

11217
19
Zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

EMBARAZO ECTOPICO
ANALISIS DE 130 CASOS

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el Título de
GINECO OBSTETRA
Presenta el Dr.

ALDO JAVIER PACCHIANO DE LA GARZA

Aesor: Dr. José Luis González Sánchez
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 del I.M.S.S.

Bu Vo



1967
TESIS CON
PUNTA DE ORO

IMSS
COURTAP PARA TODI



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.

EMBARAZO ECTOPICO

Introducción y Definición.

En la década actual se ha puesto de manifiesto la mayor frecuencia del embarazo ectópico que puede explicarse por el aumento en la promiscuidad, de los padecimientos venéreos y del empleo inadecuado de los antibióticos en padecimientos infecciosos anexiales y apendiculares (4, 14).

El Embarazo Ectópico se define como la implantación del blastocisto en cualquier otra parte que no sea el endometrio (22).

El término de ectópico es más amplio que el de extrauterino, pues en éste último quedan excluidas algunas variedades como el intersticial o cervical que corresponden al útero, pero que no son normales.

Los embarazos ectópicos se clasifican de acuerdo al lugar de nidación del huevo que puede implantarse en sitios muy diversos, siendo los más frecuentes los situados a lo largo del trayecto que debe recorrer el óvulo hasta la cavidad uterina.

Frecuencia.

Las diversas estadísticas señalan porcentajes variables según se trate de servicios obstétricos o ginecológicos.

En nuestro medio puede considerarse la frecuencia de un embarazo ectópico por cada 312 partos y 1 ectópico por cada 52 --

abortos.

La edad promedio de las pacientes que presentan esta complicación es entre 26 y 30 años, la mayoría de ellas multíparas (23).

Clasificación.

El sitio de implantación puede ser un área extrauterina o tener una localización anormal dentro del mismo útero (1,17).

Los sitios más frecuentes por orden son: Trompa de Falopio, en sus porciones infundibular, ampular, ístmica y en su porción intersticial; ovario, cavidad abdominal que incluye áreas parametriales, pared del recto o cualquier otro sitio o víscera intraabdominal y el cérvix uterino.

Se han descrito formas combinadas de embarazos ectópicos con intrauterinos normales con una frecuencia de 1 por cada 30,000 gestaciones (21).

Los embarazos que se desarrollan dentro del área abdominal pueden ser primarios o secundarios.

Son primarios, cuando la implantación se verifica desde el principio en el peritoneo, lo que se demostraría por la existencia de ambas trompas y ovarios intactos en el momento de la intervención quirúrgica.

La forma secundaria que es la más frecuente, es aquella en que la implantación se realiza en el interior de las estructuras -

genitales, pero más tarde por ruptura de éstas o por haber sido expulsado de ellas tiende a implantarse en el peritoneo cercano a ésta, adhiriéndose a los órganos o estructuras vecinas.

Un embarazo ovárico es aquel en el que el sitio de implantación original se demuestra que la trompa y la fimbria no participan en la formación del caso embrionario (9).

Otras modalidades son el embarazo intraligamentario, la implantación en un cuerno uterino rudimentario.

Un embarazo se denomina angular cuando la implantación ocurre en un ángulo de la cavidad uterina, y cervical cuando ocurre en el canal cervical.

Etiología:

a) **Factores Tubarios:** son los que interfieren en el traslado del huevo como son las adherencias en la luz por procesos inflamatorios, alteraciones en su desarrollo, como divertículos congénitos, atresia; cirugía plástica previa de las trompas, adherencias extrínsecas, tumores pélvicos, longitud o tortuosidad excesivas, insuficiencia funcional como el espasmo tubario o peristalsis inadecuada y problemas asociados al uso del DIU (9, 10, 22).

b) **Factores Ováricos:** transmigración del óvulo, -- implantación precoz anormal.

c) **Otros Factores:** estos incluyen al aborto tubario

e implantación subsiguiente, la propensión de un óvulo a implantarse en una zona anormal, endometriosis, el uso de anticonceptivos orales, las alteraciones en los niveles de estrógenos y progesterona que producen alteraciones en la motilidad tubaria (1, 6, 7, 15)

Características Generales de los Diferentes Tipos de Embarazo Ectópico.

Embarazo Tubario: El tipo más frecuente de embarazo ectópico es el que tiene lugar en la trompa (3). La pared tubaria no se encuentra adaptada para realizar una nidación satisfactoria ni para permitir el desarrollo ulterior del embarazo, por ello generalmente el producto de la gestación muere en fases tempranas. En la mayoría de casos de embarazo tubario se encuentran procesos inflamatorios previos en ese nivel, la salpingitis aguda que causa las lesiones tubarias puede ser resultado de una infección Neisseriana, - postabortiva o puerperal (10, 22).

La salpingitis tuberculosa raramente se asocia con embarazo ectópico. En la antigüedad cuando no se contaba con antibióticos las infecciones pélvicas producían obstrucción tubaria, actualmente con el uso de antibióticos se previene la obstrucción total, pero no la parcial, lo que predispone a la formación de un embarazo ectópico.

Cuando la implantación ocurre en el istmo, el tejido involucrado básicamente es la submucosa, si las vellosidades atraviesan este tejido, llegan a disociar las fibras musculares e incluso -

llegar a perforar la subserosa.

En el caso del embarazo tubario no existe como en el caso del intrauterino una caduca refleja y el huevo implantado en una de las paredes al recr tropieza con la otra pared.

La resistencia de las paredes de la trompa es menor, por lo tanto el embarazo, crece más que en otros lugares como en el intersticial, pero ésta resistencia es limitada y llega el momento en el que ya no se tolera una distensión mayor y se rompe.

A parte del factor mecánico, hay un factor histológico de que las vellosidades han disociado las fibras musculares.

Antes de la ruptura pueden ocurrir pequeños desprendimientos del huevo, y ésto produce sangrado que se vierte en el interior de la trompa y posteriormente hacia la cavidad peritoneal.

Si el huevo se desprende puede efectuar un recorrido hacia la cavidad peritoneal y es lo que se llama Aborto Tubario.

Quando ocurre el aborto tubario, la hemorragia hacia la cavidad peritoneal es variable. En el caso de implantación ampular la evolución es similar que en el caso de implantación en el istmo, sólo que el ámpula puede distenderse más, lo que se traduce en que la ruptura tubaria o el aborto tubario ocurren más tardíamente. En el caso del istmo ésto se presenta alrededor de 2 a 4 semanas de gestación, y en cambio en el ámpula tarda 6 a 8 semanas.

Si el embarazo se implanta en la fimbria puede ser tuboab

dominal, o tuboovárico si se implanta en la franja tuboovárica (3).

Cuando la implantación original del huevo se dirige hacia el mesosalpinx la rotura ocurre en la porción de la trompa no recubierta de peritoneo, de forma que el saco gestacional es expulsado al espacio formado por la separación de los pliegues del ligamento ancho, ésto se conoce como embarazo intraligamentoso.

Puede terminar con la muerte del huevo y formación de un hematoma del ligamento ancho o en una ulterior progresión del embarazo. Ocasionalmente se forma un embarazo abdominal secundario.

Embarazo Intersticial: El huevo puede implantarse con una parte en la mucosa tubaria y otra en el endometrio, o totalmente en la mucosa tubaria, este tipo de embarazo puede seguir -- dos formas de evolución:

1) Crecer hacia cavidad uterina, extendiendo su base de implantación al endometrio, en este caso puede finalizar por un aborto que semeje todas las características de un intrauterino. Si la zona implantada en el endometrio es amplia el huevo puede continuar -- su desarrollo hasta el término, el útero crece a expensas de un -- cuerno (signo de Pizcazeck).

2) Si en su desarrollo permanece en la luz de la trompa, al ir creciendo distiende la pared tubaria y uterina y llega a la ruptura y a causa del abundante aporte sanguíneo por arterias uterinas y ová

ricas, la hemorragia puede ser rápidamente fatal (3).

Embarazo Tuboabdominal, Tuboovárico, Ovárico y Abdomi-
nal: Todas estas variedades siguen la misma evolución. El huevo en
cualquiera de estas regiones puede desprenderse parcial o totalmen-
te a cualquier edad del embarazo, produciéndose su muerte y hemo-
rragia consecutiva, pero puede también desarrollarse libremente, -
puesto que no tiene obstáculo mecánico que se oponga; el único que -
tendría obstáculo sería el ovárico, en éste el huevo muere en el inte-
rior o bien se produce la ruptura ovárica con hemorragia intraperito-
neal.

En todos los demás el crecimiento del huevo puede hacerse
libremente, incluso pueden llegar al término.

El huevo implantado en la cavidad peritoneal puede tener su
placenta a nivel de todas las estructuras como trompa, fondo uterino,
ligamento ancho, pared posterior de la pelvis, etc.

No siempre llegan al término porque las condiciones de nu-
trición son malas, puede morir el producto y calcificarse formando
un litopedión.

El huevo muerto en cavidad peritoneal puede infectarse, -
también formando un absceso que tiende a abrirse en alguna de las
vísceras huecas vecinas, la eliminación de este caso suele tardar
años (3).

Embarazo Cervical: Según el criterio de Shneider y

Staddiford se deben satisfacer los siguientes puntos: (11)

- a) Vellosidades coriales que se implantan en el canal cervical.
- b) Ausencia de vellosidades coriales en el cuerpo uterino.
- c) La existencia de un orificio interno completamente cerrado en el momento de la operación.
- d) La mayoría de la placenta debe localizarse por debajo de los vasos uterinos o debajo de donde el peritoneo visceral se refleja.

Embarazo Ovárico: Se divide en primario cuando el sitio de nidación original se efectúa dentro de un folículo ovárico o en la corteza del mismo (7). Secundario si la implantación primaria fue en útero o trompa (1).

Embarazo Combinado: Cuando el ectópico coincide con una gestación intrauterina se le llama embarazo combinado y su frecuencia se estima en 1 por 30,000 nacimientos (21).

Cuadro Clínico:

Las manifestaciones del embarazo tubario ocurren casi -- siempre en el primer trimestre del embarazo (3, 10).

Durante estas primeras semanas de amenorrea la paciente puede presentar las mismas manifestaciones como si se tratase de un embarazo intrauterino. La amenorrea se presenta en el 89% de

de los casos (18).

Antes de la ruptura tubaria o del aborto tubario las manifestaciones clínicas no son características.

La manifestación más constante del embarazo tubario es la hemorragia transvaginal (92.4% de los casos) causada por la desintegración del endometrio en el momento en el que el huevo se desprende o muere, generalmente es escasa, constante, oscura, con moco y algunos pequeños coágulos (23). Otro síntoma es el dolor, la presentación de éste puede preceder a la hemorragia o aparecer simultáneamente, generalmente es de tipo cólico, leve, localizado en hipogastrio o en alguna de las fosas iliacas y la frecuencia encontrada es del 98.2% (23).

Posteriormente las características del dolor pueden cambiar y hacerse intenso, continuo, esto correspondería a la ruptura tubaria y generalmente se acompaña de lipotimia y estado de choque.

En ocasiones el dolor se acompaña de sensación de pujo por la compresión de la sangre sobre el recto en el fondo de saco posterior. El estado de choque puede ser hipovolémico y/o neurogénico (23).

En casos de aborto tubario no se presentan manifestaciones de choque.

Otra manifestación que puede encontrarse es el dolor en el cuello o en el hombro, especialmente en la inspiración que es ma-

nifestación de irritación diafragmática por hemoperitoneo.

Los hallazgos en la exploración física varían según el momento en el cual se lleve a cabo ésta, en el caso de embarazo extrauterino no roto puede encontrarse normal la exploración física, o en un anexo encontrarse una tumoración dolorosa, ésto en un porcentaje bajo 34% (5, 16). La movilización del cérvix es dolorosa.

En el caso de ruptura o aborto tubario se encuentran datos de irritación peritoneal en zonas bajas del abdomen. El útero aumentado, cérvix reblandecido, movilización dolorosa, son hallazgos muy frecuentes (10, 20).

Puede haber masa palpable en fondo de saco posterior, siendo la exploración sumamente dolorosa, ésto en el 13% de los casos (5).

Cuando han transcurrido 2 a 3 semanas posteriores a la ruptura se forma lo que se llama hematocele pélvico que es una gran masa sanguínea ocupando la pelvis (3).

Aún cuando no se encuentre estado de choque, es frecuente la taquicardia, la temperatura puede elevarse, pero generalmente no más de 39°C, ésta puede deberse a la reabsorción de sangre, y se estima que el 20% de las pacientes la presentan (20).

Consideraciones Especiales Acerca del Embarazo Abdominal:

El embarazo abdominal primario es raro. Studdyford ha señalado el siguiente criterio para su diagnóstico (11).

- 1) Ambas trompas uterinas y ovarios deben estar normales.
- 2) No existir evidencias de embarazo en trompas o en ovarios.
- 3) Ausencia de fístula útero perineal.
- 4) Examen en un período lo suficientemente temprano como para que ésta relación pueda identificarse, eliminándose la posibilidad de implantación secundaria a partir de la trompa o del ovario.
- 5) La exploración debe probar que el embarazo esté relacionado exclusivamente con la superficie peritoneal.

La paciente que presenta un embarazo abdominal da generalmente una historia sugestiva de un aborto o de una ruptura tubaria en los meses iniciales del embarazo, después de ocurrido esto existen síntomas de irritación peritoneal, el dolor abdominal es recurrente, de intensidad moderada y se acompaña frecuentemente - por náuseas, vómito, diarrea o constipación.

En los primeros meses se palpa una masa fija y de consistencia suave a los lados o por arriba del útero, éste se encuentra - aumentado de volumen (8 - 10 semanas), pero posteriormente no aumenta de tamaño y frecuentemente está incorporado a la masa gestacional.

El diagnóstico diferencial en los primeros meses debe hacerse un embarazo normal y un tumor ovárico.

Cuando un embarazo abdominal progresa, lo habitual es que la sintomatología también lo haga reportándose dolor y malestar abdominal intenso.

La masa del embarazo se palpa fija, de forma irregular, rechazando el útero. En el embarazo tardío las contracciones de -- Braxton Hicks no se presentan, los movimientos fetales son dolorosos, las partes fetales se mueven libremente y se perciben claramente, las anormalidades de la situación del feto son comunes, el tono cardíaco es de gran intensidad.

La placenta que forma una masa suave en la profundidad de la pelvis, habitualmente se palpa a la exploración rectovaginal. Cuando la paciente entra en trabajo de parto tiene una experiencia similar a la habitual, se encuentra dolor abdominal y sangrado con expulsión de la decidua. Llega a haber dilatación cervical por contractilidad uterina. Transcurrido algún tiempo se presentan datos de sufrimiento fetal y muerte del producto.

Diagnóstico Diferencial:

Básicamente se debe hacer con salpingitis aguda y crónica, amenaza de aborto, aborto incompleto, ruptura de cuerpo lúteo o -- quiste folicular con hemorragia intraperitoneal, también con la torsión de un quiste ovárico y apendicitis (1,14,17).

Estudios Complementarios de Diagnóstico:

a) Laboratorio:

En la biometría hemática puede encontrarse anemia de aparición repentina con reticulocitosis (3,14). El urobilinógeno urinario puede encontrarse elevado, reflejando descomposición de sangre. La prueba inmunológica de embarazo tiene una utilidad relativa, se prefiere la de la fracción beta.

b) Gabinete:

La histerosalpingografía puede permitir un diagnóstico de embarazo tubario, pero el procedimiento es en extremo peligroso, ya que el líquido que se inyecta puede romper la trompa y agravar el sangrado (1). Puede ayugar para el diagnóstico de embarazo abdominal. La arteriografía puede definir un embarazo ectópico, pero no es práctico emplear este procedimiento.

c) Sonografía:

La identificación de los productos de la concepción en la trompa, puede ser difícil mediante este método, pero si se localiza el producto de la gestación intrauterino, es difícil que coexista un embarazo tubario. El diagnóstico definitivo sólo es posible identificando la frecuencia cardíaca fetal (21).

d) Examen Pélvico Bajo Anestesia con Dilatación y Legrado Uterino:

La evaluación de los cambios histológicos en el endometrio

sólo ha proporcionado una información clínica limitada y desorientadora, por lo tanto el principal valor de la evaluación endometrial -- consiste en definir la presencia o ausencia de decidua y de vellosidades coriónicas. La reacción de Arias - Stella tiene escaso valor -- diagnóstico de embarazo extrauterino (1).

e) Culdocentesis:

Sigue siendo uno de los métodos diagnósticos más útiles -- que se disponen para detectar la presencia de hemorragia intraperitoneal si la sangre obtenida es oscura, viscosa, con pequeños coágulos o si no es coagulable. Se refiere que tiene un índice alto de seguridad (5, 16, 20).

f) Colpotomía Posterior:

Brinda mucha información incluso puede permitir la resección de un embarazo tubario temprano.

g) Laparoscopia y Culdoscopia:

La laparoscopia ha mejorado la precisión diagnóstica del embarazo ectópico, sobre todo en los casos donde se sospecha un ectópico sin ruptura.

La laparoscopia ha reemplazado a la culdoscopia (14). Por los progresos técnicos han llevado en forma simultánea a una reducción de los errores clínicos y de los costos para diagnosticar el embarazo ectópico como lo ha hecho la laparoscopia.

h) Laparotomía Diagnóstica:

Es el procedimiento diagnóstico final y más específico (1).

Tratamiento.

El tratamiento habitual del embarazo tubario es la salpingectomía con resección de la porción intersticial. La extirpación del ovario del lado afectado es necesaria si está implicado en el proceso.

El tratamiento conservador es la salpingostomía, se prefiere en caso de ectópicos no rotos. La frecuencia de ectópico de repetición es alta hasta en un 15% (4).

En caso de embarazo intersticial el tratamiento quirúrgico dependerá de la magnitud del trauma a nivel de la pared uterina. La resección cornual y la reparación del defecto puede realizarse en más del 50% de los casos, en el resto será necesaria la histerectomía. El riesgo de ruptura uterina en embarazo posterior a reparación cornual es alta (14).

El tratamiento del embarazo ovárico generalmente es la resección conservadora y sólo raras veces el ovario se ve invadido en forma tal que sea necesaria la ooforectomía (14).

En el embarazo abdominal una vez hecho el diagnóstico no debe demorarse la intervención, tanto por la elevada mortalidad perinatal como el riesgo para la madre de que ocurra una separación

placentaria.

Uno de los factores claves para la supervivencia fetal es la presencia de membranas íntegras, una vez rotas, sobreviene la muerte del producto. Las anomalías fetales son importantes (35--75%).

El tratamiento de la placenta es objeto de controversia, lo mejor es ligar el cordón dejando la placenta in situ y el cierre del abdomen con drenaje peritoneal.

La placenta puede ser extraída en un segundo tiempo ya que la circulación ha sufrido una fibrosis. En ciertas ocasiones se ha utilizado el Metrotexate para acelerar la degeneración trofoblástica. La placenta debería ser extraída en el momento de la laparotomía sólo si estuviera en posición accesible y si su extracción pudiera realizarse sin pérdida excesiva de sangre (1,14).

En el embarazo cervical las pérdidas sanguíneas que ocurren se deben a la profusa vascularización de la región, por lo tanto el tratamiento generalmente es la histerectomía abdominal.

Se aconseja dilatación y legrado en casos de gestación de no más de 8 semanas por la hemorragia que se llega a producir (1,14,17).

Pronóstico.

Se ha visto que aproximadamente el 11% de las pacientes -

que han presentado un ectópico lo repiten.

La fertilidad posterior al embarazo ectópico disminuye -- aproximadamente en un 50%, los factores que predisponen a la esterilidad son principalmente el antecedente de esterilidad previa, la edad, el diagnóstico y el tratamiento tardío así como la presencia de patología tubaria activa.

El 20% de pacientes que se embarazan posteriormente terminan en aborto y sólo el 68.2% logran llegar al término (2, 6, 8, 12, 18).

EMBARAZO ECTOPICO. ANALISIS DE 130 CASOS

Introducción:

Teniendo en cuenta que los aspectos epidemiológicos del embarazo ectópico varían de acuerdo a los diferentes grupos de populación estudiados y que en nuestro medio no contamos con una revisión reciente del tema, se consideró necesario el hacer un análisis de esta patología en cuanto sus factores etiológicos, predisponentes, frecuencia, clasificación, cuadro clínico, métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento quirúrgico más utilizado, así como el análisis de la morbimortalidad.

Sabiendo que el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno abate la morbimortalidad, el propósito de este estudio es con-

tribuir en un momento dado con nuestra experiencia en el mejor manejo de esta patología.

Material y Métodos:

Se revisaron los expedientes de 130 pacientes en quienes se diagnosticó embarazo ectópico en el Hospital de Gineco-Obstetricia - No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el lapso comprendido del 1.º de Enero de 1981 al 30 de Junio de 1983.

Resultados.

Durante este período se atendieron 62,543 partos lo que correspondería a 1 ectópico por 481 (0.76%).

La edad de mayor frecuencia osciló entre 26 a 40 años, siendo el promedio 33 años. (Cuadro 1).

Existió el antecedente de aborto en 57 pacientes (43.84%) - de esos 25 con un aborto (43.85%) y 32 con 2 o más abortos (56.14%).

El tipo menstrual predominante fue normorréica en 101 casos (77.69%) e irregular en 29 casos (22.30%).

El antecedente de uso de DIU en 24 pacientes (18.46%) y de anticonceptivos orales 8 (6.15%).

Existió antecedente de esterilidad en 10 pacientes (7.69%).

De los antecedentes quirúrgicos previos se encontraron 8 casos (6.15%) de embarazo ectópico, operación cesárea en 15 pa--

EDAD DE PACIENTES

AÑOS	No. CASOS	POR CIENTO
15 - 20	1	0.76
21 - 25	13	10
26 - 30	37	28.46
31 - 35	41	31.53
36 - 40	36	27.69
41 - 45	2	1.53
TOTAL	130	100

CUADRO No. 1

cientes (11.53%), obstrucción tubaria bilatera en 6 casos (4.61%), -
ooforectomía más obstrucción tubaria 1 caso (.76%), cirugía no gine-
cológica en 20 casos (15.38%).

En 91 pacientes (70%) se encontró amenorrea entre 6 y 12
semanas, siendo el promedio de 8 semanas de gestación.

La localización del ectópico fue derecho en 63 casos (48.83%)
izquierdo 66 (51.16%), intersticial 1 (0.76%), de los cuales estaban
rotos 94 (72.30%) y no rotos 36 (27.69%).

Se observó dolor abdominal en 124 casos (95.38%), acompa-
ñado de náuseas y vómitos en 44 pacientes (33.84%), así como hemo-
rragia transvaginal anormal en 14 (87.69%).

Los hallazgos principales en la exploración fueron irrita--
ción peritoneal en 102 casos (78.46%) y en casi todas las pacientes
(99.93%) dolor a la movilización del cérvix y otros hallazgos que se
pueden observar en el Cuadro No. 2.

En 27 pacientes se realizó prueba inmunológica de embara-
zo de las cuales 8 resultaron positivas (29.62%) y 19 (70.3%) negati-
vas.

La biometría hemática permitió el diagnóstico de anemia -
en 82 casos (63%) y leucocitosis en 50% de los casos.

La culdocentesis se realizó en cero casos, exploración ba-
jo anestesia 8 casos (6.15%), laparoscopia 4 casos (3.07%).

HALLAZGOS EN LA EXPLORACION

PATOLOGIA	No. CASOS	PORCIENTO
IRRITACION PERITONEAL	102	78.46
HIPOTENSION	26	20
TAQUICARDIA	26	20
FEBRICULA	44	33.84
HIPOTERMIA	14	10.76
UTERO AUMENTADO	130	100
TUMOR PALPABLE	48	36.92
DOLOR A LA MOVILIZACION DEL CERVIX	129	99.23

CUADRO No. 2

El Ultraecosonograma se llevó a cabo en 60 casos siendo concluyente en 15 (25%), no concluyente en 38 (63.33%) y sugestivo en 7 (11.66%).

La cirugía realizada con mayor frecuencia fue la salpingectomía en 112 pacientes (86.15%) y otros tipos de cirugía que se obser-
van en el Cuadro No. 3.

Dos casos (1.53%) acudieron por infección de la herida quirúrgica y la mortalidad fue nula.

Discusión.

La frecuencia del embarazo ectópico es de 0.76% valor que -
concuerta con el expresado por otros autores (16, 20, 22).

El antecedente de aborto encontrado en 57 pacientes se considera mayor al encontrado por otros autores (15, 16).

El antecedente del Dispositivo Intrauterino encontrado en 18.46% coincide con lo reportado por otros autores (9, 22).

El de esterilidad no fue significativo, hubo antecedentes de -
tratamiento quirúrgico en 29 pacientes (22.3%), cifra que concuerda con la expresada en otros estudios (6, 15, 16), y de ellas la oclusión tubaria bilateral precedió al embarazo ectópico en 6 casos (4.51%), cifra ligeramente menor a la expresada por otros autores que la ci-
tan de 5 a 15% (22).

El hallazgo de amenorrea en 91 pacientes (70%) es similar -

C I R U G I A P R A C T I C A D A

	No. CASOS	PORCIENTO
SALPINGECTOMIA	112	86.15
SALPINGOOFORRECTOMIA	6	4.61
SALPINGECTOMIA MAS LEGRADO UTERINO	8	6.15
SALPINGOOFORRECTOMIA MAS LUI MAS APENDICECTOMIA	1	0.76
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	1	0.76
SALPINGOOFORRECTOMIA MAS OCLUSION TUBARIA	2	1.53

CUADRO No. 3

al reportado en la literatura (10, 23).

El dolor abdominal que en nuestra serie se encontró en 95.38% de los casos, al igual que la hemorragia transvaginal en 87.69% son cifras parecidas a las encontradas en estudios efectuados en condiciones similares a las nuestras (12, 18). Los datos de irritación peritoneal en el 78.46% de las pacientes y el dolor a la movilización del cérvix (99%) son similares a los reportados por otros autores (10, 16).

La biometría hemática orientó al diagnóstico de anemia aguda en 82 casos (63%), dato similar al encontrado por otros autores (20).

La prueba inmunológica de embarazo no fue significativa, situación similar en otros estudios (19, 20).

Los resultados del ultraecosonograma en la mayoría de los casos no ayudó al diagnóstico, situación en la que otros autores no están de acuerdo (21), ya que reportan hasta un 80% de certeza en sus diagnósticos.

La morbilidad se encontró baja y la mortalidad nula.

Conclusiones.

La frecuencia del embarazo ectópico en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, del I.M.S.S., en el período de Enero de 1981 a Junio de 1983 fue de 0.76% en relación al número de partos.

El antecedente de aborto y cirugía abdominal se observó en alrededor de la mitad de los casos. El antecedente de uso de Dispositivo Intrauterino es importante, la edad promedio de gestación fue de 8 semanas.

El dolor abdominal se presentó en 95.38% de los casos y el sangrado transvaginal en 87.69%, siendo los hallazgos más frecuentes.

Los datos de irritación peritoneal se observaron en 78.46% de los casos y el dolor a la movilización del cérvix (99.23%). No se realizó culdocentesis lo que aumentaría los porcentajes de certeza del diagnóstico.

La cirugía más frecuentemente utilizada es la salpingectomía.

Resumen:

Se revisaron los expedientes de 130 pacientes en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del I.M.S.S., en que se diagnosticó embarazo ectópico durante el período comprendido de Enero de 1981 a Junio de 1983, siendo la frecuencia encontrada de 0.76% correspondiendo a embarazo tubario 129 (99.23%).

El antecedente de esterilidad no fue significativo y la cirugía previa abdominal estuvo presente en 42 casos (32.3%)

En el 70% de las pacientes se encontró amenorrea con promedio de 8 semanas.

El dolor abdominal se presentó en 95.38% y la hemorragia - transvaginal en 7.69%.

Los datos de irritación peritoneal se presentaron en las dos terceras partes de los casos y el dolor a la movilización del cérvix en el 99.23%.

La biometría hemática permitió el diagnóstico de anemia aguda en 63% de casos.

El Ultraecsonograma es de los métodos de diagnóstico más utilizados, siendo más frecuentes los resultados no concluyentes -- (63.33%).

La cirugía más utilizada en embarazo tubario es la salpingectomía (86.15%).

La morbilidad en nuestro medio es mínima representada por infección de herida quirúrgica y la mortalidad nula.

Bibliografía.

1. BENSON, R.: Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos. 1979.
2. BRONSON, R.A.: Tubal pregnancy and infertility. Fertil. Steril. 28:221,1977.
3. CASTELAZO, A.L.: Obstetricia, 6a. Edición, 1982.
4. CHERNY, A. y Kase, N.: The Conservative surgical Management of unruptured ectopic pregnancy. Obstetrics and Gynecology 54:4,1979.
5. CHERNY, A.H.: Contemporary management of ectopic pregnancy. J.Reprod.Med. 26:10,1981.
6. FRANKLIN, E.W. y ZEIDERMAN, A.M.: Tubal ectopic pregnancy etiology and obstetric sequelae. Am.J.Obstet. Gynecol. 117:220,1973.
7. GIRAD, M.: Primary ovarian pregnancy asociated with the Dalkon Shield, I.U.D. Obstet.Gynecol. 51:52,1978.
8. HALLAT, J.: Repeat ectopic pregnancy: A study of 123 consecutive cases. Am.J.Obstet.Gynecol. 15:520,1975.
9. HALLAT, J.: Primary ovarian pregnancy: a report of - Twenty five cases. Am.J. Obstet.Gynecol. 143:1,1982.
10. HLAVIN, G.E.; LADOCSE, L.T.: Ectopic pregnancy: An analysis of 153 patients. Int.J.Gynaecol. Obstet. 16:42, 1978.
11. HUFFMAN, J.W.: Gynecology and Obstetrics. Ectopic Pregnancy Pag. 405-27,1962.
12. KABLY, A.: Embarazo ectópico de repetición. Ginec. - Obstet.Mex. Vol. 48:286,1980.
13. KELLY, M.T.; SANTOS-ROMO, R.: The value of sonography in suspected ectopic pregnancy. Obstet.Gynecol. 53:703,1979.

14. MATTINGLY, R.: Ginecología Operatoria. 5a. Ed. 1980 316-329.
15. NILES, J.H.: Pathogenesis of tubal pregnancy. Am.J. - Obstet.Gynecol. 105:1230, 1975.
16. PORTUONDO, J.A.; REMACHA, M.J.; ROLDAN, M.J.: Ectopic pregnancy early diagnosis limitations. Int.J.Gynaecol.Obstet. 20:371-378, 1982.
17. PRITCHARD, H. y WILLIAMS: Obstetricia 2a. Ed. 424-444, 1980.
18. RUIZ VELASCO, V.: Fertilidad post embarazo ectópico tubario. Ginec.Obstet.Mex. 47-279, 1980.
19. SCHWARTZ, R. v PIETRO, D.: B-hCG as a diagnostic aid for suspected ectopic pregnancy. Obstetrics and -- Gynecology Vol. 56, No. 2, 1980.
20. TERRY, C. y CORLETT, R.C.: Chronic ectopic pregnancy. Obstet. and Gynecology 59:1, 1982.
21. WEINER, C.: The pseudogestational sac in ectopic pregnancy. Am.J.Obstet.Gynecol. 139-8, 1981.
22. WENDY, C.: The rise in ectopic pregnancy. Int.J.Gynaecol.Obstet. 1982, 20:341, 350.
23. WULFOVICH, M.; KARCHMER, S.: HGO.No.1, IMSS: - Embarazo ectópico correlación anatomoclínica de 386 - casos. Memora de la IV Jornada Medica Bienal, 1970.

* * * * *

I N D I C E

INTRODUCCION, DEFINICION, FRECUENCIA Y CLASIFICACION.	1
ETIOLOGIA	2
TIPOS DE EMBARAZO ECTOPICO	4
CUADRO CLINICO	8
CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO ABDOMINAL	10
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	12
ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO	13
TRATAMIENTO	15
PRONOSTICO	16
ANALISIS DE 130 CASOS	17
MATERIAL Y METODOS	18
RESULTADOS	18
DISCUSION	20
CONCLUSIONES	21
RESUMEN	22
BIBLIOGRAFIA	24