

11217
666
301



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

10 Feb 1988
V. A. [Signature]

EMBARAZO ECTOPICO INCIDENCIA DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL REG. LIC.
DOLFO LOPEZ MATEOS.

[Signature]

TESIS DE POSTGRADO
para obtener el título de
ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA
p r e s e n t a

Dr. Raúl García Núñez

Asesor de Tesis: DR. HIRAM RAMIREZ

México, D. F.

1988

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	I
GENERALIDADES.....	2
MATERIAL Y METODO.....	39
ANALISIS DE RESULTADOS.....	46
CONCLUSIONES.....	49
BIBLIOGRAFIA.....	53

INTRODUCCION

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

Con la aparición de nuevos métodos diagnósticos como la ultrasonografía, laparoscopia y la subunidad beta HCG. Con los que el diagnóstico es precoz y por ende disminuir el riesgo materno.

A pesar que actualmente el número absoluto de muertes maternas por esta patología ha disminuido.

En las últimas décadas se ha notado un aumento en la incidencia de la gestación ectópica, principalmente atribuido a la mayor frecuencia de procesos inflamatorios pelvianos y al uso del DIU .

Por lo antes expuesto nació el interés de efectuar el presente trabajo con el objeto de observar y valorar.

La etiología y los factores del embarazo ectópico en el Hospital regional Lic. Adolfo López Mateos , el grado de influencia que tiene cada uno de éstos factores, las manifestaciones clínicas más frecuentes, determinar la localización más frecuente, analizar los métodos diagnósticos practicados en el Hospital para ésta patología y determinar si el tipo de tratamiento ofrecido a nuestras pacientes es el adecuado.

HISTORIA.

Las primeras noticias al respecto (8) se encuentran en el Talmud. Albucasis, médico Cordovés de Arabia, describe en el siglo XI, el caso de una mujer con una fistulización umbilical por la cual eliminaba huesos y partes fetales. (1554) Primrose en una intervención quirúrgica extirpó una masa quística periumbilical en cuyo interior encontró un feto muerto macerado. Riolsand en 1664, describió al cuadro clínico de una ruptura tubaria y comprobó la presencia del feto en el órgano lesionado. Mauriceau en 1669, comenta otra ruptura tubaria. Dionis en 1718, hace las primeras sugerencias exactas y tomando en cuenta la etiología de este cuadro, expresa: "Si el huevo es muy grande, o el diámetro de las trompas es muy pequeño, aquél se detiene, robustece y toma raíz ahí, y teniendo la misma comunicación en los vasos sanguíneos de la trompa que tendría con los del útero de haber caído en él se nutre y crece al grado de que las membranas de la trompa, no siendo capaces de una dilatación semejante a la del útero, se rompen y el feto cae en la cavidad abdominal, en donde algunas veces permanece por mucho tiempo y en otras ocasiona la muerte de la madre".

J. Bard en diciembre de 1759, intervino por primera vez en Nueva York, un caso de embarazo ectópico. Dezeimeris en 1837, describió las variedades y patología. Williams Campbell en 1842, recopiló todo lo conocido sobre el tema hasta su tiempo y Parry en 1876, estudió la patología, tratamiento y clasificación encontrando cifras de mortalidad de 67.2% en 500 casos recopilados de la literatura. Lawson Tait en 1884 estableció la conducta quirúrgica actual y de una serie de 40 casos, registró una mortalidad de 4.25%. Werth en 1887 se ocupó claramente del aspecto anatómopatológico -

y clínico y sus directrices siguen en vigor actualmente.

Desde 1891, Schauta (31) señaló la disminución de la mortalidad mediante el método quirúrgico. Hahn señaló la importancia del factor inflamatorio y Sipel dió a conocer el concepto de migración externa. Eitzenberg diferencia la ruptura intracapsular y el aborto tubario.

Más recientemente el uso de la laparoscopia, la ultrasonografía y el descubrimiento de un sensible y específico radio inmunoanálisis para la subunidad beta de la HCG, ha llevado a una intervención más temprana y por ende se ha reducido la morbimortalidad en el embarazo ectópico.

GENERALIDADES

DEFINICIÓN: El embarazo ectópico es aquel en el cual la implantación del huevo fecundado tiene lugar en un tejido distinto de la mucosa que cubre la cavidad uterina, se le conoce también como embarazo heterotópico o ecdiesis.

ETIOLOGIA: Los factores etiológicos implicados en el embarazo ectópico incluyen:

- A) Alteración de la trompa de Falopio (por ejemplo: salpingitis crónica, endometriosis y tumores).
- B) Cirugía tubaria previa (por ejemplo anastomosis e ligadura tubaria para esterilización).
- C) Anormalidades congénitas uterinas y tubáricas.
- D) Presencia de dispositivos intrauterinos.
- E) Endocrinopatías que interfirieran con las con reacciones tubáricas.
- F) Transmigración del óvulo a través de la cavidad abdominal, hacia la trompa de Falopio contralateral.
- G) Anormalidades cromosómicas.

Se ha observado que la frecuencia del embarazo extrauterino es mucho mayor en mujeres que han padecido salpingitis (4,6,31,35) e igualmente en mujeres con esterilidad obstructiva (5,10,32,35) curadas espontáneamente o después de un tratamiento (31) relativamente largo. Se comprende que una trompa adherente, deformada y cicatrizada interfiere con la migración del huevo (10), produciéndose la nidación antes de llegar al útero.

Las anomalías genéticas pueden ser causa de una implantación ectópica del huevo (1) actuando, bien como factores que aceleran este proceso, o bien un crecimiento demasiado rápido de la mórula, la cual no podría sortear la porción más angosta de la trompa.

Investigaciones anatómicas de reconstrucción prueban que en la trompa se producen a veces divertículos (32, 94) cuya relación con la etiología del embarazo extrauterino ha sido señalada; las anomalías congénitas de la trompa (1,4,32) son mucho más raras sin embargo se pueden encontrar también en trompas dobles orificios accesorios y conductos tubáricos sin salida como causa de gestación ectópica, sin embargo esta etiología es excepcional.

Algunos autores (4) han observado reiteradamente que en los embarazos ectópicos del cuerpo lúteo se encuentran con frecuencia en el lado opuesto de la gestación, esto supone que el óvulo ha salido de un ovario y emigra por el peritoneo hacia la trompa opuesta. La causa de esto puede ser debida por parálisis u obstrucción de la trompa homóloga, este recibe el nombre de migración externa del óvulo .

El espermio (4) es mucho más pequeño que el óvulo en una trompa estrechada en cualquiera de sus segmentos, el espermio puede ir hacia arriba y luego al pasar el óvulo fecundado hacia abajo. Esto ocurre sobre todo en la endometriosis cribiforme de la porción intersticial.

Otras formas de endometriosis pueden también producir obstrucciones incompletas de la trompa (1, 4, 32, 33) y determinar nidación ectópica.

Los tratamientos de la esterilidad obstructiva (35) constituyen una frecuentísima causa de embarazos ectópicos. Hay en día la salpingitis se trata mejor, pero no hasta el grado de reestablecer - el calibre tubárico normal (3) y el peristaltismo de este órgano. De esta manera se consigue curar la esterilidad obstructiva, pero de una manera incompleta originándose así, por desgracia, muchos - embarazos ectópicos después de tratamiento quirúrgico de las observaciones tubáricas de la clínica de esterilidad (35).

Teoría del Reflujo, Iffy (4,29,32) ha expuesto más recientemente la ingeniosa teoría de lo que determina la aparición de gestación ectópica es la fecundación demasiado tardía, el huevo llega al endometrio a tiempo de inhibir la menstruación y éste tiene lugar, en estas condiciones el sangre refluyente del útero condiciona la -- falta de progesterona de la mórula en el oviducto y su implantación en ella, basta su posición en el cálculo de la edad de los embriones extraídos de embarazos ectópicos operados.

Recientemente Philippe y Cols, aducen pruebas de una evolución retardada como causa del embarazo ectópico. Dispositivos intrauterinos. El empleo use (31) que ahora se hace de dispositivos intrauterinos ha demostrado que eleva el número de embarazos ectópicos,

sobre todo en la localización ovárica (7,9,15,18,20), debido — probablemente a que el cuerpo extraño intrauterino paraliza la — trompa (10) y al mismo tiempo no inhibe la ovulación. En estos últimos años la frecuencia de la gestación ovárica ha aumentado — (35) probablemente por la causa anteriormente citada y existen — otros reportes en donde se incluye la participación de las glándulas — glandinas (9) provocado por el dispositivo intrauterino con la — consecuente inhibición de la contractilidad de las trompas de Fal — loppie.

Esterilidad fallopia (4,6). Durante muchos años el único medio de esterilización era la ligadura (con resección parcial de la — trompa). Pero hoy en día se esteriliza por saldocesía y isparoc — cesía, métodos menos traumáticos pero también menos seguros, el re — sultado es un aumento en las gestaciones ectópicas refiriendo un — 7 % de todos los embarazos ectópicos vívies (5).

Frecuencia

A nivel mundial, se ha visto un incremento en la incidencia del embarazo ectópico durante los últimos veinte años. La incidencia varía desde 1:25 en la India y Haití, hasta 1:300 en EUA.

En lo que respecta al embarazo abdominal, se estima que hay una frecuencia de 10.9:100 000 nacimientos y 9.2 : 1000 ectópicos con una mortalidad de 5.1 : 1000 casos (46).

La edad promedio de las mujeres es entre los 26 y 35 años siendo relativamente raros los casos menores a 20 y mayores a 40 (1, 4, 26, 32, 34).

Tipos de Embarazo Ectópico.

Se diferencian de acuerdo a la implantación del huevo (I, 4, II, 26, 31, 32, 33) en las distintas porciones de la trompa de Falopio, ovario, peritoneo y cuello uterino. La frecuencia del embarazo es la siguiente:

A) Embarazo ampular (95 a 97 %).

La porción ampular de la trompa es la más elástica que el resto de la estructura, por lo que permite un desarrollo de la misma durante un determinado tiempo. Se observa un desarrollo de las vellosidades coriales penetrando hasta la capa muscular, de continuar la gestación en ocasiones produce perforación de la misma.

Debemos distinguir entre una migración ectotropa y una basiotropa (4). La primera tiene lugar cuando el punto de la implantación está en la parte opuesta del mesosalpinx, las vellosidades crecen hacia fuera y corren hacia el peritoneo. La segunda hacia el lig. ancho con mejor nutrición, originándose un embarazo intraligamentario.

La evolución del embarazo ampular puede ser:

1) Aberto tubario, que es la expulsión del producto de la concepción con contracciones tubáricas en sentido retrógrado, esto es hacia la cavidad abdominal. Ahí si las vellosidades coriales - mantienen su vitalidad (raro) y sobre todo si el aborte tubario tiene lugar por tiempo, lentamente la gestación puede implantarse de nuevo, dando lugar al embarazo secundario (12,22, 44). Si el huevo está muerto entonces no hay implantación secundaria y se forma un hemoperitoneo de proporciones variables.

2) Hematosalpinx. Si el embarazo se interrumpe por la mala nutrición (4) el embrión se autoliza y toda la cavidad ovular se llena de sangre extravasada, la sangre se coagula y el coágulo se organiza, dicho hematosalpinx puede perdurar por tiempo indefinido.

b) Gestación ístmica (27%).

La porción ístmica de la trompa es menos distensible que la ampular (32) el huevo es difícilmente abortido hacia el peritoneo por lo que la evolución más común de este tipo es hacia la rotura tubárica. Los vasos útero-ováricos pasan por el meso muy cerca de esta porción y ahí se anastomosan con los vasos uterinos por lo que la rotura de esta porción lleva casi siempre aparejada una ruptura vascular por lo que la hemorragia interna es más grave.

c) Gestación fimbria (7%).

En ella el huevo se desarrolla hacia el peritoneo, tomando a - veces, relaciones muy importante con el ovario, este tipo no plantea ni ruptura de la trompa ni aborte tubario, sino que va evolucionando hacia el tipo abdominal secundario (12,22,44) provocando adherencias entre la trompa, el ovario, el útero y los órganos vecinos.

d) Gestación intersticial (5%)

Tiene lugar en la porción intersticial de la trompa, en el espesor de la pared uterina. Este embarazo si este muy próximo a la cavidad uterina, puede desarrollarse distendiéndose estrictamente la musculatura uterina y confundirse con una gestación normal, pero lo más frecuente es que conduzca a la ruptura del útero por su ángulo tubárico ocasionando una grave hemorragia intra-abdominal.

e) Embarazo ovárico (0.5%) (2,6,20,23,30).

Se reporta una frecuencia de 1:25 000 (15) 1:40 000 casos. Para que se produzca es indispensable que el folículo de Graff se rompa aún no se sabe con que certeza (4) las circunstancias de la retención del óvulo en el interior del folículo cuando este se ha roto, sin embargo en algunos casos es posible que posterior a la ruptura exista la fecundación, se cicatrizan las paredes del hueco y en desarrollo se verifica en una cavidad cerrada, cuando no se cierra el oviducto, el embarazo toma aspecto de un embarazo abdominal secundario. El embarazo ovárico puede asentarse en la superficie, en el extremo, en el cuerpo lúteo siendo esta la más frecuente.

A llamado fuertemente la atención los reportes de la participación como factor condicionante el dispositivo intrauterino siete en cobre (7,9). En este tipo de embarazo la frecuencia es de un 3 a un 6% de coincidencia del dispositivo intrauterino (15), tratando de explicarse esta asociación por el incremento de los procesos inflamatorios pélvicos con el uso de este método. Todavía está en discusión el papel que juegan los cambios bioquímicos (prostaglandinas) (9). En la génesis de la hipomotilidad tubaria -

II

que propicia un porcentaje menor que en el caso del embarazo tubario una nidación en el tejido ovárico, sin embargo cuanto esta ocurre, existe un mejor terreno para la implantación por parte del tejido trofoblástico hacia el tejido ovárico, ya que ofrece un mejor aporte que el tejido tubario (4).

f) Embarazo Abdominal.

El embarazo abdominal es una entidad poco común. De todos los embarazos ectópicos del .9-1% corresponde el embarazo abdominal (44,46), se dice que existe una relación de 10.9 embarazos abdominales por 10 000 nacimientos y una mortalidad de 5.1 por 1000 casos.

El embarazo abdominal se define como un embarazo que implanta en cavidad peritoneal, excluyéndose: trompas, ovario y embarazo intraligamentario (46).

Para fines de semántica se clasifica en primaria y secundaria. En el primero, es en el único que el producto puede llegar a término, la placenta (22) se inserta en los órganos más variados: en la pelvis abarcando útero, recto y vejiga, incluso más raramente hígado, intestino o epiplón. Si estos casos no se tratan el feto muere, se momifica, calcifica formándose un litopedión (4,26,32).

En el segundo caso, es consecuencia de un embarazo tubario (fimbriado) y en el ovárico, habitualmente su evolución es la muerte temprana del embrión por la inadecuada implantación. Su frecuencia es de 0.03 a 0.05 % de embarazos y hasta 1963 se habían encontrado 300 casos reportados en la literatura mundial (4,26,32).

g) Embarazo Cervical (0.1%) (13,25,28,37).

Su etiología es desconocida (13), la mayoría si no todos los -

casos se diagnóstican antes de las doce semanas de gestación (25) es una entidad muy poco frecuente, su incidencia oscila de 1:1000 a 1:1800 embarazos según diferentes autores (13,25,28,37). Los factores etiológicos (37) propuestos son básicamente tres los que se aceptan:

- 1.- Que no exista un endometrio adecuado para la nidación del trofoblasto.
- 2.- Un viaje rápido, del huevo a través de la cavidad uterina.
- 3.- Un cierre temprano del orificio externo del cervix.

Su diagnóstico (13) es sumamente difícil y para realizarlo con certeza se utilizan estrictamente los criterios de Rubin (13,25,37)

Shinagawa y Hagayama, sugieren que existe una alta incidencia entre abortos inducidos y embarazos cervicales en Japón (13).

h) Otras formas de embarazo ectópico (2,6,24,42,43).

Embarazo combinado. La primera descripción de la coexistencia de los embarazos intra y extraterinos se debe a Duverney en 1708, el número de tales gestaciones ectópicas registradas hasta la fecha sobrepasa a las citadas (5) y la frecuencia aproximada es de 1:30 000 embarazos, pueden producirse varias combinaciones (2,6, 24,42,43) de embarazos, incluyendo el abdominal, el ovérico y el tubárico, juntamente con la implantación intrauterina. Las causas de esto continúan siendo oscuras y lo más aceptado es la presencia de una doble fecundación en el trastorno de la migración de uno de los ovulos fecundados.

SINTOMATOLOGIA. (1,4,26,32)

Describir la clínica del embarazo ectópico con una sintomatología única es un empeño inútil(4), este se nos presenta con una gran variedad de formas. Estas formas podemos situarlas en el espacio y en el tiempo, según donde se siente la gestación.

Inicialmente los síntomas clínicos de un embarazo tubario se deben solamente a las alteraciones locales muy similares a las que ocurren en un embarazo uterino precoz (32).

1.-Estadio Asintomático(32). En este estadio tanto el huevo en fase de desarrollo como la trompa se encuentran completamente intactos. Al principio al proceder, a la exploración ginecológica, resulta muy difícil si no imposible la demostración de una masa blanda y poco crecida, en ciertas ocasiones a partir del segundo mes aparece dolor tipo cólico de baja intensidad del lado afectado y es atribuible a contracciones de la trompa. El motivo de la consulta en estas fechas es la confirmación o exclusión de un embarazo por la ausencia de una o dos menstruaciones.

2.-Estadio Sintomático (32). En el 80% de los casos la sintomatología aparece entre la quinta y la octava semana después de la última menstruación, siendo la hemorragia (6) genital el síntoma más precoz y constante, su aspecto es muy variado, desde muy escaso, rojo y claro o semeja la menstruación, o ser moderado, oscuro y continuo, casi siempre se expulsa en la hemorragia genital inicial la decidua en forma de tejido grueso y membráceo y que son interpretados erróneamente como restos ovulares.

3.-Otro síntoma constante es el dolor referido a algunas partes del abdomen, de tipo espasmódico, especialmente en el aborto tubario que dura varios días hasta que se concierba para desaparecer, por el contrario en el caso de la ruptura de la pared tubárica, de un estado de bienestar completo se pasa súbitamente a un estado de dolor intenso en el hipoc-

gastro cuya localización más aguda es señalada en el lado correspondiente.

En la exploración se encuentra signos de gravidez correspondientes a un embarazo de 4 u 8 semanas (26,32) la vagina con introito húmedo utero reblandecido, pero sus proporciones nunca corresponden a la edad gestacional.

También encontramos discreto sangrado genital café o rojo oscuro dolor exquisito en el fondo de saco de la vagina o hipersensibilidad en el hipogastrio, más acentuada en alguno de los lados, es posible notar crecimiento en alguna de las trompas, poco móvil y muy dolorosa, el fondo de saco de Douglas puede estar abombado, el movimiento de lateralización del cervix despierta dolor agudo, casi siempre señalando el sitio del embarazo ectópico.

En cambio la exploración en la rotura de la pared tubárica, cuando esta se produce, desencadena un estado de choque que pone en peligro la vida de la paciente, activado por que la rotura afecta la red vascular tubo-ovárica provocando hemorragia muy copiosa hacia la cavidad abdominal, seguido de choque hipovolémico y neurogénico, aparecen náuseas y vómitos, palidez extrema, respiración superficial, abdomen distendido acompañado o no de íleo, dolor acentuado sin limitación preciosa, signo de descompresión de la pared abdominal positivo.

En la exploración bimanual genito abdominal, se aprecian los genitales pálidos, con la presión o el tacto del fondo de saco de Douglas se produce dolor muy intenso (grito de Douglas, (1,4,II,26,32) y que limita la limitación del signo y signo.

A veces se comprueba amiric como consecuencia de la intensa hemorragia intraperitoneal y del descenso de la presión arterial. En ocasiones encontramos tenesmo vaginal e diarrea como primeros síntomas de la ruptura tubárica.

Otro de los síntomas que es frecuente encontrar es el dolor irradiado en el hombro derecho el cual se presenta o se despierta al colocar a la paciente en posición de tródelenburg, condicionada por irritación frénica de la sangre libre en cavidad peritoneal.

Concretando y en términos generales aún cuando no exista compromiso hemodinámico, la mayoría de los autores, mediante datos muy orientadores y de gran valor diagnóstico, integrando una triada característica con los siguientes signos y síntomas:

- a) Dolor Abdominal.
- b) Hemorragia Genital.
- c) Estado Anxial.

En presencia de amenorrea, esta triada se presenta en más del 75% de los casos.

Dichos signos y síntomas serán indiscutiblemente pilares para dirigir adecuadamente la exploración física, los procedimientos clínicos y paraclinicos que a su vez confirmarán el diagnóstico así como la terapéutica.

Sintomatología según la localización (4,32)

La sintomatología clínica del embarazo ectópico varía no solo según el momento, sino también dependiendo del lugar de asiento, así tenemos que distinguir entre tres formas clínicas principales:

1.-Embarazo intersticial istmico.—Estas dos localizaciones son las que permiten una menor distensibilidad, por lo que el crecer del embrión son las primeras que provocan el cuadro de urgencia. Son raras las embarazos de este grupo que lleguen más allá de la décima semana sin interrupción o romperse, el accidente más frecuente es la ruptura de la trompa o del ángulo uterino, acompañada de la gran hemorragia intraperitoneal, estos son los embarazos ectópicos en que un cuadro alarmante sorprende a la mujer en plena normalidad, es la forma clínica más grave y de aparición más brusca.

2.-Embarazo ampular.—Esta que es la variedad más común de todas se caracteriza porque la ovulación se hace regular, pudiendo consistir en la muerte del embrión o reabsorción del mismo, en alguno de estos casos la sintomatología es tan leve que el embarazo ectópico puede pasar inadvertido (embarazo ectópico asintomático). Pero lo más frecuente es que tenga lugar el aborto tubárico, aunque se produce hemorragia interna, esta no suele ser muy grave. (95,37).

3.-Embarazo gástrico, ovárico y abdominal
En estas localizaciones el crecimiento tiene lugar por lo común, libremente en la cavidad del peritoneo, produciendo a medida que el aumento de invadir otros tejidos (46).

DIAGNOSTICO CLINICO DEL EMBARAZO ECOTOPICO

PACIENTES DE ALTO RIESGO.

El embarazo ectópico es frecuente que aparezca como resultado de factores que retrasan el paso del óvulo fecundado hacia la cavidad uterina.

Los pacientes que padecen en un momento dado cualquier cosa con un riesgo elevado de presentar embarazos ectópicos presentan ciertos antecedentes:

El daño tubario en la Enfermedad inflamatoria pélvica ha sido demostrado como factor predisponente importante.

La Salpingitis puede impedir la actividad ciliar y la motilidad tubaria, según se reporta en el estudio de una incidencia de 11%.

Una paciente con embarazo y antecedente de esterilización tubaria tiene 15-20 % de presentar embarazo ectópico y se dice que es más alto si se utiliza la cauterización.

Algunos pacientes con embarazo ectópico previo tratado con cirugía conservadora tienen un riesgo aproximado de 15 % de reincidir

De igual manera las pacientes con reconstrucción tubaria tienen un riesgo alto de gestación ectópica.

Los pacientes con embarazo y DIU deben ser cuidadosamente velados ya que se ha reportado una frecuencia de 9-17 % de estos embarazos con gestaciones extrauterinas.

Se ha visto un incremento en embarazos extrauterinos con aquellas pacientes que han ingerido estrógenos post coito y las pacientes que utilizan progestágenos a dosis bajas como anticonceptivos. Estos agentes seguramente interfieren en el tránsito tubario o en el medio ambiente endometrial.

Las mujeres con un antecedente de exposición al Dietil estil betrol in utero tienen un riesgo elevado de sufrir alteraciones importantes en las trompas: se ha asociado a anovulaciones.

Aunque los estudios son contradictorios, se ha visto que aquellas pacientes que han tenido más de un aborto presentan frecuentemente embarazo ectópico.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico temprano de esta patología, es todo un reto para el médico dedicado a la práctica de la ginecología y obstetricia así como para cualquier médico en su ejercicio profesional.

El diagnóstico clínico del embarazo ectópico ha sido favorecido con el avance de la bioquímica, el incremento de aparatos ultrasonográficos de alta resolución, la práctica más frecuente de laparoscopias.

Sin embargo no en todos los sitios se cuenta con las armas necesarias para enfrentar esta patología, por lo que debemos estudiar cuidadosamente a los pacientes, tomar en cuenta antecedentes importantes que en un momento dado nos orienten hacia este padecimiento, para actuar prontamente y ofrecer así mejores perspectivas obstétricas a nuestros pacientes.

Una vez establecido el diagnóstico de sospecha, es necesario un diagnóstico de comprobación (4) .

En numerosos los procedimientos para el diagnóstico del embarazo ectópico dentro de los cuales destacar (45) :

I.- Exploración ginecológica bajo anestesia (45).

Este método es de gran utilidad dado que logra una mejor palpación bimanual al encontrarse relajada la pared abdominal, sin embargo depende de la experiencia y sensibilidad del explorador, dependiendo también de la localización y tamaño del embarazo.

2.- Culdocentesis (1,4,26,32,33,47)

Ha sido considerada como un auxiliar importante en el diagnóstico del embarazo ectópico, la culdocentesis es relativamente fácil de realizar, necesitando poca instrumentación.

Recientes estudios han reportado una positividad a la culdocentesis de un 80-95 % en embarazos ectópicos rotos; sin embargo se recomienda que este estudio no se limite a pacientes con signos de irritación peritoneal, ya que 45 % de los pacientes con culdocentesis positiva presentaban embarazo ectópico sin presentar estos signos.

El método no es inocuo dado que se corre el riesgo de cometer una punción inadvertida del rectosigmoides, intestino delgado y se tiene que tomar en cuenta el riesgo de infección peritoneal provocada por la punción de una mucosa vaginal que no es estéril.

Se han recibido falsos positivos en las sig. entidades: Ruptura de cuerpo luteo, aborto incompleto, menstruación retrógrada o endometriosis.

Remere y colaboradoras (47) reportaron en su estudio 16 % de culdocentesis no diagnósticas.

Las culdocentesis no diagnósticas, no deben ser usadas como una medida de aumento o disminución en la sospecha de un embarazo ectópico.

Continúa siendo el procedimiento diagnóstico más frecuente, pero no es de ayuda significativa en un embarazo ectópico no roto.

"Si solamente con una culdocentesis positiva, se basa el criterio del médico para intervenir quirúrgicamente a una paciente por dolor pélvico, muchas pacientes pueden ser sujetas a una laparotomía innecesaria". (Remere)

3.-Signo de Cullen. (1,4,32,33).

También llamado el ombligo azul, solo se ve muy raras veces pero cuando está presente constituye un hallazgo significativo que indica una extensa hemorragia intra-abdominal.

4.-Dilatación cervical y legrado uterino instrumental (1,4,32,33)

La dilatación y el legrado se utilizan en casos en que los niveles serológicos de HCG no aumentan como se espera, indicando un embarazo anormal.

Algunos padecimientos como el aborto incompleto y el huevo muerto retenido pueden ser causantes de una estabilidad o disminución de los títulos de HCG.

Este procedimiento tiene valor en evaluar el tejido endometrial para definir la presencia o ausencia de decidua y vellosidades coriarias, la presencia de decidua sin trazas de vellosidades coriarias es una indicación orientadora, pero no constituye una prueba absoluta de embarazo tubérico, dado que un aborto incompleto puede presentar una marcada reacción decidual.

Los cambios epiteliales atípicos del endometrio gestacional sobre los cuales llamó la atención Ariza Stella en 1954, han sido tema polémico, como método histológico para diagnosticar un embarazo ectópico, es como sea, el hecho de que estos cambios endometriales pueden asociarse tanto con el embarazo normal como con un aborto espontáneo o un embarazo ectópico confiere a este cuadro histológico un escaso valor.

5.- Pruebas de embarazo

El tejido trofoblástico ectópico generalmente produce niveles de HCG más bajos que en el embarazo normal.

El descubrimiento original de las pruebas urinarias de embarazo tienen una inceptabilidad debida a los altos reportes falsos negativos.

Se han reportado niveles de HCG en un estudio de 164 casos con embarazo ectópico, el 20 % de las determinaciones tenían unos valores

cercenas a 200 mUI HGC /ml y solamente 1.6 % con valores menores a 40 mUI.

Actualmente se está utilizando una prueba de anticuerpos mensuales urinarios, con una gran sensibilidad (aprox . 50 mUI HGC /ml) reportandose un 96 % de sensibilidad para el diagnóstico de embarazo ectópico.

El estudio serológico radio receptor de HGC (Biecept G) sensitivo a 200 mUI HGC /ml se ha reportado una positividad de 94 % en los casos de ectópicos.

Los nuevos estudios de radio inmunoensayo serológico tiene una sensibilidad de 5 mUI HGC/ml con una positividad de 99 %.

Un crecimiento uterino normal con un embarazo sin complicaciones se ha asociado con un incremento serológico de casi el doble en 1.4 a 2.1 días durante la gestación temprana.

Kadar y cols. sugieren que si los títulos de HGC, tomados 48 hrs después no muestran un aumento de por lo menos 66 % es sugestivo de embarazo complicado.

La combinación de HGC cuantitativa asociada a otras pruebas diagnósticas facilitan el estudio de una gestación extra uterina.

Se han reportado otras proteínas asociadas al embarazo. Una de ellas es la gluco proteína B-I que es un producto del sincitiotrofoblasto, en el suero de mujeres no embarazadas es muy baja e no detectable, incrementándose los primeros días posterior a la implantación.

En el embarazo ectópico, se puede detectar al mismo tiempo que la HCG, aún antes de la falta de un período menstrual. Estudios pre eliminados en Finlandia sugieren que es un estudio altamente sensible y útil con mediciones de $5 \mu\text{g/L}$.

Sin embargo aún es costoso y tardado, aún en el país de su descubrimiento se ha desarrollado un ensayo que tarda 2 hrs. y con una sensibilidad de $20 \mu\text{g/L}$. (49).

En nuestro medio, podemos contar con la sub unidad beta de la HCG permitiéndonos con ésta, la detección del embarazo ectópico entre los 8 y 10 días de gestación. (1,4,11,20,32,33,39,49,50).

6.-Laparoscopia (26,47).

La laparoscopia es un método diagnóstico importante en el embarazo ectópico (45). Resulta útil en especial en las pacientes en quienes se sospecha embarazo ectópico sin ruptura (16) y en las que no existen signos de hemerrágia intraperitoneal.

La laparoscopia usualmente nos brinda una buena visualización de los órganos pélvicos, excepte en aquellas pacientes con adherencias u obesidad extrema.

La literatura reporta falsos negativos en 3 - 4 % y falsos positivos del 5 %.

Este método ha reducido el error diagnóstico (2,6,9), de un embarazo ectópico en un 4 % mientras que con anterioridad se descubría que un 20 % de las pacientes sometidas a una laparotomía a raíz de una sospecha de embarazo ectópico presenta un tracto reproductor normal.

La laparoscopia se utiliza también en aquellos casos tratados conservadoramente como por ejemplo en el tratamiento a base de quimioterapia.

En los países desarrollados es una práctica rutinaria en contraste con los países en desarrollo, en los cuales el acceso al método es escaso.

7.- Ultrasonografía (13,26,32,36) . El uso combinado de la prueba de embarazo de radioinmunoensayo en suero y de la ultrasonografía de alta resolución permite un método más directo para el diagnóstico del embarazo ectópico. Es importante para los ultrasonografistas la comprensión de las limitaciones de las pruebas de embarazo inmuno-lógicas actualmente disponibles para evitar la malinterpretación de los ultrasonogramas en el caso de que una prueba de embarazo sea falsamente positiva o falsamente negativa.

Para realizar un diagnóstico de embarazo ectópico es necesaria la sospecha clínica. El facultativo debe sacar ventaja de la infor-

masión altamente exacta resultante de los hallazgos combinados de una prueba de GCH en suero positiva y de las imágenes ultrasonográficas. Si las estadísticas con respecto al retraso en el diagnóstico y a la ruptura tubéfrica han de ser mejoradas, estas pruebas deben ser realizadas cuando la paciente es evaluada inicialmente.

Es importante reconocer que la interpretación ultrasonográfica se basa principalmente en los hallazgos uterinos. Un embarazo intrauterino vivo excluye el diagnóstico de un embarazo ectópico. Otras imágenes intrauterinas pueden resultar de: un embarazo intrauterino reciente, un embarazo intrauterino anormal o como en aproximadamente en el 1% de los embarazos, un embarazo ectópico. En los casos bajo sospecha, la evaluación posterior puede requerir una variedad de pruebas que incluyen las determinaciones seriadas de GCH. La repetición del examen ultrasonico, la dilatación uterina y el - legrado, la culdocentesis o la laparoscopia. Es imposible recomendar un método esquemático específico para una paciente determinada. En parte, el patrón de conducta depende de la disponibilidad de pruebas, de la presencia o ausencia de hallazgos anexiales e en el fondo de saco, por supuesto, de la situación clínica de la paciente.

PRUEBAS COMBINADAS: Una combinación adecuada de los diversos métodos diagnósticos (culdocentesis, laboratorio, ultrasonido y la clínica) aumenta la sensibilidad y especificidad en aquellas pacientes que sospechamos gestación extrauterina.

Algunos autores hablan de la " ZONA DE DISCRIMINACION " para la HGC . Cuando por radiomunoensayo tiene niveles de 6000 - 6 5000 mUI HGC/ml . Si se encuentran niveles por encima o mayores a éstos títulos y además concuerda con un ec. gestacional con Ultrasonografía el 94% de las embarazadas serán normales.

Cuando los títulos de HGC son mayores o iguales a 6 500 mUI HGC/ml pero no se encuentra ec. gestacional; Kader y Cola. reportan que 6 de 6 pacientes tendrían embarazo ectópico.

Por otro lado con niveles menores de 6000 mUI HGC pero con ec. gestacional en 6 pacientes, 4 presentaban huevo muerto retenido y dos embarazos ectópicos.

En 1985 Romero evaluó un grupo de mujeres con sospecha de embarazo ectópico, con títulos serológicos cuantitativos de HGC y USG; encontrando que 37% tuvieron ectópico, 31 de 36 pacientes tuvieron embarazo ectópico con títulos mayores de 6 500 mUI/ml no advertían ec. gestacional. (66% valor predictivo).

Sin embargo títulos menores de 6000 mUI/ml y ec. gestacional - no siempre indicó embarazo patológico, porque 25 % de las mujeres tuvieron embarazo intrauterino.

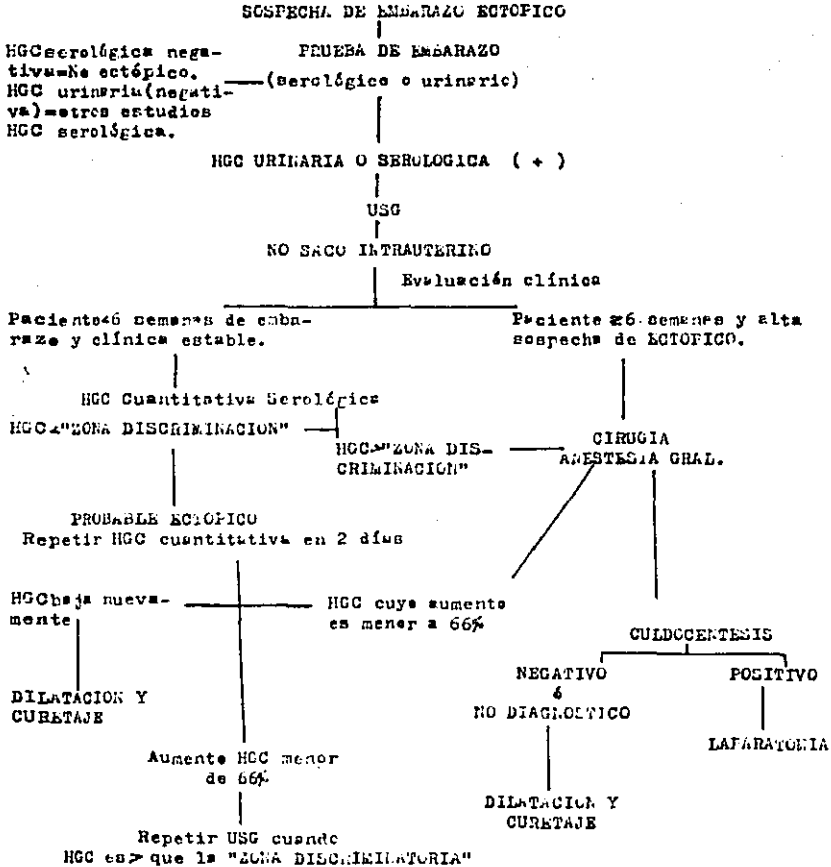
Hyberg reportó un grupo de embarazos intrauterinos normales, en los cuales se apreciaba succo gestacional con títulos menores de 1800 mUI/ml. Sin embargo hay que hacer notar que los niveles de HCG son más confiables en aquellas pacientes no delicadas, ya que niveles de 2000 en 3 a 4 días llegan a 6000 mUI/ml en embarazos normales.

La información combinada de ultrasonido pélvico y Radio inmune ensayo HCG fué significativamente más importante que la culdocentesis sola; y la culdocentesis más ultrasonografía y tan segura como la culdocentesis más radio inmune ensayo serológico.

La combinación de una prueba serológica del embarazo con resultado positivo y la ausencia de ovos intrauterinos por USG tuvo un 93 % de correlación con embarazo ectópico.

La culdocentesis fué dudosa en un número significativo de pacientes.

DIAGNOSTICO CLINICO



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- 1.- Enfermedad Inflamatoria Pélvica (39).
 - En esta enfermedad remisiones y exacerbaciones del cuadro.
 - Es inusual que encontremos amenorrea.
 - La sintomatología generalmente es bilateral.
 - La hipotermia es frecuente y si ésta se presenta generalmente excede los 38 grados centígrados.

- 2.- Quiste Terato de Ovario.
 - Las menstruaciones generalmente son regulares.
 - Presentación súbita de dolor acompañada de náuseas y vómito.
 - Se palpa una masa ovárica suave y desplazable.
 - El útero no tiene las características de gestante.

- 3.- Quiste Hemorrágico del cuerpo lúteo.
 - La causa más común de hemorragia intraperitoneal si no hay más datos de embarazo ectópico.

- 4.- Apendicitis Aguda.
 - Ausencia de signos y síntomas de embarazo.
 - Sin relación con la menstruación.
 - Dolor periumbilical con irradiación de cuadrante inferior derecho que se localiza en el punto McBurney.
 - Rebote positivo.
 - Náuseas, anorexia a veces vómito y fiebrícula.
 - Exámen pélvico usualmente normal y excepción de dolor alto en cuadrante inferior derecho.

TRATAMIENTO

"Nunca permitas que un paciente con sospecha de Embarazo Ectópico, vea el sol sin haberle practicado su cirugía."

Estas palabras se atribuyen a Louis M. Hellman (52).

En 1876, Parry (8) comunicó la primera experiencia del tratamiento operatorio del embarazo ectópico.

Robert Lawson Tait médico inglés (8) acredita el mérito de ser el primero en utilizar la salpingectomía para el tratamiento del embarazo ectópico, desde entonces este tratamiento permanece vigente (1,2,4,11,26,29,32,33).

Sin embargo han aparecido alternativas recientemente este facilitado por el descubrimiento de la HCG Fracción B, sumado a la fabricación de aparatos ultrasonográficos de alta resolución y la utilización más frecuente de la laparoscopia ; todos estos estudios facilitan una detección temprana del embarazo ectópico, este facilita estudiar a la paciente antes de producirse ruptura tubaria en aquellos casos que la gestación esté implantada en este lugar.

La laparoscopia originalmente utilizada como una ayuda diagnóstica, es ahora utilizada también como manejo quirúrgico en pacientes seleccionadas con excelentes resultados.

Las técnicas quirúrgicas conservadoras incluyen :

Salpingectomía lineal, expresión fimbria, salpingectomía parcial segmentaria. (Fig. I, 2, 3, 4).

Procedimientos que pueden realizarse después de un diagnóstico laparoscópico .

Entre las alternativas está el masaje expectante, mismo que fué reportado desde 1955, donde luego los pacientes fueron seleccionados cuidadosamente, pacientes sin datos de aborto espontáneo, con reportes diarios de HCG fracción B y control laparoscópico.

Los autores vieron que la resolución de la gestación por dos mecanismos : el primero de ellos mediante el aborto espontáneo y el segundo mediante masaje.

Posterior a estos hallazgos se procedió a cirugía conservadora con éxito aparentemente .

Ahora bien, no todos los casos pueden tratarse conservadora mente, se han reportado casos en los cuales persiste el riesgo de presentar nuevamente el embarazo ectópico.

Otra alternativa es el uso de la quimioterapia (55).

Se usa el methotrexate, análogo del ácido fólico medicamento utilizado frecuentemente en la patología tumoral gestacional.

El primer caso reportado sobre el uso del methotrexate data de 1956

La subsecuente selección del factor citoverum, un antídoto del methotrexate ha permitido un aumento en la seguridad y efectividad en el tratamiento.

Un hallazgo importante en las pacientes tratadas a base de quimioterapia es que no alteró la función reproductiva.

Las pacientes no presentaron efectos adversos serios.

Desde luego la quimioterapia en el embarazo ectópico está aún sujeta a estudio. Dos reportes sobre el uso de este medicamento le mencionan: embarazo ectópico intersticial descubierto por laparoscopia en el cual el tratamiento quirúrgico era alto en la paciente. La quimioterapia fue exitosa demostrada con histerosalpingografía posterior. El otro caso se trató de un embarazo cervical en paciente de alto riesgo, la quimioterapia resultó satisfactoria.

En China se está utilizando el Tricoestín, droga obtenida de la raíz del tricoeston Kirilowii, se ha utilizado desde 1971 como abortivo del primer trimestre, al parecer su efecto radica en su acción sobre el sinciotrofoblasto, su utilización aún no es segura.

Recientemente se ha descubierto un agente antiproliferacional, el RU 486 con una eficacia demostrada como abortivo en el primer trimestre, se está estudiando en el embarazo ectópico.

Por último debemos hacer la aclaración que posterior al uso de todos los medicamentos citados anteriormente debemos realizar un control laparoscópico, para posteriormente realizar cirugía conservadora, ya que se ve un sangrado agudo al 6 día del tratamiento.

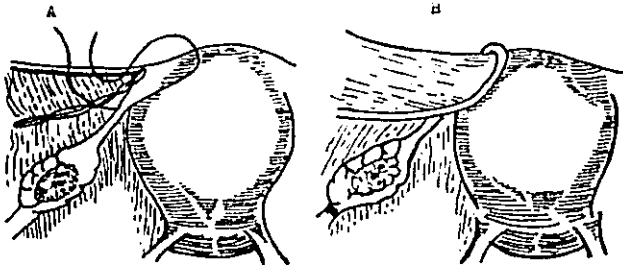


FIG.1A. Apariencia del anexo izquierdo después de la Salpingectomía izquierda. Modificación de la suspensión por Coffey.

B. Suspensión de Coffey con el pedículo a lo largo del mesosalpinx cubierta por el ligamento rotundo.

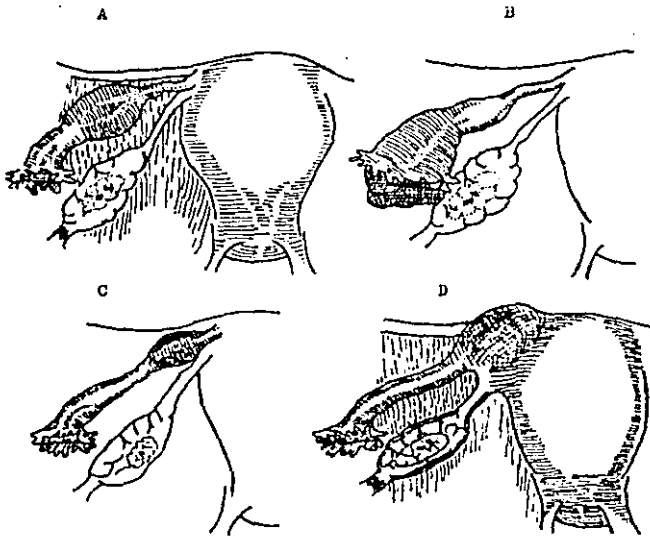


Fig . 2. Apariencia de embarazos ectópicos en el ampulla, infundíbulo istmico y cornual en la trompa de Falópio.

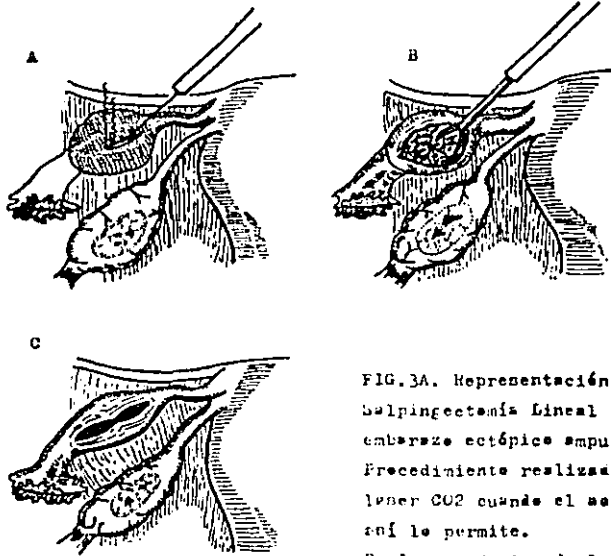


FIG.3A. Representación de la salpingectomía lineal en un embarazo ectópico ampular. Procedimiento realizado con laser CO2 cuando el acceso así lo permite.

B. Los productos de la concepción son removidos con el uso de fórceps de el mesosalpinx posterior a la salpingectomía

C. Apariencia después de la remoción. La insinión permite curar sin realizar cierre primario.

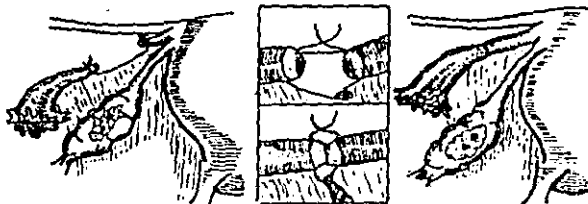


FIG 4. Tratamiento del embarazo ectópico istmico. A .El segmento involucrado de la trompa ha sido excidido y los pedículos ligados. El procedimiento anastomótico debe ser realizado en un segundo procedimiento quirúrgico. B.La anastomosis ha sido realizada al tiempo de la excisión del embarazo ectópico.

MATERIAL Y MÉTODOS.

En la presente investigación se obtuvieron 175 expedientes con diagnóstico de embarazo ectópico de la libreta de control hospitalario del servicio de Ginecología y Obstetricia y del servicio de Estadística e Investigación del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado; en el lapso comprendido entre enero de 1983 y agosto de 1987.

Se eliminaron 70 expedientes por haber presentado una patología diferente a la estudiada como salpingitis, quiste de ovario, freniditis, perforación uterina, aborto incompleto, hidrosalpinx y endometriosis.

No fué posible contar con 40 expedientes con diagnóstico de embarazo ectópico por encontrarse microfilmados. En total se estudiaron 65 pacientes.

Dentro de ésta investigación se analizarón las siguientes variables:

Edad de la paciente.

Número de gestaciones.

Antecedentes de cirugía previas.

Método practicado para el control de la fertilidad.

Manifestaciones clínicas más frecuentes.

Tiempo de amenorrea.

Diagnóstico de ingreso.

Localización del embarazo ectópico.

Estado físico general: anemia clínica, shock hipovolémico, fiebre.

T A B L A I

DISTRIBUCION POR EDADES

EDAD	FRECUENCIA
41	1
40	1
39	2
38	1
37	0
36	1
35	1
34	3
33	3
32	1
31	2
30	4
29	5
28	6
27	7
26	5
25	5
24	6
23	7
22	2
21	1
20	1
19	2
18	1

PROMEDIO : 27.6 años.

DISTRIBUCION POR EDADES EN 65 EMBARAZOS ECTOPICOS DEL HOSPITAL
REGIONAL LIC. ADONIS LOPEZ MATEOS, DE 1983 - 1987

T A B L A I I

FRECUENCIA DE GESTACIONES

GESTACIONES	FRECUENCIA
0	9
I	14
II	13
III	16
IV	9
V	4

PROMEDIO: 2.35

T A B L A I I I

CONTROL DE LA FERTILIDAD

METODO UTILIZADO	FRECUENCIA	%
D.I.U.	24	36.9
H. ORALES	15	23.07
H. INYECTABLES	8	12.3
SALPINGOCLASIA	5	7.6
METODO DE BARRERA	5	7.6
NINGUNO	4	6.1
SIN ESPECIFICAR	4	6.1

T A B L A IV

CIRUGIA ANEXIAL PREVIA

TIPO DE CIRUGIA	FRECUENCIA	%
ESTERILIZACION TUBARIA	5	33.3
ANEXITIS	4	26.6
ABSCESO TUBO OVARICO	3	20.0
SALPINGOPLASTIA	2	13.3
EMBARAZO ECTOPICO PREVIO	1	6.6
TOTAL	15	100%

T A B L A V

SIGNOS Y SINTOMAS	FRECUENCIA	%
AMENORREA	62	95.3
DOLOR ANEXIAL	60	92.3
MOVILIZACION CERVICAL DOLOROSA	60	92.3
MASA ANEXIAL	43	66.1
ANEMIA CLINICA	40	61.5
UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO	35	53.8
SANGRADO TRANSVAGINAL	33	50.7
SHOCK HIPOVOLEMICO	16	15.3
FONDO DE SACO DE DOUGLAS OCUPADO	8	12.3
PIEBRE	+	

+ No es cuantificable ya que no existen hojas de enfermería en la mayoría de los expedientes investigados.

T A B L A VI

TIEMPO DE AMENORREA

SEMANAS	FRECUENCIA	%
2	2	3.07
3	1	1.5
4	4	6.1
5	7	10.7
6	8	12.3
7	10	15.3
8	9	13.8
9	10	15.3
10	4	6.1
11	4	6.1
12	3	4.6
13	0	0.0
SE IGNORA	3	4.6

PROMEDIO : 7.38 SEMANAS DE GESTACION.

T A B L A VII

METODOS DIAGNOSTICOS

METODOS DX	FRECUENCIA	%
PUNCION DOUGLAS	50	76.9
ULTRASONOGRAFIA	18	27.6
PREGNOSTICON	6	9.2
BIOPSIA ENDOMETRICO	0	-
LAPAROSCOFIA	0	-
PUNCION ABDOMINAL	0	-

T A B L A VIII

DIAGNOSTICO DE INGRESO

EMBARAZO ECTOPICO:	FR	%
CORRECTO	47	72.3
INCORRECTO	18	27.6

T A B L A IX

LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO

LOCALIZACION	FRECUENCIA	%
AMFULAR	56	86.1
ISTMICO	5	7.6
FIMBRICO	3	4.6
ABDOMINAL	1	1.5
DERECHO	43	66.1
IZQUIERDO	22	33.8

T A B L A X

CIRUGIA PRACTICADA	FRECUENCIA	%
SALPINGECTOMIA	57	87.6
SALPINGO OFORECTOMIA	5	7.6
FIMBRECTOMIA	3	4.6

T A B L A X I

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
SALPINGITIS	26	37.14
QUISTE DE OVARIO	16	22.85
HIDROSALPIX	11	15.71
APENDICITIS	7	10.00
ABORTO INCOMPLETO	6	8.57
PERFORACION UTERINA	2	2.85
ENDOMETRIOSIS	2	2.85
TOTAL	70	

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El predominio de edad en las pacientes fué de 27.6 años, con un rango de 18 a 41. La paridad promedio fué de 2.35. En lo concerniente al método anticonceptivo predominó el DIU (36.9%), - los hormonales orales (23.07%), hormonales inyectables (12.3%), salpingoclasia (7.6%), métodos de barrera (7.6%), ninguno (6.1%) y sin especificar (6.1%). Tabla III.

El antecedente de cirugía previa, se presentó en un total de 15 pacientes, de ellos por esterilización tubaria (33.3%), laparotomía exploradora con diagnóstico final de anexitis (26.6%) por absceso tuboovarico (20%), salpingoplastia (13.3%), embarazo ectópico previo (6.6%). Tabla IV.

En relación a los signos y síntomas el 95.3% presentaron retraso menstrual, el 92.3% dolor abdominal, 66.1% masa anexial, - 50.7% sangrado transvaginal; el examen físico 61.5% presentaron anemia clínica, 15.3% choque hipovolémico, la fiebre no pudo ser valorada satisfactoriamente ya que no existen hojas de enfermería en la mayoría de los expedientes investigados.

Al examen ginecológico se presentó dolor a la movilización cervical (92.3%), útero aumentado de volumen (53.8%), fondo de saco de Douglas ocupado (12.3%). Tabla V.

El promedio de amenorrea fué de 7.38 semanas con un rango de 2 a 12. Tabla VI.

Los métodos diagnósticos empleados en nuestro hospital, se muestra en la tabla VII.

Se realizó punción del saco de Douglas en 50 ocasiones (76.9%) reportándose positividad en todas las ocasiones. En el 90% fué positivo al primer intento, y el resto en una segunda instancia. Se practicó exámen ultrasonográfico en 27.6%, se encontraron hallazgos sugestivos de embarazo ectópico (50%), fué incorrecto el diagnóstico ultrasonográfico reportándose negativo (33.3%) en concluyente el estudio (16.6%).

El preñosticón fué practicado en el 9.6% todas las pruebas se resieron como positivas.

No se realizaron otras pruebas como biopsia de endometrio, laparoscopia, punción abdominal. Tabla VII.

El diagnóstico fué correcto (74.3%) y negativo (27.6%). Tabla VII.

Localización del embarazo ectópico: Tubario (92.57%); de éstas ampular (86.1%), istmico (7.6%), ímbrico (4.6%), abdominal (1.6%). Predominó el ectópico derecho (66.1%) por un (33.8%) del izquierdo. Tabla IX.

La cirugía practicada más frecuente fué la salpingostomía (87.6%) y menos frecuente la salpingo ooforectomía (7.6%) y la fimbrectomía (4.6%).

Se presentaron complicaciones en el 15.3%, debido a choque hipovolémico, ameritando transfusión. Tabla X.

Los diagnósticos diferenciales fueron salpingitis (37.1%), quiste de ovario (22.8%), hidrosalpinx (15.71%), apendicitis (10%), - aborto incompleto (8.57%), perforación uterina (2.85%) y endometriosis (2.85%). Tabla XI.

CONCLUSIONES

La incidencia del Embarazo Ectópico varía entre 1/45 y 1/179 partes. En nuestra serie fué de 1/230. En lo que respecta al - embarazo abdominal se estima que hay una frecuencia de 10.0 ‰ 1100 000 nacimientos y 9.2 : 1000 ectópicos. En 14 950 partes se presente l embarazo abdominal. La incidencia del embarazo ovárico es de 1/700 partes; en nuestro estudio no se presente uno solo.

Estas cifras revelan que al menos en nuestro hospital, se ha producido un incremento en la incidencia del embarazo ectópico, pensando que incluso puede ser un número mayor, ya que algunas piezas operatorias no fueron enviadas a estudio anatómopatológico y no se conto con todos los expedientes solicitados por en - centrarse microfilmados.

La edad de las pacientes concuerda con la literatura mundial de 26 a 40 años, en nuestros pacientes fueron en promedio 27.6 años.

La paridad promedio en nuestro estudio fué 2.35, es importante hacer notar que el 13.8% eran pacientes nuligestas y 21.5% eran primigestas; cifra importante tomando en cuenta las repercusiones obstetricas en éstas pacientes.

El método de control de la fertilidad predominó el Dispositivo Intrauterino, sin embargo los hormonales orales reportan una cifra alta. Esto, explicable por los cambios hormonales, que afectan a todo el organismo, no escapan por lo tanto los -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

las trompas de Falopio. Este hecho debe tomarse en cuenta, ya que en nuestro estudio fué mucho más alto que incluso el antecedente de la salpingoclonia.

En relación a los signos y síntomas; el retraso menstrual fué el más constante, la confusión de períodos con un retraso menstrual de 5 a 7 semanas, cuando el diagnóstico se confunde con otros muchos, presentando un verdadero reto al médico, aún con el apoyo peroclínico.

Otro aspecto interesante es el hecho que el signo transvaginal se presentó solo en la mitad de los pacientes, dato que hay que tomar en cuenta para no descartar esta patología al no encontrar la tríada característica: dolor, masa y embarazo.

Al examen físico, la masita blanda fué el signo más frecuente, es importante esto, ya que la gran mayoría presentaba un embarazo ectópico roto lo que nos limita para un tratamiento conservador.

En relación a los métodos diagnósticos, el más empleado fué la punción de Douglas, con un alto porcentaje de positividad, esto se explica por el tipo de población estudiada en nuestro hospital, la gran mayoría de los pacientes acuden con un embarazo ectópico roto con el consecuente hemoperitoneo.

El Ultrasonido fue de ayuda en el 50% de los pacientes o las

cuales de las prácticas dicho estudio, sin embargo el diagnóstico incorrecto fué alto (35%) y no concluyente en 16%, esto podría deberse en primera instancia a que los equipos con los que contamos en nuestro hospital no son de la resolución deseada y segundo al error humano en la interpretación.

Los estudios de laboratorio, específicamente el pregnestación con métodos diagnósticos con los que no contamos en nuestro hospital y la fracción B-HCG no es un estudio con el que se cuenta de forma rutinaria.

Por lo anterior se deduce que aún estamos en desventaja con los países desarrollados en lo que a estudio de laboratorio se refiere, por lo que términos como "Zona de Discriminación" aún son lejanos a nuestro medio, por lo menor hospitalario.

Aún con las dificultades como todas el diagnóstico fué correcto en 72.7% de los pacientes estudiados, comparado a un 95% en países como Finlandia, E.U.A. .

Debe destacarse que el 95% de los pacientes se operaron dentro de las 24 hrs de su ingreso, hecho que excluye la posibilidad de contar con resultados de biopsia.

La localización del embarazo ectópico fué la reportada normalmente por los autores: Tubario y de ésta la ampulosa y posteriormente la istmica y fimbria.

Solamente se tiene el reporte de un caso de embarazo abdominal

habiendo una diversidad de signos y síntomas el diagnóstico se realizó durante la laparotomía exploradora.

Es necesario efectuar el diagnóstico diferencial con entidades patológicas de hemiabdomen inferior, no necesariamente de la esfera gineco obstétrica.

La cirugía practicada más frecuentemente fué la salpingectomía seguida por la salpingo ooforectomía, la cirugía conservadora como la compresión tubaria o la salpingectomía lineal se practicó solamente en dos casos.

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

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

- 1.- ALHGO No. 3 IELLS, Ginecología y Obstetricia. Segunda Edición. 1960.
- 2.- Arkutu A.A.: Concurrently Intrauterine and Ovarian Pregnancy - Case Report. Int. J. Gynecol. Obstet. 17:396, 1960.
- 3.- Akerlund M: Micometrial Activity and Endometrial Blood Flow in a Ectopic Pregnancy. Acta Obstet. Gynecol. Scand 57:470 1961.
- 4.- Batalla Lucio J. Tratado de Ginecología. Tono II. Decava Edición. 1961.
- 5.- Brenner Ef, Benoitetti T. Michael Dr. Sr.: Ectopic Pregnancy Following Tubal Sterilization Surgery. 49:323, 1977.
- 6.- Burnard K. Jerome HG: Ovarian Twir Pregnancy. Obstet. Gynecol. 55:272, 1980.
- 7.- Berger B. Blechner J. Et. Al: Ovarian Pregnancy Associated with Cooper - 7 Intrauterine Device, Obstetric and Gynecology. 52:5. 1978.
- 8.- Sulman E. : Toxic Embarras Ectópico. U.S.A.M. 1967.

- 9.- Ghidice A. Et. Al: Ovarian Ectopic Pregnancy in Association with-I Intrauterine Device in situ, Fertility and Sterility. 32:1. 1979.
- 10.- Chávez A. J. y cols. : Nuevos Factores Etiológicos del - Embarazo Ectópico. Ginecología y Obstetricia de México. - 44:265. 1978.
- 11.- Dexcus F. S. : Tratado de Ginecología. 1970.
- 12.- Gordillo E. J. y cols: Embarazo Abdominal Análisis de 10 casos, Ginecología y Obstetricia de México. 44:265. 1978.
- 13.- Gitstein, S. Ballan S. Schujman E. Peyber Mr. Teof R: Early Pregnancy Cervical Ultra Sonic Diagnosis and Conservative & Treatment Obstet. Ginecol. 54:758. 1979.
- 14.- Gaviño F.: Salpingeolusis por Laparoscopia y Minilaparotomía en el C.H. "20 de Noviembre". 1983.
- 15.- Girard L. Behemdouni M. Larene Jr.: Primary Ovarian Pregnancy Uterian Associated with Je Daikon Shield Iud. Obstet and Gynecology Jama. 51:403. 1978.
- 16.- Greer Higinio del Angel: Embarazo Ectópico. 1977.
- 17.- Hutchins, C.J.: A Sensitive Hemagglutination Assaye of Human Chorionic Gon Detropin in the Diagnosis of Ectopic Pregnancy. Obstet. Ginecol. Jama. 52:499. 1978.

- 18.- Hallett G.J.: Ectopic Pregnancy Associated with the Intrauterine Device. *A.M.J. Obstet and Gynecol.* 125:754. 1976.
- 19.- Kitchin J.D. Wein Em. Nunley Wc. Thiagarajah S, Thornton Wk.: Ectopic Pregnancy Current Trends. *Am. J. Obstet. and Gynecol.* 270. 1979.
- 20.- Klaus Ce., Manuel Rc., Narciso C. R., Silvio Sr., José AA. Embarazo Ovárico. Informe de tres casos. *Ginec. Obstet. México.* 49:273. 1981.
- 21.- Levi S, Lebilw P. : The Diagnostic Value of Ultrasonography in 342 suspected cases of Ectopic Pregnancy. *Acta Obstet. Gynecol. Scand* 59:29, 1980.
- 22.- Morales I.: Embarazo Ectópico Abdominal "Hospital Juárez". Diciembre de 1963.
- 23.- Muelas M., López F. de Agustín F.: Ovarian Pregnancy. *Acta Obstet. Gynecol. Hisp. Lusit.* 27:417. 1979.
- 24.- Ma KII MH, Evans, Yung S.: Intertitial Twin Pregnancy. *Obstet. Gynecol. Scand.* 56. 1977. (letter).
- 25.- Menzies Pd., Bergman R., Delighdish L.: Cervical Intrinsic Pregnancy Carried to term. *Obstet. and Gynecol.* 56:247. 1980.

- 26.- Mattingly Rf.: Embarazo Ectópico. The Linac Rv. Capitulo 10. 10 316. 1980.
- 27.- Mac Gausland A: High Rate of Ectopic Pregnancy Following Laparoscopic Tubal Coagulation Failure, Am. J. Obstet. Ginecol. 136:1, 1980.
- 28.- Nelson Rm.: Bilateral Internal Iliac Artery Ligation in Cervical Pregnancy. Conservation of Reproductive. Am. J. Obstet. Ginecol. 134:145. 1978.
- 29.- Novak BR., Jones WHN.: Embarazo Ectópico. Tratado de Ginecología. Capitulo 26, 251. 1982.
- 30.- Ortiz Peralta O. Vsc. GC. Venegas ZJ.: Full Term Ovarian Pregnancy Evaluation of Oxitocyn in its Diagnosis. Ginecol Obstet. México. 41:131. 1977.
- 31.- Ortiz CML., Vera GD., Casanova An.: Embarazo Ectópico. Correlación Clinicopatológica. Ginec. Obstet. Méx. 40:355. 1979.
- 32.- O. Karer y cols.: Ginecología y Obstetricia. Primera Edición. 1971.
- 33.- Phuntam Ob-Gin notes. 1975.
- 34.- Prichard J., Helleman L. Williams: Obstetricia. 1986.

- 35.- Ruiz V. y cols.: Fertilidad Post Embarazo Tubario. Ginecología y Obstetricia. México. 47:279. 1980.
- 36.- Sher V. y cols.: Diagnóstico ecocardiográfico de las tumores en Ginecología. Ginecología y Obstetricia de México. 49:292. 1981.
- 37.- Sanginés A. Tepete M.M., Cervante J.F., Okuyes Cerda K., Ahued J.R.: Embarazo Cervical, Informe de un caso. Ginecología y Obstetricia de México. 50:301. 1972.
- 38.- Stange J.J.: Manejo Quirúrgico Conservador del Embarazo Tubario. Carta al Editor.
- 39.- Schwartz R.O. Et. Al.: u-RGC As a Diagnostic Aid for Suspected Ectopic Pregnancy. 56:2. 1980.
- 40.- Schenberg L: Ectopic Pregnancy and First trimester abortion. Obstet. and Gynecol. 49:73. 1977.
- 41.- Salazar Chaverrín: Embarazo Ectópico en el C.H. "20 de Noviembre". 1971.
- 42.- Swiggs LB., Stumpf GP., Davajan V.: Unilateral Twin Interstitial Ectopic Pregnancy. Obstet and Gynecol. 70. 1975.
- 43.- Tenorio C. J., Cerón L.A. : Embarazo Ectópico General Unilateral G.M.C. Obst. México. 44:3:1. 1977.

- 44.- Larris H., Henrier R., Delecuer K.: Embarazo Ectópico. Ginecología y Obstetricia. 136.
- 45.- Zamora Orezo J. Et. Al: Echocardiography in the Diagnosis of Ectopic Pregnancy. Ginecol. Obstet. Méx. 46:403. 1979.
- 46.- Atsrsh K.: Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Maternal mortality. Obstet. Gynecol. Mar. 69:3. 1987 333-337.
- 47.- Callen W. : Ultrasonografía en Obstetricia y Ginecología. Rev. Médica Panamericana. 1985. 209-313.
- 48.- Grete, E. Declining Serum Concentrations of the β subunit of Human Chorionic Gonadotropin and Ruptured Ectopic Pregnancy. A.J. Obstet Gynecol. 156. 1987. 940-941.
- 49.- Lindblom. Local Prostaglandin F_2 Injection for Termination of Ectopic Pregnancy. The Lancet. Apr 4, 1987. 776-778.
- 50.- Mueller A., Tubal Pregnancy and the Risk of Subsequent Infertility. Obstet & Gynecol. May 69:5, 1987. 722-721.
- 51.- Gerler G. Ectopic Pregnancy in the sole Remaining Tube and management of the patient with multiple ectopic pregnancies. Clinical Obstet & Gynecol
- 52.- Ory J.: Hemorrhagic Treatment of Ectopic Pregnancy. Fertility and Sterility. November. 46:5. 1986, 757-769.

- 53.- Pittaway E. : hCG Dynamics in Ectopic Pregnancy. *Clinical Obstet & Gynecol.* Mar 30:1. 1987. 129-134.
- 54.- Seppälä, M. The Use of hCG and other Pregnancy Proteins in the Diagnosis of Ectopic Pregnancy. *Clinical Obstet & Gynecol.* Mar 30:1. 1987. 149-153.
- 55.- Shapiro, S. : The Nonsurgical Management of ectopic Pregnancy. *Clinical Obstet & Gynecol.* Mar 30:1. 1987. 230-234.
- 56.- Weckstein H., Louis. Clinical Diagnosis of Ectopic Pregnancy. *Clinical Obstetrics & Gynecology.* Mar 30:1. 1987. 236-244.