

11217

204



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA



EMBARAZO ECTOPICO

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA

PRESENTA EL

DR. JORGE ANTONIO PEREZ CASAS BELTRAN

HOSPITAL GENERAL "GONZALO CASTAÑEDA"

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

DIRECTOR DE TESIS: DR. OSCAR TREJO SOLORIZANO

MEXICO, D. F.

Oscar Trejo Solorzano

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

A mi padre:

Por ser mi modelo a seguir
y su gran amor.

A mi madre:
Gracias por inyectarme su
enjundia y valentia ante
la vida.

TESIS CON
FALLA DE QUI

A mis hermanos:
Con gratitud e inmenso cariño
por compartir su vida conmigo.

A Patricia:
Gracias por mantenerse en
la batalla hombro a hombro,
palmo a palmo, con todo mi
Amor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A LUIS, DASCHIA Y JORGE:
Que son mi razón de ser.
con todo mi amor y ternura.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al Dr. César Santiago Pineda:
Gracias por su ejemplo e inestimable ayuda en la realización de la carrera.

Al Dr. Héctor de la Lanza E.
Por sus sabios consejos y ayuda desinteresada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A los Médicos Adscritos:
Por la enseñanza recibida.

A mis compañeros:
Por compartir su amistad
y trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al Hospital "General Gonzalo Castañeda":
Por la oportunidad en mi formación.

A las pacientes:
Por su valiosa colaboración.

DR. SERGIO VILLALOBOS VALENCIA,
GRACIAS POR LA HOSPITALIDAD QUE
ME BRINDO EN SU SERVICIO.

DR. JULIAN COVARRUBIAS DE LA M.
GRACIAS POR MANTENERNOS DENTRO
DE SU COORDINACION Y SISTEMA.

AUTORIDADES DEL HOSPITAL -
"1o. DE OCTUBRE", GRACIAS
POR PERMITIR TERMINAR NUESTRA
PREPARACION ACADEMICA
DE ADIESTRAMIENTO HOSPITALA
RIO.

Al Dr. Oscar Trejo Solorzano:
Gracias por su inapreciable dirección
y desinteresada ayuda en la realiza-
ción de esta tesis.

I N D I C E

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
GENERALIDADES.....	2
OBJETIVOS.....	47
MATERIAL Y METODOS.....	48
RESULTADOS.....	49
COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.....	61
RESUMEN.....	63
BIBLIOGRAFIA.....	65

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

EMBARAZO ECTÓPICO

INTRODUCCION

El embarazo ectópico es una entidad clínica polifacética, de difícil diagnóstico si no se tiene presente la posibilidad de su presentación en cualquier mujer en edad reproductiva. La aparición de alteración menstrual, dolor pélvico y sangrado transvaginal, debe alentarnos al diagnóstico.

Ante la sospecha de esta condición, debemos echar mano de todos los recursos terapéuticos a nuestro alcance, para probar o poder excluir el diagnóstico, ante un cuadro sugestivo de embarazo ectópico.

El retraso o el error en el diagnóstico, pueden acarrear consecuencias catastróficas para la paciente, provocadas por la hemorragia masiva y choque hipovolémico, que son las causas que más contribuyen a la mortalidad por este padecimiento.

En otros casos, los menos, el error o el retraso en el diagnóstico, contribuyen a que la paciente quede con secuelas que le impiden llevar una vida normal y que afectan su salud en general.

G E N E R A L I D A D E S

Efectuando el diagnóstico, se debe intervenir quirúrgicamente a la brevedad posible, valorando el riesgo quirúrgico, mejorando cuanto sea posible, el estado general de la paciente y utilizando los recursos anestésicos más apropiados al caso.

DEFINICION.

Un embarazo ectópico es aquél en el cual el huevo fecundado se implanta en otro sitio que no es la cavidad uterina revestida de tejido endometrial. Siendo las trompas de Falopio el lugar en donde, cerca del 98% de los casos de embarazo ectópico se implantan; otras localizaciones que comprende el embarazo ectópico son: La cavidad abdominal, el ovario y el cérvix. (18)(35).

INCIDENCIA.

Se ha observado aumento en la frecuencia del embarazo ectópico lo cual ha sido explicado debido a la promiscuidad y padecimientos venereos, empleo inadecuado de antibióticos en padecimientos infecciosos anexiales y apendiculares, así como secuela de un proceso quirúrgico en la cavidad abdominal cercana al aparato ginecológico. La incidencia del embarazo ectópico coincide en forma importante, según los reportes de hospitales de Norteamérica, de Austra-

N

lia y hospitales de seguridad social y asistenciales de la República Mexicana, siendo la cifra de; un embarazo ectópico por cada 125-300 embarazos intrauterinos. (7)(8)(25)(26)(35).

ETIOLOGIA

Se han postulado algunos factores que impiden el paso del huevo o cigoto hacia la cavidad endometrial; factores que incrementan la receptibilidad de otros sitios ajenos para el huevo. Siendo los responsables del embarazo ectópico: salpingitis crónica, cirugía pélvica abdominal, uso de dispositivo intrauterino (DIU), endometritis, etc. (8)(25)(35)(45).

A.-FACTORES QUE IMPIDEN EL PASO:

a) Salpingitis crónica.

Empíricamente se ha demostrado en la morfa de las ocasiones la asociación de salpingitis previa, a un embarazo ectópico.

b) Anormalidades en la estructura tubárica.

c) Adherencias que involucran el área peritubárica.

d) Tumores extrínsecos que ejercen presión sobre la trompa.

e) Cirugía tubaria (Ligadura de trompas, salpingectomía). Con el incremento en voga de la esterilización voluntaria por ligadura tubaria, el número de pacientes con embarazo ectópico, que tengan la ligadura de trompas previa, se ha

incrementado notablemente, siendo en la actualidad hasta un 11.9%. (5)(35).

B.-FACTORES QUE INCREMENTAN LA RECEPTIVIDAD DE TEJIDOS AJENOS.

a) Cambio en la fisiología de la trompa; en la actualidad se comprende pobremente esto, pero puede ser debido a una peristalsis inadecuada o a una actividad ciliar anormal.

b) El reflujo menstrual: el retraso de la fertilización del óvulo con hemorragia menstrual en el momento habitual, podría teóricamente, impedir que el óvulo penetre en el útero, o bien hacerlo retroceder hacia la trompa.

c) Aumento en la receptividad del huevo fertilizado por parte de la trompa.

d) Endometrio ectópico (Endometriosis).

El embarazo abdominal implantado en una área de endometriosis tal vez se deba a la existencia de una atracción química entre la endometriosis y el cigoto; pero estos datos no son comúnmente experimentados para sostener esta tesis. (35).

C.-TRANSMIGRACION.

La migración del huevo de un ovario a la trompa ipsilateral tal vez sea la etiología de algunos embarazos ectópicos. Aumentando esta posibilidad; según algunos autores, cuando exis-

ten ambos ovarios y sólo una trompa por mutilación quirúrgica(Embarazo ectópico anterior),la tardanza en la transpor-tación del huevo,va a ayudar a una localización ectópica de su implantación.(28)(35).

Alteraciones en el tiempo de migración del huevo fecundado - y/o del espermatozoide al encuentro del ovocito de II orden. El antecedente de dispositivo intrauterino(DIU)como método - de control de la fertilidad ha demostrado que existe una alta coorrelación con el embarazo ectópico en el ovario.(35)-

D)FACTORES DE RIESGO.

- a)Edad avanzada.
- b)Raza negra.(Más que la razón étnica,por la condición socioeconómica).
- c)Residentes de ciudades con estatus socioeconómicos bajos.
- d)Gran paridad.

E.-FACTORES QUE PREDISPONEN EL EMBARAZO ECTOPICO.

- a)Aborto previo.
- b)Complicaciones postparto,cesarea o legrado intrauterino.
- c)Dispositivo intrauterino(DIU).
- d)Embarazo ectópico tubario previo.
- e)Enfermedad inflamatoria pélvica.
- f)Uso de anticonceptivos progestacionales.
- g)Cirugía abdominal o pélvica previa.

h)Inducción a la ovulación con citrato de clomifen.(6)--
(10)(11).

CONSIDERACIONES ANATOMOPATOLOGICAS.

El huevo puede desarrollarse en cualquier porción de la --
trompa,dando origen a embarazos ampulares,istmicos o inters
ticiales.En raros casos puede implantarse en la extremidad --
fimbriada y ocasionalmente,incluso,en la fimbria ovárica.
A partir de estos tipos primarios se desarrollan,a veces,--
ciertas formas secundarias;tubo-abdominal,tubo-ovárica y en
ligamento ancho.El ampula es la localización más frecuente --
de implantación y el istmo la siguiente en frecuencia.El em
barazo intersticial es muy poc frecuente,siendo sólo en el --
1% de todas las gestaciones tubáricas.(31)(32)(33)(34)(35).

MODO DE IMPLANTACION DEL HUEVO.

El huevo puede implantarse de forma columnar o intracolum-
nar;la primera es muy rara,el huevo queda adherido en el ex
tremo o en el lado de uno de los pliegues de la mucosa.En -
el segundo,la implantación se produce en una depresión en -
tre dos pliegues mucosos,en ninguna de las dos situaciones
el huevo permanece sobre la superficie,si no que en seguida
se implanta en el epitelio y se localiza en el tejido situa
do inmediatamente debajo del mismo.En su periferia es una -

cápsula de trofoblasto rápidamente proliferante, que invade y erociona los tejidos conectivos subyacentes y el músculo de la trompa. Como consecuencia, los vasos sanguíneos maternos se abren y la sangre se vierte en los espacios de variable tamaño, que se encuentran en el interior del trofoblasto o entre éste y el tejido adyacente. (25).

En la habitual implantación intercolumnar, puesto que la trompa carece de submucosa y de decidua bien desarrollada, tan pronto como el huevo penetra en el epitelio, viene a encontrarse con la pared muscular. El huevo está separado del lumen por una capa de tejido variable en el grosor; la membrana capsular o pseudocapsular. En la rara modalidad de implantación columnar, el huevo se encuentra situado en el interior de un pliegue de mucosas y, excepto en su base, está rodeado por todos lados, de epitelio tubárico, con sólo un pequeño espacio para su expansión inicial.

En el embarazo ampúlar, el huevo en crecimiento empuja la membrana capsular hacia adelante, en dirección al lumen tubárico, que resulta ocasionalmente comprimido, adoptando una forma de media luna. Más tarde, si el curso del embarazo, no resulta interrumpido, la membrana capsular puede fusionarse con la mucosa vecina, obliterándose el lumen de la trompa en la inmediata vecindad del huevo. Sin embargo, cuando la im

plantación ocurre en el istmo en particular, en la porción inmediata adyacente al útero, el pequeño tamaño del lumen impide la posibilidad de tal expansión. En consecuencia, el huevo distiende excentricamente la pared tubárica; el lumen puede eventualmente separarse por completo, rodeando de vellosidades placentarias y de otros tejido fetales, con el resultado, de que la ruptura intraperitoneal se produce frecuentemente, cuando la paciente ni siquiera sabe que está -- embarazada.

LA DECIDUA.

La trompa normalmente no forma decidua extensa, pero por lo general, es posible reconocer células deciduales y distinguirlas del trofoblasto.

La relativamente escasa reacción decidual es de interés -- científico y además de importancia práctica, ya que parece ofrecer una explicación satisfactoria de la invasión y destrucción de la pared tubárica por el trofoblasto. En el em--barazo uterino, tal invasión se aprecia únicamente en el raro proceso de placenta acreta, que según se supone, resulta también de un defectuoso desarrollo de la decidua.

DECIDUA CAPSULAR.

A causa de la escasa reacción decidual, es improbable la formación de una estructura idéntica a la decidua capsular del--

embarazo uterino. Sin embargo, en todos los embarazos tubáricos precoces, intactos, el huevo está separado del lumen de la trompa por una capa de tejido conectivo y muscular, que puede contener unas cuantas células deciduales aisladas. A medida de que el embarazo progresa, esta membrana es invadida por células fetales; entonces experimenta la degeneración fibrinoide, y si no se produce la ruptura, eventualmente se fusiona con la mucosa del lado opuesto de la trompa.

PLACENTA.

Puesto que las primeras fases del desarrollo de la placenta son idénticas en los embarazos tubáricos y uterino, los diferentes desenlaces en los dos, reflejan la diferencia en los lugares de implantación, en particular, las variaciones en la reacción decidua]. La pared tubárica en contacto con el huevo ofrece sólo una ligera resistencia a la invasión del trofoblasto, el cual pronto abre cavidades en el mismo y llega a los vasos maternos. Generalmente existe una penetración directa a través de la superficie peritoneal o de la membrana capsular, que origina una ruptura intraperitoneal y el aborto tubárico respectivamente. Sin embargo, en algunos casos, la ruptura precoz resulta de la súbita apertura o ruptura de un gran vaso y de la destrucción de las paredes tubáricas debilitadas, como consecuencia del aumento de presión. La estructura microscópica de la porción fetal de la placen-

ta es idéntica a la del embarazo uterino normal, de duración equivalente.

ESTRUCTURA DEL SACO FETAL.

Con el embarazo tubárico existe un notable aumento en la vascularización de la trompa afectada; las arterias y venas más grandes están considerablemente hipertrofiadas, mientras que los vasos más pequeños, en especial en la vecindad de la zona placentaria, permanecen congestionados.

Las secciones microscópicas a través del saco en las primeras semanas, muestran una clara hipertrofia de las células de la mucosa, pero no un evidente aumento en su número. Excepto en la zona placentaria, la pared tubárica está considerablemente engrosada y sus células separadas por el edema. En un período aún más avanzado, los constituyentes musculares del saco gestacional parecen disminuir en número. A término, todo su grosor consta de tejido conectivo, con escasas células y sólo una ocasional fibra muscular. Aunque la fibra muscular de la trompa puede experimentar una notable hipertrofia, carece de la enorme capacidad que la que tiene el útero en este respecto. En muchos casos avanzados, el exterior de la trompa muestra evidencia de peritonitis.

ALTERACIONES UTERINAS.

El útero experimenta algunas de las alteraciones asociadas con el embarazo normal, tales como ablandamiento del segmento inferior y aumento del tamaño; al grado de que el endometrio se convierte en decidua variable. Aunque el hallazgo de decidua uterina sin trofoblasto sugiere un embarazo ectópico, no es en forma alguna indicación positiva. En 1954 - Arias Stela describió una reacción de alteración en las glándulas endometriales y en el endotelio.

REACCION DE ARIAS STELA.

Células con atipismo marcado, proliferación glandular y evidencia de endometrio hipersecretor. Se observan en el 25% - de los embarazos en cualquier sitio; siendo una manifestación de estimulación marcada de progesterona en el endometrio.

Este atipismo celular, conciste en que las células epiteliales están agrandadas y sus núcleos son hipertróficos, hiper cromáticos, lobulares y de forma regular o irregular; existe una pérdida de la polaridad y, los núcleos anormales tenden a ocupar la porción luminal de las células; el citoplasma puede ser vacuolado y espumoso, pudiendo encontrarse ocasionalmente en mitosis.

Poco despues de la muerte del producto, la decidua se degenera

ra y, por lo general, se descama en pequeños trozos, pero en ocasiones es expulsada intacta, en forma de cilindro decidual de la cavidad uterina. La ausencia de tejido decidual no excluye un embarazo ectópico; ya que ésta sólo está presente en un 20% de los casos. La hemorragia externa - observada en muchos de los casos de los embarazos tubáricos es de origen uterino y va asociada con una degeneración y necrosis de la decidua uterina. (31)(35)(36)(37).

PATOGENIA.

Puesto que predomina el embarazo ectópico en la trompa de Falopio hasta en un 95%, el proceso patológico ahí se presenta con mayor frecuencia. El cuadro patológico del embarazo ectópico depende primariamente sobre la reacción materna. El huevo fertilizado que se implanta en el epitelio de la trompa penetrada, justamente como lo hace en el endometrio; el crecimiento intratubárico se realiza gracias al aporte de la sangre materna. Las modificaciones deciduales que se presentan con el embarazo ectópico son iguales a las de un embarazo intrauterino.

La distensión de la trompa causa dolor cólico, puesto que la trompa es un alojamiento inadecuado; el embarazo sale a través de la fimbria o de la ruptura de la trompa, generalmente al rededor de la sexta y decimosegunda semanas.

RESOLUCION ESPONTANEA POSIBLE, DEL EMBARAZO ECTOPICO.

a.-Ruptura tubárica:

Como resultado de la acción arrociva del trofoblasto, pue de presentarse ruptura tubárica, que se acompaña de hemorragia en la cavidad peritoneal, a veces ligera, otras pro fusa y hasta mortal.

b.-Aborto tubárico:

Se refiere a que el huevo se separa de la pared tubárica con hemorragia dentro de la trompa y por el orificio fim briado, que puede estar lleno de coágulos. El aborto tubárico frecuentemente pasa inadvertido, causando sólo gra- dosmínimos de hemorragia que se resuelven espontáneamente.

EMBARAZO TUBARICO.

Es el tipo más común de embarazo ectópico; es aquél que tiene lugar en la trompa de Falopio. La trompa interviene normalmente en el transporte del huevo fecundado hacia el útero; pero en ciertas condiciones, el óvulo puede implantarse en la pared tubárica. La pared tubárica no se encuentra adap tada para una nidación satisfactoria, ni para el desarrollo - ulterior del embarazo, de aquí que, el embrión sucumbe en fase muy temprana. (35)(40).

EPIDEMIOLOGIA DEL EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO.

AMPULAR.

El 80% de los embarazos ectópicos ocurren a lo largo de la porción ampular de la trompa, en donde la ruptura ocurre con embriones de mayor tamaño. Esta alteración es más comúnmente notable al rededor de la decimosegunda semana, en este sitio la ruptura mayor tiene lugar a través de la serosa superficial, con la expulsión hacia la cavidad abdominal a través de la fimbria, es probable la etiología de algunos embarazos ováricos o abdominales. (8)(25)(31)(35).

ISTMICO.

Al rededor del 13% de los embarazos ectópicos ocurren en el istmo de la trompa. La eroción y ruptura tienen lugar, generalmente, en la porción angosta y comprende la superficie serosa de la cavidad peritoneal. (8)(25)(31)(35).

FIMBRICO

Se presenta en un 5% de los embarazos ectópicos, la implantación ocurre en la trompa, generalmente un buen número de embarazos tubáricos pasan inadvertidos y nunca llegan a ser intervenidos quirúrgicamente en su momento, pero tiempo después, por diversas razones, llegan a ser operados ocasionalmente, hallando vellosidades antiguas hialinizadas en las--

trompas, mucho después de haber tenido lugar el embarazo. El cuidadoso análisis retrospectivo de las historias clínicas de estas enfermas, frecuentemente permiten descubrir la posibilidad de un embarazo ectópico tubárico que quizá tuvo lugar muchos años antes. En tal caso el embrión sucumbió en fase temprana, con regresión de la placenta y síntomas no muy severos o agudos para requerir atención médica.

INTERSTICIAL.

El desarrollo del embarazo ectópico en la porción intersticial de la trompa de Falopio, se presenta en un 2% de los casos, aproximadamente, esta porción acepta un incremento grande de la placenta. El embarazo, tal vez pueda llegar al cuarto mes de gestación antes de romperse; el sangrado es más severo en la ruptura del embarazo intersticial, llegando a destrozarse, en ocasiones, al cuerno del lado afectado; pudiendo llegar a la muerte de la paciente el cuadro agudo, en forma prácticamente súbita, ya que esta zona está irrigada por ramas de las arterias uterina y ovárica. (8)(25)(31)(35)(45).

MOMIFICACION DEL PRODUCTO.

Puede ocurrir en embarazos tubáricos que han pasado inadvertidos y que han llegado a fases avanzadas. En otros casos la calcificación extensa puede convertirlo en el llamado [Litopedión]; en ocasiones, los huesos fetales pueden pasar a la vagina, recto a través de una fístula abdominal.

FISIOPATOLOGIA.

Sea cual fuere el sitio en que tenga lugar el embarazo, el endometrio uterino responde con reacción decidual a los estímulos hormonales que pone en juego el óvulo implantado.-- Mientras éste se conserva vivo, se mantiene la reacción decidual del útero, sin embargo, al morir el embrión la decidua interna se descama generalmente en fragmentos, aunque en ocasiones en un sólo molde, pudiendo confundirse con la presencia de un aborto incompleto, error cometido frecuentemente por el médico.

Hay que recordar que existe reacción decidual en el endometrio en casi la tercera parte de las pacientes con embarazo tubárico en quienes se efectúa un legrado uterino, porque en muchos casos, la muerte del producto seguida de la eliminación de la decidua, ha permitido restablecer la ovulación y algún tipo de imagen endometrial. Además el descubrimiento de una reacción decidual sin vellosidades, no es patognomónico de embarazo tubárico; incluso en ausencia de embarazo algunos endometrios pueden responder excesivamente a las píldoras anticonceptivas o a las hormonas progestacionales, causando un aspecto de decidua en la imagen del endometrio.

CUADRO CLINICO.

Las manifestaciones antes de la ruptura tubárica o del aborto, no son características de embarazo ectópico, casi siempre la paciente cree que se trata de un embarazo normal, o no sospecha de que está embarazada. De ahí que los síntomas y signos suelen ser tan variables.

En la ruptura del embarazo tubárico, la menstruación normal es remplazada por una ligera hemorragia vaginal, que suele conocerse con el nombre de "Spotting"; de súbito la mujer siente intenso dolor en la parte baja del abdomen, frecuentemente descrito como de carácter brusco, desgarrador o punzante. Se desarrollan trastornos vasomotores que oscilan desde un vértigo hasta una lipotimia o un verdadero síncope, la paciente presenta palidez. La palpación abdominal descubre hipersensibilidad y, en examen vaginal, especialmente en la movilización cervical, se despierta dolor exquisito; el fornix posterior de la vagina puede abombarse a causa de la presencia de sangre en fondo de saco o, puede palparse una masa hipersensible y cenegosa a un lado del útero. La paciente puede o no mostrar hipotensión arterial mientras permanece acostada o en posición supina; sin embargo, cuando está en posición sentada, la hipovolémia suele ser bastante intensa para producir hipotensión arterial. (35)(46).

DOLOR.

El dolor puede ser unilateral o generalizado en la parte inferior del abdomen. Puede ser lancinante o espasmódico; en presencia de una gran ruptura con hemoperitoneo, el dolor se puede irradiar hacia el hombro y cuello, siendo ésto una manifestación bastante corriente. Se supone que el dolor que el dolor abdominal lancinante asociado con la ruptura de un embarazo ectópico, se debe al escape de sangre a la cavidad peritoneal; puesto que se ha observado considerable dolor en casos de escaso sangrado, es evidente que la sangre en la cavidad peritoneal es capaz de provocar irritación en el peritoneo y grados variables de malestar. El dolor se reporta en el 85 al 100% de los casos de embarazo ectópico. (35)(36).

AMENORREA.

La mayor parte de las pacientes, entre el 75 y 80% de ellas, reportan períodos de amenorrea; de pacientes con cuadro leve, el 15% reportan firmemente la presencia de sangrado menstrual normal y sin amenorrea. Pero una razón que hace afirmar ésto a las pacientes, es que confunden la hemorragia patológica, que frecuentemente ocurre en el embarazo ectópico, con un verdadero sangrado menstrual. y de este modo, una fecha errónea de su última menstruación. Este importante dato

de error diagnóstico, puede eliminarse en muchos casos mediante una historia clínica más acuciosamente obtenida. Es en extremo importante que el carácter del último sangrado menstrual sea investigado en lo que respecta al momento del comienzo, duración, cantidad y características del sangrado, siendo aconsejable preguntar a la paciente que si de algún modo le ha impresionado cualquier anormalidad existente en el sangrado. La ausencia de un período menstrual, en modo alguno, descarta un embarazo ectópico. (35)(47).

HEMORRAGIA.

La incidencia de hemorragia transvaginal no considerada como menstruación normal, es aproximadamente la misma que la amenorrea, a saber, entre el 75-80%. Mientras que el huevo permanece intacto, la hemorragia uterina suele faltar, pero con la alteración o muerte del huevo, gran parte del apoyo hormonal de la decidua es eliminado y el endometrio uterino - se descama, trayendo como consecuencia el sangrado. La hemorragia suele ser oscura, color marrón oscuro, escasa, intermitente y en ocasiones continúa. Aunque la hemorragia profusa sugiere la presencia de un aborto uterino incompleto, - más que una gestación ectópica, también ocurre en un 5% de las gestaciones tubáricas. (35).

SINCOPE Y CHOQUE HIPOVOLEMICO.

La paciente pálida y chocada, clásicamente asociada a un embarazo tubárico que ha llegado a la ruptura, se observa únicamente en una minoría de los casos. Las lipotimias o desmayos y la debilidad no son frecuentes como suele suponerse, sólo se observa en un tercio de los casos. (31)(35).

HIPERSENSIBILIDAD VAGINAL.

El hallazgo físico más común en la ruptura del embarazo tubárico, es la exquisita hipersensibilidad a la exploración vaginal, en especial la movilización del cérvix, llamada "grito del Douglas" o maniobra de Prox, provocada por la distensión a los ligamentos úterosacros y de todos los elementos anatómicos vecinos, nerviosos y vasculares; es demostrable en más de las tres cuartas partes de los casos, pero ocasionalmente puede faltar. (31)(35).

MASA PALPABLE.

Una masa palpable en el fondo de saco o anexo es reportada en el 30% de los casos. La ausencia de masa palpable dentro de la exploración bajo anestesia, no descarta la posibilidad de un embarazo ectópico. La masa puede variar en tamaño, consistencia y posición; oscila por regla general en un volumen

aproximado entre los 15 y los 15 cm. de diámetro. Siendo frecuentemente blanda y elástica. Sin embargo, en los casos de infiltración sanguínea extensa de la pared tubárica, puede ser firme, raras veces es anterior al útero, siendo la mayoría de las ocasiones posterior o lateral. (31)(35)(36).

ALTERACIONES UTERINAS.

A causa de la acción de las hormonas placentarias, el útero crece durante los primeros tres meses de una gestación tubárica, alcanzando casi el mismo tamaño que el que alcanza en un embarazo intrauterino. Este signo es encontrado prácticamente en el 100% de los casos. La consistencia del útero es similar a la del útero grávido, puede ser desplazado hacia uno u otro lado por la masa ectópica; en los embarazos implantados en el ligamento ancho, el útero es considerablemente desplazado, encontrándose el cérvix en una posición alta, por detrás de la sínfisis del púbis. Una pequeña minoría de las pacientes, entre el 5 y 10%, eliminan moldes uterinos de decidua, que pueden ser confundidos con un aborto incompleto. (31)(32)(35)(36).

SIGNO DE CULLEN.

Es un hallazgo raro, asociado con el embarazo ectópico roto, es una equimosis periumbilical, de coloración azul en la -

piel, el cual proviene de una hemorragia profusa intraperitoneal y que sólo se encuentra en pacientes muy delgadas o -- con hernia umbilical.(31)(32)(33)(34).

HIPERSENSIBILIDAD ABDOMINAL.

Ocurre aproximadamente en las tres cuartas partes de los - casos.(35)(36).

Homalgia.

El dolor en el hombro puede acompañar a un embarazo ectópico roto. El dolor, se piensa que es secundario a una irritación del diafragma y del nervio frénico, encontrando este - signo en un porcentaje del 10 al 15 %.(35).

PRESION SANGUINEA Y PULSO.

La presión sanguínea suele descender en proporción a la intensidad y en especial al ritmo de la hemorragia intrabdominal. Hay dos medios simples de detectar una hipovolémia - significativa antes del desarrollo del choque hipovolémico manifiesto: 1) Comparar la presión sanguínea y la frecuencia del pulso con la paciente en las posiciones sentada y supina, una clara disminución en la presión sanguínea y una elevación en la frecuencia del pulso en la posición sentada, -

indican una considerable pérdida del volumen circulatorio.

2) El flujo urinario se controla minuciosamente; la hipovolemia casi siempre produce oliguria antes de que se desarrolle un choque manifiesto. (35).

ANEMIA.

Después de la hemorragia la agotada volemia se restablece - hasta la normalidad mediante una gradual hemodilución en el transcurso de uno o dos días, incluso, después de una hemorragia copiosa, el nivel de hemoglobina o el hematocrito, pueden demostrar sólo una ligera reducción, por lo tanto es posible, durante las primeras horas después de la hemorragia aguda, la hemoglobina o el hematocrito constituyen un índice poco fidedigno de la cantidad de sangre perdida. Sin embargo, a causa de la progresiva hemodilución, una disminución en la concentración de hemoglobina o en el hematocrito cuando la paciente está en observación, es un índice más valioso de la pérdida de sangre que la lectura inicial, lo constituye un aspecto práctico muy importante. Por supuesto, en los casos - en los que se ha formado gradualmente un hematocele pélvico durante una semana o más. No es raro encontrar una concentración de hemoglobina o un hematocrito bajos en extremo. (31)(32)(33)(35).

23

TEMPERATURA.

Después de una hemorragia aguda, la temperatura es a veces normal o incluso baja. Se aprecian temperaturas entre 37 y 38 G.C., quizá relacionadas con el hemoperitoneo, en alrededor de una de cada 3 pacientes, temperaturas más altas son raras en ausencia de infección. La fiebre es importante para distinguir la ruptura del embarazo tubárico, de una salpingitis aguda, en la que la temperatura es por lo común superior a 38 G.C. .(31)(32)(35)'

RECUESTO DE LEUCOCITOS.

La cifra de leucocitos varía considerablemente en el embarazo ectópico que ha experimentado la ruptura. En casi la mitad de los casos es normal, pero, en el resto pueden encontrarse leucocitosis muy variables, hasta de 30,000 leucos/mm³ . La cifra de leucocitos, aunque de escasa ayuda en el diagnóstico diferencial, puede ser de utilidad para indicarnos el tipo de hemorragia que ha ocurrido, por regla general, en casos de ruptura antigua o de pérdida escasa, es probable que la cifra sea normal, mientras que después de una hemorragia súbita y masiva, suele exceder de 15,000. (31)(32)(35).

DIAGNOSTICO.

En la ruptura del embarazo ectópico tubárico, es muy impor-

tante el diagnóstico precoz, sin duda alguna, la falta del rápido correcto diagnóstico es lo que explica casi en la totalidad de las muertes en este proceso. El diagnóstico se efectuará al integrarse en un cuadro clínico todos o algunos de los signos y síntomas antes mencionados y, sobre todo, teniendo siempre presente ante cualquier mujer sexualmente activa y en edad reproductiva la posibilidad de un embarazo ectópico. (16)(35)(47).

DIAGNOSTICO DE LA PRESENTACION AGUDA.

La presentación aguda es una de las entidades que requieren un perspicaz diagnóstico preoperatorio. La paciente está en un choque, ella tiene un "abdomen quirúrgico", rigidez e hipersensibilidad abdominal y signos de irritación peritoneal, pero sin fiebre u otros signos de infección. La examinación pélvica puede revelar una masa en el fondo de saco causada por la sangre intraperitoneal, la culdosentésis en el tiempo del examen con espejo, puede darnos rápida confirmación de que existe un hemoperitoneo. El cuadro clínico, usualmente requiere que la paciente sea llevada de la sala de emergencia, directamente al quirófano. (35).

DIAGNOSTICO DE LA PRESENTACION SUTIL DEL EMBARAZO ECTOPICO.

La clásica triada de signos y síntomas del embarazo ectópico incluye:

1. Retraso menstrual con continuo sangrado transvaginal.
2. Dolor pélvico-abdominal.
3. Una masa en anexos.

El dolor a la movilización del cérvix es un descubrimiento adicional de importancia.(16).

EL EMBARAZO ECTOPICO ROTO CRONICO:

En muchos casos de embarazo tubárico que ha experimentado la ruptura, existe una gradual desintegración de la pared tubárica seguida de una pérdida muy lenta de sangre en el lumen tubárico, cavidad peritoneal o en ambos, faltan signos de hemorragia activa e incluso los ligeros síntomas pueden remitir; pero gradualmente la sangre que va goteando se acumula en la pelvis, más o menos encapsulada por adherencias, originándose un hematocele pélvico, en algunos casos, el hematocele es eventualmente absorbido y la paciente se recupera sin operación. En otros, se rompe en la cavidad peritoneal, produciendo un choque hipovolémico, o se infecta y forma un absceso. Sin embargo, muy amenudo, el hematocele causa dolor continuo y el médico es por último, consultado semanas e incluso meses más tarde, de la ruptura original.(16)(31)(32)(33)(35).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Ante el diagnóstico de una paciente que presenta un probable embarazo ectópico, el médico debe considerar las siguientes entidades patológicas y descartar:

1. Menstruación.
2. Amenaza de aborto.
3. Sangrado uterino disfuncional.
4. Aborto incompleto o inminente de embarazo intrauterino.
5. Inflamación pélvica.
6. Quiste torcido de ovario
7. Apendicitis.
8. Infección de vías urinarias. (16)(35).

1. Menstruación:

Los calambres asociados con un período menstrual normal, son a veces lo suficientemente severos para que la paciente ocurra al servicio de urgencias.

2. Amenaza de aborto:

Puede tener los mismos síntomas, aunque el sangrado es generalmente más profuso que el del embarazo ectópico, el dolor a la movilización del cérvix está ausente.

3. Sangrado uterino disfuncional:

El sangrado es comúnmente indoloro y mayor su cantidad a la del embarazo ectópico, el dolor abdominal está ausente en -

la gran mayoría de los casos.

Aborto incompleto:

Al igual que en el punto dos, el sangrado uterino es más profuso, acompañado en ocasiones, de tejido evidentemente óvulo-placentario, el dolor a la movilización cervical está ausente y rara vez se despierta dolor en anexos. (14).

5. Inflamación pélvica:

Esta entidad es más difícil de diferenciar del embarazo ectópico, ya que el dolor abdominal y el dolor a la movilización cervical están presentes, aunque el sangrado, que en ocasiones también está presente, suele estar comúnmente ausente y al cuadro lo acompaña, en la gran mayoría de las ocasiones, fiebre mayor a los 38°C., la cuenta leucocitaria es mayor que la de un embarazo ectópico: (14)(35).

6. Quiste torcido de ovario:

En esta entidad están presentes el dolor abdominal y el dolor a la movilización cervical, pero el sangrado transvaginal está ausente y por lo general, no existe el antecedente de amenorrea. (14)(35).

APENDICITIS:

Como el embarazo ectópico frecuentemente se presenta con una amplia variedad de cuadros clínicos, en ocasiones puede

confundirse con la presencia de una apendicitis, pero el dolor exquisito en la fosa ilíaca derecha usualmente acompañado por fiebre y sintomatología gastroenteral, sugieren el diagnóstico de apendicitis, además de la cuenta leucocitaria con predominio de neutrofilia y bandemia.

La patología del tracto urinario tal como la infección o el cólico por litiasis, pueden también semejar un embarazo ectópico, por ello la historia clínica completa y un estudio general de orina y en extremo hasta la toma de una pielografía endovenosa están indicados si se sospecha en una forma importante de una litiasis ureteral. El consentimiento de la paciente es necesaria para la exposición a los rayos X de la pielografía, especialmente si se piensa que la mujer está con un embarazo intrauterino. (31)(35).

PRUEBAS DE LABORATORIO Y GABINETE.

1. Cuadro agudo:

Los exámenes pre-operatorios de rutina deben de ser ordenados al mismo que la sangre obtenida para cruzar y tipificarla. Los resultados del laboratorio en pacientes con cuadro agudo, generalmente no influirán en el tratamiento quirúrgico. (17)(28).

2. Cuadro sub-agudo:

Una biometría hemática es básica, una cuenta de leucocitos puede ayudar en el diagnóstico diferencial, sugiriendo una leucocitosis importante una enfermedad pélvica inflamatoria o una apendicitis, las determinaciones de hemoglobina y hematocritos seriadas son necesarias para el seguimiento de un cuadro, un estudio general de orina para descartar una infección de vías urinarias e incluso una litiasis ante un cuadro sugestivo. (17)(28).

Pruebas del embarazo:

Los niveles de gonadotropinas coriónicas pueden ser bajos - en un embarazo ectópico, solamente en el 50% de los estudios se optiene positividad de embarazo en la orina. (35)(37).

MÉTODOS MAS MODERNOS PARA EFECTUAR LA PRUEBA DEL EMBARAZO.

Para detectar niveles más bajos de gonadotropinas coriónicas en el suero materno pueden probar su utilidad, sin embargo en la actualidad ayudan pobremente al diagnóstico, aunque existen reportes de estudios sobre la glicoproteína B-1, específica de embarazo que ha sido de mucha utilidad en casos de embarazo ectópico. En un gran porcentaje de embarazos ectópicos a los que previamente, al sospechar de embarazo ectó-

pico, se le efectuó esta prueba, fue positiva, corroborándose más tarde por laparotomía exploradora. La glicoproteína beta-1 específica de embarazo (B-1, GP, SP, PAPP, C, PSGB) representa otra proteína única secretada por el trofoblasto, la cual puede detectarse desde los 7 a 14 días de la implantación. La reacción cruzada con la hormona luteínica (LH) puede interferir con el receptor HCG y en el radioinmunoensayo la HCG se hace menos específica, además, en ocasiones, la actividad del trofoblasto puede estar disminuida y dar valores falsos negativos. Para disminuir el margen de error se puede medir la PSBG y la HCG juntas en pacientes con sospecha de embarazo ectópico. (1)(19)(28)(31)(35).

ULTRASONOGRAFIA.

El embarazo ectópico tiene una frecuencia del 0.5 al 1.4%; siempre se desea que el diagnóstico sea realizado lo más temprano y en el menor tiempo posible, lo que significará un manejo terapéutico inmediato, y por ende, se reducirá la morbilidad y mortalidad materna y secuelas como la esterilidad. En manos experimentadas, la ultrasonografía ha sido determinante en el diagnóstico de cuadros sugestivos de embarazo ectópico, hasta un 90% de los casos. (26).

Lo que debe quedar bien establecido es que criterio ecosono

gráfico para el diagnóstico de embarazo ectópico es de carácter inespecífico, dado que sólo establece la existencia de una tumoración extrauterina con o sin datos de colección líquida en el fondo de saco, lo cual adquiere mayor preponderancia cuando hay ausencia de saco gestacional intrauterino, a pesar de que el útero se encuentra aumentado de volumen. La visualización y diferenciación de un saco gestacional extrauterino "típico" con el sistema biestable es muy difícil. (26).

Las causas generales de falla diagnóstica son, en primer lugar: La inexperiencia del operador, el uso de equipo con sistema biestable; en segundo lugar: la similitud de los datos ecosonográficos de patologías anexiales que pueden simular la de un embarazo ectópico y confundir el diagnóstico nosológico. La existencia de un embarazo reciente o no roto con tumoraciones menores de 3 centímetros, pueden quedar fuera de la capacidad para ser visualizadas e interpretadas en forma adecuada. (26)(35).

MEDIDAS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTOPICO.

Cuadro agudo:

En pacientes con cuadro de choque hipovolémico más abdomen agudo, deben ser llevadas del servicio de urgencias al quirófano directamente. (35).

Preparación para la cirugía:

La restitución de los líquidos en forma endovenosa deben de ser llevadas a cabo inmediatamente despues de la toma de los signos vitales y antes de completar la historia y el examen físico;deben de ser instalados dos catéteres largos en sendas venas,e iniciar la restitución de los líquidos con solución Hartman,aplicar sonda de Foley,con cuantificación de líquidos,debiendo mantener la diuresis entre 30 y 50c.c. por hora.

No debe perderse el tiempo en colocar un catéter central ya que este procedimiento es superfluo en el manejo inicial,deben cruzarse cuando menos cuatro paquetes de sangre total.La historia de la paciente debe tomarse de un familiar o acompañante,debiendo ser obtenida en cuanto sea posible.La exploración pélvica y la general deben de ser realizadas como en otras urgencias quirúrgicas agudas,ya que la pérdida importante de sangre hace de vital importancia el control de la hemorragia,sobre cualquier otra situación. Es deseable la estabilización termodinámica de la paciente antes de ser intervenida quirúrgicamente,pero en algunas ocasiones,será necesario el control y localización del sangrado,mientras que el remplazo de líquidos continúa.(35).

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS.

La operación que pueda controlar la hemorragia será el tratamiento de elección. Una incisión media o Pfannenstiell puede ser efectuada, dependiendo de la seguridad relativa, que tenga el cirujano de que la etiología del abdomen agudo sea de origen pélvico. (35)

Antes de llegar a la cavidad peritoneal, se puede encontrar una gran cantidad de sangre, ya que el 98% de los embarazos ectópicos son de localización tubárica, el sitio de ruptura puede, generalmente, ser localizado por una exploración digital rápida. La condición patológica debe de ser movilizada hacia la incisión, donde la hemostasia puede ser obtenida rápidamente pinzando el pedículo, una vez que ésto ha sido logrado, el sangrado es controlado con substitución de líquidos parenterales, incluyendo sangre, debiendo estabilizarse lo más rápido posible el estado hemodinámico de la paciente. El tratamiento de elección es generalmente la salpingectomía; si el ovario homolateral está incluido o afectado, debe extirparse, de otra manera, la ooforectomía no está indicada. Con ruptura intersticial o en el cuerno, está indicada la histerectomía, de otra manera, la histerectomía no tiene lugar en el tratamiento de la paciente con presentación aguda. (35)(44).

DIAGNOSTICO.

En pacientes con embarazo ectópico roto o no roto en el -
cual la pérdida de sangre no es lo suficientemente gran--
de para producir un cuadro agudo, un diagnóstico significan-
te y una terapéutica desafiante son presentados para minimi-
zar la morbilidad de las pacientes y preservar la función -
de la reproducción. En estos cuadros sub-agudos, los objeti-
vos encontrados serán mínimos, seis a siete tendrán la tria-
da clásica de signos y síntomas, ciertos procedimientos cor-
tos de la laparotomía pueden ser de ayuda para el diagnós-
tico. (18)(35).

CULDOSENTESIS.

La culdosentésis en ciertas clínicas se usa exitosamente en
el diagnóstico del embarazo ectópico, la presencia de hemo-
peritoneo es más fácil de diagnosticar en las mujeres que -
en los hombres, por la presencia del saco de Douglas y la fa-
cilidad de alcanzarlo quirúrgicamente en éstas; sólo que ha
caído en desuso ante el advenimiento de nuevos métodos de -
diagnóstico que tienen un índice mayor de certeza. (35)(42).

EXPLORACION BAJO ANESTESIA.

Bajo anestesia general, ya que el dolor exagerado hace im-
posible el reconocimiento de masa pélvica, por tal motivo-
es indispensable efectuar la exploración bimanual bajo ---

anestesia. El hallazgo de una masa anexial o en fondo de saco en pacientes con cuadro sugestivo de embarazo ectópico, requieren de una laparotomía, sin embargo, debemos hacer notar, que la ausencia de una masa pélvica, no descarta un embarazo ectópico. (27)(28).

DILATACION Y LEGRADO INTRAUTERINO.

Se realiza frecuentemente para la preparación de la laparoscopia, pero debe abolirse si la paciente desea el embarazo. La evidencia de embrión o reporte patológico obtenido del legrado confirma el embarazo intrauterino como una causa probable de los síntomas de la paciente (existen casos raros reportados de embarazo ectópico a la vez de existir un embarazo intrauterino).

La ausencia de restos ovulares junto con cambios deciduales existentes y/o reacción de Arias Stela, sugieren fuertemente la existencia de embarazo ectópico. (28)(35).

LAPAROSCOPIA.

Según la experiencia del cirujano, este procedimiento requiere de sólo una analgesia adecuada "Demerol" más un ansiolítico como lo es el "Diacepam", o anestesia general para llevar a cabo la insuflación con bioxido de carbono para mejor visualización del área; la morbilidad es dada únicamente por la anestesia general.

Contraindicaciones:

Cirugía previa

Enfermedad pélvica inflamatoria.

Ya que pueden dificultar la visualización correcta de la cavidad pélvica. Rara vez, si no hay historia de cirugía previa o enfermedad pélvica inflamatoria, existe dificultad para visualizar los órganos pélvicos, si las trompas, ovarios y el resto si visualizan sin alteraciones es negativo; pero si existe sangre libre en cavidad que dificulte la visión, es indicativo de laparotomía exploradora. Una trompa de Fallopio violacea, aumentada de volumen, fusiforme, en un sólo lado, aunque no existe sangrado, sugiere la presencia de un embarazo ectópico. Si se observa únicamente un quiste de ovario, ésto puede explicar el cuadro clínico. (27)(28)(35).

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DENTRO DEL TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTOPICO.

Laparotomía:

La mayoría de las técnicas que vayan encaminadas para la conservación de la trompa, y con ello, la conservación de la fertilidad en los casos de embarazo ectópico sub-agudo son aceptadas siempre y cuando la paciente tenga un número de prole adecuada o que desee seguir procreando y, que además -

las características macroscópicas de la trompa contralateral no sean adecuadas para una concepción.

Ante un cuadro sub-agudo, el cirujano disfruta de bastantes ventajas por que el estado cardiorrespiratorio y hemodinámico de la paciente son estables, estas técnicas conservadoras incluyen:

1. Salpigostomía.
2. Salpinxectomía.
3. Expresión de un aborto tubario.
4. Sólomente la hemostasia.
5. Salpingectomía y resección de un embarazo intersticial.

SALPIGOSTOMIA.

La técnica debe efectuarse cuando, la trompa contralateral está destruida, se ha discutido que en la trompa intervenida el riesgo que se presente un nuevo embarazo ectópico, pero - el riesgo no es alto.

El 50% de las pacientes queda con esterilidad o infertilidad definitiva y, se ha visto que en caso de un nuevo embarazo ectópico, ocurre en la trompa no intervenida. (35)(44)(50).

SALPINGECTOMIA Y SALPINGOOFORECTOMIA.

Son los procedimientos más frecuentemente realizados, existe una ventaja teórica para la salpingooforectomía y es que la paciente ovule en el lado de la trompa no interesada, aumentando la oportunidad de fertilización, sin embargo, recientes

estudios indican que la fertilidad en ambos procedimientos, prácticamente es la misma, del 37 al 38%.

El embarazo ectópico recurrente se presenta más frecuentemente con la ooforectomía que con la salpingectomía sola.

(13)(35)(44)(50).

HISTERECTOMIA.

La histerectomía de emergencia por ruptura intersticial es junto con el embarazo cervical las únicas indicaciones de histerectomía en presencia de un embarazo ectópico. (27)(28) (35)(44).

OTRAS FORMAS DE EMBARAZO ECTOPICO.

Embarazos convinados y múltiples: Rara vez el embarazo tubárico se convina con una gestación intrauterina coexistente, proceso designado con el nombre de "embarazo convinado". El - embarazo convinado es difícil de diagnosticar. Típicamente, la laparotomía se practica a causa de la ruptura de un embarazo tubárico; en el curso de la misma se observa que el útero está congestionado, ablandado y a veces agrandado. Pero hay que recordar que aunque estas características sugieren un embarazo intrauterino, son a menudo producidas por el embarazo tubárico.

Se han reportado casos de embarazo gemelar tubárico con - ambos embriones en la misma trompa y con uno en cada trompa en la misma fase de desarrollo. Arey consideró el tema con todo detalle y llegó a la conclusión de que los gemelos univitelinos forman una mayor proporción de embarazos tubáricos que de embarazos uterinos. Postuló que las dificultades en la implantación retrasan el crecimiento del - huevo, con el resultado de que se desarrollan dos áreas em- briológicas en vez de una. El embarazo simultáneo en ambas trompas es la forma más rara de embarazo gemelar viviteli- no y una de las anomalías más raras de gestación tubárica.

(4)(12)

EMBARAZO ABDOMINAL

El embarazo abdominal incluye sólo las gestaciones libres en la cavidad peritoneal, excluyendo aquéllas localizadas entre las hojas del ligamento ancho o en una trompa de Falopio considerablemente dilatada. La incidencia de embarazo abdominal en la mayoría de los Hospitales no es alta, del 1 al 2% de todos los embarazos ectópicos. En México, en el Hospital de la Mujer de la S.S.A., se encontró que de cada --- 10,000 embarazos normales, existen 1.8 embarazos abdomina- les. La posibilidad de la paciente para obtener asistencia-

al principio del embarazo, y la medida en que los médicos -
están a su cuidado, suelen sospechar un embarazo ectópico -
abdominal, son factores que influyen en la frecuencia con -
que se desarrollará un embarazo abdominal avanzado, ya que -
casi la totalidad de los casos, son secundarios a la ruptu -
ra precoz o al aborto de un embarazo tubárico hacia la ca -
vidad peritoneal. (2)(47)(49)(50).

EMBARAZO OVARICO.

La primera descripción del embarazo ovárico, la efectuó Mer -
cerus en 1614; el primer caso aparentemente auténtico fue -
descrito por Kawer en 1897. Los criterios para su definición
fueron establecidos por Worth y Poss, inicialmente, Cohnstein
en 1897, Spiegelbert en 1878 y Norris en 1909, fundamentaron
el criterio anatomopatológico con los conceptos vigentes -
hasta la actualidad. La incidencia del embarazo ovárico es -
de 1:25,000 a 1:40,000 de todos los embarazos, y de 0.5 a 1%
de los embarazos ectópicos. De 1900 a 1971 en México están
reportados sólo 7 casos. El embarazo ectópico ha aumentado -
su incidencia por el uso del dispositivo intrauterino (DIU)
que estimula la función ovárica y la inflamación pélvica.
(8)(10)(28)(30).

Hasta hace pocos años se dudaba de su existencia, en la ac -
tualidad no obstante, existe un grupo de casos de cuya au -
tentidad no puede dudarse, como los revisados recientemente

te por Tan y Yeo. Los criterios diagnósticos que generalmente se aceptan son los que originalmente refirió Spiegelbert en 1878:

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

La rareza del embarazo ovárico, teniendo en cuenta lo accesible que resulta la glándula a los espermatozoides y las puertas de entrada que ofrecen los folículos rotos, se debe con toda probabilidad a que el óvulo al ser expulsado del ovario, no ha alcanzado su completa madurez, proceso que normalmente se completa mientras que el óvulo circula por la trompa. Piver y colaboradores han señalado varios casos de embarazo ovárico que llevan dispositivo intrauterino (DIU).

El estudio reciente de Ehfeltdt y colaboradores, señala cerca de 1,500 embarazos accidentales en 30,000 mujeres con DIU, en otros estudios se han encontrado de que los embarazos ectópicos en los que se encontró DIU como probable factor de los embarazos ováricos, todos tenían DIU y ningún embarazo

ovárico no presentaba DIU la paciente.(8)(10)(11)(28)(30)
(39)(50).

EMBARAZO EN EL LIGAMENTO ANCHO O INTRALIGAMENTARIO.

Cuando la perforación de la trompa se efectuó a lo largo de la línea de unión del mesosalpinx, el embrión se escapa entre los pliegues del ligamento ancho y es seguido, gradualmente, por la placenta que aun continúa fijada. Estos embarazos pueden alcanzar estadios más avanzados y en muchos casos han llegado a término.(35)(50).

EMBARAZO CERVICAL.

El embarazo cervical es una rara forma de gestación ectópica en la que el huevo se implanta en el epitelio cervical. En 1959 Palmaán y MacElin recopilaron 52 casos de la literatura médica universal, añadiendo 5 casos propios, agregándose en los últimos años mayor número de casos. Como el endocérnix resulta fácilmente erocionado por el trofoblasto, el huevo pronto queda anclado en la pared cervical fibrosa; generalmente, el primer signo es una hemorragia indolora que aparece despues de la nidación, a medida de que el embarazo progresa se encuentra un cuello de pared delgada, distendido con el orificio externo parcialmente dilatado, pudiendo pal-

parse por encima de la masa cervical un fondo uterino ligeramente agrandado.

El embarazo cervical rara vez sobrepasa la semana 20 de --gestación y suele terminar quirúrgicamente a causa de la--hemorragia, puesto que los intentos de extracción de la placenta por vía vaginal causan a veces una hemorragia profusa e incluso la muerte de la paciente, existen escasas dudas a cerca de la conveniencia de practicar la histerectomía para controlar la hemorragia. Sólo en las nulíparas muy anciosas de conservar la fertilidad, hay que intentar los --procedimientos llamados "Vaginales conservadores". (31)(32)-(33)(35)(50).

EMBARAZO POSTHISTERECTOMIA.

El embarazo ectópico posthisterectomía es raro, la literatura reporta sólo 25 casos similares.

Situaciones donde pueden ocurrir:

1. Después de una cirugía incompleta.
2. Cuando la fertilización ocurre antes de la histerectomía.
3. Cuando la fertilización ocurre después de la Histerecto--mía.

De los 25 casos, 15 fueron tempranos y 10 fueron tardíos. Histológicamente fueron confirmaron los embarazos ectópicos; -

por tal motivo es conveniente o recomendable, cuando se va a efectuar una histerectomía programada, que cuando menos - un mes antes de la realización la paciente sea controlada - con anticonceptivos, de los cuales el ideal será el DIU, como prueba de ello, hasta el momento, no se ha reportado ningún embarazo ectópico posterior a una histerectomía de una paciente a la cual se le haya aplicado un DIU, previamente a su histerectomía. (15)(50).

Reportes de estudios cromosómicos en embarazo ectópico han demostrado que el producto del embarazo ectópico, no muestra anomalías cromosómicas en mayor número que el producto intrauterino, siendo los factores maternos [salpingitis crónica, endometritis, etc] los que parecen ser la explicación - para la mayoría de los embarazos ectópicos. Pudiendo asumirse que el embarazo ectópico no tiene mayor frecuencia de anomalía cromosómica que el aborto inducido y mucho menos aún que el aborto espontáneo. (10).

PRONOSTICO.

Fertilidad post-embarazo ectópico tubárico:

Los resultados obtenidos en el estudio realizado en C.H. "La Raza", concluyeron que un 54.32% de las mujeres fértiles volvía a embarazarse después de haber presentado un embarazo -

ectópico tubario. Estableciendo como factores importantes:

a) La fertilidad previa aunque el embarazo haya terminado en aborto, la fertilidad posterior al ectópico tubárico, fue mayor a las mujeres que nunca se habían embarazado.

b) La edad; se comprobó que un porcentaje mucho mayor de -- pacientes por abajo de los 30 años de edad volvieron a embarazarse, no así las pacientes de edad mayor a los 30 años, en que el porcentaje fue mucho menor.

c) El diagnóstico oportuno de embarazo ectópico tubárico, sobre todo si fue antes de que se rompiera la trompa, sí ayuda en forma importante en un nuevo embarazo, ya que -- la posibilidad de proceso inflamatorio residual y sobre todo la presencia de un proceso adherencial pélvico, se disminuye en los embarazos no rotos.

d) El uso de cirugía conservadora en pacientes con antecedentes de esterilidad, sobre todo si la trompa contralateral es inservible. Efectuando esta clase de cirugía, se embarazó el 62.5% de mujeres a las que se les comprobó macroscópicamente de la inutilidad de la trompa contralateral, presentandose un nuevo embarazo ectópico en el 20% de -- ellas. (13)(21)(29)(40)(42)(45).

OBJETIVOS

1. Estudiar la casuística del embarazo ectópico en el Hospital General "Gonzalo Castañeda" y compararla con la casuística universal para determinar mejores conductas de manejo.
2. Revisar los métodos de diagnóstico y los métodos de apoyo para-clínico para llegar al mismo.
3. Calificar la efectividad de resultados de los métodos de diagnóstico, así como los métodos de laboratorio y gabinete en el auxilio del diagnóstico de esta entidad nosológica.
4. Evaluar el trabajo clínico y quirúrgico del servicio - de Ginecología y Obstetricia en esta entidad patológica.
5. Revisar y comparar el manejo pre, trans y postoperatorio del embarazo ectópico en este nosocomio.

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

Se revisaron los expedientes de 42 pacientes en quienes se diagnosticó embarazo ectópico en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General "Gonzalo Castañeda" en el lapso comprendido entre el 1° de enero de 1978 al 31 de diciembre de 1982.

La revisión de los expedientes clínicos de las pacientes - que a su ingreso tuvieron el diagnóstico de embarazo --- ectópico o bien, con otros diagnósticos diversos a su ingreso pero que durante su estancia dentro del Hospital se comprobó que correspondían a esta entidad nosológica.

R E S U L T A D O S

En el período comprendido entre el 1° de enero de 1978 y el 31 de diciembre de 1982, existieron 12,580 nacimientos (entre partos y cesareas); 2,597 legrados instrumentales - intrauterinos, por aborto y 142 óbitos.

El mayor número de las pacientes se encontraron entre los 21 y 30 años de edad, 73.55%, (gráfica #1). Fueron 71.41% multiparas y 16.66% nulíparas, (gráfica #2). Existió reincidencia en la presentación del embarazo ectópico en el 7.15%; en el 92.85% fue su primer embarazo ectópico.

El extracto socioeconómico medio, fue el predominante en este estudio, el 78.5%. Las pacientes que tuvieron como antecedente cesarea previa, fueron un porcentaje del 16.52%. con antecedente de sólo una cesarea previa fue del 9.38%, gráfica #4.

En el renglón de abortos previos, al cuadro del embarazo ectópico, existió un porcentaje del 50%, siendo el 35.7% para las pacientes que sólo tenían un aborto previo como antecedente, gráfica #5. El promedio del inicio de la vida sexual activa, fue de 18 años de edad, el 14.28%.

Existió un porcentaje del 21.42% en las pacientes de este estudio en las que usaban el DIU como método anticoncepti-

vo. Los hormonales orales fueron utilizados en un 23.8% de las pacientes estudiadas; los hormonales de depósito en un 2.38% y con el método del "ritmo" en un 9.52% (gráfica#6).

El 57.14% de las pacientes cursaron con eumenorrea previa al estudio, el 23.8% de las pacientes tuvieron como antecedente algomenorrea. Sólo una paciente, el 2.38%, presentó como antecedente dispareunia.

De las 42 pacientes estudiadas, 6 de ellas, el 14.85%, tuvieron antecedente de cirugía tubaria previa:

- 2 pacientes con cirugía en la trompa contralateral: 4.76%
- 2 pacientes con cirugía en la misma trompa afectada: 4.76%
- 2 pacientes con cirugía tubaria no especificada: 4.76%

De estas 42 pacientes, 18 de ellas, el 42.86%, tuvieron antecedente de cirugía previa abdominal y/o pélvica; el 57.14%, 24 del total, no tenían ningún antecedente de cirugía previa. gráfica#7. Sólo una paciente tenía como antecedente salpingoclasia bilateral como método de control definitivo de la fertilidad, el 2.38%.

El 21.42%, 9 pacientes, tuvieron antecedentes de leucorrea previa.

La edad gestacional del embarazo ectópico que más predominó fue la de 9 semanas, en un 21.42%, gráfica#8.

El 7.14%, 3 pacientes, presentaron hipotensión arterial progresiva. Las presiones predominantes al efectuar la toma en el servicio de urgencias fueron: entre 110 y 90 mmHg. de sistólica y de 60 mmHg en la diastólica. Sólo 2 pacientes, el 4.76%, presentaron hipertermia a su ingreso (38.5°C) y ambos no presentaron más de 500 c.c. de sangre libre en cavidad.

El 59.52% de las pacientes presentaron palidez de tegumentos y de estas 14 pacientes, el 56% presentaron marcada palidez. El 40.47% del total de las pacientes en estudio, no presentaron palidez.

En este estudio sólo una paciente, el 2.38%, presentó como dato clínico la homalgia.

El 100% de las pacientes presentó dolor abdominal como síntoma cardinal del cuadro. (gráfica #9).

Sólo presentaron irritación peritoneal dos pacientes, el 7.14% y se observó en la segunda visita al servicio de urgencias del servicio de Ginecología y Obstetricia.

Sólo el 7.14% de las pacientes presentaron secreción de mamas como signo sugestivo de gestación, el 30.9% de las pacientes no presentaron este signo y en el 61.9% no fue referido en la historia clínica.

La tumoración abdominal no fue encontrado o referido en la historia clínica de ninguna de las pacientes de este estudio.

El legrado instrumental uterino como método diagnóstico o como medida terapéutica complementaria, se efectuó en el 30.95% de los casos. Como método diagnóstico en el 23.8% y como medida terapéutica complementaria en el 7.14% del total de los casos.

De los casos estudiados, existía esterilidad primaria previa en el 19.04%.

El embarazo ectópico tubario se presentó por segunda ocasión en las pacientes de este estudio en dos pacientes, el 7.14%.

Del total de los casos, 17 de ellos, el 40.47%, presentaron cuadro agudo; el 59.52%, 25 casos, el cuadro fue sub-agudo, dos de éstos, el 7.14%, evolucionaron rápidamente a agudos.

El 88%, 37 casos, ingresaron a tococirugía con diagnóstico definitivo, probable o a descartarse un embarazo ectópico.

El 12%, 5 casos, ingresaron a observación a tococirugía con otro diagnóstico, dándose finalmente el diagnóstico de em-

barazo ectópico antes de ingresar al quirófano para laparotomía exploradora. De los 42 casos del estudio, todos, el 100 por ciento, ingresaron al quirófano con el diagnóstico preoperatorio de embarazo ectópico tubárico; saliendo del quirófano con diagnóstico portoperatorio de embarazo ectópico el 97.61%, 41 pacientes; uno, el 2.36% con diagnóstico postoperatorio de Apendicitis aguda.

De los 42 casos del estudio, el resultado histopatológico reportó en 40 casos, el 95.23%, embarazo ectópico con salpingitis; uno, el 2.38% embarazo ectópico tubárico no roto; y uno, el 2.38% con diagnóstico de apendicitis aguda.

DIAGNOSTICOS CON QUE INGRESARON LAS PACIENTES A TOCOCIRUGIA.

Emb.ectópico tubárico roto (como único Dx.).....	35.71%
Emb.Tubárico ectópico no roto.....	2.38%
Como probable Emb.Ectópico o a descartar éste.....	38.09%
Como 1a. posibilidad de diagnóstico.....	9.52%
Como emb.ectópico tubárico roto y fue apendicitis.....	2.38%

De los embarazos ectópicos tubáricos rotos como única posibilidad de diagnóstico, en uno de ellos, el 2.38%, se dio el diagnóstico del probable sitio de implantación de éste en la trompa; siendo comprobado el mismo en la laparotomía, habiendo sido acertada la presunta aceveración.

En el 11.9% de los casos, el diagnóstico con que ingresaron a "observación" al Hospital, no fue el de embarazo ectópico, si no otro diagnóstico, pero que antes de ingresar al quirófano fue dado acertadamente.

Lista de diagnósticos dados primariamente, al cuadro de embarazo ectópico:

1. Neurosis como diagnóstico al cuadro *
2. Fiebre tifoidea*
3. Piosalpinx.
4. Apendicitis.

*... Diagnósticos dados en el servicio de Medicina Interna; el resto de los casos, valorados por el servicio de Ginecología en el departamento de urgencias, en el primer contacto con la paciente.

DIAGNOSTICOS QUE SE ANTEPUSIERON AL DE EMBARAZO ECTOPICO
COMO PRIMERA POSIBILIDAD:

1. Amenaza de aborto.....	7.14%
2. Aborto incompleto.....	11.90%
3. Aborto completo.....	7.14%
4. Anexitis.....	9.52%
5. Apendicitis.....	4.76%

Del total de los casos, todos, el 100% de ellos, ingresaron al quirófano con diagnóstico de embarazo ectópico tubárico roto a excepción de uno que ingreso con diagnóstico de embarazo

ectópico tubárico no roto, el cual fue comprobado en la laparotomía exploradora.

En los resultados de histopatología de los legrados instrumentales intrauterinos, sólo uno, el 10% del total de éstos, fue reportado con reacción de Arias Stela positiva.

LUGARES DE IMPLANTACION DEL EMBARAZO ECTOPICO:

-En trompa de Falopio.....el 95.23%

-Abortado al saco de Douglas....el 2.38%

En la trompa derecha.....el 47.60%

En la trompa izquierda.....el 50.00%

La culdosentesis o punsión de saco de Douglas como método diagnóstico, no se efectuó en el 76.19%, 32 casos. Se efectuó en el 23.81%, 10 casos. La positividad en estos 10 casos fue del 100%, siendo comprobado el diagnóstico en la laparotomía.

Se efectuó una punsión trasabdominal en uno de los casos, -manobra realizada por el servicio de Cirugía General, no -teniendo ningún resultado positivo dicha manobra.

Los resultados de hem-globina y hematocrito en la etapa aguda de los casos, no reportaron ningún dato significativo. Sólo en un caso existió leucocitosis, en la apendicitis (22,000 leucocitos).

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE SU INGRESO Y LA REALIZACION DE LA INTERVENCION QUIRURGICA.

- Mismo día.....83.33%
- Tres días..... 2.38%
- Cinco días.....7.14%
- Quince días.....2.38%

La cantidad de sangre libre en cavidad abdominal, calculada; en la gran mayoría de los casos se calculó entre 500-1000 c.c.; oscilando este cálculo, en la totalidad de los casos entre 100 y 3,500 c.c.

Dos de los casos de pérdida sanguínea de 100 c.c. fueron de localización ampular de la trompa. Dos de los casos de 200 c.c., su localización fue fimbriada; un caso, el de 3,500 c.c. de sangre libre en cavidad abdominal, fue de localización ampular, con tres días de evolución intrahospitalaria con diagnóstico de fiebre tifoidea y anemia (manejada por el servicio de Medicina Interna), la paciente fue transfundida repetidamente, razón por la cual se mantuvo fuera del estado de choque hipovolémico.

Incisión.

En el 88.09% de los casos, la incisión fue media infraumbilical; en el 11.90% de los casos fue Pfannenstiel.

Drenaje.

En el 47.61% de los casos se dejó canalización con tubo de latex; en el 52.39% no se dejó canalización.

Complicaciones.

En el 76.19% de los casos no se presentaron ninguna case - de complicaciones; en el 23.81% de los casos si existieron - alteraciones en el trascurso del postoperatorio, que para - motivo de estudio se tomaron como complicaciones.

El 70 % de los casos en que si hubo complicación, tenían como antecedente el haberseles dejado drenaje; y el 30% de estas complicaciones no tenían drenaje.

Tipo de complicaciones:

Con drenaje:

- Hipertermia el 57.14%
- Hemorragia intraperitoneal el 14.28%
- Dolor abdominal insoportable el 14.28%
- Isquemia cerebral transitoria el 14.28%.

Sin drenaje:

- Absceso de pared el 66.6%
- Cardiopatía y coagulopatía previas el 33.3%

De las cuatro hipertermias, todas, el 100%, estaban tratadas con Penicilina sódica cristalina intravenosa a dosis de 10,000 U.I.. De los abscesos: Uno estaba tratado con Penicilina

sódica cristalina.

uno tratado con ampicilina.

Examen bajo anestesia.

No se efectuó por evidencia irrefutable del caso en el 69.04%;efectuandose sólo en el 30.95% de los casos,dando un diagnóstico definitivo en la gran mayoría de los casos.

Tipo de anestesia.

SE efectuó anestesia general en el 57.14%;bloque peridural continuo en el 35.71% y bloqueo peridural continuo más -- anestesia general en el 7.14%.No habiendo reportadas ninguna clase de complicaciones anestésicas en los expedientes.

(gráfica 16)

Sangrado transvaginal.

El sangrado transvaginal,signo cardinal en este padecimiento,se presentó en el 83.33% de los casos,no presentandose en el 9.52%;en el resto,7.14%,no fue reportado en la historia clínica.(gráfica #11)

Dolor y/o abombamiento en fondo de saco.

Se presentó este signo en el 73.8% de los casos;no se presentó en el 16.66% y no fue referido en la historia clínica en el 4.76% (gráfica # 12).

Palidez de tegumentos y mucosas.

Se presentó una marcada palidez de mucosas y tegumentos en el 26.19% de los casos;moderada palidez en el 40.47%;no se presentó en el 23.77% y no fue referida en la historia clínica en el 9.52% de los casos.(gráfica # 13).

Utero aumentado de tamaño.

El signo cardinal de esta entidad,se presentó en el 92.85% de los casos;en el 2.38% de los casos no fue referido en la historia clínica y en el 2.38% de los casos,no se efectuó-tacto vaginal;cabe aclarar que no fue efectuado el tacto-vaginal a la paciente,por haber sido explorada por el servicio de medicina interna y,quando fue referida al servicio de Ginecología era ya tan evidente el cuadro que se difirió esta maniobra exploradora.(gráfica # 14).

Lugar de implantación del embarazo ectópico en la trompa de

Falopio:

-Ampula.....	69.0%
-Fimbria.....	16.6%
-Istmo.....	4.7%
-Intersticio.....	2.3%
-No referido.....	4.7%

(Gráfica #15).

Tipo de cirugía realizada en la laparotomía exploradora sobre la trompa de Falopio.

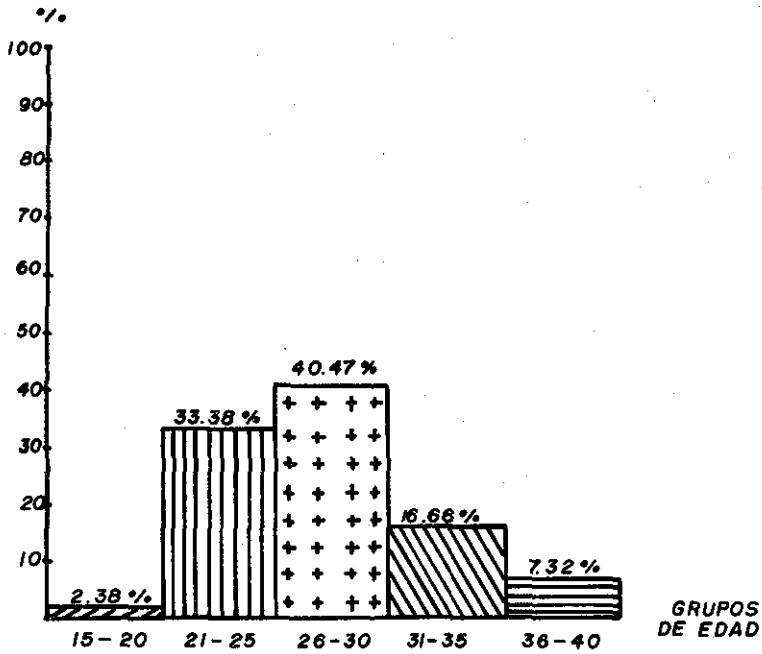
- Salpingectomía sobre la trompa afectada.....90.47%
- Plastía tubaria..... 7.14%
- Histerectomía..... 2.38%

(gráfica # 18)

De las intervenciones de salpingectomía de la trompa afectada, el 14.28%, seis de ellas, se realizaron con ooforectomía homóloga. El 2.38%, uno de los casos, se realizó con salpingoclasia bilateral. Uno, el 2.38% de los casos se realizó cuña en el ovario homólogo.

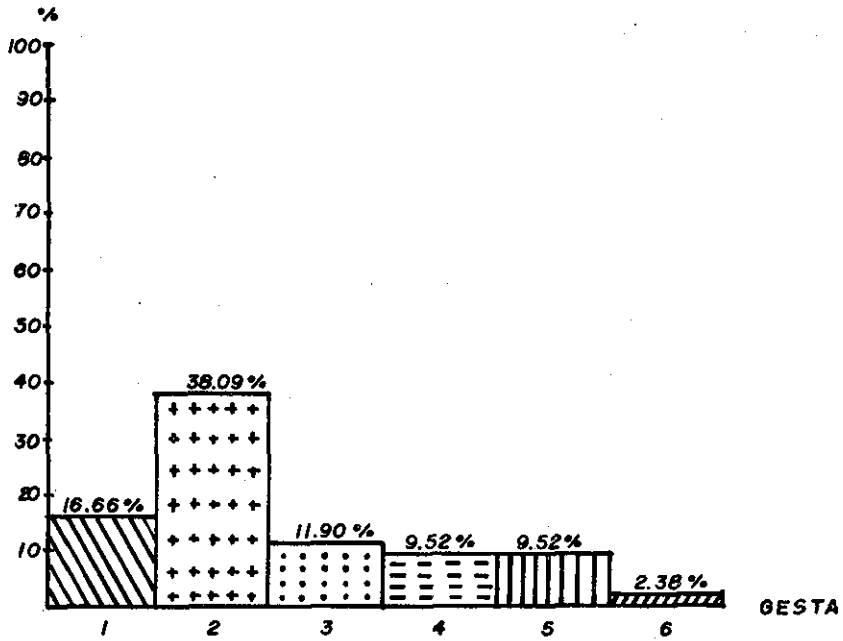
De las plastías tubarias que se efectuaron, dos se realizaron en la trompa contralateral por considerar, macroscópicamente, que el estado de la trompa no era adecuado para una concepción posterior. Se realizó una plastía tubaria en la trompa afectada, cuando el embarazo ectópico tubario no estaba roto.

EMBARAZO ECTOPICO % VS GRUPOS DE EDAD



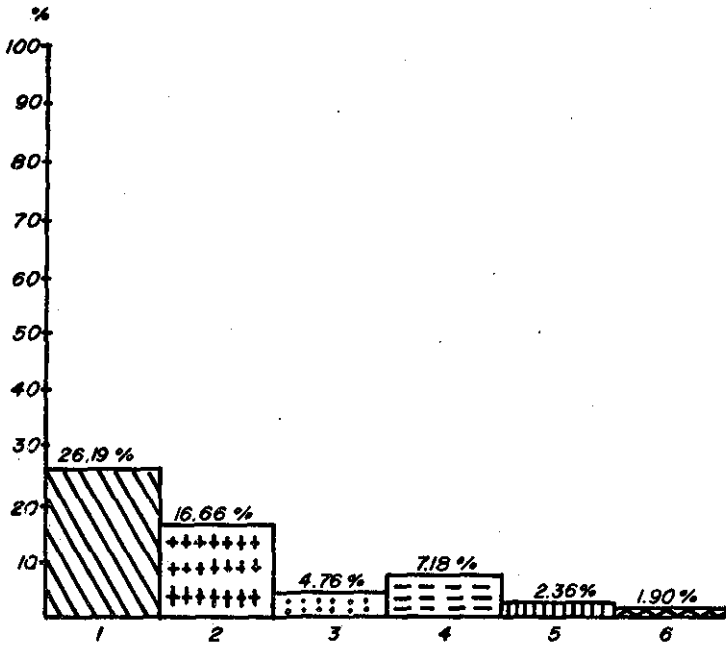
GRAFICA #1

EMBARAZO ECTOPICO GESTA



GRAFICA # 2

EMBARAZO ECTOPICO PARIDAD PREVIA

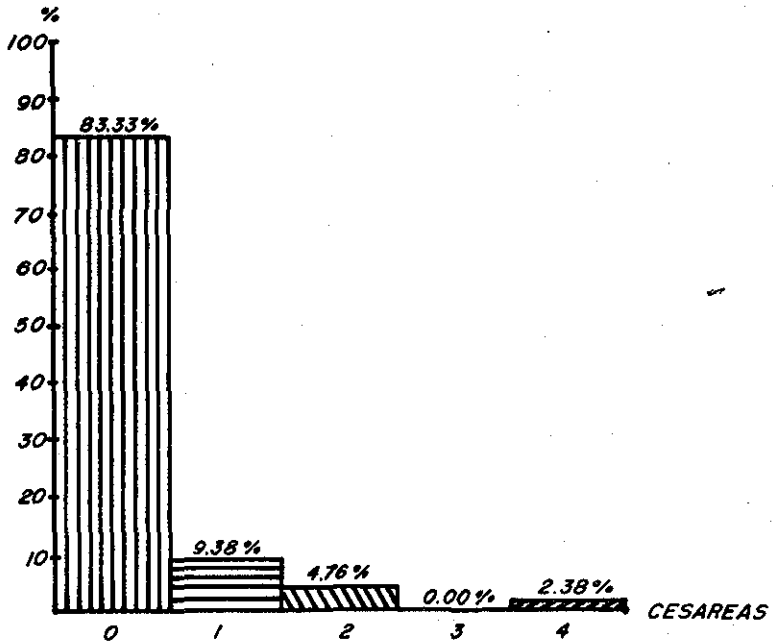


GRAFICA # 3

60-C

EMBARAZO ECTOPICO

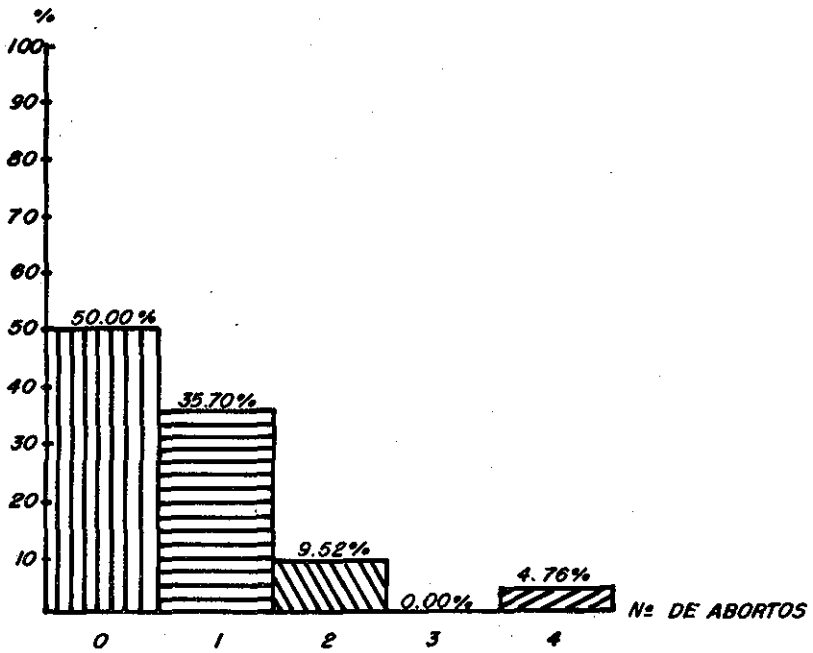
NUMERO DE CESAREAS PREVIAS AL EMBARAZO ECTOPICO POR PACIENTE



GRAFICA 4

EMBARAZO ECTOPICO

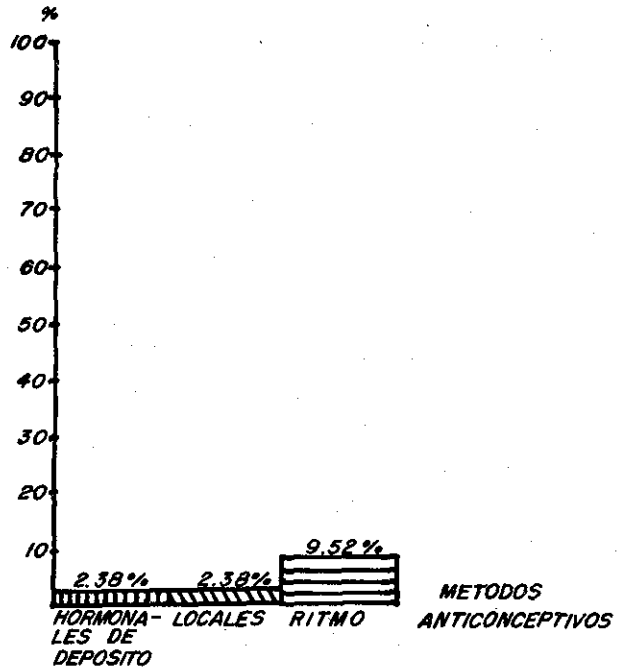
NUMERO DE ABORTOS PREVIOS AL EMBARAZO
ECTOPICO POR PACIENTE



GRAFICA 5

EMBARAZO ECTOPICO

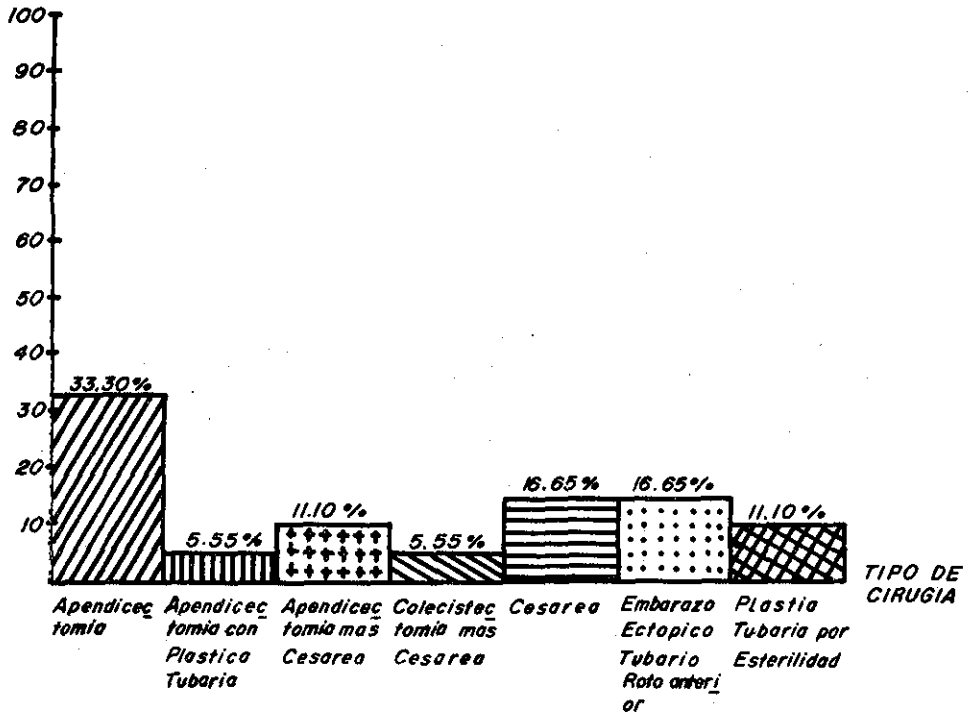
OTRO TIPO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS PREVIOS AL EMBARAZO ECTOPICO



GRAFICA # 8

EMBARAZO ECTOPICO

CIRUGIA PREVIA

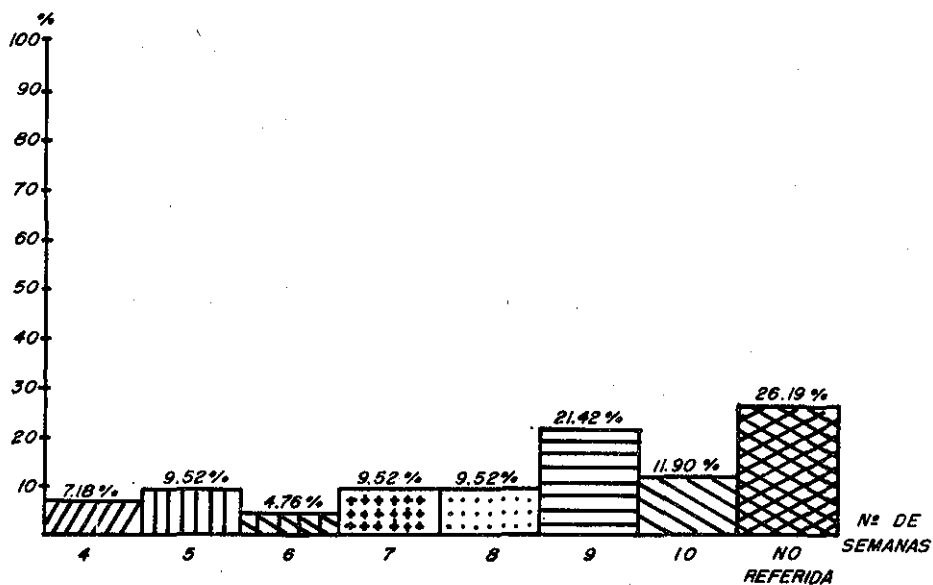


GRAFICA # 7

609

EMBARAZO ECTOPICO

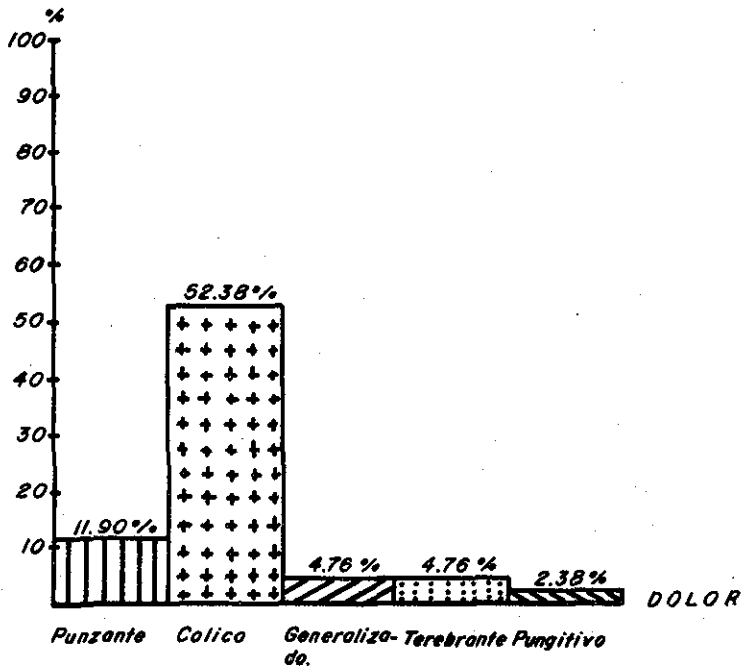
EDAD GESTACIONAL DEL EMBARAZO ECTOPICO



GRAFICA # 8

EMBARAZO ECTOPICO

TIPO DE DOLOR

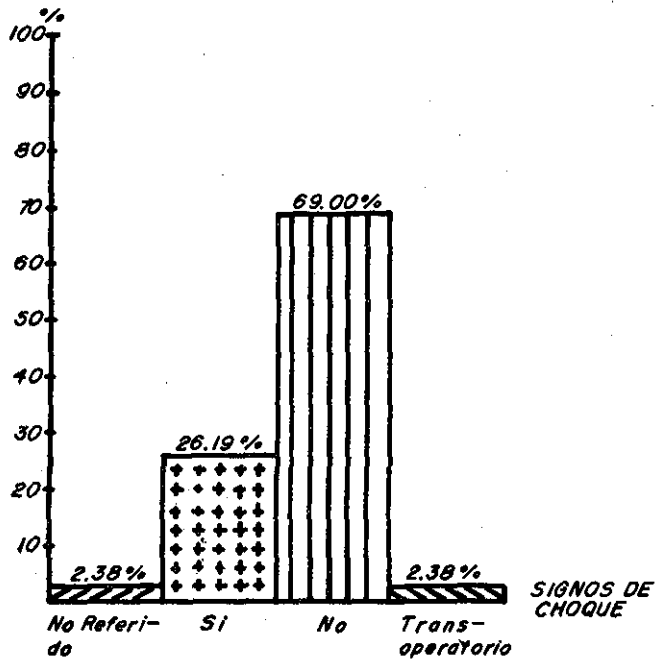


GRAFICA # 9

60:

EMBARAZO ECTOPICO

SIGNOS DE CHOQUE

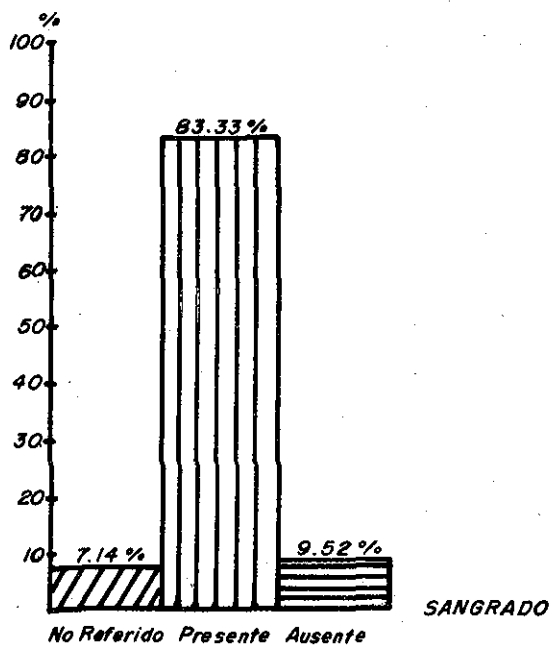


GRAFICA # 10

60-j

EMBARAZO ECTOPICO

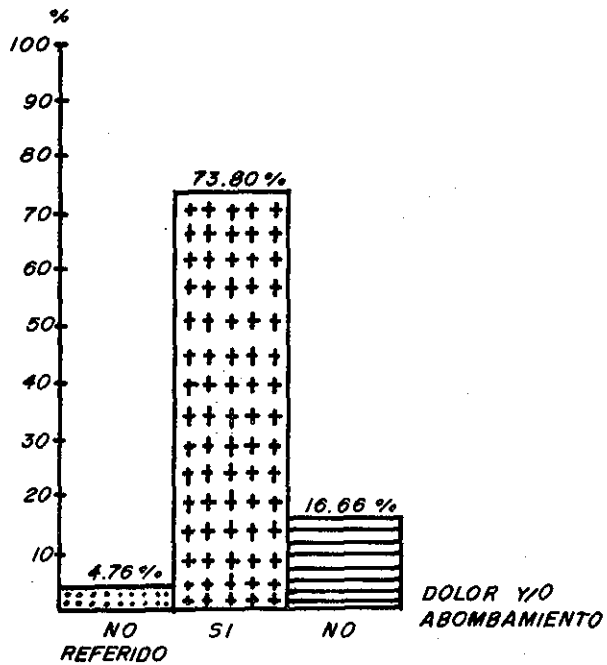
SANGRADO TRASVAGINAL



GRAFICA # 11

EMBARAZO ECTOPICO

DOLOR Y/O ABOMBAMIENTO EN FONDOS DE SACO

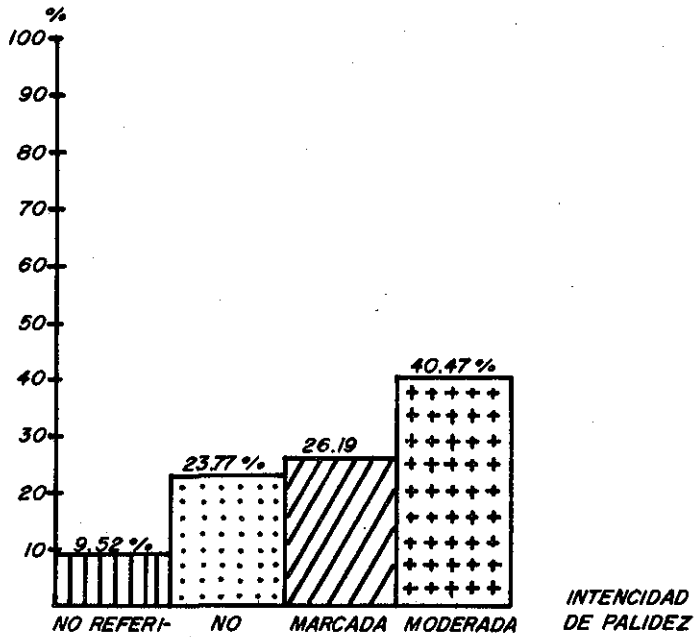


GRAFICA # 12

60-L

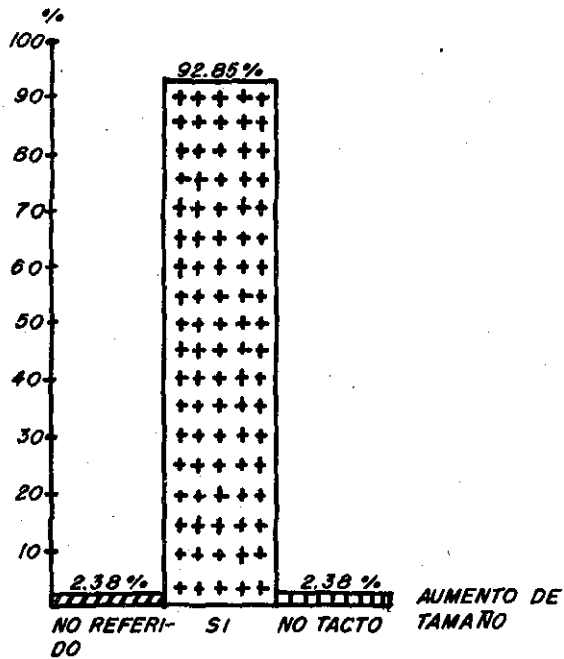
EMBARAZO ECTOPICO

PALIDEZ DE MUCOSAS Y TEGUMENTOS



GRAFICA # 13

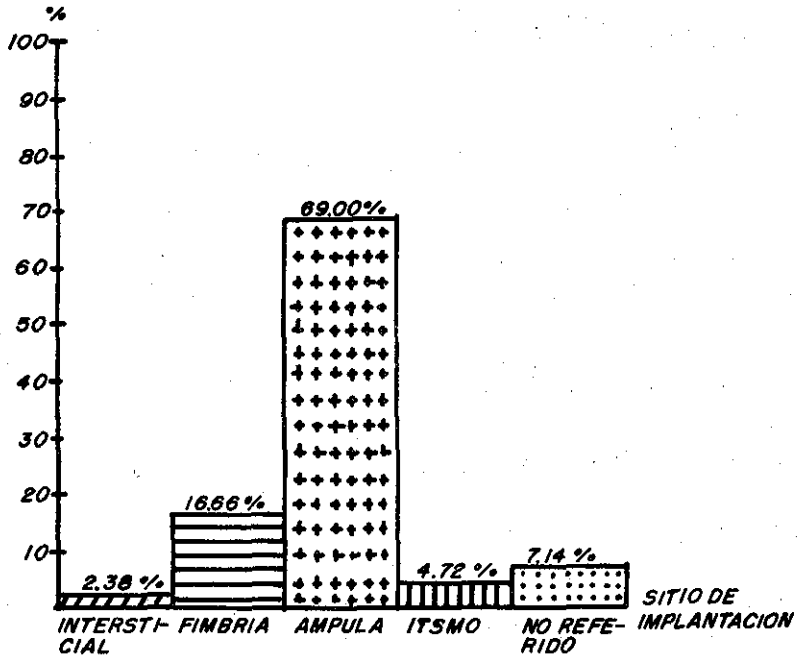
EMBARAZO ECTOPICO UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO



GRAFICA # 14

EMBARAZO ECTOPICO

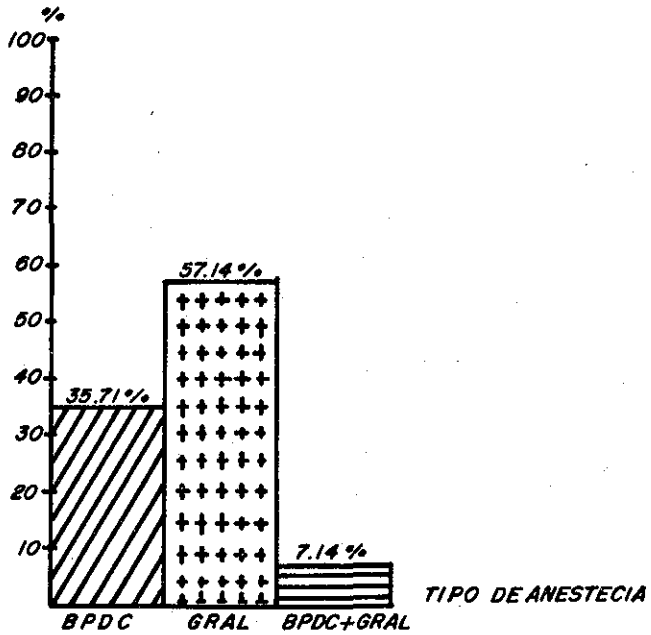
LUGAR DE IMPLANTACION DEL EMBARAZO EN LA TROMPA DE FALOPIO



GRAFICA # 15

EMBARAZO ECTOPICO

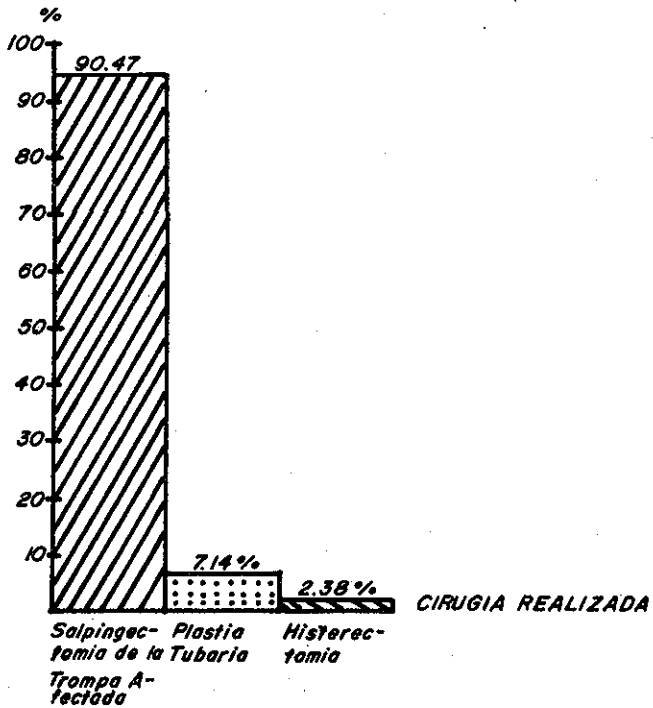
TIPOS DE ANESTESIA



GRAFICA // 16

EMBARAZO ECTOPICO

TIPO DE CIRUGIA EFECTUADA



GRAFICA # 17

C O M E N T A R I O S

Y

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

60-9

La frecuencia del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Gonzalo Castañeda" ISSSTE en el período comprendido entre el 1° de enero de 1978 y el 31 de diciembre de 1982 fue del 0.28%.

Como puede observarse en este estudio, los conceptos universales y los trabajos publicados en la literatura médica son perfectamente válidos en los 42 casos que aquí se reportan. Habiendo existido gran acuciosidad y perspicacia -- clínica por parte del grupo médico que participó en el diagnóstico y manejo de ellos, ya que en su gran mayoría, el 88%, ingresaron a tococirugía con el diagnóstico definitivo o probable de embarazo ectópico tubario roto y, el 35.71% ingresaron desde el servicio de urgencias y con el diagnóstico primario y definitivo de embarazo ectópico tubario roto y todos ellos a la sala de operaciones con dicho diagnóstico; lo cual permitió que el pronóstico de vida y función -- reproductora de la paciente mejorara notablemente, ya que el tiempo de resolución se abrevió considerablemente; no obstante de contar sólo con una limitada gama de recursos de apoyo clínico y para-clínico, en la gran mayoría de los casos.

Es importante observar que las complicaciones transoperatorias y postoperatorias fueron en los casos de extrema urgen

cia, mínimas, (23.81%); en los casos sub-agudos nulas. La mortalidad de cero, lo cual indica que el tratamiento fue lo suficientemente oportuno y sobre todo que la atención que se prestó, corresponde a la categoría de un centro hospitalario de tercer nivel, a la altura de cualquier centro hospitalario del mismo nivel en naciones altamente industrializadas.

R E S U M E N

Se revisaron los expedientes de 42 pacientes en quienes se diagnosticó embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Gonzalo Castañeda", en el período comprendido entre el 1° de enero de 1978 y el 31 de diciembre de 1982. La frecuencia del embarazo ectópico - fue del 0.28%, correspondiendo a 40 embarazos tubáricos, un - embarazo abortado a saco de Douglas y una Apendicitis aguda.

El antecedente de esterilidad primaria en un 19.04%, con antecedentes de cirugía abdominal previa de 42.86% de las pacientes. El 73.81% de las gestaciones fluctuaban entre las 4 y 10 semanas.

El dolor abdominal se presentó en el 100% de las pacientes. El sangrado transvaginal se presentó sólo en el 83.33%; la amenorrea en un 100% de las pacientes.

El choque hipovolémico se presentó en el 69% de los casos a menor o mayor grado, severo únicamente en una sóla paciente. Los datos de irritación peritoneal se presentaron en el 66.66% de las pacientes, 26.19 % no presentaron estos signos

La movilización cervical fue dolorosa en la totalidad de - las pacientes a las que se le efectuó tacto vaginal. Existió distensión abdominal en el 33.3% de las pacientes. Crecimiento uterino en la totalidad de las pacientes exploradas ginecológicamente.

De 10 culdosentésis que se efectuaron, existió una positividad del 100%.

La correlación diagnóstica pre y postoperatoria fue del 97.61% y el tiempo que transcurrió entre el diagnóstico y cirugía practicada fue menor de 24 hs. en nuestras pacientes en el 83.33%.

No existió mortalidad; la morbilidad fue prácticamente nula.

B I B L I O G R A F I A

1. Seep A. La P. Venesman Et Al.
Pregnancy-Specific beta-1 glycoprotein in ectopic pregnancy.
American Journal Obste. and Gynecol.; enero 1980;136 (2):
189-93.
Helsinki, Finlandia.
2. Dr. César Trejo Ramírez y Cols.
Embarazo abdominal, revisión de 20 casos.
Ginecología y obstetricia de México; Feb. de 1981, Vol. 49
XXXV, N° 292.
3. George L. Rubin M.D., Willard Ctes Jr. M.D.
Fatal Ectopic pregnancy after attempted legally induced
abortion.
JAMA oct. 1980, 244-15, 1705-08.
4. Navin Pardanani M.D., Et. Al.
Combined intrauterine and extrauterine pregnancy diag-
nosed by ultrasound.
England Journal of Medicine.
Oct. 1979; 301-15 P.P. 841.
5. M.L. Tancer M.D. Et. Al.
Fifteen year experience with ectopic pregnancy.
Surgery Gynecology and Obstetrics.
Feb. 1981, 152 P.P. 179-182.
6. Honore L.H.
A significant association between spontaneous abortion and
tubal ectopic pregnancy.
Fertility and Sterility.
Oct. 1979, 32:401-2.
7. Venter P.F., E.N. Campher.
Rupture of an ectopic pregnancy in a patient with previ-
ous extrauterine pregnancy and lithopaedion.
Medical Journal 57:791; 3 de mayo 1980.
8. Burro S., Moors, W. Pekala.
Missed tubal abortion.
American Journal Obstetrics and Gynecology.
Marzo de 1980, 136:136:5, 691-2.

9. David N. Powers, M.D.
Ectopic pregnancy: A five-year experience.
Southern medical journal.
73-8; 1012-15, agosto 1980.
10. Kjer J.J., Holm B., Herts J. Et. Al.
Ovarian pregnancy in IUD users.
Acta Obstet. Gynecol. Scand.
60: 337-339. 1981.
11. Sherman Elias Et. Al
Products cromosomic analisis of ectopic pregnancy.
American Journal Obstet. Gynecol.
141(6), P. 698, 1981.
12. G.C. Wolf, PhD, M.D., L. Kritzer M.D. and C. DeBold M.D.
Heterotopic pregnancy matrinester management.
Obstet. and Gynecol.
54(6) 1979.
13. DeCherney, M.D. and Nathan Kase M.D.
The conservative surgical management of un rupture
ectopic pregnancy.
Obstretics and Gynecology.
Vol. 54; 4: 1979.
14. Louis H. Honore, F.R.C.P.
A significant association between spontaneous abortion
and tubal actopic prgnancy.
Fertility and Sterility.
Vol. 32(4), Oct. 1979.
15. P.S. Cocks.
Early ectopic pregnancy after vaginal hysterectomy two
case reports.
British J. of Obstet. and Gynecol.
77; 363-65, mayo 1980.
16. Graeme J. Hughes.
Ectopic errors.
British Journal of surgery.
66, 789; 1979.



17. Paul Brenner, M.D., Sobiroy, M.D. Et. Al.
Ectopic prgnancy, a study of 300 consecutive surgically treated cases.
JAMA; 243; 7; Feb. 1980.
18. Rival H.L., Kammagrad L.L. Anderson P.S.
Ectopic pregnancy, A report 182 cases comments on the role of the coldscope in diagnosis.
19. Wide L., Et Al.
An Immunologic method for de a saay of human chorionic gonadotropin.
Acta endocrinol.
41(Suppl)1-111-1962.
20. Westrom L., Bestsson L.P., Mardh PA.
The risk contractive devices as pared tu non-users.
Lancet 2:221-224 1976.
21. Falk, R.J. and Lacklitz R.M.
Fertility and Sterility.
Obstretics and Gynecology.
113, 82, 1977.
22. J.C. McBain, J.H. Evans, R.J. Peperell.
An unexpectedly high rate of ectopic pregnancy following the induction of ovulation with human pituitary and chorionic gonadotrophin.
British journal Obstetrics and Gynecology.
Enero 1980, Vol. 87-P. 59.
23. Grines D.A., Lates W. Jr. Tylercw, Jr.
Comparative risk of deat from legally induced abortion in hospital and non hospital facilites.
Obstetrics and Gynecology.
51; 323-326, 1978.
24. Matel N. Haenzel W.
Abortion survillance.
Center for disease control.
Atlanta, sept. 1979.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

25. Dra. María de Lourdes Ortiz Cabrera, Dr. Drusso Vera Gaspar.
Embarazo ectópico, correlación clínico-patológica.
Ginecología y Obstetricia, México
Vol. 4, año XXXV, N° 241, Nov. 1976.
26. Dr. Jun Zamora, Dr. José Santos.
Ecosonografía en el diagnóstico de embarazo ectópico.
Ginecología y Obstetricia, México.
Vol. 46, Año XXXIV, N° 278, Dic. 1979.
27. Samuelsson S., S. Jovalla.
Laparoscopy in suspected ectopic pregnancy.
American Journal Obstetrics and Gynecology.
114, 847-49, dic. 1979.
28. James D. Kitchin III M.D., Robert M. Wein M.D., Wallace C.
Ectopic pregnancy: Current clinical trends.
American Journal of Obstetrics and Gynecology.
Agost. 15, 1979, 870-76. Charlottesville, Virginia.
29. Dr. Ruiz Velasco, Dr. Gallegos Pedrero, Dr. Alce Sanmartín.
Fertilidad post-embarazo ectópico tubario.
Rev. de Ginecología y Obstetricia de México..
Vol. 47, Año XXXV, N° 229, enero 1980.
30. Dr. Klaus Coronado Okhuysen C.
Embarazo ovárico, informe de tres casos.
Rev. de Ginecología y Obstetricia de México.
Vol. 49, Año XXXV, N° 294, Abril 1981.
31. Novak E., Seegar G., Jones R.
Tratado de Ginecología.
Novena edición, Méx., Edit. Interamericana, 1975.
P.P. 551-570.
32. Hellmal Pritchard J. Wynner.
Williams Obstetricia, decimocuarta edición
México, Edit. Salvat; 1978, P.P. 466-490.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

33. Acker D. Jesen A.B. and Tenn, G.K.
Abdominal pregnancy with IUD.
Obstetrics and Gynecology.
42:36, 1973.
34. López Nava.
Embarazo ectópico.
Rev. Mexicana de la Facultad de Medicina, U.N.A.M.
Vol. XIX, P.P. 31-42, Año 19, N°4, 1976.
35. Kenneth R. Niswander, M.D.
Manual of Obstetrics, diagnosis and therapy.
Pag. 201-11, 1980.
36. Ralpin T.P.
Ectopic pregnancy: the problem of diagnosis.
American Journal Obstetrics and Gynecology.
106:227-236.
37. Braustein G.D., Karow W.G.
First trimester chorionic gonadotropin measurement as
an aid in the diagnosis of early pregnancy disorders.
American Journal Obstetrics and Gynecology.
131:25-32, 1978.
38. Fernando Herrera Lazo, José Sahagun Quevedo, Médicos.
Complicaciones quirúrgicas en el embarazo, 1a. parte.
Revista de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.
Vol. XXIII, Año: 23, N°11, 1980.
39. Campbell J.S., Harguebbards Mitton, M.D., Hurteau G.D.
Acute hemoperitoneum IUD and ovarian pregnancy.
Obstetrics and Gynecology.
43:438, 1978.
40. Bronson R.A.
Tubal pregnancy and fertility.
28:221, 1977.

69

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA 69

41. Breen, J., Et. Al.
A 21-year survey of 654 ectopic pregnancies.
American Journal Obstetrics and Gynecology.
106:1004, 1970.
42. Lucas, C.
Place of culdosentesis in the diagnosis of ectopic pregnancy.
British Medical Journal..
1:200, 1970.
43. Stromme, W., M.D.
Conservative surgery for ectopic pregnancy.
A 21-year review.
Obstetrics and Gynecology.
41:215, 1973.
44. Harralson, J.D., Et. Al.
Operative management of rupture tubal pregnancy.
American Journal Obstetrics and Gynecology.
115:995, 1973.
45. Franklin, E., Et. Al.
Tubal ectopic pregnancy: Etiology and Ob/Gyn. sequelae.
American Journal Obstetrics and Gynecology.
117:220, 1974.
46. Clark, J.F.S.
Advanced ectopic pregnancy.
Journal reprod. Med.
14:30, 1975.
47. Cross, J. and Lester, W.
The diagnosis and management of abdominal pregnancy.
American Journal Obstetrics and Gynecology.
62:303, 1951.
48. Kohorn, E.I., and Kaufman, M.
Sonar in the trimester of pregnancy.
Obstetrics and Gynecology.
44:473, 1974.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

49. Stander, R. Et. Al.
Abdominal pregnancy.
Clinic Obstetrics and Gynecology.
5:1065, 1962.
50. Richard W. Te Linde.
Ginecología operatoria.
Edit. El Ateneo, Quinta edición, 1980.
Pag. 316-329.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN