



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL
GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36

EMBARAZO ECTOPICO

EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA DEL H.G.R. No. 36
CMN MAC IMSS-PUEBLA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOOBSTETRICIA
P R E S E N T A
DR. BENJAMIN MALPICA AGUILAR

A S E S O R
DR. JOAQUIN ORREGO RUIZ



IMSS

PUEBLA, PUE.

1994

1995



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.

A ti Señor:

Gracias por permitirme llegar
a estos momentos y darme la
oportunidad de ayudar a mi prójimo.

A mi Madre:

Con Admiración y Respeto;
Gracias por tu apoyo y
cariño.

A mi Esposa:

Con cariño, por el apoyo
incondicional que siempre
me ha brindado.

A mi Asesor:

Dr. Joaquín Orrego Ruiz
Por sus enseñanzas y
tiempo para la elabora-
ción de esta Tesis.

I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION	1
DEFINICION	2
ETIOLOGIA	2
HISTORIA NATURAL DEL EMBARAZO ECTOPICO	9
CUADRO CLINICO	12
APOYOS PARA EL DIAGNOSTICO	14
MORTALIDAD	17
TRATAMIENTO QUIRURGICO	18
TRATAMIENTO NO QUIRURGICO	21
EMBARAZO ABDOMINAL	24
EMBARAZO OVARICO	27
EMBARAZO CERVICAL	29
MATERIAL Y METODOS	33
RESULTADOS	33
CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFIA	42

INTRODUCCION

Las causas de embarazo ectópico siguen siendo enigmáticas. Con certeza, la razón principal es la destrucción de la configuración anatómica normal de la trompa y es la explicación en cerca de 50% de casos. El resto probablemente resulte de algún desequilibrio hormonal, alguna aberración de la motilidad tubaria o en raros casos transmigración del oocito o cigoto.

La combinación de síntomas de sangrado irregular y dolor permanece sin duda como punto clave del embarazo ectópico y -- señalan un alto índice de sospecha.

Los avances tecnológicos recientes en el diagnóstico del embarazo ectópico, representan una nueva era en el tratamiento quirúrgico conservador. Este concepto se ha extendido enormemente y cierto número de embarazos ectópicos se han tratado -- con técnica quirúrgica laparoscópica o con compuestos quimioterapéuticos.

Pueden bien, en general el embarazo ectópico es un cambio interesante y dinámico para el médico especialista. Sin duda se descubrirán tratamientos nuevos y la combinación de quimioterapia y cirugía requerirán de escrutinio cuidadoso.

EMBARAZO ECTOPICO

Definición:

En un embarazo intrauterino normal, el blastocisto se implanta en el endometrio que reviste la cavidad uterina. La implantación registrada en cualquier otro punto se designa con el nombre de embarazo ectópico. Aunque más del 95% de los embarazos ectópicos afectan la trompa de falopio, el embarazo tubarico no es sinonimo de gestación ectópica si no tan solo el tipo más corriente de dicha modalidad. 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, como sucede en el caso del embarazo intersticial o cervical. (16,18)

Etiología: (17)

En los últimos 10 años ha aumentado la incidencia del embarazo ectópico. Las consecuencias de este tipo de gestación pueden ser devastadoras para el potencial reproductor de la mujer, causando hasta 50% de disminución de la fertilidad. La causa desconoce, pero se han señalado diversos factores de riesgo y enfermedades concomitantes. Las dos categorías principales de embarazo tubario son la alteración del mecanismo de transporte tubario y anomalidades intrínsecas del ovocito fecundado. La principal causa de la alteración de los mecanismos del transporte tubario es la lesión de la superficie mucosa ciliada, que suele originarse por infección. Las anomalidades intrínsecas del ovocito fecundado influyen calidad, cronología de la ovulación, aumento del número de oocitos liberados y ambiente hormonal.

Cuadro I.- Causas de embarazo ectópico.

ANATOMICAS:

Alteración del transporte tubario
Cambios inflamatorios
Ligadura de las trompas
Dispositivo contraceptivo intrauterino
Intervenciones quirúrgicas en la trompa
Operaciones previas por embarazo ectópico
Aborto inducido
Exposición dietilestilbestrol
En controversia
Endometriosis
Anomalidades congénitas
Bolsas ciegas
Calidad del semen
Concentraciones anormales de

prostaglandinas en el semen.
Anomalidades cromosómicas.

HORMONALES:

Inducción de la ovulación.
Fecundación in-vitro.
Retrazo de la ovulación
Transmigración del ovocito.

Los desequilibrios hormonales causados por inducción de la ovulación o administración de estrógenos y progesterona - pueden alterar los mecanismos de transporte dentro de las -- trompas de falopio. Esta alteración puede romper la trayectoria del embrión hacia el útero y dificultar o impedir la implantación. También influyen en el trayecto embrionario hacia el útero el número de oocitos liberados en la ovulación su calidad y viabilidad. Otros factores de riesgo son operaciones pélvicas previas o conservadoras para embarazo ectópico, haber recibido dietilestilbestrol (DES) y la fecundación in-vitro.

ALTERACION DE LOS MECANISMOS DEL TRANSPORTE TUBARIO: Causas inflamatorias.

La causa principal del embarazo ectópico tubario es el daño a la superficie mucosa de la trompa de falopio, alterando el transporte del embrión. Una causa identificable de lesión de la mucosa es secundaria a la agresión de procesos infecciosos. En los últimos 20 años aumentaron notablemente el número de infecciones pélvicas y la incidencia de embarazos ectópicos.

Westrom y colaboradores estudiaron entre 1960 y 1979 -- los antecedentes reproductores de 900 pacientes en quienes se verificó salpingitis aguda mediante laparoscopia y observaron que de los primeros 544 embarazos, 38 fueron extrauterinos, dando frecuencia de 68.8 x 1000 concepciones.

En 1961, Bone y Greene, estudiaron muestras histológicas de 121 casos de embarazo ectópico y observaron datos microscópicos de enfermedades inflamatoria en 38 % de los casos.

Un estudio reciente sugiere que una de las causas más comunes de salpingitis aguda es Chlamydia trachomatis. Svensson y colaboradores estudiaron el suero de 112 mujeres con antecedentes de embarazo ectópico, usando titulaciones IgG - específicas para C.Trachomatis. las pacientes con embarazo ectópico tuvieron titulaciones de anticuerpos IgG, importantemente más elevadas que un grupo testigo de pacientes ya -- sea con antecedentes de empleo DIU o parejas infértiles a -- causa de factores masculinos.

Ligadura laparoscópica de las trompas.

En pacientes que se han embarazado despues de ligaduras tubaria se a notado una incidencia mayor de embarazo ectópico. En general, hay acuerdo en que, cuanto más destructivo sea el procedimiento de ligadura, como con electrocauterio más alta será la frecuencia de embarazo tubario. Los procedimientos para esterilización por coagulación aumentan la frecuencia de embarazos ectópicos, por la extensa destrucción de tejidos, con fístulas uteroperitoneales subsecuentes, tiene sentido el que, cuanto mayor sea el daño al tejido circundante, mayor será la posibilidad de endosalpingosis, - formación de fístula y una gestación intrauterina.

Dispositivos intrauterinos contraceptivos.

Los dispositivos intrauterinos (IUD) antes favorecidos, también han coincidido con embarazos ectópicos. Un estudio longitudinal de Erkola y Liukko mostró aumento de incidencia en embarazos ectópicos desde la colocación IUD. También observaron que el 59% de pacientes con embarazo ectópico tenían colocado un IUD. También demostraron que las pacientes que habían usado un DIU por más de 25 meses tenían cerca de 3 veces de riesgo de embarazo ectópico que las que habían usado DIU, por un periodo más corto.

Reconstrucción microquirúrgica.

Originalmente Swolin comunicó un porcentaje de embarazo tubario en 18% de pacientes que tenían salpingostomía ampollar. En una comparación entre anastomosis microscópica y macroquirúrgica para procedimientos reconstructivos, las mujeres sometidas a anastomosis anistmica-itsmica tuvieron frecuencia de embarazo ectópico de 4 contra 8 % cuando anastomosis ampollares se compararon con ampollares o itsmicas, la frecuencia de gestaciones tubarias después de la operación de elevó al 17% es esencial comprender que aunque se ha creado una abertura para el tránsito de ovosito fecundado, no necesariamente representa una buena trayectoria hacia el útero.

Cirugía conservadora para embarazos ectópicos.

DeCherny y Kase observaron una 10% de repetición de embarazos ectópico en pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico conservador para un embarazo ectópico, y frecuencia de 20% en pacientes con un solo oviducto al momento de la operación.

Salpingitis itsmica nudosa.

Presenta un factor de riesgo para el embarazo tubario - hay controversia en relación a la causa de la salpingitis nudosa, pero anatómicamente en un engrosamiento del segmento proximal de las trompas de falopio. Majundar y colaboradores comunicaron incidencia de 57% entre embarazo tubario y salpingitis nudosa, con una baja incidencia (5%) en controles pareados por edad y raza.

Aborto inducido.

Hay controversia con respecto a abortos inducidos y gestaciones ectópicas. En Japón, en donde el aborto se legalizó desde 1948, varios estudios no mostraron coincidencia importante entre abortos inducidos y embarazo ectópico. En Atenas en donde 50% de abortos son ilegales, se notaron incidencias altas de embarazos ectópico con aborto inducidos.

Un estudio reciente de Daling y colaboradores concluyó que aun no se ha resuelto el impacto real de los abortos inducidos como factor de riesgo de embarazo ectópico.

Expansión al dietilestilbestrol (DES)

Decherne y colaboradores sugirieron que las descendientes expuestas al DES tenían trompas de falopio de aspecto -- "marchito", las características morfológicas tubarias de estas pacientes consisten en tejido fibrial ausente o mínimo de un orificio pequeño con longitud y calibre disminuidos. Varios autores han comunicado un aumento de hasta 4 y 5 veces la frecuencia normal de gestaciones ectópica, en desendientes expuestas al DES.

Causas controvertidas de embarazo ectópico.

Entre estas se encuentra el espasmo inducido por stress psicológico, anomalías congénitas, bolsas ciegas, indometrisis, semen de mala calidad, concentraciones anormales de -- prostaglandina en semen y tumores. Se ha comentado la información teórica para cada una, pero hasta el momento se trata de casos muy raros o no comprobados.

Otro riesgo posible de gestación ectópica es un producto morfológicamente anormal. Los factores que pudieran exponer aberraciones de forma son anomalías cromosómicas o genéticas.

Tabaquismo maternal y riesgo de embarazo tubario.

Andy Sterganchez y colaboradores realizaron un estudio buscando la asociación entre tabaquismo maternal y la ocurrencia de embarazo tubario fue elvada en una población de caso control, estudio del grupo de enfermedades cooperativas de Seattle, Washintong, mujeres hospitalizadas con embarazo tubario de octubre de 1981 a septiembre de 1986 (n=274), fueron comparadas con mujeres en edad reproductiva quienes tuvieron el riesgo de embarazo durante el mismo periodo (n=727) el riesgo relativo de embarazo asociado con el consumo de cigarrillos fue de 1.3. comparado con mujeres quienes nunca fumaron estas quienes fumaron al tiempo de la concepción tuvieron un incremento de un 40% en el riesgo de embarazo tubario. Estos resultados soportan facilmente reportes epidemiológicos y no epidemiológicos de un alto riesgo de embarazo tubario asociado a un consumo de cigarros.

El estudio sugiere que los fumadores de reciente formación quienes fumaron más en los últimos años no tienen ninguna importancia en el crecimiento de embarazo tubario. La posibilidad de influencia de fumar cigarrillos es casual y el término es compatible con la fisiopatología del embarazo tubario, esto está en relación con la entrada del huevo al útero y sugiere que la exposición a la nicotina tiene efectos adversos en la función ciliar lesionando la motilidad tubaria retardando la entrada del ovocito al útero la formación del blastocisto y la implantación.

La aparente declinación en el riesgo de embarazo tubario asociado con tabaquismo intenso y que es medido aproximadamente en cajetilla diaria por año fue específica, esto puede ser porque el tabaquismo crónico suprime la ovulación y de esta manera reduce el riesgo de implantación ectópica - por el contrario el tabaquismo moderado tiene menor efecto - en la ovulación y un incremento en el riesgo de embarazo tubario presumiblemente por afectación de la motilidad tubaria. Esta explicación es sustentada por la literatura sobre el tabaquismo e infertilidad que sugiere una relación entre el tabaquismo crónico y decremento importante de la fecundidad(4)

ALTERACION DE LA CALIDAD DEL EMBRION.

Inducción de la ovulación.

Se han observado embarazos ectópicos en coincidencia con el uso de fármacos estimulantes de la ovulación, como gonadotropinas menopausicas humanas y citrato de clomifeno. La frecuencia de embarazos ectópicos en ciclos de concepción fue el de 2.7% y más alta en ciclos sin estimulación, y 3 veces mayor si la hiperestimulación acontecía en el ciclo de concepción una teoría que contribuye a elevada frecuencia de embarazos ectópicos en pacientes hiperestimuladas es la concentración estrogenica elevada que regula la contractilidad del músculo liso y la actividad ciliar dentro de la trompa - de falopio. Otro factor contribuyente, puede ser la liberación de múltiples oocitos en diferentes etapas de desarrollo. Esto puede aumentar el riesgo de embarazo ectópico porque la densidad del complejo cúmulos corona puede influir en la velocidad del transporte.

Fecundación invitro.(FIV)

La FIV en la cual por sistema se usa compuestos estimulantes de la ovulación, también han demostrado aumento en el riesgo de embarazo ectópico en ciclos de concepción. La primera fertilización in-vitro y la transferencia de embrión reportada por Steptoe y Edwards en 1976 fue un embarazo ectópico, una revisión de la experiencia en el mundo en fertilización invitro y transferencia de embrión reveló que aproximadamente el 5% al 7% de todos los embarazos clínicos resultan gestiones ectópicas (7).

La colocación de la mayor parte de embarazos ectópicos por FIV en la porción ampollar o indunfivular de la trompa.

Retrazo de la ovulación.

La ovulación retrazada también puede predisponer al -- ovocito fecundado a implantarse antes de entrar en el útero. Otra causa puede ser una fase lútea corta o inadecuada. El -- retraso ovulatorio combinado con fecundación tardía, puede -- producir concentraciones hormonales insuficientes para supri -- mir el siguiente periodo menstrual, con aparición de menstrua -- ción la irritabilidad o la contractilidad uterina puede causar reflujo del embrión hacia atrás de la trompa con endometrio menstrual.

Trasmigración ovular.

por lo común se acepta que cuando puede obtenerse un -- oocito de la trompa de falopio, suele encontrarse un cuerpo amarillo en el ovario del mismo lado. En ocasiones, el cuerpo amarillo se haya en el lado opuesto de donde se obtuvo el embrión. esto surgió cuando se descubrieron embarazos en pa -- cientes con un ovario y una trompa del lado opuesto. Teórica -- mente, la fimbria puede barrer el fondo del saco después de la ovulación y captar el oocito errante. El desarrollo avanzado de un blastocito agrandado y el aumento de las necesidades nutricionales en la porción distal del oviducto, puede iniciar implantación temprana y una gestación ectópica.

Frecuencia.

Aunque con frecuencia se ha indicado que uno de cada 300 embarazos es ectópico, Fontanilla y Anderson, en un excelente estudio estadístico, señalan que la frecuencia es considerable mayor. En Baltimore, hay una gestación ectópica por cada 200 embarazos en mujeres blancas y una por cada 120 mujeres negras, o sea una diferencia de casi 80% los autores consideran que la elevada frecuencia de enfermedad inflamatoria entre las mujeres de raza negra en causa de ello, por lo tanto con cualquier frecuencia indicada debe señalarse al mismo -- tiempo la proporción de razas. (11, 18)

La mayoría de los ginecólogos han aceptado que el embarazo ectópico repetido puede recidir en la trompa restante en el 10% de los casos aproximadamente (Schiffer), aunque el embarazo intrauterino normal es bastante más común (alrededor de 25%)

ANATOMIA PATOLOGICA DEL EMBARAZO ECTOPICO.

Una vez que el huevo fecundado se ha implantado en la mucosa tubarica, las primeras modificaciones propias de la innidación son muy semejantes a las que se observan en el embarazo uterino, excepción hecha de la ausencia de la notable reacción residual del endometrio. La acción erosiva del trofoglusto vellosa provoca la perforación de la pared tubarica, proceso que puede extenderse a través de la muscularis, la invasión de vasos sanguíneos produce hemorragia dentro del conducto, pared tubarica o cavidad peritoneal, el medio por tanto es muy desfavorable, y el embrión sucumbe fase muy precoz.

La hemorragia que tiene lugar en el interior de la trompa convierte a esta en un hematosalpinx. En realidad, cuando se descubre este durante la operación o en el laboratorio, en lo primero que debemos pensar es en el embarazo tubarico.

Microscópicamente, lo patognomónico del embarazo tubarico es el hallazgo de vellosidades corionicas en el conducto lleno de sangre, las cuales algunas veces penetran en la pared. Las vellosidades pueden estar bien conservadas o mostrar degeneración e hianilización intensa, pero aun en este caso conservan netamente su contorno típico.

En la superficie se ven 2 capas de epitelio trofoblástico, la interna (capa Langhans o citotrofoblástico) es cuboide, el sinsitio externo se encuentra representado por una delgada banda de citoplasma con nucleos situados a intervalos regulares, no se observa diferenciación celular alguna. (18)

Comportamiento de la muso uterina en caso de embarazo ovarico.

Sea cual sea el organo en que tenga lugar el embarazo, la mucosa uterina responde con reacción desidual a los estímulos hormonales que pone en juego el ovocito implantado. Mientras que este último se conserva vivo, se mantiene la reacción desidual del utero, sin embargo al morir el embrión la desidia uterina se descama, generalmente en fragmentos, a veces como un solo molde.

Hay que recordar que hay reacciones desiduales en el endometrio en casi la tercera parte de las pacientes con embarazo tubarico en quienes se efectua un raspado, porque en muchos casos la muerte del fecho seguida de eliminación de la desidia ha permitido reestablecer la ovulación y algún tipo de imagen endometrial.

Reacción de Arias-Stella.

En 1954 ARIAS-Stella describió cambios glandulares endometriales que según se cree son patonómicos de embarazo ya sea uterino o extrauterino, o resultado de enfermedad trofoblástica. Estos cambios se caracterizan por crecimiento celular con hiperchromatosis significativa, pleomorfismo y actividad mitótica, tendencia celular a perder la cubierta de tal manera que los núcleos caen centro de la luz glandular, y una imagen microscópica generalmente neoplásica. Estos cambios pueden ser focales y existen con cambios desiguales del estroma y glándulas hipersecretorias, aunque esto no siempre ocurre.

Historia natural del embarazo tubario.

Rotura tubarica.

Como resultado de la acción erosiva del trofoblasto puede presentarse rotura tubarica, que se acompaña de hemorragia en la cavidad peritoneal a veces ligera y a veces profusa y hasta mortal. Como resultado de la rotura de la tónica capsular, imperfectamente formada, se produce hemorragia intratubarica, en ambos procesos puede haber hemorragia por el estremo fimbriado de la trompa, pero la perforación tubarica suele producir un hemoperitoneo más maciso.

La causa inmediata de la rotura puede ser el traumatismo asociado al coito o una exploración vaginal vigorosa, aunque en la gran mayoría de los casos aparece espontáneamente.

Aborto tubárico.

Se refiere a que el huevo se separa de la pared tubarica, con hemorragia dentro de la trompa y por el orificio fimbriado, que puede estar lleno de coágulos. El embrión puede ser pasado a la cavidad peritoneal. El aborto tubarico frecuentemente pasa inadvertido, causando solo grados mínimos de hemorragias que terminan espontáneamente. La frecuencia del embarazo tubarico depende en gran parte del lugar de implantación de cigoto. En el embarazo ampollar es casi la regla mientras que la rotura intraperitoneal constituye casi siempre el desenlace del embarazo itmico.

En el aborto tubarico implompleto, en que el cigoto es retenido en el interior del oviducto y la hemorragia es moderada el huevo puede resultar infiltrado de sangre y convertido en una estructura análogo a la mola sanguinolenta observada en el aborto uterino. Una ligera hemorragia suele persistir mientras los productos de la concepción permanecen en la trompa, y la sangre lentamente gotea la extremidad fimbriada al interior del fondo de saco rectouterino, donde puede quedar encapsulada, formando un hematocole.

Si la extremidad fimbriada es ocluida, la trompa resulta gradualmente distendida por la sangre, formando un hematosal pinx.

Después del aborto tubárico incompleto, trozos de placenta o de membrana quedan en algunos casos adheridos a la pared tubárica y después de rodearse de fibrina, dan origen a un polipo placentario, tal como puede suceder en los casos de aborto uterino incompleto.

Embarazos del ligamento ancho o intraligamentoso.

Cuando la perforación de la trompa se efectúa a lo largo de la línea de unión del mesoalpinx, el embrión se escapa entre los pliegues del ligamento ancho, y es seguido gradualmente por la placenta, que aun permanece fijada, estos embarazos pueden alcanzar estadios muy avanzados y en muchos casos han llegado a terminos, o bien pueden terminar con la muerte del embrión o del feto y formación de un hematoma del ligamento ancho. Ocasionalmente, el saco del ligamento ancho se rompe más tarde y el feto es empujado a la cavidad peritoneal mientras que la placenta conserva su posición original, dando lugar a un embarazo abdominal secundario.

Embarazos tubouterino, tuboabdominal y tuboovarico.

El llamado embarazo tubouterino resulta de la gradual extensión en la cavidad uterina de un huevo que en su origen se implantó en la porción intersticial de la trompa. Por su parte el embarazo tuboabdominal deriva un embarazo tubárico en el cual el cigoto, originalmente implantado en la vecindad de la extremidad fimbriada se extiende gradualmente hasta la cavidad peritoneal.

El termino de embarazo tuboovarico se emplea cuando el saco fetal esta compuesto en parte por la trompa y en parte por tejido ovarico, tales casos proceden del desarrollo de un cigoto en un quisto tuboovarico o en una trompa, cuya extremidad fimbriada estaba adherida en ovario en el momento de la fertilización o se adhirió poco después.

Modificación del feto.

Puede ocurrir en embarazos tubáricos raros que han pasado inadvertidos y que han llegado a fases avanzadas, en otros casos la calificación extensa puede convertirlo en el llamado litopedion. En ocasiones los huesos fetales pueden pasar a la vagina, recto, o a travez de una fístula abdominal.

Regresión espontánea.

No cabe duda que un buen número de embarazos tubáricos pasan inadvertidos y nunca llegan a ser operados en ese tiempo; pero tiempo después por diversas razones se practica laparotomía. Esto lo demuestra el hallazgo ocasional de vellosidades antiguas y alinizadas en las trompas mucho tiempo -- después de haber tenido lugar el embarazo. El cuidadoso análisis retrospectivo de las historias de estas enfermas a menudo permite descubrir la posibilidad de un embarazo tubárico que quizá tuvo lugar años antes. En tales casos el embrión a sucumbido en fase temprana con regresión de la placenta y síntomas no muy graves o agudos para requerir atención médica.

Embarazo ectópico multifetal.

En un reducido número, el embarazo tubárico puede -- complicarse por gestación intrauterina coexistente entidad -- designada como embarazo combinado. Muy a menudo el embarazo -- combinado es difícil de diagnósticas, es característica la práctica de una laparotomía a causa de un embarazo tubárico roto.

Los embarazos combinados con poco frecuentes, Reece y -- colaboradores en 1983 reportaron 5 casos en una institución en un periodo en que se atendieron 40.000 partos y 353 gestaciones extrauterinas. Se han encontrado embarazos intrauterinos y tubáricos simultáneos tras la administración de clomomedeo o de gotanotrofinas menopausicas.

Así mismo se han descrito embarazos tubáricos generales con ambos embriónes en la misma trompa o en trompas distintas Arey (1923), estudio con detalle este tema y llegó a la conclusión de que en los embarazos tubáricos se encuentra una proporción mucho mayor de gemelos univitelinos que en el embarazo uterino normal.

Embarazo tubárico cuadruple, un embarazo de este tipo -- fue descrito por Fujii y colaboradores en 1981. La trompa -- rota y hemorrágica presentaba cuatro sacos amnióticos cubier -- to por un corión único, cada saco contenía un embrión.

Embarazo intersticial.

Cuando el ovocito fertilizado se implanta dentro del -- segmento del tubo que atravieza la pared uterina, forma especialmente grave de gestación tubárica, se produce un embarazo intersticial. Esta implantación también se ha llamado embarazo cornual. Representa aproximadamente un 2.5% de todas las gestaciones tubárica. A causa de la localización no existe -- una masa anexa, palpable sino más bien a menudo difícil de di -- ferenciar de un embarazo intrauterino no avanzado.

A causa de la mayor distensibilidad del miometrio en comparación con la de la pared tubarica, es probable que la rotura sobrevenga más tarde entre el final del segundo y el final del cuarto mes. A causa del abundante aporte sanguíneo de -- las ramas de las arterias uterinas y ovaricas, inmediatamente adyacentes al lugar de implantación la hemorragia que acompaña al rotura puede dar lugar a un rápido y fatal desenlace. (16,17)

Cuadro clínico.

No hay signos o síntomas patonómicos de embarazo ectópico temprano. Sin embargo, los síntomas más comunes son dolor hemorragia vaginal y amenorrea. De 90 a 100 % de pacientes -- con gestación ectópica se quejan de dolor, aún antes de la rotura, el dolor puede ser difuso, bilateral y aún contra la teral y suele comenzar como dolorimiento vago que se transforma en agudo y de tipo cólico.

Con la rotura se presenta además dolor lancinante un dolor en el hombro sugiere irritación diafragmática por hemorragia en la cavidad peritoneal.

Un 75 a 95% de pacientes informan amenorrea o antesedentes de anomalías menstruales. Es crucial una historia clínica cuidadosa que reciba la cronología y características de las 2 o 3 menstruaciones previas. Al principio los pacientes suelen afirmar que no han dejado de menstruar pero al interrogarlas en detalle, describen el periodo como más ligero de lo usual o de aparición irregular, esto pudiera deberse en realidad a hemorragia por desprendimiento endometrial.

Entre el 50 a 80% de pacientes refieren hemorragia vaginal irregular que suele ser leve intermitente y se produce por desprendimiento residual uterino, debido a necrosis del tejido trofoblástico.

Los síntomas comunes del comienzo de embarazo como náusea y mastodinea solo se presentan en 10 a 25% de pacientes. Síntomas como mareo y desvanecimiento se presentan en un 20 a 35%. Un grupo reducido señala el antecedente de paso de -- tejidos (molde desisual) y algunas se quejan de necesidad -- imperiosa de defecar.

Exploración física.

El aspecto general de la paciente que se presenta con -- embarazo ectópico, varia si la gestación es temprana y no se lha roto o hay rotura con hemoperitoneo. No son comunes los cambios en la presión arterial ni el pulso, excepto en casos de hemoperitoneo maciso. La disminución de la presión del pulso, con la elevación de la presión arterial, diástolica, son pistas de hemoperitoneo.

La mayoría de pacientes están afebriles y menos de 10% tienen temperatura que pasa de 38 C.

En la mayoría de pacientes 80 a 95% se presentan hiperestesia abdominal, en muchos casos hay dolor de rebote pero su ausencia no servirá en absoluto para descartar una posible gestación ectópica.

En la exploración pélvica se palpa masa anexial en 50% de pacientes, sin embargo 20% podrán tener masa anexial en el lado opuesto del embarazo ectópico, lo que suele representar un quiste de cuerpo amarillo. Por lo común el útero se palpa blando y puede estar crecido por estímulos hormonales pero sus dimensiones no son las esperadas para la duración de la amenorrea. Brenner y colaboradores estudiaron un grupo de 300 pacientes con gestaciones ectópicas, las dimensiones del útero se describieron como normales en 71%, crecimiento de 6 a 8 semanas en 26% y dimensiones correspondientes a 9 y 12 semanas en 3% de pacientes.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los signos y síntomas que presenta una paciente con --- embarazo ectópico son también comunes en muchos otros trastornos ginecológicos. No es raro suponer que una paciente -- con gestación ectópica tenga salpingitis. Es importante recordar que esta última se presenta más amenudo con fiebre -- leucocitosis, dolor hiperestesia bilaterales. Probablemente cualquier paciente en que sospeche salpingitis debe someterse a prueba del embarazo en suero o en orina para no pasar -- por alto un embarazo ectópico.

Clinicamente un quiste roto del cuerpo amarillo, (enfermedad de Halaban), puede ser difícil de distinguir de embarazo ectópico, en particular cuando el cuerpo amarillo es concomitante con un embarazo intrauterino, el diagnóstico diferencial se aplica por signos y síntomas comunes (periodo de amenorrea, hemorragia vaginal, dolor abdominal y en ocasiones masa en los anexos y útero crecido), pueden ser útiles - otros medios de diagnóstico, como una prueba de embarazo, u -- trasonido y a veces culdosentesis.

Un aborto incompleto o la amenaza de un aborto pueden con fundirse con estos, en estos casos la hemorragia vaginal -- puede ser más abundante que en la gestación ectópica.

En el quiste de ovario contorción del pedículo el comienzo brusco del dolor, que amenudo se acompaña de náuseas y vómito, puede simular el dolor severo de la rotura o aborto tubárico, pero muchas veces no hay anomalía menstrual alguna.

Se tomarán en cuenta en el diagnóstico diferencial además el apéndice, hemorragia uterina disfuncional, fibroides en vía de generación y endometriosis.

APOYOS PARA EL DIAGNOSTICO.

En pacientes sospechosos de embarazo ectópico, la precisión de predicción de un diagnóstico puramente clínico solo es de cerca de 50%. Por tal motivo, lo mejor para el clínico suele ser usar otros medios de diagnóstico si se dispone de ellos, para el descubrimiento temprano y preciso de embarazo ectópico.

Pruebas del embarazo.

En general, el tejido trofoblástico ectópico produce -- concentraciones hCG más bajas que el embarazo intrauterino normal. Romero y colaboradores informaron sobre cifras serias hCG en 184 casos de embarazo ectópico. El 12% de los valores estaban por debajo del 240 mIU hCG x ml, pero solo el 1.6% tenían menos de 40 mIU hCG c ml.

Las nuevas pruebas de embarazo en orina con anticuerpos monoclonales, están mostrando ser buenas pruebas exploratorias sin la necesidad del equipo especializado.

El análisis radioreceptor en suero para hCG sencibles - hasta 200 mIU hCG x ml, se ha informado que da resultados positivos en 94% de casos de gestación ectópica, las nuevas -- pruebas de embarazo sensible en orina prácticamente han sustituido aquella. La radioinmunovaloración en suero, es sensible a 5 mIU hCG x ml y da resultados positivos en más del -- 99% de los casos.

El desarrollo gestacional intrauterino normal, que llega a buen termino, a coincido con tiempo de duplicación de - hCG en suero de 1.4-2.1 días durante la gestación temprana - el diagnóstico en la paciente estable con signos y síntomas leves de embarazo ectópico, puede apoyarse en titulaciones - cuantitativas en serie de hCG. Kadar y colaboradores informaron que si dos titulaciones de hCG tomadas con intervalo de 48 horas no han mostrado aumento de almenos 66% e posible -- un embarazo normal. La precisión del diagnóstico mejora, con el uso combinado de titulaciones cuantitativas de hCG y ultrasonografía pélvica. (9,17)

Ultrasonido;

La ultrasonografía, pélvica ha demostrado ser auxiliar útil para elaborar a la paciente sospechosa de albergar una gestación ectópica. La identificación de los productos de la concepción en la trompa de falopio mediante estos metodos -- pueden resultar compleja, la ausencia de demostración ecográfica de festación intrauterina, junto a la positividad de la prueba de embarazo y el hallazgo de una masa pélvica anómala son casi siempre signos de embarazo ectópico.

La demostración de una masa anaexial o en el fondo de -saco no es siempre significativa de quiste, los quistes del cuerpo luteo y las manchas intestinales se asemejan a veces a los embarazos ectópico. Sin embargo, la identificación por ecografía de tiempo real de movimientos del corazón fetal situado fuera de la cavidad uterina es una demostración fiable de la existencia de un embarazo ectópico.

Estudios preliminares sugieren que las gestaciones ectópicas se identifican mejor sonográficamente usando vía de acceso trasvaginal. Frisman Antony Luciano a través de ultrasonografía vaginal notaron que la ruptura del embarazo ectópico tuvo primero fluido pélvico, visualizado por ultrasonido, de donde el fluido fue notado con las estaciones ectópicas no rotas. La impresión posterior es que el fluido notado es un signo significativo de posible ruptura tubaria (6).

Culdocentesis.

La culdocentesis se ha considerado como un recurso importante en el diagnóstico del embarazo ectópico. La técnica de la culdocentesis es fácil de hacer con la paciente en posición de litotomía modificada, se usa una aguja de raqueta calibre 18 o 16, se punciona a través del foramen posterior -- hasta el fondo del saco de Douglas y se aspira el contenido, los resultados del estudio son inmediatos y se clasifican en 3 categorías. 1) positivo, cuando se extrae sangre sin coagular con un hematocrito de más de 5-10. 2) negativo, si se aspira el líquido claro o teñido con sangre, y 3) no diagnóstico cuando no se obtiene líquido o sangre coagulada, ya que si la sangre coagula posteriormente casi con toda seguridad se ha obtenido de un vaso sanguíneo perforado adyacente y no de un embarazo ectópico sangrante. El procedimiento es rápido pero causa dolor agudo por un breve periodo.

En grupos recientes se ha informado de culdocentesis positiva en 80 a 95% de embarazos ectópicos comprobados, puede observarse hemoperitoneo en gestaciones ectópicas rotas en muchos casos de no rotas. Los porcentajes de positivos falsos comunicados para culdocentesis van de 5 a 10% pueden presentarse con un cuerpo amarillo roto, aborto incompleto, metrorragia retrógrada o endometriosis. Es una creencia común que una culdocentesis positiva es indicación quirúrgica. Sin embargo en un grupo estudiado por Hibbard, el 48% de pacientes con rotura de cuerpo amarillo (98% tuvo culdocentesis positiva) no requirió intervención para detener la hemorragia poliskuk y colaboradores informaron haber encontrado hasta 300ml de hemorragia menstrual en el fondo del saco, al momento de la culdoscopia hecha en pacientes con dismenorrea intensa, si la culdocentesis positiva fuera el único criterio para intervención en pacientes con dolores pélvicos, muchos se someterían a laparatomía innecesaria.

En el estudio de Romero, el cual estudió a 162 pacientes con embarazo ectópico comprobado quirúrgicamente. En 81% se obtuvieron resultados positivos (62% de los cuales tenían -- trompas integras), el 2.5% resultados negativos (todas con - trompas integras) y 16.5% no fueron diagnósticas, entre aquellas con culdocentesis no diagnóstica, 64% tenían hemoperitoneo y 25% rotura tubaria.

En este estudio, de todas las pacientes con culdocentesis positiva, el 84% tenían embarazo ectópico. 11% de pacientes con culdocentesis positiva tenían un quiste ovarico roto y el resto de las positivas se presentaron en pacientes con menstruaciones retrógradas, endometriosis, etc.

SE observó que los signos peritoneales no eran muy útiles en relación a cuales pacientes deberían someterse a culdocentesis, porque solo 55% de aquellas con resultados positivos tenían signos de irritación peritoneal.

Basándose en este estudio, los autores obtuvieron varias conclusiones. Afirman que una culdocentesis no diagnóstica no debe usarse ni para aumentar ni para disminuir la sospecha de embarazo ectópico.

Entre los casos en los cuales la culdocentesis no es -- útil están. 1) Aquellos con movimientos cardiacos fetales, -- con ultrasonido. 2) Pacientes abdomen agudo quirúrgico 3) Pacientes que han tenido un aborto terapéutico sin haber identificado vellosidades coreónicas. 4) Pacientes sin bolsa gestacional intrauterina observada con ultrasonido, con hCG sería acuantitativa mayor de 6500 mIU x ml y 5) casos con elevación anormal en valoraciones cuantitativas seriadas de hCG

Algunos ultrasonografistas piensan que hacer culdoscopia antes de ultrasonografía puede causar hemorragia en el -- fondo del saco, la cual puede interpretarse erróneamente como peritoneo, debido a un embarazo ectópico.

Dilatación y legrado.

La dilatación y legrado serán útiles para descartar embarazo ectópico en casos en los que las concentraciones de hCG no aumentan como se espera, indicando, por tanto gestación anormal. En el embarazo ectópico no se observan vellosidades coreónicas, en la pieza patológica, en tanto que cuando la causa de titulaciones estables o disminuidas de hCG es un ovocito hipotrofico o un aborto fallecido, la presencia de vellosidades coreónicas elimina la posibilidad de embarazo ectópico.

Laparoscopia.

Cuando otros datos son confusos la laparoscopia puede ser útil para el diagnóstico del embarazo ectópico.

Suele permitir buena visualización de los órganos pélvico, - excepto en casos de adherencias intraabdominales múltiples u obesidad extrema, en la bibliografía, los estudios comunican resultados negativos, falsos en 3 a 4% y de positivos falsos de 5%. No obstante una laparoscopia eficaz y segura exige un equipo adecuado, un operador experto, una sala de operaciones y normalmente anestesia quirúrgica, a veces en difícil identificar un embarazo tubárico precoz no roto aunque se visualice con claridad la trompa, dando que esta puede presentar mínimos cambios de forma y de coloración. Además, tampoco es posible excluir los embarazos ectópicos tempranos mediante la demostración de permeabilidad de la luz con colorantes. - Este método no se usará como primera prueba para diagnosticar gestación ectópica (16,17).

El estradiol sérico como una ayuda en el diagnóstico de embarazo ectópico.

Jacques Guilliame y colaboradores realizaron un estudio para determinar la importancia del estradiol sérico en el diagnóstico del embarazo ectópico. Se revisaron todos los reportes de la aplicación potencial del estradiol sérico en el diagnóstico del embarazo ectópico estudiaron comúnmente la prueba sérica de estradiol, progesterona y beta hCG en 100 mujeres con embarazo ectópico, tomando 69 controles con embarazo intrauterino normal y 36 mujeres con aborto retenido - los niveles de estradiol para pacientes con embarazo ectópico los controles normales y la mujer con aborto retenido fue de 281.1 igual a 115.6, 788.2 igual 40.6 pg por ml, respectivamente los niveles medios en el grupo ectópico fue significativamente diferente de estos dos grupos juntos todos los embarazos ectópicos tuvieron valores de 250 pg x ml de estradiol y 23ng x ml de progesterona, todos los niveles de embarazo intrauterino fueron alrededor de estos. Nuestro estudio sugiere que la adhesión de prueba de estradiol con la progesterona en la temprana evaluación sospechos de tener un embarazo ectópico pueden ser provechosos en el diagnóstico (15)

Mortalidad;

Entre 1970 y 1978, el National Center For Health Statistics de E.U. registro 437 muertes por embarazo ectópico. Resulta de alguna forma esperanzador comprobar que las muertes por cada 1000 casos de embarazo ectópico han descendido de 3.5 en 1970 a 0.8 en 1979-1980. Actualmente unas 40 o 50 pacientes estadounidenses mueren cada año a consecuencia de embarazo ectópico, efectuando más al grupo de edad comprendido entre los 25 y 34 años. (16, 17)

TRATAMIENTO.

Hasta hace poco tiempo, el tratamiento habitual del embarazo tubárico a sifo la extirpación de la trompa afectada y sangrante con o sin ooforectomía ipsilateral. Evidentemente se precisa una trasfunción sanguínea simultánea siempre que exista hipolomelia o anemia intensa.

Salpingectomia.

Este procedimiento ya es menos frecuente, quedan indicaciones absolutas y relativas para hacerlo.

La salpingectomia con o sin ooforectomia del mismo lado esta indicada para el tratamiento de embarazo ectópico que ha dañado de manera irreparable a la trompa de falopio. Características que permiten valorar si hay daño irreparable, son. Longitud afectada que de la trompa y extensión no afectada, grado de extensión hacia el mesosalpíx y grado de destrucción de la vasculatura tubaria. La finalidad de pacientes inestables desde el punto de vista hemodinámico es controlar el sitio hemorrágico con la mayor rapidez. Como tal, esa situación suele requerir salpingectomia.

Una segunda indicación para salpingectomia es la aparición de hemorragia no controlable por otro medio, durante intentos de tratamiento conservador.

En el tratamiento de embarazo ectópico, al decisión de practicar ooforectomia concomitante del mismo lado, se reserva para aquellos casos en los cuales esta gravemente afectada la vasculatura ovarica.

Son varias las indicaciones relativas para realizar salpingectomia como tratamiento del embarazo ectópico. La primera es la presencia de gestación ectópica en una trompa demasiado cicatrizada que de otra manera podría tratarse de modo conservador. Un segundo grupo es la presencia de embarazo ectópico de repetición en una trompa ya tratada antes con servadoramente por el mismo trastorno. Una tercera situación se refiere a mujeres que piensan someterse o estan sometidas a fecundación in vitro. En este grupo., la salpingectomia -- puede mejorar el acceso ovarico para intentos futuros de fecundación in vitro y reducir el riesgo de desarrollo de gestación ectópica en uno de estos intentos. Un cuarto grupo lo formarían las que ya no desean embarazarse. Dentro de este ultimo grupo estaria una subpoblación con embarazos ectópicos que ya antes se sometieron a intentos de esterilización.

Ejecución de la salpingectomia.

Para el tratamiento del embarazo ectópico, la salpingectomia se hace primariamente al momento de laparotomia. La incisión más utilizada es la de Pfannensteil. En presencia de incisión abdominal vertical previa puede suarse otra vertical.

tambien cando se espera que sean necesarios procedimientos quirurgicos alternativos.

Puede elegirse laparotomia en lugar de tratamiento laparoscopico en las siguientes circunstancias. Gestación ectópica demasiado grande (mayor de 3 cm de diametro), para tratarse mediante laparoscopia, gestación ectópica cornual o embarazo ectopico roto en el cual la hemorragia no puede controlarse por laparoscopia. Al hacer la salpingectomia se identifica la trompa y se toma el mesosalpex sucesivamente con pinzas de Kellu comenzando en el extremo fimbrial de la trompa. Los pediculos individuales pueden incidirse con trijera o bisturi, o bien con cauterio, que tiene la ventaja de sellar los vasos pequeños. Luego se ligan los pediculos con sutura 3-0 o 4-0 (el material de sutura para este procedimiento será de baja reactividad a los tejidos y más a menudo de tipo resorbible). Este procedimiento de sigue a lo largo de la base de la trompa hasta lo cornual. Aquí se tomará la decisión de hacer o no hacer resección cornual. La ventaja de este procedimiento es que reduce la longitud de la trompa, en la cual subsecuentemente puede implantarse un embarazo. La desventaja es que puede debilitarse la pared miometrial, lo que produce desarrollo de un defecto uterino y en un embarazo subsecuente puede predisponer a la paciente a rotura uterina.

Cuando hay embarazo ectópico roto que afecta los vasos del mesosalpex, en ocasiones es necesario tambien hacer ovariectomia.

Exploración laparoscopica y tratamiento de gestaciones tubaricas.

Una contraindicación de la exploracion laparoscopica -- para diagnóstico de gestacion ectópica es la paciente inestable desde el punto de vista hemodinamico. El tratamiento laparoscopico se planea en una paciente con estabilidad hemodinámica en una situación en que la gestación ectópica este situada ya sea en el segmento infundibular o en el ampullar de la trompa. En estos casos, la trompa tendría un diametro menor de 3cm. en el sitio de la gestación ectópica y como se ha sugerido, se requiere el equipo y capacidad necesarias para hacer laparoscopia operatoria. En una paciente que desea embarazos futuros, no esta indicado hasta el momento de tratamiento laparoscopico de gestaciones ectópicas istmicas o cornuales.

Metodos de corrección quirurgica conservadora de gestaciones tubaricas.

Las gestaciones ectopicas pueden presentarse en cualquiera de los cuatro segmentos de la trompa de falopio. Ampollar (80%), istmico (12%), fimbrial o infundubular (5%), intersitial (2.5%).

Infundibular

La gestación ectópica infundibular puede tratarse en una de dos maneras. En la primera, se hace salpingostomía lineal sobre el segmento distal de la trompa. Después de fijar la trompa, la incisión se hace a lo largo del borde tubario antimesentérico sobre la gestación ectópica. Esto puede hacerse con el cauterio, primero con corriente de coagulación seguida de corriente de corte. Por otra parte, puede hacerse salpingostomía lineal con instrumento cortante, sin usar cauterio. Una tercera adición más reciente es el uso de laser para la incisión de salpingostomía. Esta puede hacerse con laser ya sea de CO₂, argón, KTP-532 o Nd:Yag. El primero tiene la menor profundidad de penetración en el tejido blanco y menos probabilidad de lesionar estructuras adyacentes. Sin embargo, sus propiedades hemostáticas, son menores que las de otros laser.

La incisión practicada a lo largo del borde antimesentérico de la trompa de falopio, se extendiera lo suficiente para permitir la extracción de los productos de la concepción.

La segunda es la que se llama técnica de ordeña o expresión. En este procedimiento, se toma la trompa lo más próximo al stitio de dilatación y luego se comprime, avanzando hacia el infundíbulo de la misma. De esta manera, los productos de la concepción se expulsan de la fimbria. Es un informe que describe su uso en un grupo de pacientes los autores tenían optimismo sobre su aplicación. Sin embargo, Timonen y Nieminen describieron aumento subsecuente de las repeticiones de embarazo ectópico cuando se usó esta técnica. Existe una gran preocupación sobre el posible daño de la trompa de hacer este procedimiento, pero no se ha demostrado. Esta preocupación se justifica más cuando las gestaciones ectópicas están en el segmento ampollar de la trompa. Por tanto, la expresión de los productos de la concepción, podría crear un pasadizo falso y se sitio subsecuente de cicatrices y estenosis.

Ampollar.

El sitio más común para la gestación ectópica tubaria es el segmento ampollar. En este como se señaló, la gestación ectópica parece ser intraparietal en lugar de intraluminal, lo que permite usar la salpingostomía lineal. Algunos cirujanos han aconsejado el cierre de la incisión de salpingostomía lineal por dos razones. La primera es que ofrecen un medio de lograr hemostasia a lo largo de los bordes de la incisión. La segunda es la reducción de superficies desnudas intrapelvicas, con la esperanza de disminuir la posibilidad de formación de adherencias en el postoperatorio. Otros han aconsejado no cerrar la incisión sugiriendo que disminuirá la isquemia de tejidos, lo que reducirá al mínimo la formación de adherencias. Independientemente de si se cerró o no la valoración postoperatoria con histerosalpingografía, demostrará sistemáticamente la permeabilidad tubaria.

Istmico.

En el segmento istmico de la trompa, las gestaciones ectopicas si suelen afectar su segmento intraluminal. En estos casos, resulta menos atractiva la salpingostomia lineal, por el potencial de hemorragia abundante y malos resultados postoperatorios en cuanto a la permeabilidad tubaria.

El punto principal de controversia en relación a gestaciones istmicas, es si en este momento deberia hacerse anastomosos primaria o si debera esperarse a un procedimiento quirurgico subsecuente. En la actualidad, la maruoria de cirujanos recomienda posponer la anastomosos. Hasta que los tejidos esten menos ingurgitados o los planos histicos menos edematizados y se identifiquen con mas facilidad.

Cornual

El embarazo ectopico cornual es el que se identifica con menos frecuencia entre los cuatro segmentos de la trompa. Estas gestaciones ectopicas suelen tratarse a menudo mediante extirpación quirurgica, que a veces tambien necesita el corte de una porción del miometrio. Esto origina la preocupaci3n de rotura uterina futura si ham embarazo subsecuente; por tanto la masa de tejido extraido debe ser minima. Debido a las bajas frecuencias de embarazo despues de implantaci3n tubaria no ser4 insencato hacer salpingectomia en estas pacientes, por el potencial del procedimiento para debilitar el miometrio aun mas y los buenos resultados actuales de los programas para fecundaci3n in vitro.

TRATAMIENTO NO QUIRUGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO

Quimioterapia para el embarazo ectopico.

El uso de metotrexato es la opci3n obvia como alternativa quimioterapeutica a la operaci3n, para el tratamiento del embarazo ectopico no roto. El metotrexato, analogo del 4cido f3lico, se usa comunmente para tratamiento de enfermedad trofoblastica gestacional. La primera experiencia comunicada sobre el uso de metotrexato en el tratamiento de esta enfermedad data en 1956. Despues, la adici3n de factor citrovorum, antido del metotrexato demostro aumentar la inocuidad y --eficacia del tratamiento.

En efecto, hasta la fecha la quimioterapia con metotrexato para tratar embarazo ectopico ha sido objeto de diversos estudios. Dos de ellos se relaciona con su uso en casos en los que la t3cnica quirurgica estandar pondria en peligro la fertilidad futura. Uno de estos estudios se refiere al tratamiento de un embarazo ectopico intersticial en el cual se --penso que la extirpaci3n quirurgica impondr4a un riesgo importante de obstrucci3n tubaria.

La quimioterapia con metotrexato dio buenos resultados y despues del tratamiento se demostro permeabilidad tubaria mediante histerosalpingografia. El otro informe proporciona el uso afortunado de metotrexato en el tratamiento de embarazo ectopico cervical, en el cual el tratamiento quirurgico es cuando menos riesgoso, y a veces termina con histerectomia.

El tercer estudio se refiere al uso de metotrexato en el tratamiento satisfactorio de embarazo ectopico en presencia de sindrome de hiperestimulacion, en donde la laparotomia exploratoria en si, representaba riesgo quirurgico importante para la paciente.

En el cuarto informe, se administro metotrexato con rescate de feactor citrovorum para el tratamiento eficaz de embarazo ectopico ampollar que persistio despues de operacion conservadora.

Más adelante se informó del uso de quimioterapia con metotrexato y factor citrovorum, en un estudio cuyo fin era evaluar la inocular y eficacia de la quimioterapia como alternativa para la cirugía conservadora en el tratamiento primario del embarazo ectopico ampollar no roto.

Día de tratamiento	Tratamiento
1	Metotrexato, 1 mg/kg IV
2	Factor citrovorum, 0.1 mg/kg IM
3	Metotrexato, 1 mg/kg IV
4	Factor citrovorum, 0.1 mg/kg IM
5	Metotrexato, 1 mg/kg IV
6	Factor citrovorum, 0.1 mg/kg IM
7	Metotrexato, 1 mg/kg IV
8	Factor citrovorum, 0.1 mg/kg IM

El estudio se integro con seis pacientes con criterios para inclusion de dtos laparoscopicos de embarazo ectopico ampollar no roto, de unos cuatro centimetros de diametro o menos, menos de cien mililitros de hemorragia en la cavidd peritoneal y signos vitales estables.

Despues del tratamiento, cinco de las seis pacientes tuvieron buena resolución del embarazo ectopico. Una requirio laparotomia exploradora con salpingestomia parcial doce días despues de iniciar el tratamiento. Se decidió intervenir ante la presencia de abdomen agudo con hemoperitoneo. Dos de las otras pacientes tuvieron evolución complicada por anemia que necesito transfusion sanguinea, en una se presentó 24 días despues de iniciar la quimioterapia. El tiempo de hospitalización vario de 8 a 25 días.

Otras complicaciones del tratamiento se consideraron -- leves, entre otras, estomatitis, gastritis, elevación transitoria de las enzimas hepáticas.

El uso de metotrexato con rescate de citrovorum, representa una alternativa interesante en el tratamiento del embarazo ectópico. Sin embargo, aun queda por decidir la selección de aquellos embarazos ectópicos no rotos para los cuales ofrecera ventajas sobre la operación conservadora.

En realidad, en los casos en que la cirugía representa una amenaza importante para la fertilidad futura o impone un riesgo quirúrgico elevado para la paciente, el uso de quimioterapia ofrece una alternativa deseable.

En varias partes del mundo se han intentado otras formas de quimioterapia. En China se ha usado tricosantina para tratar embarazos ectópicos. El fármaco es una proteína vegetal extraída de la raíz tuberosa de *Trichosanthes kirilowii* Maxim y se ha usado como abortivo durante el segundo trimestre. Su mecanismo de acción parece consistir en un efecto citotóxico directo sobre el sincitiotropoblasto. Como el fármaco es proteína de origen vegetal puede causar reacciones alérgicas que requieren pruebas cutáneas antes de usarlo. Tendrá que definirse la función de este fármaco en el futuro.

El reciente desarrollo de un atiprogrestacional, el RU486, como eficiencia demostrada como abortifaciente en el primer trimestre, ha aminorado el interés en su posibilidad de uso para el tratamiento del embarazo ectópico. Fracaso un intento inicial de interrumpir un embarazo ectópico diagnosticado mediante laparoscopia. La paciente necesita laparotomía y salpingectomía por hemorragia intraperitoneal aguda, seis días después del tratamiento.

EMBARAZO ABDOMINAL

El embarazo abdominal es una entidad clinica poco comun dificil de diagnosticar no solo por medicos alejandros de la obstetricia, sino por quienes se dedican a ella.

El termino de embarazo abdominal se refiere a las gestaciones implantadas en la cavidad peritoneal, excluyendo aquellas localizadas en trompas de falopio, en ovarios y entre las hojas del ligamente ancho.

El embarazo abdominal se divide en primario y secundario: el primario debe cumplir con los criterios siguientes: originalmente descritos por Studdiford en 1942, 1) Ambas trompas y ovarios son normales sin presencia de lesión reciente o antigua; 2) NO hay datos de fistula uteroplacentaria y 3) El embarazo estará exclusivamente en relación con la superficie peritoneal y su edad será tan breve que permite eliminar la posibilidad de implantación secundaria despues de anidación primaria en las trompas. El ultimo criterio se requiere que los embarazos abdominales avanzados se clasifiquen como secundarios.

Embarazo abdominal secundario es más frecuente y se produce por abortos tempranos o rotura de trompas. Para que su desarrollo continúe, estos acontecimientos deberan ser los bastante precoces para que el embión asegure nidación secundaria, o el riego sanguíneo placentario deberá mantenerse mediante una unión con la trompa, sitio primario de la implantación. También se han presentado embarazos abdominales secundarios despues de perforación uterina durante un aborto terapeutico o electivo, separación de una cicatriz antigua de cesarea o histerectomía total o subtotal.

El primer caso de embarazo abdominal fue registrado hace más de 900 años por Albucassis. Galabin en 1896 informó el primer caso de embarazo abdominal primario y su caso fue seguido por Wittehauser en 1903, Hurts y Knipe en 1908.

Frecuencia.

Su frecuencia es baja y varia según diversos autores. Beachman en el Charity Hospital de Nueva Orleans en el año de 1962 comunico una incidencia de 1 por cada 3372 nacimientos. cifra que esta en concordancia con la de Crawford y Ward en el año 1957. Otros autores informan un caso por 15000 partos. Cifra que catalogan algunos autores como la más común Tan y Col, en Singapur informa un caso en 50820 partos.

En México la frecuencia informada es variable, entre 1 caso por 5555 hasta 1 en 24709 partos.

Etiología.

No se conoce la causa de esta patología del embarazo, sin embargo, se menciona que algunos factores predisponentes pueden jugar un papel importante, tales son: multiparidad, edad mayor de 30 años, historia previa de infertilidad primaria o secundaria, embarazo tubario previo y cirugía pélvica.

Anderspm menciona otros factores como la probiaciones ne gras, primigravidas añosas; toros como Trejo en nuestro país refiere que ni la edad ni la paridad son factores predisponentes., Braeutingman menñiona que la practica del aborto legal en Alemania Occidental (no importnao el metodo empleado para hacerlos) predispone en forma tardia a embarazos abdominales, siendo más frecuente la incidencia cuando el producto abortado es mayor de 8 semanas.

Sintomatología.

La sintomatología es muy variable y confusa de ahí que su diagnostico es difícil; son de mucha ayuda antecedentes - como infertilidad previa, embarazo tardio previo, cirugía pélvica y enfermedad pélvica infamatoria. Se tiene el antecedente de hemorragia vaginal irregular o manchado, nauseas, vómito, flatulencias, constipación, polequiuria, calambres y dolor abdominal difuso. Sin embargo, se encuentra en casi todos los embarazos la triada dolos, sangrado y tumor abdominal. Al final del embarazo, los movimientos fetales son a veces muy dolorosos. Cerca del termino, del utero vacia frecuentemente entra en trabajo de parto aparante.

Exploración física.

La anormal posición del feto. que frecuentemente se encuentra en situación transversa alta con las partes fetales muy facilmente palpables. La frecuencia cardiaca fetal se es cuha con mayor intensidad, el utero suele estar pequeño y no estumula la masa muscular uterina, como ocurre en el embara zo intraureino avanzado.

Diagnostico.

Suele ser facil cuando se ha pensado en la patología; sin embargo, en la mayoría de las veces este se torna difícil. Durante algunos años se pregono la prueba de la oxitocina. actualmente parece ser que no tiene valos. Una alternativa a esta prueba esta representada con el uso de prostaglandinas del tipo de E2 y F2. En el estudio radiológico Cockshoot y Lawson en 1972 clasificaron los signos rariológicos de embarazo abdominal en : conclusivos, indicativos, sugestivos y dudosos.

Los criterios de los diagnosticos esoinograficos son de: demostración de un feto a un saco gestacional fuera del utero una masa identificable como el utero separado del feto y la vegiga, reconocimiento de una aproximacion exagerada del feto hacia la pared abdominal matenrl y localización de la placenta fuera de la cavidad uterina.

Tratamiento.

El tratamiento del embarazo abdominal es la extirpación quirurgica, sin embargo, se dara a soncideración especial al tiempo de procedimiento y a la atencion de la placenta. La recomendación standar ha sido realizar laparotomia tan pronto se haga el diagnostico de embarazo abdominal. Sin embargo cuando el feto es casi viable, la posibilidad de nacimiento de un niño vivo puede justificar el retraso de la intervención. El principal riesgo de permitir este retraso es la hemorragia intraperitoneal. Esto se considera a fondo, solo despues de informar a la paciente sobre las posibilidades consecuencias desagradables, incluyendo la elebada incidencia (35 a 75%) de anomalias fetales, que se piensa tengan relación con presión secundaria a oligohidramnios. La Disponibilidad de un volumen adecuado de sangre comparable y vigilancia --- estrecha en el hospital son por supuesto esenciales, si se espera viabilidad fetal.

El cuidado de la placenta aun es punto de controversia. Si se deja in situ puede sobrevenir ileo, sepsis, peritonitis, y abseso, lo que requiere hospitalizacion prolongada. La extracción placentaria puede producir hemorragia masiva, en general se pienza que la placenta deberá extraerse solo cuando pueda aislarse su aporte sanguineo y ligarse con facilidad. Por el alto riesgo de hemorragia incontinidle, no se intentara la resección parcial de la placenta. Si no se extrae se pinzará el cordón y se ligará lo mas cercano a su incersión y la placenta se manipulara lo menos posible. Algunos autories recomiendan drenaje retroperitoneal de ser -- factible, otros no. Para valorar la función placentaria, --- pueden vigilarse las titulaciones cuantitativas de Beta-hCG Hay controversia sobre el uso de metotrexato para acortar el periodo durante el cual la placenta sigui funcionando.

Pronostico.

Straford y Ragan en 1977 informas de una , mortalidad materna del 5% y una mortalidad perinatal del 91%. El emba-- razo abdominal es todavia hoy una de las complicaciones obs-- tericas más notables, la detección y erradicación de los em-- barazos ectopicos en el primer trimestre sigulen constitueno do el metodo más eficaz para evitar sus terribles riesgos.

EMBARAZO OVARICO

Los embarazos ovaricos representan el 1% de todas las gestaciones ectópicas, Grimes y Cols, comunicaron una incidencia aproximada de 1/7000 alumbramientos por 34 embarazos ectópicos. Algunos otros autores reportaron una incidencia que varía desde 1/2.034 hasta 1/8,487 partos (3, 17).

Spiegelberg en 1878 externó su criterio para definir la rata gestación ectópica ovarica desligarla de un embarazo tubarico comun: 1) En el lado afectado, la trompa, incluyendo la fimbria ovarica, debe estar intacta, 2) La bolsa gestacional debe ocupar la posición normal del ovario, 3) La bolsa gestacional debe estar conectada con el utero el ligamento uteroovarico; y 4) En la pared de la bolsa debe identificarse histologicamente tejido ovarico (3,17).

Los embarazos ovaricos se pueden clasificar en Primarios o Secundarios. El tipo primario o intrafolicular se produce por incapacidad del folículo para expulsar el ovocito, presentandose fecundación subsecuente en el cuerpo amarillo prematuro.

El tipo secundario se produce con probabilidad de un aborto tubarico temprano que se implanta sobre la superficie ovarica.

Los factores de riesgo para el embarazo ovarico Hallat comparo el promedio de edad, porcentaje de multiparidad y porcentaje de infertilidad de casos de embarazo ovarico, con los de casos de embarazos tubaricos, noto que los de embarazos ovaricos correspondian a mujeres más jovenes (28 contra 30 años), con porcentaje de multiparidad más alto (84 contra 68%), y menos problemas de infertilidad (4 contra 28%).

Grimes y Cols, encontraron un porcentaje menor (8.3%) de mujeres tratadas por infertilidad, en dicho grupo 45.8% de pacientes tenían antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria o intervenciones pélvicas, ambos factores de riesgo de embarazo tubarico.

El uso de dispositivo intrauterino (DIU) a menudo ha mostrado ser factor de riesgo de embarazo ectópico, incluyendo ovarico.

Alunos diatos indican que el DIU tiene una eficacia de cerca de 99.5% para prevenir implantación uterina, de 95% para prevenir la tubaria y de 0% en la prevención del embarazo ovarico, por tanto, cuando se embarazan usuarias de DIU, el riesgo de embarazo tanto tubarico, como ovarico es mayor que el de las no usuarias.

El producto de la concepción degenera a veces de forma precoz sin rotura y de origen a un tumor de tamaño variable constituido por una cápsula de tejido ovárico que encierra una masa de sangre, tejido placental y eventualmente membranas.

Los síntomas y los datos de la exploración física suelen ser semejantes a los del embarazo tubario o a los del cuerpo lúteo hemorrágico. En el momento de la cirugía las gestaciones ovariáticas precoces se confunden a menudo con quistes del cuerpo lúteo o con cuerpos lúteos hemorrágicos.(16)

Recientemente el examen anestésico va seguido de una laparotomía exploratoria con ooforectomía ahora si en pacientes es homodinamicamente estable (ya que un 90% están rotos y provocan hiperperitoneo significativo), se podrá realizar laparoscopia diagnóstica.

La cistectomía ovariática o la resección en cuña muchas veces suelen ser suficientes para tratar el embarazo ovariático.

Solo cuando surgen complicaciones se necesita una técnica quirúrgica más amplia que la resección del ovario. La mortalidad es rara en casos de embarazo ovariático.(3,16,17)

EMBARAZO CERVICAL

Es quel que se implanta y desarrollo por completo dentro del conducto cervical.

Paalman y McElin sugirieron los siguientes criterios -- clinicos: 1) Orificio cervical interno cerrado, 2) Orificio externo parcialmente abierto. 3) Productos de la concepción limitados completamente al endocervix y fuertemente unidos a esta, 4) Hemorragia uterina despues de amenorrea sin dolor tipo cólico, y 5) Cuello uterino crecido y blanco con dimensiones iguales o mayores al fondo; el llamado utero en reloj de arena.

Parente y Cols. citaron 3 estudios de los cuales la --- incidencia varia del 1/2500 a 1/18000 partos. (12.17)

Crimes y Cols. notaron los sintomas iguientes: dolor abdominal (91.6%), irregularidades menstruales(79.2%) y hemo-rragia vaginal (62.5%)

Algunos autores mencionan que los sintomas mas frecuen-tes son hemorragias vaginal presentandose tipicamente sin -- dolor tipo colico, pero puede haber dolor en parte baja del abmonen.

La exploración fisica mostrara datos que coinciden con - los criterios de establecidos por Paalman y McElin, sin embar- kgo en la mauoria de las pacientes muestra masa anexial pal- pable, junto con hiperetesia en abdomen inferior y signos de irritación peritoneal que coinciden con hemoperitoneo.

El diagnostico preoperatorio preciso resulta extremada- mente dificil las pruebas de diagnóstico como radioinmuniva- loracon de la B-hCG, culdocen tesis, ultrasonografia, y la paroscopia, usadas para el diagnostico de embarazo tubario, son tambien utiles para despertar la sostepcha de embarazo ovarico/.

La titulación de la B-hCG indicara la presnecia de ges- tacion en forma seriada mostrarán como probablilidad una declinación anormal del incremento que indica embarazo intrau- terino anormal o ectopico. La culdocentesis es util para con firmar la existencia de hemoperitoneo y tipicamente, será p_o sitiva, porque la gran mayoría de embarazos ovaricos se rom- pen antes de ser operados.

La laparoscopia es el recurso más valioso para aumentar la sospecha de embarazo ovarico, con laparoscopia suele esta- blecerse la ausencia de embarazo tubarico. La ultrasonogra- ffa puede ayudar a establecer el diagnóstico de embarazo cer- vical, mostrando agrandamiento del cuello, que contiene pro- ducto de la concepción y cavidad uterina vacia.

El factor de riesgo que con más constancia aparece en - embarazo cervical, es el antecedente de legrado. De las 19 pacientes con embarazo reunidas por Shinagawa y Nagayama, 18 tenían antecedentes de aborto inducido en 13 de 19 casos el embarazo anterior había terminado con aborto legal.

Entre otros factores están endometritis, síndrome de --- Asherman, uso de DIU, cesarea previa, leiomiomas y fertilización in vitro y transferencia embrionaria (2,17)

Tratamiento.- La histerectomía abdominal siguió siendo el tratamiento más común, en especial en casos avanzados. Gitsten y Cols. informaron sobre 5 casos tratados conservadoramente por ejemplo, legrado con taponamiento del cuello, ligadura de las ramas cervicales de la arteria uterina y ligadura de arteria hipogástrica, Parente y Cols. notaron que aproximadamente en 70% de casos revisados se necesitó histerectomía; los 30% restantes se trataron conservadoramente.

Susan Lobel y Cols. realizaron embolización de la arteria uterina con sonografía preoperatoria (12)

Z. Palti y Cols. reportaron tratamiento exitoso de un embarazo cervical con metotrexato inyectado intracervicalmente una dosis de 12.5 mg., de metotrexato en 1 ml de solución salina, seguida por 5 inyecciones intramusculares diarias de 32 mg de metotrexato (0.5 mg/kg), con 6.4 mg/ diarias de Ac. Fólico (0.1 mg/kg), teniendo resultados satisfactorios en el caso reportado (14).

En comunicaciones las tasas de mortalidad materna oscilan entre el 40-45% Una revisión bibliográfica hecha en 1983 no pudo informar sobre muerte materna en los 30 años previos (14,17)

EMBARAZO INTRALIGAMENTOSO

Es aquel limitado en sus partes anterior y posterior por las hojas del ligamento ancho, abajo por el musculo elevador del ano, a los lados por la pared lateral de la pelvis, en medio por el útero y hacia arriba por la trompa de falopio. SE han propuesto varias teorías en relacion a la causa de este raro acontecimiento, los embarazos intraligamentosos sin de tipo secundario, pues la implantación primaria sucedio en algún otro sitio.

La frecuencia varía desde 1/49765 hasta 1/183900 embarazos. Entre los 52 embarazos registrados por varios autores solo hubo 3 muertes maternas.

La rareza de este padecimiento dificulta la identificación de factores especificos de riesgo. Las pacientes con ese tipo de embarazo tienden a ser de edad avanzada no blancas e infértiles.

No hay signos clinicos bien especificos, es comun el dolor abdominal, que se agrava con el tiempo, por aumento de tensión sobre la inversión peritoneal de la bolsa gestacional. Puede haber hemorragia vaginal y la localización fetal suele ser anormal. Puede haber tracción cervical ascendente y desplazamiento lateral, tipicamente el cuello permanece cerrado y sin borramiento.

Los medios de diagnóstico propuestos para identificar embarazo abdominal, son utiles tambien para valorar embarazo intraligamentoso, a pesar de todo es muy difícil diagnosticarlos antes de la semana 28.

En casos de embarazo intraligamentoso se requiere tratamiento quirurgico, se menciona que si el diagnóstico se hace en la segunda mitad del embarazo, puede obtenerse por tratamiento conservador hasta la semana 38 de gestación. En este tipo de embarazo parece ser menor frecuente la hemorragia devastadora que en el embarazo abdominal, una observación comun, son adherencias epiploicas e intestinales en las bolsas gestacionales, por pequeñas abrasiones o roturas del ligamento ancho, producidas por su dilatación.

En el embarazo intraligamentoso la placenta representa un problema algo menor que en el embarazo abdominal. Pater--son y Grant notaron que el grado de invasión trofoblastica es notablemente leve y que siempre puede extraerse la placenta si se toma el tiempo adecuado, algunos otros piensan que la decisión para extraerla depende de cada caso en particular.

EMBARAZO HETEROTOPICO

Reece y Cols. revisaron la biblioteca mundial desde 1966 hasta 1979; en busca de embarazos heterotopicos y reunieron 66 casos. Solo registraron 4 embarazos que invadian sitios no tubarios y todos ellos fueron gestaciones tubericas.

La incidencia de embarazos heterotopico ha sido estimada en uno de 30,000 nacimientos, la combinaci3n de embarazo intrauterino y extrauterino es rara pero ha sido reportada despues de fertilizacion in vitro y transferencia de embri3n. Jacobson y cols. reportaron el caso de un embarazo del cuerno y otro intrauterino con sobrevivencia del infante despues del embarazo ectopico, es el primer reporte de este fenomeno (13,7,17)

EMBARAZO VAGINAL

El informe m3s raro de embarazo ectopico fue el de un embarazo vaginal que se presento como un quiste subuterino, descubriendose al examinar a la paciente despues de un periodo menstrual tardio. Cinco d3as despues el quiste habia duplicado su tama3o y continuo la hemorragia; por tanto, se extirpo. El estudio histopatol3gico del tejido obtenido, mostro vellosidades coreonicas y trofoblasto.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión del periodo comprendido del 1º de noviembre de 1992 al 30 de noviembre de 1993, en las formas 4-30-27 (Registro de cirugía realizada), buscando los diagnósticos postoperatorios de embarazo ectópico, en pacientes que acuerdeon al HGRNo.36 del Centro Médico Nacional, "Manuel - AVila Camacho" IMSS-PUEBLA. No fue posible recabar la forma 4-30-27 de los meses de mayo a agosto de 93'.

Se detectaron 41 casos de embarazo ectopico, de los cuales - solo 22 expedientes fue posible localizar en el archivo, Estos casos fueron analizados en relación a edad, paridad, antecedentes patológicos de importancia para el padecimiento, diagnostico de ingreso, diagnostico preoperatorio y postoperatorio, principales signos y síntomas, metodos diagnosticos tratamientos, hallazgos transoperatorios y complicaciones.

RESULTADOS

El rango de edad fue entre 19 y 43 años., con un promedio de 29.5 años, dividimos las pacientes por grupos de edad, de 15 -19 se presente 1 caso (4.5%) de 20 a 24 años 4 casos (18.1%) de 25 a 29 años 6 casos (27%) y de 30 a 40 , 11 casos (50%) Dentro de los principales antecedentes para el padecimiento, 3 pacientes presentaban cervicovaginitis cronica (13.6%), el mismo porcentaje tuvo antecedentes de esterilidad, 4 pacientes (18%), presentaban enfermedad pelvica inflamatoria y solo 1 paciente tenia antecedentes de cirugía pelvica, igualmente 1 paciente (4.5%) habia presentado un ectopico previo.

En relación al numero de embarazos y paridad, 9 pacientes - (40.9%) fueron multiparas, 6 primiparas (27%) y 7 nuliparas (31.8%). De las nuliparas 2 tenian antecedentes de esterilidad y 2 de enfermedad pelvica infalmatoria, el resto sin antecedentes de importancia.,

7 pacientes (31.8%), tuvieron antecedentes de 1 o más abortos

En cuanto al metodo de planificacion familiar, 7 pacientes no se les interrogo al respecto (31.8%), 5 usaron DIU (22.7%) 2 tenian OTB (9%) y 7 pacientes sin ningun metodo (31.8%), - solo una paciente con hormonales orales (4.5%)

Al momento de la valoración en admisión solo 3 pacientes - (13.6%) se hizo el diagnostico correcto de embarazo ectopico 6 pacientes ingresaron como sospecha (27%) y en 13 pacientes (59%) el diagnostico fue encorrecto.

11 pacientes (50%) se programaron par laparotomos exploradora con diagnostico correcto de embarazo ectópico, 9 pacientes - como probablilidad (40.9%) y 2 pacientes (9%) fueron programadas con otro diagnóstico (apendicitis).

Entre los hallasgos clinicos, pricipal instomatología fue, dolore en 100% de los casos, hemorragia vaginal en 11 pacientes (50%), el 54.5% de las pacientes presentes retraso menstrual con menor frecuencia se presento nauseas y vomito en 2 pacientes (9%), mastodinia en 1 paciente (4.5%) y lipotimia en 4 pacientes (18%) tabla I

TABLA I

SINTOMAS	HALLAZGOS CLINICOS	%
Dolor	22	100
Hemorragia Vaginal	11	50
Retraso menstrual.	12	54.5
Lipotimia	4	18
Nauseas y vomito	2	9
Mastodinia	1	4.5

En la exploración ginecológica, once pacientes presentaron dolor a la movilización del cervix (50%), útero aumentado de tamaño fue tectado en 14 pacientes que corresponden al 63% dolor anexial se reporto en el 50% de las pacientes presencia de masa anexial en 7 pacientes (32%), hiperestesia abdominal en 11 pacientes y fondo de saco doloroso y abombado en el 45% de las pacientes. tabla II

TABLA II

SIGNO	EXPLORACION GINECOLOGICA N	%
Mobilizacion cervical dolorosa	11	50
Utero aumentado de tamaño	14	63
Anexo doloroso	11	50
Masa anexial	7	32
Fondo de saco doloroso	10	45
Hiperestesia abdominal	11	50

Los metodos de diagnostico utilizados fueron prueba inmunologica de embarazo en 12 pacientes (54.5%), resultando positiva en 11 pacientes y negativa solamente en 1.

En 11 pacientes se realizo ultrasonografia, siendo concluyente en 6 pacientes y no concluyente en 5 pacientes.

La culdocentesis fue poco utilizada solamente en 3 pacientes (13.6%), resultando positiva inmediatamente en 2 pacientes y negativa en otra sin repetir el procedimiento.

En 3 pacientes se realizo laparoscopia diagnostica (13.6%), e inmediatamente despues laparotomia exploradora. tabla III

SE realizaron 2 legrados, uno indicado por endometritis por DIU y el otro alguna etapa clinica de aborto, sin contar con el reporte histopatologico.

TABLA III

METODO	METODOS DIAGNOSTICOS	
	N	%
Pie	12	54.5
USG	11	50
Culdocentesis	3	13.6
Laparoscopia	3	13.6

En la tabla IV se describen los principales diagnosticos diferenciales. Tabla IV

TABLA IV

	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	
	N	%
Anexitis	5	22.7
Quiste de ovario	1	4.5
Amenaza de aborto incompleto	4	18
Sangrado disfuncional	2	9
Apendicitis	5	22.7
Infección vías urinarias	3	13.6

El tiempo que transcurrió desde su ingreso apiso o labor --- y la indicación de cirugía fue variable de unos cuantos minutos hasta 7 días, con un promedio de 28 horas.

El tratamiento quirurgico más frecuente utilizado fue salpingectomía en 15 pacientes (68%), salpingooferectomia en 5 pacientes (22.7%) histerectomia en una paciente y cirugía conservadora y metotrexate solo en una paciente. Tabla V

TABLA V

TRATAMIENTO QUIRURGICO		
	N	%
Sapingectomia	15	68
Salpinooforectomia	5	22.7
histerectomia	1	4.5
Cirugía conservadora más metotrexate	1	4.5

Como hallazgo quirurgico se tuvo hemoperitoneo en 19 pacientes (86%), que vario entre 80 a 2000 ml. Con una medida de 771 ml. Dos pacientes no tuvieron hemoperitoneo y en una paciente no se reporta.

Entre otros hallazgos presentaron ademas quiste de ovario, - en 1 pacientes hidrosalpinx, 2 pacientes con miomas de pequeños elementos, 1 pacientes con 1 quiste paratubario y otra más con multiples adherencias.

9 pacientes (40.9%), requirieron hemotransfusión, 4 de ellas presentaron datos de shock hipovolemico (18%) y 5 pacientes (22.7%) por anemia de tercer grado.

Solo una paciente fue reintervenida por presentar como complicación oclusión intestinal por bridas así como absceso pelvico y de pared manejada por el servicio de cirugía general.

La localización del emvarazo ectópico fue tubario en el 100% de los casos. 15 (68%) en la salpinge derecho y 7 pacientes lo presentaron en la salpinge izquierda (31.8%).

El segmento de la salpinge más frecuente afectado fue la ampollar en 5 casos 22.7%, itsmico en 1 paciente, fimbrial en 3 pacientes (13.6%), intersticial en 1 paciente y no se especifico en 12 pacientes (54.%) . Tabla VI

El 82% de los embarazos ectópicos estaban rotos, y solo el 18% se encontraron íntegros.

TABLA VI

SEGMENTO DE SALPINGE AFECTADO		
	N	%
Ampollar	5	22.7
Ístmico	1	4.5
Fimbrial o Infundivular	3	13.6
Intersticial	1	4.5
No especificado	12	54.5

La estancia hospitalaria de las pacientes fue de 2 hasta 7 días.

No hubo mortalidad en las pacientes estudiadas.

CONCLUSIONES

La frecuencia de embarazo ectopico en nuestro estudio, no es posible informarla por el problema para recabar la totalidad de los casos.

La edad principalmente se reporta en el grupo de pacientes de 30 a 40 años en el 50% de los casos de nuestro estudio.

En cuanto a la paridad más frecuentemente observada de las pacientes que presnetaron embarazo ectopico fueron las multiparas, cifras que cionsiden con otros estudios.

En relación al metodo anticonceptivo utilizado en nuestro estudio, se observa la mayor frecuencia de embarazo ectopico en las no usuarias, reportandose 5 ectopicos en los --- usuarios de DUI, porcentaje bajo en la relación a lo reportado por la literatura, quizá debido tambien a que en nuestro estudio 7 pacientes no se les interrogó al respecto, representando cerca del 32 por ciento del total de las pacientes estudiadas.

Se encontratos dos pacientes portadoras de embarazo ectopicocon obstruccion tubaria bilateral, este hecho es de destacar porque se ha encontrado como factor etiologico importante, por consiguiente dicho antecedente no debe descartar el diagnostico, si la sintomatologia así lo indica.

En uestro estudio tres pacientes tenian antecedentes de esterilidad, hecho importante ya que la literatura lo menciona como causa predisponente.

Respecto al antecedente de cirugia pelvica y embarazo ectopico previo se presente en el 4.5% de las pacientes, cifra inferior a la reportadas por otros estudios.

La presencia de leucorrea es un signo muy importante,-- conjuntamente con el antecedente de enfermedad pelvica inflamatoria, en nuestro estudios e presento este antecedente en cerca del 32% de las paciente.

El diagnostico de certeza en admisión fue bajo solo el 13.6% del total de las pacientes, sospechandose en el 27% -- cifra baja considernando que el presente estudio el 82% de los embarazos ectopicos estaban rotos.

Respecto al cuadro clínico, el dolor estuvo presente en el 100% de los casos y en el 50% de las pacientes estuvo presente la tríada clásica de dolor, hemorragia vaginal y retraso menstrual.

En cuanto los hallazgos clínicos es importante destacar el útero aumentado de tamaño que estuvo presente en el 63% de las pacientes, así como la movilización cervical dolorosa que se presentó en las 11 pacientes en las que se investigó.

De los métodos diagnósticos utilizados es importante consignar que de las 12 pacientes que se realizó prueba inmunológica de embarazo, en 11 fue positivo, porcentaje similar a los reportados.

El ultrasonido como método diagnóstico se realizó en 11 pacientes siendo concluyente el 64% de los casos, cifra similar a otros reportes.

La culdocentesis fue poco utilizada realizándose solo en 3 pacientes dos de las cuales fueron positivas para un 66% de efectividad, cifra por abajo del reporte de otros autores. Cabe mencionar que de haberse utilizado con más frecuencia este procedimiento, quizás sus cifras de efectividad se incrementaran.

El 50% de las pacientes se programaron para laparotomía exploradora con diagnóstico correcto de embarazo ectópico, si se agregan las pacientes que se sometieron a cirugía como sospecha de embarazo ectópico, las cifras se incrementaran hasta el 91% acorde con otros autores.

La localización del embarazo ectópico fue tubaria en el 100% de los casos, predominando en salpínge derecha (68%) -- de las pacientes. sin existir explicación, diversos autores reportan una localización similar en ambas salpinges.

El tratamiento quirúrgico más frecuente utilizado fue salpingestomía con o sin ooforectomía (91% de los casos), cifra que no difiere mucho de los reportes nacionales.

Este tipo de tratamiento esta justificado por lo avanzado en que se establecio el diagnostico de embarazo y la posibilidad de cirugia conservadora es limitada.

Para finalizar comentaremos que no hubo mortalidad en las -- pacientes estudiadas, cifra afortunadamente por abajo de lo reportado por otros autores, en la que mencionan una mortalidad del 0.8% por 1000 casos.

BIBLIOGRAFIA;

- 1.- Egarter C. MD. Husslein. P. MD. First Successful, intrauterine pregnancy after treatment of tubal pregnancy with prostaglandin F2 alfa. AM J. Obstet. Gynecol. 1989;161; 904.
- 2.- Reyerman Philip C. Verhoeven Arnoth M. Alberda Albertus Th. Cervical pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. AM J. Obstet. Gynecol. 1989;161;1145-6
- 3.- Vasilev Steven A. Saver Mark V. Diagnosis and modern surgical Management of ovarian pregnancy surgery. Obstet. and gynecol. 1990;170;395.
- 4.- Stergachis Andy. Scholes Delia., Daling Janet R. and cols. Maternal cigarette smoking and the risk of tubal pregnancy AM J. Epidemiol. 1991;133;332;7.
- 5.- Rose Peter G. Cohen Stephen M. Methotrexate therapy for persistent ectopic pregnancy after conservative laparoscopic. Management. Obstet. gynecol. 1990;76;947.
- 6.- Frishman Gary N. Luciano Anthony A. Vaginal Ultrasonography in the diagnosis of ectopic pregnancy. AM J. Obstet. Gynecol. 1990;162;1640-6
- 7.- Beck Paul. Silverman Matthew. Oehninger Sergio and cols. Survival of the cornual pregnancy in a heterotopic gestation after in vitro fertilization and embryo transfer. - Fertil Steril. 1990;53;732-4
- 8.- Coldtein Steven R. Transvaginal sonographic detection of the pseudogestational sac associated with ectopic pregnancy Obstet Gynecol. 1990;76;892-5
- 9.- Shepherd Robert W. Patton Philip E., Novy Miles J. Burry Kenneth A. serial BHGC measurements in the early detection of ectopic proegnancy. Obstet. Gynecol.1990;75;417.
- 10.-Egarter C. Methotrexate treatment of ectopic gestation and reproductive outcome. AMJ Obstet. Gynecol.1990;164.
- 11.-Ogunnyi S.O. Faleyimu B.L. Fertility after ectopic pregnancy in a African population. Int. J. Gynecol Obstet. 1989;30;245;248.
- 12.-Lobel Susan M. Mayerovitz Michael F. Benson Carol C. and cols. Preoperative angiographic uterine artery embolization in the management of cervical pregnancy. Obstet. -- Gynecol. 1990;76;938.

- 13.-Jacobson Arnold. Goilen Donald I. Heterotopic pregnancies and in vitro fertilitation. *Fertili Steril*.1990;54;179.
- 14.-Plati Z. Rosenn B. Goshen R. Succcecful Treatment of a - viable cervical pregnanct with methotrexate. *AM J. Obstet y Gynecol.* 1989;161;1147-8
- 15.-Guillaume Jaques. Benjamin Fred. Scranza Bernard J. and cols. Serum Estradiol as an aid in the diagnosis of ecto pic pregnancy. *Obstet Gynecol*; 1990;76;1126.
- 16.-Pritchard Jack A. Mac Donald Paul, MD Norman Gant F. MD Williams obstetricia. 3 edición 1990;409;425.
- 17.-Alan H. Dechemey, MD. *Clinicas Obstetricas y Genicologi cas.* Vol. 1.1987;111;228.
- 18.-H.N. Jones tratado de Ginecologíá de Novak. Decima edición. 1984;636;658.
- 19.-Sociedad de Médicos Cirujanos del Hosptial de Gineco-Obstetricia Hosptial de Gineco-Obstet. Luis Castelazo Ayala IMSS 1985;61;69.
- 20.-Serdio Calderon J. Ugarte Noda E. Pérez Mastin M. y Cols. Embarazo cervical, Ginecología y Obstetricia de México. 1987;55;323.
- 21.-Rosano Leon R. Embarazo abdominal avanzado. *Ginecología y Obstetricia de México.* 1989;57;175.
- 22.-Guzman Sánchez A. Pandoro Baron G. Monroy Medina A. Mendoza García E. Embarazo heterotopico. *Ginecología y Obstetricia de México.* 1988;56;45