

11217

31



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA No.4
DR. LUIS CASTELAZO AYALA

"INCIDENCIA DE EMBARAZO ETOPICO EN PACIENTES
PORTADORAS DE D.I.U. O SALPINGOCLASIA BILATERAL"

29315

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. SOLEDAD CHIÑAS VELAZQUEZ

ASESOR: DR. RENE BAILON URIZA

MEXICO, D.F

~~1982~~

2001



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES PORTADORAS
DE D.I.U. O SALPINGOCLASIA BILATERAL.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

GINECO-OBSTETRA.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 4.

REALIZADO POR: DRA. SOLEDAD CHIÑAS VELAZQUEZ.

MEXICO, D.F. 1982.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO-OBTETRICIA No.4
DEPTO. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

T E S I S D E P O S T G R A D O :

*INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES
PORTADORES DEL D.I.U. O SALPINGOCLASIA BILATERAL*

COORDINADOR: DR. RENE BAILON URIZA.
AUTOR: DRA. SOLEDAD CHIÑAS VELÁSQUEZ.

GENERACIÓN 1980 - 1983

Dedico esta T E S I S a:

A MIS PADRES..
Que han guiado mi vida
con cariño y comprensión.

A MI ESPOSO..
Con infinito amor.

A MI HIJA..
Mi tesoro máspreciado.

A MIS HERMANOS..
- Con cariño.

I N D I C E

- I.- INTRODUCCION.
 - a).- Objetivos.
 - b).- Material y Métodos.
 - c).- Resultados.
- II.- DEFINICION.
- III.- HISTORIA.
- IV.- FISIOLOGIA TUBARIA.
- V.- ETIOLOGIA.
- VI.- INCIDENCIA.
- VII.- CLASIFICACION.
- IX.- METODOS DIAGNOSTICOS.
- X.- TRATAMIENTO
- XI.- MORTALIDAD.
- XII.- CONCLUSIONES.
- XIII.- BIBLIOGRAFIA.

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

Indudablemente que el Embarazo Ectópico, constituye dentro de la Patología Ginecológica una entidad de mucho interés.

Es por ello que en este trabajo, el cual representa Mi-Tesis de Postgrado; analizaremos a aquellas pacientes que cursan con un Embarazo Ectópico, para estudiar sus factores predisponentes y de esa manera poder, correlacionar en que porcentaje las pacientes portadoras de un Dispositivo Intrauterino y aquellas a las que se les ha practicado Salpingoclasia Bilateral, pueden desarrollar un Embarazo Ectópico.

En los últimos años, hemos notado un incremento de esta entidad, ya que sabemos que debido a la sobrepoblación a nivel mundial, los Métodos Anticonceptivos, entre ellos: el DIU y la Salpingoclasia, son en número algo ya trascendental.

O B J E T I V O S

1.- Conocer la relación existente entre el uso del DIU y la práctica de oclusión tubaria bilateral con Embarazo Ectópico.

2.- En que porcentaje, se pueden relacionar estos métodos de planificación con esta entidad.

3.- Cual de estos métodos lo favorece con mayor porcentualidad.

A la vez se hará una revisión amplia del tema, para conocer, a fondo todas sus características, desde aspectos Históricos, Incidencia, Clasificación, Etiología, Cuadro Clínico, Metodología -- Diagnostica hasta tratamiento y su Morbimortalidad.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se revisará la literatura de todo cuanto esté escrito de este tema, tanto en publicaciones antiguas como en recientes, de revistas o bien de libros de la especialidad, desglosándose todos -- sus aspectos y así elaborar tablas comparativas.

Se revisarán todos los expedientes Clínicos, de todas aquellas, pacientes que durante los años de 1979, 1980 1981 y 1982 - hayan sido manejadas en este Hospital, con especial interés, enfocando a que si tenían algún tipo de control de su fertilidad.

R E S U L T A D O S

Una vez analizado a fondo este tema, en sus diversos - capítulos se anotarán los hallazgos de nuestra revisión, obteniendo se de esa manera datos importantes que nos ayuden a mejor diagnosticar y tratar a nuestras pacientes, mejorando así su Morbimortalidad.

D E F I N I C I O N

Se define como Embarazo Ectópico, cuando el producto de la gestación se implanta en cualquier sitio fuera de la Cavidad Uterina.

Ha sido más aceptada esta denominación que la de Embarazo Extrauterino ya que también engloba a las nidaciones a nivel de la porción Intersticial de los Oviductos y a Nivel Cervical; por los diferentes autores (1,2,3,4, y 5).

Cuando se lleva a cabo una nidación perfecta, o sea en el Fondo del Utero se denomina Embarazo Eutópico (Eu=Normal, Topos=Lugar), por lo que cuando este se implanta fuera se denomina Embarazo Ectópico (Ek=Fuera, Topos=Lugar).

Tabién se le denomina Embarazo Tubario y en ocasiones se le ha considerado como sinónimo, aunque a decir verdad no lo es, sino que únicamente el Embarazo Tubario es una variedad del Embarazo Ectópico, la más frecuente hasta en un 95 %.

D A T O S H I S T O R I C O S

Se mencionan, según López Ortiz (6) que se conoce esta - patología desde el siglo X por medio de un trabajo escrito por Albucassis. La primera intervención quirúrgica motivada por un Embarazo Ectópico fué en 1759 realizada por John Barten en la Ciudad de Nueva York.

En esos tiempos el porcentaje de éxito era muy bajo y la mortalidad era en gran escala. Posteriormente, en 1851 Charles -- Meigs describió un tratamiento para el Embarazo Ectópico; en 1877 -- Bohnstain describió los cambios que se presentan a nivel Endometrial, y en 1888 Birminhgam en Inglaterra reporta 40 casos de intervención- también motivadas por esta patología, estableciéndose así la conducta quirúrgica de esta entidad la cual rige hasta la actualidad (5).

F I S I O L O G I A D E L A S S A L P I N G U E S

En base a que en un 95% de frecuencia el Embarazo Ectópico se presenta a nivel de las Trompas, es conveniente analizar aspectos fisiológicos sobre las mismas. (7)

Se sabe bien que es el sitio de fecundación y segmentación -- temprana del embrión, y que juega un papel importante en el transporte del óvulo y el esperma casi simultaneamente y en dirección contraria.

Poseé celulas secretoras las cuales producen un liquido el -- cual tiene la finalidad de capacitar al espermatozoide y madurar a -- la Morula.

Las características y contenido proteico del líquido tubario -- son similares a las del suro, y su circulación es preferentemente de la ampula a la cavidad peritoneal, pero una vez fecundado el óvulo -- la corriente se invierte.

Las observaciones que se han realizado a base de la Laparoscopia, Culdoscopias y Radiológicas sugieren que en el proceso de captación del huevo están en íntima cercanía las fimbrias y el ovario. Y que el óvulo de la mujer alcanza la unión Itsmico -ampular 30 horas -- después de la ovulación, lo cual indica que a nivel del ampula se -- realiza la fecundación; a nivel Itsmico se reconoce que existe la -- capacidad para transportar a los espermatozoides hasta el sitio de -- la fecundación, y transporta al óvulo ya fecundado en dirección contraria, hacia el Útero.

El tiempo requerido para el transporte del huevo fecundado -- depende de:

- 1.- Fuerzas de propulsión: que dependen de
 - a).- Actividad muscular.
 - b).- Cilios.
 - c).- Flujo del líquido.

2.- Fuerzas de inhibición: Constricción del interior del ----
Istmo.

Yse ha visto que el óvulo parece permanecer las primeras 45--
horas después de su expulsión, a nivel ampular, y una vez ya fecunda
do el óvulo aparece en el útero 68 horas después de la ovulación ya
en fase de Mórula.

En el transporte de los espermatozoides, se ha visto que el -
Plasma Seminal contiene diversas formas de Prostaglandina, las cua--
les se absorben a nivel vaginal intensificando posteriormente les --
contracciones Tubarias y Miometrales, facilitándose así su transpor-
te.

También se ha visto que el transporte a nivel de la trompa es
regulado por:

1).- Frecuencia, Intensidad y Orden de las Contracciones de -
la Musculatura Tubárica y Ligamentos Conexos, intuitos por mecanis--
mos endócrinos, Farmacológicos y Nerviosos.

2).- Dirección y rapidez de las corrientes y contracorrientes
de líquidos luminales.

3).- La actividad secretoria de las células no ciliadas, en -
el epitelio.

4).- Hidrodinámica.

Mecanismos nerviosos, la abundante inervación adrenérgica de-
la musculatura tubaria junto con la respuesta a los medicamentos ---
adrenérgicos sugieren que el Sistema Nervioso Simpático participa en
el transporte del óvulo; durante la menstruación y la base prolifera
tiva del ciclo, la trompa reacciona a la administración intravenosa-
de la adrenalina y noradrenalina en venoclisis, con accesos de mayor
actividad del oviducto.

Las prostaglandinas tienen un notable efecto a nivel de la --
musculatura lisa de las trompas y el útero. Las prostaglandinas E1 y
E2, liberadas por estimulación nerviosa, inhiben la respuesta del te
jido efector.

Maia y Coutinho resumieron los diversos mecanismos fisiológi-

cos y farmacológicos que pueden influir en la detención y el libramiento del óvulo en la trompa de la siguiente manera:

1.- Bloqueo Mecánico como en el caso del Edema.

2.- Bloqueo Miogénico por:

a).- Contracción sostenida de la musculatura circular del istmo.

b).- Contracciones reguladas por marcapasos miogénicos que en ---
cierta forma están acoplados en tiempo y espacio, de tal --
forma que no impulsen el óvulo preferentemente hacia el Utero

c).- Relajación local o general de los músculos, de tal forma -
que no hay una fuerza motriz que impulse el óvulo hacia el -
Utero.

3.- El Bloqueo Neurógeno controla algunos de los mecanismos miogénicos
señalados que modifican:

a).- La liberación sostenida de adrenalina en las células de la-
capa circular, que reaccionan al contraerse.

b).- Aumento del Calcio intracelular.

4.- Bloqueo Hormonal que actúa en un mecanismo Miogénico, o Neurógeno:

a).- Cantidad y Función de Organelos Intracelulares que controlan
la unión de calcio y su liberación.

b).- Predominio de adrenorreceptores alfa y beta en el músculo tu-
bario.

E T I O L O G I A

Se sabe que para que se produzca un Embarazo Ectópico, existen factores clásicos que lo condicionan y en la actualidad se han encontrado otros que también se han relacionado con su producción.

Clásicamente se han desglosado, las posibles causas de esta patología en dos grupos:

- 1.- Procesos que impiden o retrasan el paso del huevo fecundado al interior de la Cavidad Uterina.
 - a.- Salpingitis.
 - b.- Anómalias Congenitas.
 - c.- Adherencias Peritubarias.
 - d.- Tumores.
 - e.- Cirugía Pélvica.
 - f.- Migración externa del Huevo.
 - g.- Endometriosis.
- 2.- Aumento en la receptividad del huevo fecundado por parte del tejido diferente al que recubre la Cavidad Uterina.

A.- Procesos Inflammatorios:

Este se considera como un hecho, el cual es aceptado por la gran parte de autores. Ya que la Salpingitis principalmente produce una disminución en la Luz Tubaria, presentandose así un obstáculo mecánico al paso del huevo fecundado. (1) No así el esperma ya que está mide únicamente de 4 a 7 micras.

Parson también apoya que este uno de los factores más importantes, ya que la infección pélvica da lugar a la formación de adherencias tanto en la tropmpa como al rededor de ella.

Puede ser causada por bacterias o bien bacilos (específicamente de Koch) y según refiere Martius (8) las infecciones puerperales ocupan un lugar preponderante. Y Albrech y Nokes citado por Novak requieren que todo embarazo posterior a un tratamiento médico por tuberculosis genital tiene grandes posibilidades de ser Ectópico.

Este tipo de infecciones generalmente responde a un tratamiento médico, aunque como secuela queda la unión de las dos hojas del endosalpinx, ocasionando así una obstrucción infranqueable para el huevo fecundado.

B.- ANOMALIAS CONGENITAS.

Dentro de las anomalías a las que se les ha achacado esta patología está la hipoplasia de la trompa por presentar alteraciones en su luz, produciéndose así un obstáculo para el recorrido del óvulo. A la vez esta alteración se ha visto relacionada con un hipoesrogenismo, los cuales determinan estados de hipomortalidad tubaria susceptible de favorecer la implantación ectópica del huevo.

Otro tipo de alteraciones son los divertículos de las trompas, alargamientos, y tortuosidades, así como los pólipos los cuales alteran la conformación y calibre de las trompas.

C.- ADHERENCIAS PERITUBARIAS.

Generalmente la mayoría de las intervenciones quirúrgicas que se realizan a nivel pélvico o específicamente en las salpinges son de terminantes para la instalación del proceso en mención.

Como ejemplo tenemos: Apendicectomías, Salpingoclasias, la misma Gestación Ectópica previa, Operaciones pélvicas y abdominales bajas, Operaciones restauradoras de la luz tubaria, etc.

D.- Dentro de las tumoraciones que pueden ser causantes de esta patología principalmente tenemos a los miomas.

E.- Factor quirúrgico, como se analizó en el inciso "C", la principal problemática es la formación de adherencias, obstruyendo así la luz de la trompa.

F.- También se argumenta la migración del óvulo a la trompa o puesta y esto sería válido si se demostrara la presencia del cuerpo amarillo en el ovario contralateral, o cuando la trompa del lado del ovario en el que se encuentra el cuerpo amarillo esté obstruido o haya ausencia de ovario.

G.- ENDOMETRIOSIS.

El endometrio ectópico ubicado a nivel de la salpinge puede ser otra explicación de una mujer que jamás haya padecido enfermedades inflamatorias pélvicas, también presente este cuadro, debido a que existe la posibilidad de que el óvulo fertilizado al ponerse en contacto con dicho tejido en el interior de la trompa pueda implantarse en el mismo y continuar su desarrollo como si estuviera en el útero, aún -- cuando no existiera obstáculo al paso del huevo.

La Histerosalpingografía se ha visto que también puede favore-- cer la aparición de un embarazo ectópico, ya que el material de con-- traste puede provocar daño en la mucosa tubaria.

Acontinuación analizaremos dos factores más; los cuales han si-- do producto del intento de controlar la sobrepoblación en los diferen-- tes países del mundo, me refiero al Dispositivo Intrauterino y a la Salpingoclasia.

En primer término analizaremos al DIU, el cual ya varios auto-- res lo han relacionado con esta entidad (9, 10, 11, 12, 13, 14).

Las cifras de relación del embarazo ectópico más DIU son muy variables y oscilan desde el 19.4 %, hasta el 36 % (13).

Jonás en 1977, establece que el DIU además de su acción intrau-- terina puede alterar la migración del huevo a través del oviducto de-- terminando así un estado de esterilidad, no obstante persiste la posibilidad de un embarazo ectópico; mientras que el DIU impide la implantación intrauterina, es posible que no impida la fertilización del ó-- vulo y por lo tanto existe la posibilidad de un embarazo tubario so-- bre todo cuando hay alteración de la migración a través del oviducto.

Como un hecho de observación se ha visto que los embarazos ectó-- picos que ocurren con DIU tienden a depositarse a nivel de la región-- ampular hacia la periferia incluyendo el ovario, pero cuando no exis-- te el DIU más bien los embarazos son en la porción media y la proxi-- mal al útero.

En términos generales se dice que el DIU reduce el embarazo ute-- rino en 99 %, al tubario en un 95 %, pero el oviducto no se reduce en nada. Sin embargo hay quienes se oponen a esta pregunta aduciendo que siendo el DIU su mecanismo solamente intrauterino, no tiene que deter-- minar un embarazo ectópico, entre ellos están Huber, Craig y Kleinman.

En el año de 1970, en Inglaterra se realizó un trabajo en el cual se revisaron 400, 000 pacientes encontrándose una tasa del 1 al 1.8 % por mil mujeres que utilizaban DIU por varios años incrementándose hasta el 3.6. % en 1973.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1, en 1978, Chávez Azuela analizó los factores asociados al embarazo ectópico durante enero de 1976 a marzo de 1977, habiéndose encontrado 170 pacientes, siendo 33 de estos casos los que correspondían al 19.4 %, los cuales se relacionaron con el DIU, y de estas pacientes solamente 8 tenían algún antecedente como factor de riesgo, como se analiza a continuación:

Edad	Gestaciones	Antecedentes	Años con DIU
27	III	Infección Vaginal	3
36	II	Cesarea	1
29	IV	Cesarea	3
28	IV	Infección Vaginal.	1
26	IV	Laparotomía	1
31	VII	Aborto Séptico	5
34	IV	Infección Vaginal	3
28	III	Cesarea.	4

Las 25 pacientes restantes el único antecedente como factor de riesgo fué el DIU.

Edad Promedio.- 28.6 años.

Estaciones Promedio.- 4.5.

Años promedio con DIU.- 2.3.

A continuación anotaré los resultados que obtuve en la revisión que lleve a cabo, la cual abarca desde diciembre de 1979, hasta junio de 1982, siendo un total de 141 pacientes, las cuales se desglosarán en las tablas siguientes:

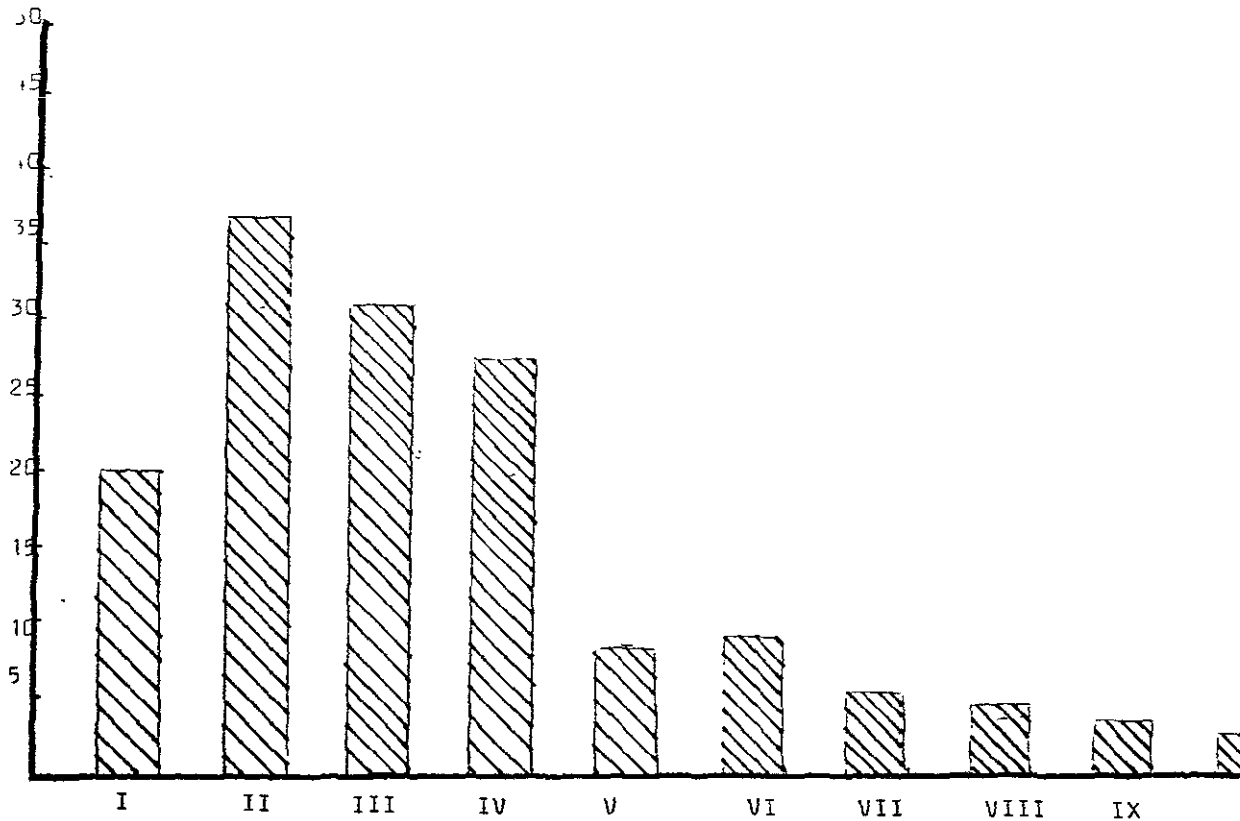
Tabla I

Frecuencia por Edades.



Tabla II

Frecuencia de Gestación.



De las 141 pacientes, 52 de ellas tenían antecedentes de haber tenido de uno a tres abortos.

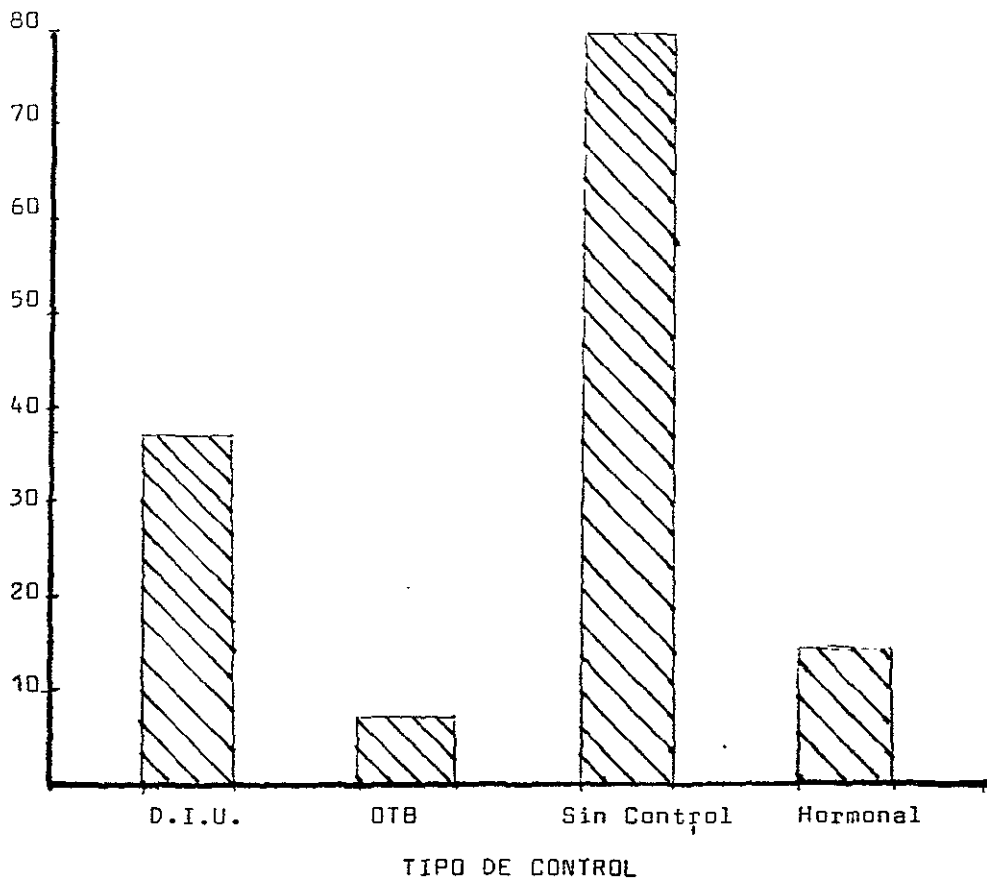
En lo que respecta a cesareas, 18 pacientes tenían este antecedente oscilando entre una a tres cesareas.

Los años promedio del DIU correspondió a 2.7 %.

Con respecto a los métodos de planificación familiar de las 141 pacientes estudiadas, 80 de ellas corresponden a un 57.1 %, fueron pacientes sin control alguno; 15 pacientes que corresponden a un 10.7 %, se encontraron bajo el uso de Anovulatorios Hormonales; 38 - pacientes el cual corresponde a un 27.1 %, eran pacientes portadoras de DIU, oscilando entre dos meses hasta diez años su uso; 8 pacientes que corresponden a un 5.7 % se les había practicado salpingoclasia bilateral tipo Pomeroy, con tiempo de efectuada esta operación y la aparición del embarazo de seis meses a cinco años con promedio de 2.02 años.

Tabla III

Tipos de Control de la Fertilidad



I N C I D E N C I A

La incidencia de este padecimiento es muy variable y a continuación se analizará el reporte de varios autores: Novak (15) reporta -- uno de cada doscientas mujeres blancas y una de cada ciento veinte en mujeres negras; Kasser (5) reporta uno de cada cien. Castelazo (1) lo reporta de 0.5 % en los servicios de obstetricia y de 2.5 a 3 % en -- los servicios de ginecología.

Douglas mencionado por Novak en Jamaica es el que reporta la más alta incidencia dando uno por cada 28 embarazos. Anderson mencionado por Miles (16), reporta uno de cada ciento noventa mujeres blancas y uno de cada ciento veinte en mujeres negras. En nuestro medio Karchmer y Wulfovich (17), reportan uno de cada trescientos doce durante -- los años de 1972 a 1977.

Con los datos antes mencionados se observa cierta preferencia -- por la raza negra, como explicación pudiera ser el nivel socioeconómico inferior con una mayor promiscuidad sexual, mayor número de inflamaciones pélvicas e infecciones.

William Baemont reporta en relación con zonas geográficas: Alta incidencia a Europeos, Baja incidencia a Americanos y a Latinoamericanos, dejando a la raza negra como incidencia Media. (14).

Lo que sí se ha apreciado en la mayoría de los autores, es que en las últimas décadas ha habido un incremento en la incidencia del -- embarazo ectópico. (3, 16, 18, y 19).

También se ha estudiado la edad y la paridad que con más frecuencia presenta el embarazo ectópico.

En nuestro medio, se ha visto con mayor frecuencia durante la -- tercera década de la vida (13,17). Bobrow (19) estudió 905 casos en -- el Harlem Hospital reportando los siguientes datos.

Edad	No. de Pacientes	Por ciento
2a Década	60	6.63 %
3a Década	579	63.9 %
4a Década	230	25.4 %
5a Década	36	3.91 %

Beral (18), en 1975 reporta las siguientes estadísticas por --- edad durante los años de 1966 a 1972.

Año	De 15 a 24 años	De 25 a 24 años	De 35 a 44 años.
1966	780	1414	479
1967	881	1416	560
1968	825	1529	495
1969	777	1532	496
1970	830	1715	476
1971	1240	1683	626
1972	902	1997	548

En estas grandes series de pacientes también al igual que en -- nuestro medio la más alta frecuencia es en la tercera década.

Bobrow refiere el que el embarazo ectópico es siete veces más -- frecuente en pacientes con infertilidad que aquellas que no tienen es -- te antecedente, Kasser (5), también dice que es de siete a ocho veces más frecuente.

Reincidencia.- En cuanto a esta, podemos decir, que una vez de recor -- dar que el embarazo ectópico se presenta a nivel de las Salpinges en -- un 90 % aproximadamente, y que la mayoría de las patologías en esas -- estructuras tienden siembre a ser bilateral, esto lo vuelve un factor predisponente para su aparición en la trompa colateral.

Kasser (5) refiere que la reincidencia es en aproximadamente en un 10 % habiendo en promedio cuatro años entre un embarazo ectópico y otro.

Se han reportado casos en multigravidas en las que han presenta -- do hasta cuatro ectópicos y se ha conservado la trompo por su condi -- ción de nuliparidad en nuestra revisión encontramos un caso en una pa -- ciente con dos ectópicos, uno en cada trompa.

Jalat (20), en una revisión de 1330 embarazos ectópicos, encon -- tró que 123 corresponden a un 9 % los cuales experimentaron repetición del embarazo.

C L A S I F I C A C I O N

La clasificación que más se ha aceptado y la que prácticamente podemos encontrar en todos los libros de texto y en general en la literatura, es aquella que se requiere a su localización anatómica.

- a) Interovucial
- 1.- Tubarío b) Itsmico
c) Ampular

- a) Primario
- 2.- Ovarico b) Secunderio

- a) Primario
- 3.- Abdominal b) Secundario.

- 4.- Cervical Secundario

- a) Tubouterino
- 5.- Combinado b) Tuboovárico
c) Tuboabdominal.

EMBARAZO TUBARIO.-

Se considera al embarazo tubario como el más frecuente de los embarazos ectópicos, se ha encontrado por arriba del 90 % de todos los ectópicos y hay reportes hasta del 98 % como lo menciona Castela-zo (1).

Dentro de esta variedad se considera a la ampular como la más frecuente en un 70 %, posteriormente en el Itsmico y al final el Inters ticial.

Los diferentes caminos evolutivos en el embarazo tubario hacen que culminen en una de las siguientes formas:

- a) Aborto Tubario.
- b) Rotura Intraperitoneal.
- c) Rotura Intraligamentaria.

En ocasiones el embarazo ectópico puede pasar inadvertido, morir el producto, produciendo que así los cuadros de:

- a) Litopedión: Cuando está calcificado el producto.
- b) Litoquelifos: Cuando los anexos están calcificados.
- c) Litoquelifopedión: Cuando ambos están calcificados (18).

Se emciona que durante las primeras 8 a 10 semanas de gestación el útero aumenta de tamaño tal como si fuera un embarazo intrauterino, esto a una reacción residual. Esta reacción residual fué descrita en 1877 por Cohnstein según lo refiere Shlulj (21), posteriormente Arias Stella hizo una descripción más detallada de este fenómeno y le dedicó su nombre reportando el que esta imagen la encontraba hasta en un 67.7 % en pacientes en pacientes que presentaban embarazo ectópico, - pero en nuestro medio Karchmer reporta en el 11.7 % (17). Otros autores lo reportan con una frecuencia del 3 al 42 % (20, 21, 22, 23, 24, 25).

Estas alteraciones desaparecen después del primer periodo menstrual que sigue a la resolución del embarazo ectópico.

El Embarazo Tubouterino es la extensión hacia la cavidad uterina de un huevo que originalmente se implantó en la porción intersiticial de la trompa.

El tubo addomina origina de un embarazo tubario en el cual el huevo implantado en la fimbria se extiende gradualmente hacia la cavidad peritoneal.

El tubo ovárico es cuando el saco fetal está compuesto por una porción de trompa y otra de tejido ovárico.

Embarazo Ovárico.- Puede presentarse en dos formas distintas, una en la superficie del ovario y otra dentro del mismo folículo. La Endometriosis con foco en el ovario favorecen a esta entidad (26).

En nuestra revisión de 141 casos, solo encontramos un solo caso. La culminación más frecuente de este tipo de embarazo es la rotura del saco gestacional que puede o no llegar a la muerte del producto.

Embarazo Abdominal.- Este tipo de embarazo consiste en el desarrollo del producto de la gestación a nivel de cavidad abdominal, este puede ser primario si fué fecundado directamente en la cavidad peritoneal o secundario si proviene de la ruptura o aborto de un embarazo tubario.

Hay autores que dudan de la implantación primaria del embarazo abdominal, pero hay otros que lo afirman como McMillan mencionado -- por Hreshchyshyn (27), quien en 1974 reporta dos casos de embarazo abdominal primario coincidiendo con foco ectópico endometriósico.

En cuanto a su frecuencia Gordillo (28) reporta la siguiente tabla.

RENAUD	Abdiján	1 de 2792.
BEACHAM	New Orleans.	1 de 3161
SANDA	Venezuela.	1 de 8411
LOPEZ O.	México.	1 de 13020
TAN	Singapur	1 de 50820
GORDILLO	México	1 de 24709
HARAIZ.	Venezuela	1 de 60179

Rivera (29) reportó que hasta 1970 únicamente había dos casos de embarazo abdominal e intrauterino simultaneos.

Embarazo Cervical.- Este afortunadamente es raro, ya que su tendencia a la emorragia es grande porque como ya se sabe el cervix tiene poco poder contractil, y no responde a la ocitocina. Studdiford mencionado por Paalman (30), refiere que los pocos casos reportados se debe a que el cervix es un sitio favorable para la nidación, la mayoría termina en aborto temprano antes de ser diagnosticado, no existe un cuadro patognomónico de ahí los errores diagnosticos de : aborto, placenta previa, neoplasia cervical, y ruptura de embarazo ectópico.

La frecuencia que según Paalman menciona es de 18, 464.

Embarazo Combinado.- Este se refiere a cuando un embrión se implanta normalmente en el útero y otro ectópicamente en la trompa. El embarazo simultaneo en ambas trompas también es posible; así como también es posible embarazos gemelares y triples en una misma trompa (31).

C U A D R O C L I N I C O

La sintomatología de esta patología es sumamente variada, las manifestaciones del embarazo tubario no roto, no son características y a menudo ni la paciente, ni el médico sospechan este padecimiento - hasta que se presenta este cuadro clínico, de rotura tubárica.

Los datos clínicos varían mucho de acuerdo al momento en que se esté enfrentando el problema, casi todos los síntomas se deben a la distensión y perforación definitiva de la pared tubaria con la consiguiente hemorragia de la cavidad peritoneal.

Estos son cuatro de los principales síntomas que dominan en el cuadro ectópico roto:

- a).- Amenorrea.- Generalmente presentan un retraso de 7-14 días, seguido de una ligera hemorragia que persiste quizá -- con ligera pérdida sanguínea. Esta se presenta con una frecuencia de 89 % y generalmente los primeros síntomas se presentan entre la quinta y onceava semana. La ausencia de amenorrea no excluye de manera alguna el Dx del de ectópico.
- b).- Dolor.- Este aparece generalmente en todos los casos, su intensidad es variable debido a la sensibilidad propia de cada paciente. Cuando se presenta rotura el dolor es lancinante, con la consecuente salida de sangre a la cavidad peritoneal, la cual irriga al diafragma y en cada inspiración se exagera irradiándose hacia el cuello y el hom--bro conociéndose como signo de Danfort. La localización-- más frecuente del dolor es:

Parte baja del abdomen 74.3 %; cuadrante correspondiente -- 50 %, cuadrante opuesto 28.3 %, abdomen 12.2 %, hombro ---- 11.3 %, Dorso lumbar 6.2. %, Vagina 0.91 %.

Según Hall (32), da un porcentaje de 89 %. Wulfovich (17) - da un 92 %, Barclay y Fisher en un estudio de 699 casos encuentran el dolor en un 91 % describiéndolo con toda gama - de matices: sordo, agudo, angustioso, continuo, moderado o - severo, brusco, gradual, localizado, etc.

c).- Hemorragia Vaginal.- Se presenta en 70 a 80 % de los casos y está- en relación a la alteración o muerte del hue- vo ya que al disminuir o faltar el apoyo endó- crino, se inicia la descamación desidual, con el consiguiente sangrado, el cual puede ser - escaso, intermitente y en otras ocasiones con- tinuo, que confunde al clínico con un aborto- incompleto.

d).- Shock.- Este puede producirse por los siguientes acontecimientos:- Violenta disminución de la volemia, irritación peritoneal, rotura de la trompa afectada que puede ser en algunos ca- - sos resultado de un coito, maniobras bruscas durante un -- examen ginecológico, que determinan la presencia de un do- lor intenso, fugitivo en la región afectada, seguido de - palidez, piel fría, húmeda, taquipnea, taquicardia, extremi- dades frías, omalgia, pulso filiforme, hipertensión e hipó- termia.

Se menciona que aproximadamente en el 25 % de las pacientes presentan choque hipovolémico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- Las entidades que con mayor facilidad se confunden:

- 1.- Aborto inminente o incompleto.
- 2.- Inflamación Pélvica : Salpingitis uni o bilateral.
- 3.- Apendicitis.
- 4.- Quistes ováricos con torción del Pedículo.
- 5.- Quistes del cuerpo amarillo o folicular.
- 6.- Infecciones urinarios y/o litiasis ureteral.

SIGNOS FISICOS.- Se pueden encontrar a la exploración una masa pélvica -- en la mitad de los casos, al tacto la movilización del cervix es doloroso, se conoce como el signo de BDLT (4). Los fondos de saco pueden estar abom- bados y puede palparse la tumuración correspondiente, el útero puede en- contrarse aumentado de tamaño hasta lo que corresponde a un embarazo de 8 a 10 semanas. Otro signo que se presenta cuando hay Hemoperitoneo es la - coloración azulada periumvilical, conocida como signo de: HOFESTALLER-CU- LLEN-MELLENDALL, o signo del Oton azul.

Puede existir tenesmo urinario y rectal así como hipertermia- todo esto relacionado con el Hemoperitoneo.

En casos de embarazo abdominal y ovarico, su diagnostico clí- nico en los primeros meses es muy difícil.

Para el embarazo abdominal en la segunda mitad los signos -- clínicos van siendo más objetivos puesto que ya hay crecimiento abdominal FCF, Movimientos fetales, y se pueden palpar partes fetales muy superfi- ciales, todos estos embarazos suelen terminar quirúrgicamente por la gran hemorragia que los acompaña.

Paalman y McEllin (30) refieren algunos datos clínicos para- diagnosticar Embarazo Cervical: Sangrado Uterino luego de Amenorrea sin - dolor obstétrico, desproporción entre el crecimiento del útero y el cer- vix. Producto de la concepción confinado al endocervix, orificio externo- -abierto parcialmente.

Con respecto a los signos que se mencionan como cardinales a continuación se presenta una tabla que indica su frecuencia y aparición.

AUTOR	DOLOR	SANGRADO	AMENORREA	SHOCK
KARCHMER	98.2 %	92.4 %	89.0 %	23.8 %
BOBROW	95 %	90 %	88 %	21 %
MAY	100 %	85 %	--	--

M E T O D O S D I A G N O S T I C O S

HISTORIA CLINICA.- Como ya es sabido para poder alcanzar el diagnóstico de cualquier entidad patológica, hace falta una correcta elaboración de la historia clínica, con un interrogatorio exhaustivo y una exploración minuciosa, ya que hemos visto que la clínica jamás será desplazada o sustituida, y por lo contrario todos los métodos paraquímicos que mencionaremos a continuación -- sirven para apoyo en el diagnóstico, pero principalmente el cuadro clínico que ya mencionamos con anterioridad es el que nos hace pensar en esta entidad.

PRUEBAS DE EMBARAZO.- Estas unicamente se encuentran positivas en el -- 50 % de los casos; cuando se encuentra positiva - esto ayuda a favor, y de lo contrario una prueba negativa no descarta esta entidad. En la actualidad contamos con la determinación de la Subunidad Beta de la Gonodotropina Coriónica, la cual se detecta en cifras muy bajas hasta de una millonada eliminando en un momento las falsas positivas que ofrece la UGH al tener reacción cruzada con la -- Hormona Luteinizante.

PRUEBAS DE LABORATORIO.- Se presenta un descenso de glóbulos rojos, -- hemoglobina, hematócrito y una elevación de -- glóbulos blancos con neutrofilia, la cual es debida a la reabsorción peritoneal. La velocidad de heritrosedimentación está aumentada.

EXPLORACION BAJO

ANESTECIA.-

Se considera como un procedimiento básico y nunca deberá omitirse, aún cuando se tenga la seguridad del diagnóstico.

LEGRADO UTERINO.-

En este podemos encontrar el fenómeno de Arias Stella, la cual ya con anterioridad -- mencionamos su importancia y seguridad.

COLPOCENTESIS.-

En caso de que después del examen bajo anestecia quedase duda este se puede practicar, ya que es inocuo y sencillo, y es un método el cual se practica con relativa frecuencia en los hospitales. Se puede obtener:

a).- Sangre fresca que tiende a coagularse-

cuando es aspirada de algún baso sanguíneo.

b).- Sangre de color rojo oscuro que no se coagula, que se hayan mezclados microcoagulos.

c).- Líquido teñido con sangre, proveniente de un quiste de ovario benigno o maligno en cuyo caso es necesario el estudio Citológica.

d).- Líquido claro seropurulento o francamente purulento.

COLPOTOMIA POSTERIOR.-

En la actualidad ya está en desuso ya que tiene ciertas contraindicaciones como son: adherencias grandes masas que ocupan el F.-- de saco Douglas, lesiones inflamatorias y la falta de experiencia para realizarlo.

- CULDOSCOPIA.- Es de elección en las pacientes en que se sospecha Embarazo Ectópico.
- LAPAROSCOPIA.- Este permite la visualización directa de los órganos, dándonos esta un mínimo de falla diagnóstica.
- RAYOS "X".- Es el auxilio diagnóstico; y se pueden practicar Histerosalpingografía, placa simple de abdomen hasta Arteriografía para localizar la placenta. (5,31).
- ULTRASONIDO.- Actualmente, representa sin duda uno de los métodos auxiliares para el diagnóstico, más valioso, ya que dentro de sus características este no es agresivo ni invasor, por lo que resulta inocuo, y en manos calificadas se puede obtener alto porcentaje de éxito en su diagnóstico. Los hallazgos principalmente son:
- Ectópico No Roto:
- a).- Demostración de saco gestacional en una localización extrauterina.
 - b).- Masa anexial que distiende a la trompa de falopio.
 - c).- Utero aumentado de tamaño sin embarazo en su interior.
 - d).- Corazón fetal cuando es mayor de 10 semanas.

Ectópico Roto:

- a).- Saco genital extrauterino con una masa que representaría al hematoma.
- b).- Desplazamiento del útero por la masa - sujeta a este mismo.
- c).- Agrandamiento uterino con o sin patron normal.

T R A T A M I E N T O

Esta entidad patológica se considera terminantemente como una Urgencia de ahí que se necesite instalar una terapéutica rápida.

Generalmente, el tratamiento siempre es y debe ser quirúrgico; y la urgencia dependerá de la severidad del cuadro clínico, aunque nunca se debe olvidar, en que primeramente se deben mejorar las -- condiciones generales de las pacientes y posteriormente realizar la -- laparotomía exploradora.

La técnica quirúrgica dependerá de como se encuentre cada caso en particular y las conductas pueden ser:

a).- Conservadora.

b).- Radical.

En caso de que se decida conducta radical, se practicará:

* Salpingectomía.

* Salpingooforectomía.

* Histerectomía. +

* Salpingooforectomía.

Si la conducta es conservadora:

* Salpingostomía-Neoimplantación tubaria.

* Salpingotomía y Expresión tubaria.

El embarazo ovárico, su tratamiento también es quirúrgico.

En embarazo abdominal, la técnica dependerá del sitio donde está implantada la placenta, con respecto a los órganos abdominales.

Pueden utilizarse dos métodos:

- 1.- Sacar al producto con todo y placenta.
- 2.- Extraer el producto y dejar la placenta.

Weinberg y Lathrop (33) proponen el uso del metrotexacte - en el manejo de la placenta abdominal ya que esta droga puede destruir el trofoblasto de una manera rápida y disminuir el riesgo placentario, - sin embargo como efecto secundario tiene:

- * Depresión de médula ósea.
- * Alopecia.
- * Estomatitis.
- * Leucopenia.

El embarazo combinado.- si después de un aborto intrauterino no aparece dolor abdominal con cuadro de hemorragia intraabdominal, está indicando una culdocentesis por sospecha de embarazo extrauterino.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

M O R T A L I D A D

Gracias a que actualmente se ha podido establecer un diagnóstico oportuno, ya sea por el cuadro clínico o bien por los estudios de gabinete se ha podido realizar un manejo adecuado, las tasas de mortalidad, del embarazo ectópico han disminuido notablemente.

En 1937, Jhosep May (34) reporta un 6.5 % de muertes maternas por esta entidad; hace 25 años llegó a ser de 2 a 3 % y actualmente se a calculado en 1 de cada 826 embarazos ectópicos.

A continuación un cuadro de Valière Beral (18) ejemplifica su revisión de la literatura desde el año de 1950 a 1973.

MUERTES POR UN MILLOS DE - MUJERES ENTRE 15-44 AÑOS.		POR UN MILLON DE - NACIMIENTOS.
1950-54	2.87	3.96
1955-59	1.49	1.84
1960-64	1.96	2.11
1965-69	1.61	1.83
1970-73	1.10	1.38

En nuestro medio Karchmer en una revisión de 386 casos reporta una mortalidad: NULA.

En nuestra revisión la mortalidad fue NULA.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- En la revisión efectuada en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, se encontraron 141 pacientes, las cuales cursaron con Embarazo Ectópico, y con respecto a los métodos de planificación familiar, nos dimos cuenta que el mayor porcentaje se presentó en aquellas pacientes las cuales no tenían ningún tipo de control, - en segundo lugar a las que portaban DIU, y en tercer lugar las que estaban bajo control de Anovulatorios - hormonales y en cuarto lugar a las que se les había - practicado Salpingoclasia.
- 2.- Dentro de esta revisión se encontró que en un 27.1 %, se relacionó el embarazo ectópico con el uso del DIU, aunque en la literatura se menciona (35) que la reducción de los embarazos ectópicos no es tan grande como la de las concepciones intraúterinas, ya que este hecho se ha interpretado erróneamente, hasta sugerir -- que los dispositivos intrauterinos causan embarazos - ectópicos.
- 3.- Para concluir, tenemos que tanto el DIU como la Salpingoclasia se pueden considerar como factores predispones para la formación de un embarazo ectópico.

- 1.- Catelazo, A.L.: Obstetricia, Ed. Francisco Méndez Oteo, Cuarta Edición, México, 1976. p.528.
- 2.- Greenhill, J.P.: Obstetricia. Nueva Editoria Interamericana, Primera Edición, México, 1977. p.346.
- 3.- Hellman, .L.M., Pritchard, J.A.: Obstetricia Williams, Salvat Editores, S.A., Catorceava Edición, Barcelona 1976. p.466
- 4.- Hughes, C.E.: Terminología en Ginecología y Obstetricia. Salvat Editores, S.A. Primera Edición, Barcelona 1979. p. 474.
- 5.- Kasser, O., Friedberg., V., Ober, K.S. Thousen, K., Zander, J.: Ginecología y Obstetricia. Salvat Editores, S.A. Primera Edición, Barcelona 1974. p. 268.
- 6.- López. G.E., Rosas, A.J. Oseguera, J.F., Uribe. A.R., Méndez G.J.: Embarazo Ectópico Avanzado Gineco-Obstetricia. México 35: p.689.
- 7.- Hajez, E.S.: Función del Oviducto en la Reproducción Humana. Clínicas Obstetricas y Ginecologicas. Ed. Interamericana. I: 1979, p.63
- 8.- Salazar, J.R. Embarazo Ectópico. Temas Selectos de Gineco-Obstetricia (Libro Homenaje Ofrecido al Prof. Dr. Alfonso Alvarez Bravo). - p.71, 1967.
- 9.- Alpizar, E.S., Rodriguez, A.J., Peralta, R.s., Chávez. A.R., Ramirez. A.I. Embarazo Ectópico avanzado.
- 10.- Briceno, R.I., Vielma, B.R., Méndez, S.L. Rivas, H. Experiencia sobre el Embarazo Ectópico. Revaluación de la Colpotomía Posterior.- Revista de Obstetricia y Ginecologia. Ven., 24: 349, 1964.
- 11.- Williams. Tratado de Obstetricia, Embarazo Ectópico p: 524. 1960
- 12.- Aznar, R. Berry. Dil., Cooke, I.D., cuadros S.A. Grey, B.,: Ectopic Pregnancy rates in IUDUSERS. Br. Med.J. 1: 785, 1978.
- 13.- Chavez, A.J., Esteves, F., Ruiz, H.D., Tonda, R.P., Quesnel, C: Nuevos Factores Etiológicos del Embarazo Ectópico. Gineco-Obstetricia. Mex. 44: 377, 1978
- 14.- Rantahyla, P., Ilustalo, P., Jarvin, A.: Ectopic Pregnancy and the use of intrauterine device and low dose progesteron contraceptive -- Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 56: 61, 1977
- 15.- Novak, R., Jones, R., Jones, H.W.: Tratado de Ginecología Nueva Editorial Interamericana, Octava Edición, México, 1971 p.p. 570.
- 16.- Miles, J.H., Clark, J.F.: Pathogenesis of tubal pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 105: 1230, 1969.
- 17.- Wulfovich, M., Karchmer, K.S.: Embarazo Ectópico correlación anatomoclinica de 386 casos. Ginec-Obstet. Méx. 25: 625. 1969.
- 18.- Beral, IV.: An epidemiological study of recent trends in ectopic pregnancy. Br. J. Obstet. Gynecol. 82: 775, 1975.
- 19.- Bobrow, N.L., Bell, H.G.: Ectopic pregnancy: a 16 years survey of 905 cases Obstet. Gynecol. 20: 500. 1962.
- 20.- Hallat, J.G.: Repeat ectopic pregnancy a study of 123 consecutive cases. AM. J. Obstet. Gynecol. 122: 520, 1975
- 21.- Shulj, V., Bunaravic, A., Brazanaic, A.: The Arias Stella Phenomenon in the diagnosis of ectopic pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 67: 499, 1963.
- 22.- Clark, D., McMillan, J.a.: Maternal death due to primary peritoneal pregnancy. J. Obstet. Gynecol. Br. Comm. 81: 652. 1974.

- 23.- Delgado,U.J.: la Laparoscopia en Ginecología. Progresos recientes - en Ginecología y Obstetricia. Ciclos sobre avance continuo de la Medicina I.M.S.S.: 29. 1978.
- 24.- Hreshchysyn, M.M., Naples, J.D., Sandall,C.L.: Amethopterin in Abdominal pregnancy.AM.J. Obstet.Gynecol.93: 286. 1965.
- 25.- Davis,L.: Tratado de patología Quirúrgica. Nueva editorial Interamericana. Novena edición. México, 1976, p.866
- 26.- Conill,V.:Embarazo Ectópico.Salvat Editores, S.A. Segunda Edición - Barcelona, 1965.
- 27.- Hreshchysyn., Bogen,B.,Loughran, CH.M.:What is the actual present - day management of the placenta in late abdominal pregnancy. Am.J. = Obstet Gynecol. 81:382 1961.
- 28.- Gordillo.F.J., Santos,N.J.,Padilla,V.F.: Embarazo Abdominal Gineco-Obstet.Mex.44:383,1978.
- 29.- Rivera,M.R., Tamayo,P.R.: Un caso de embarazo abdominal e intrauterino a termino simultaneo. Ginecobotetricia. Mex.27: 356, 1970.
- 30.- Paalman,R.J.,Mc.Elin,T.W.,III,E.: Cervical Pregnancy Am.J.Obstet -- Gynecol 77:1261,1969.
- 31.- Benson,R.C.:Manual de Ginecología y Obstetricia. ED. Manual Moderno Tercera Edición, México, 1973. p.211.
- 32.-Clarke,J.F.J.,Guy,R.S.Abdominal pregnancy.Am.J.Obst. and Gynec.,26-511,1966.
- 33.- Conill,V.:Embarazo Ectópico. Salvat Editores, S.A. Segunda edición-Barcelona, 1965.
- 34.- May, M.J.,Miller,J.B.,Creiss,F.C.:Place of culdocentesis in the diagnosis of ectopic pregnancy in the south atlantic region 1960-1976. Am.J.Obstet. Ginecol. 132: 140, 1978.
- 35.- Kleinmam,R.L.:Manual de Planificación Familiar para Médicos. Ed. -- por It. Planned Parenthood Federation. 1974.