet Gynecol, October - 1989, 161 (4) 934-37.

9. Robert J. Stiller, MD, Roberta Haynes de Regt, MD, and Emily Blair Transvaginal Ultrasonography in Patients at risk for ectopic pregnancy. *Am J. Obstet Gynecol*, October 1989, 161 (4) 930-33
10. Hani K. Atrash, MD, MPH, and Carol J. R. Hogue PHD MPH. Ectopic Pregnancy Concurrent with induced abortion: incidence and mortality. *Am. J. Obstet Gynecol*, March 1990 162 (3) 726-30.
11. Stovall TG, Ling FW, Cope BJ, et al: Preventing ruptured ectopic pregnancy with a single serum progesterone. *Am J Obstet Gynecol* 160: 1425, 1989.
12. Taylor RN, Padula C, Golsmith PC: Pitfall in the diagnosis of ectopic pregnancy: Immunocytochemical evaluation in a patient with false-negative serum beta-hCG levels. *Obstet Gynecol* 71: 1035, 1988.
13. Thorneycroft IH, Watson D, Katz E, et al: Beta human chorionic gonadotropin levels in cul-de-sac blood of patients with ectopic pregnancies. *Fertil Steril* 49:166, 1988.
14. Timor-Trisch IE, Yeh MN, Peisner DB, et al: The use of transvaginal ultrasonography in the diagnosis of ectopic pregnancy *Am J Obstet Gynecol* 161:411, 1990.
15. Vermesh M, Graczykowski JW, Sauer MV: Reevaluation of the role of culdocentesis in the management of ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 162: 411, 1990.
16. Yeko TR, Gorrill MJ, Hughes LH, et al: Timely diagnosis of early ectopic pregnancy using a single blood progesterone measurement. *Fertil Steril* 48: 1048, 1987.