

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"EMBARAZO ECTOPICO: ACTUALIZACION, REVISION
DE CIEN CASOS EN LA SECCION DE GINECOLOGIA
DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS".

CESAR AUGUSTO DE LEON SANTIZO

Guatemala, Febrero de 1973.

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. CONCEPTO, LOCALIZACION, ETIOPATOGENIA, SINTOMAS Y SIGNOS, MEDIOS DE DIAGNOSTICO, CAMBIOS QUE SE OPERAN EN EL ENDOMETRIO.
- III. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- IV. PRONOSTICO
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. ESTUDIO ESTADISTICO
 - a) Edad
 - b) Paridad
 - c) Cirugia
 - d) Infección previa
 - e) Síntomas y signos más frecuentes
 - f) Medio diagnósticos
 - g) Anatomía patológica
 - h) Localización
 - i) Procedimientos quirúrgicos
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

En el presente trabajo se revisa la literatura mundial en los últimos nueve años y se hace un resumen de datos estadísticos, en relación a frecuencia, lado afectado, diagnóstico, diagnóstico diferencial, etc.; haciendo un estudio comparativo con el análisis de 100 casos de Embarazo Ectópico tratados en el Hospital General "San Juan de Dios", para obtener datos como incidencia a edad más frecuente que se presentó, lado afectado, antecedentes de enfermedad pélvica, infecciones, etc..

Al presentar este trabajo lo hacemos con el objeto de sacar porcentajes y estadísticas propias y poder compararlas con las de otros lugares.

DEFINICION: Se llama Embarazo Ectópico, a aquel embarazo en el cual la implantación del huevo fecundado tiene lugar en un tejido distinto al de la cavidad endometrial, (la mucosa que recubre la cavidad uterina). Esta denominación resulta más satisfactoria y completa que la del Embarazo Extrauterino, ya que la gestación puede ser ectópica y verificarse no obstante dentro del útero, como sucede en el caso del embarazo intersticial.

LOCALIZACION:

El Embarazo Ectópico se puede implantar en los siguientes sitios:

TROMPAS UTERINAS: Tubárico Itsmico
 Tubárico Ampular
 Tubárico Infundibular

UTERO: Intersticial
 En los Cuernos Uterinos
 Cervical

EN EL OVARIO

EN LA CAVIDAD ABDOMINAL.

(Ver FIGURA No. 1)

ETIOLOGIA:

Las causas a que se atribuye el Embarazo Ectópico, dependen de la región en la cual se localice este.

En el Embarazo Tubárico tenemos dos causas principales a saber:

1. - Factores que retardan o impiden el paso del huevo fecundado hacia la cavidad uterina. Entre estos factores tenemos la Salpingitis crónica (gonococcica, tuberculosa o debida a gram positivos, como estafilococos o estreptococos).

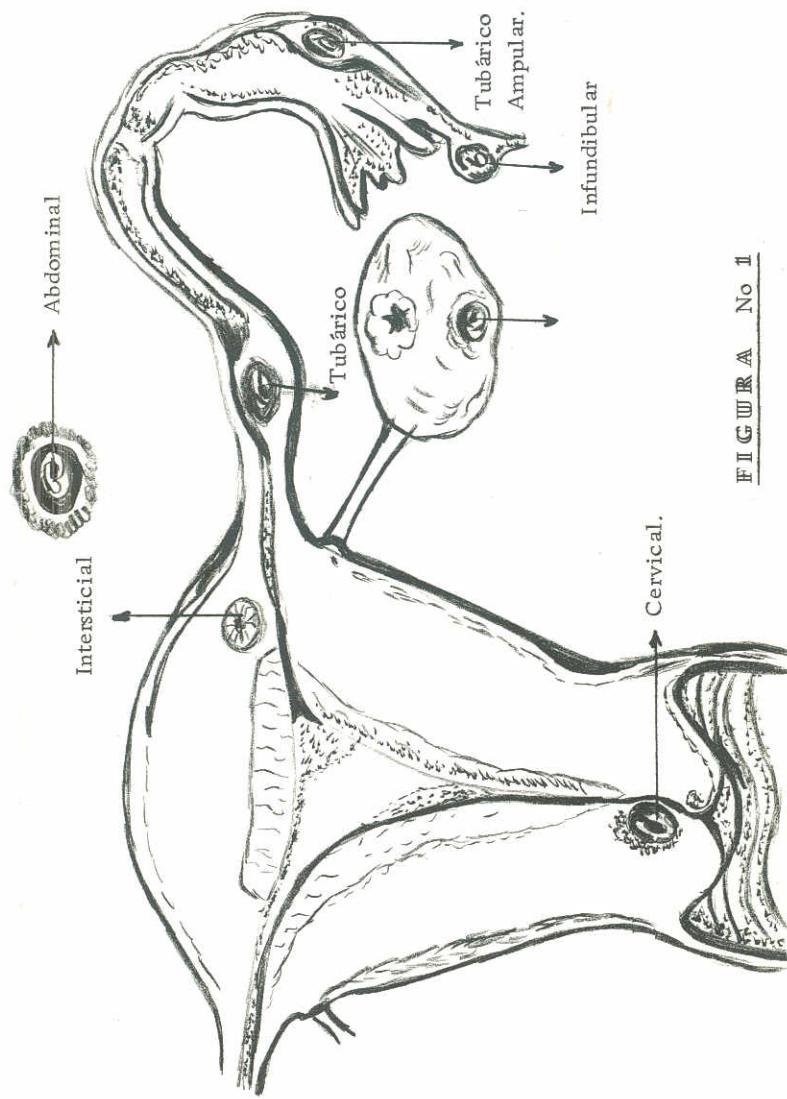
Las anomalías tubáricas congénitas, especialmente los divertículos y los orificios accesorios, pueden hallarse involucrados también en el proceso, al igual que la oclusión por adherencia o tumores situados fuera de la trompa. Por último, el papel aislado que puede desempeñar la trasmigración del huevo lo pone de manifiesto el hecho de que el embarazo pueda efectuarse en la trompa opuesta al ovario que contiene el cuerpo amarillo gravidico.

El huevo no se implanta hasta que se forma su elemento invasor, - el trofoblasto, cosa que normalmente ocurre después que el óvulo ha llegado al útero. Por esta razón creemos que el retardo de su progreso constituye el factor decisivo en el Embarazo Tubárico, pues permite que el trofoblasto se desarrolle cuando todavía el huevo se halla en la trompa.

2. - Factores que acrecientan la receptibilidad de la mucosa tubárica frente al huevo fecundado, como en los casos de ENDOMETRIOSIS TUBARICA a ese nivel.

-3- "A"

SITIOS DE IMPLANTACION ECTOPICA.



El Embarazo Ectópico Abdominal se debe, a que el huevo ya fecundado caiga a la cavidad abdominal a través de la fimbria.

Según Studdifor, para diagnosticar este tipo de embarazo debe observarse: 1.) Que ambas trompas y ovarios sean normales, sin señales de embarazo reciente; 2.) Ausencia de cualquier signo de fistula utero peritoneal; 3.) Presencia de un embarazo referido exclusivamente a la cavidad peritoneal y bastante reciente para eliminar la posibilidad de una implantación secundaria subsiguiente a una anidación primaria en la trompa. En el caso de embarazo abdominal secundario, las causas se explican por la ruptura de la trompa uterina o ruptura uterina, tal como lo indican Tan et al. (14).

Las causas que se suponen dan origen al embarazo intersticial (en la porción miometrial), se deben a una capa deficiente de células de NITABUSH en el sitio de implantación y horadación del trofoblasto. En el embarazo cervical se desconoce prácticamente la causa.

En el embarazo ovárico primaria, tenemos los siguientes criterios:

1. - Respecto a las causas:

- a) Interferencia en la expulsión del huevo del folículo al momento de la implantación.
- b) Implantación cortical siguiendo la fertilización en la cavidad peritoneal o la trompa.
- c) Implantación intersticial debida a la extrusión del huevo dentro del estroma ovárico y la fertilización subse...

cuente por el esperma que entra al ovario vía ruptura del folículo.

2. - Criterio de Spigelberg, para hacer diagnóstico de Embarazo Ectópico --

Ovárico:

- a) La trompa debe estar intacta y sin relación con el saco del embarazo.
- b) El saco del embarazo debe ocupar la posición anatómica del ovario.
- c) El saco ovárico debe estar en relación (conexión) con el útero por el ligamento utero-ovárico.
- d) Tejido ovárico debe existir en el saco del embarazo.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Entre los síntomas y signos, el dolor es el síntoma más precoz; la paciente se queja de un dolor punzante de tipo cólico que se presenta de vez en cuando en forma de sensación dolorosa vaga, del lado afectado de la pélvis. Cuando se produce la ruptura el dolor suele ser muy intenso, y va acompañado de desmayo y síncope, además de náuseas y vómitos en la mayor parte de los casos. Estos síntomas resultan de la reacción peritoneal producida por la salida de sangre procedente de la trompa. A nivel del hombro derecho puede notarse dolor, por irradiación del nervio frénico por contacto de la sangre libre existente en la cavidad peritoneal, con el diafragma.

El primer signo observado por la paciente probablemente sea un -

retaso de menstruación de siete a catorce días, seguido de ligera hemorragia que persiste, quizá con ligera pérdida sanguínea escasa, cada día o en días alteros; este tipo de hemorragia es en mancha, algunas veces de color obscuro, ocasionalmente puede que en lugar de haberse retardado el período menstrual, se anticipé algunos días; en otros casos cuando el embrión ha sobrevivido tiempo suficiente, es posible que la amenorrea se prolongue dos o tres meses; en los raros casos de Embarazo Ectópico que llegan a término, puede durar todo el embarazo.

Los signos subjetivos del embarazo, como náusea, por la mañana y aumento de volumen de las mamas faltan la mayoría de las veces, debido a que la gestación termina en época temprana en los casos que llegan a un estadio más avanzado, se pueden observar.

SIGNOS FISICOS:

El examen del abdomen puede resultar completamente negativo o causar a nivel del bajo vientre, una ligera sensibilidad más intensa, por lo general de un lado; ocasionalmente se puede percibir una tumoración a través de la pared abdominal. En el embarazo abdominal secundario y el embarazo de ligamento ancho, que con frecuencia se prolonga hasta fase avanzada y a veces llegan a término, el tamaño del abdomen suele realizarse en forma ininterrumpida, pudiendo escucharse el latido del corazón

fetal y palparse las partes fetales; la percusión puede revelar matidez a nivel de los flancos, ocasionalmente a la inspección, si ha habido una mancha azulada, como amarotada, que es el signo, se debe al depósito del pigmento hemático absorbido por vía linfática a nivel de la región umbilical.

EXAMEN GINECOLOGICO:

El cuello puede presentarse ligeramente reblandecido, el útero suele aumentar ligeramente de tamaño aún en el embarazo tubárico precoz. El dato característico es la presencia de una masa sensible a un lado de la pélvis; cuando la hemorragia pélviana ha sido profusa, se produce hematocele pélvico percibiendo a nivel de fondo de saco una sensación pastosa.

MEDIOS DE DIAGNOSTICO:

Entre los medios de diagnóstico, se cuentan la culdocentesis, la culdoscopía y la colpotomía anterior y posterior; así también el legrado - diagnóstico y el examen del endometrio obtenido tratando de encontrar - reacción decidual y la llamada reacción de Arias-Stella. Las pruebas de embarazo (gravindex, galli mainini) no proporciona un dato definitivo, - sin embargo, deben efectuarse ante la sospecha de Embarazo Ectópico; precisa indicar, que en nuestro medio no siempre se pueden efectuar por falta de personal técnico de laboratorio, idoneo durante los turnos hospitalarios, y por la premura del tiempo, los exámenes rutinarios generales de - hemoglobina, hematocrito, orina, cardiolipina, química sanguínea de--

ben ser efectuados.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

A continuación se mencionan los trastornos con los que más se confund de el Embarazo Ectópico y se ilustra en la figura No. 2.

Quístes Ováricos (retorcido, roto, hemorrágico), síndrome del ligamento redondo, amenaza de aborto, enfermedades renales no inflamatorias (litiásis, crisis de dietl), inflamatorias (pielonefritis) enteritis, apendicitis, cistitis; enfermedades sistémicas (diabetes, porfiria).

(Ver Figura No. 2.)

MATERIAL Y METODOS

El material empleado, fue la revisión de los libros de la Sección de Ginecología del Hospital General "San Juan de Dios", y luego se consultaron las papeletas de cien casos, utilizando un formulario elaborado a efecto de recabar la información deseada.

Posteriormente se procedió a efectuar al análisis estadístico de los datos obtenidos, para luego comparar éstos datos con los obtenidos en otros países.

El método utilizado fue el Analítico, en base al cual se efectuó el estudio a) Concepto, localización, etiopatogenia, síntomas y signos, me dios de diagnóstico, etc. etc..

RENALES NO INFLAMATORIAS

Renales no Infla-
matorias:

Cálculos, Crisis de
Dietl

Inflamatorias:

Pielonefritis

Diverticolitis

Enteritis

Apendicitis

Cistitis

Medicina General

Diabetes

Quístes Ováricos:

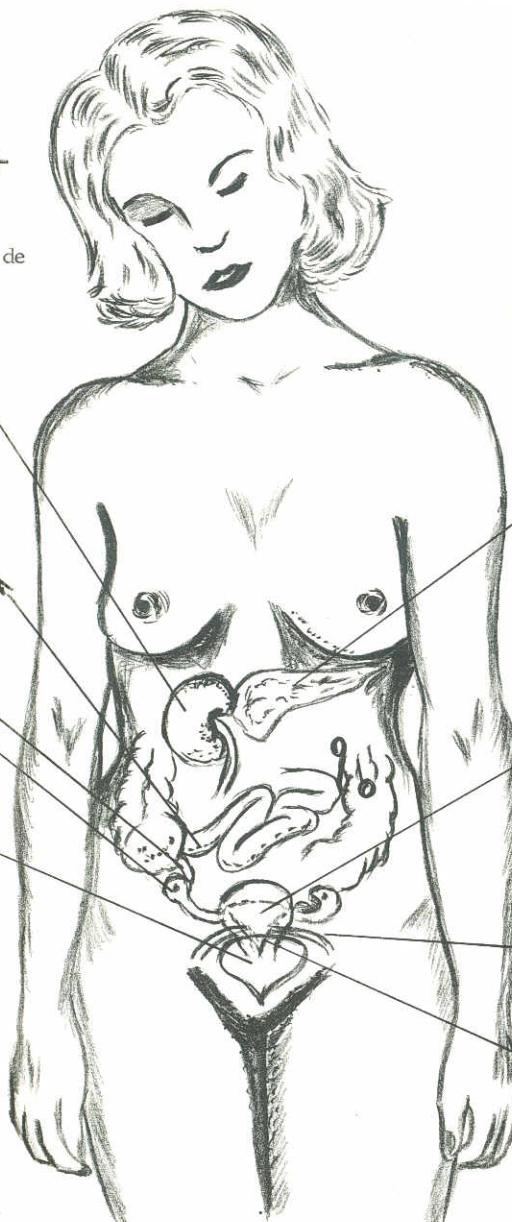
Retorcido

Roto

Hemorrágico

→ SME. del ligamen-
to redondo.

→ Amenaza de Abor-
to.



ESTUDIO ESTADISTICO Y PORCENTUAL.

En el presente estudio se revisaron cien casos de Embarazos Ectópicos que fueron operados en la Sección de Ginecología del Hospital General --- "San Juan de Dios" de Guatemala. Se efectuó un análisis estadístico y por centual, estableciéndose edad más frecuente, paridad, antecedentes, sig- nos y síntomas predominantes, medios diagnósticos, tratamiento, localiza- ción, anatomía patológica y procedimiento quirúrgico. Así mismo se ha- cen comparaciones con los datos publicados por autores de otros países.

La incidencia no se pudo establecer debido a que la Sección de Ma- ternidad es bastante joven y aún no contamos con número significativo de pacientes.

EDAD:

Las edades de las pacientes estudiadas oscilaron entre los 17 años y - los 45 con una edad promedio de 25 años, estando repartida la mayoría de los casos entre los 25 y 31 años de edad, según se puede apreciar en la -- tabla No. 1.

TABLA No. 1.

<u>EDADES:</u>	<u>NO. DE PACIENTES:</u>	<u>PORCENTAJE:</u>
17 a 24 años	30	30%
25 a 30 años	41	41%
31 a 39 años	28	28%
40 a 46 años	1	1%
<u>T O T A L :</u>	<u>100</u>	<u>100%</u>

Estos datos se acercan bastante a los descritos por Kistner (4), -

quien reporta edades oscilando de los 15 a los 45 años, con una edad promedio de 30.

PARIDAD:

En lo referente a paridad, sólo pudimos obtener datos exactos en 69 de las pacientes, de las cuales 22 eran nulíparas y 47 tenían embarazo previo, estando repartida la paridad como se aprecia en la tabla No.

2.

TABLA No. 2

NULIPARA 22 PACIENTES ----- 31.09%

Emb. Previo 47 " 68.91%

Grávida 1 -----	12 Pacientes
Grávida 2 -----	14 Pacientes
Grávida 3 -----	7 Pacientes
Grávida 4 -----	7 Pacientes
Grávida 5 -----	3 Pacientes
Grávida 6 -----	3 Pacientes
Grávida 7 -----	1 Paciente.

De estas pacientes, una ya había tenido un embarazo ectópico previo dos años antes del actual, sin embarazos en el interin, o sea que de las 100 pacientes sólo una había tenido embarazo ectópico previo; esto no concuerda con los datos obtenidos de otros autores (2-3-4-5-14), quienes reportan ectópico a repetición en un 10 a 16% de los casos.

Doce del total de pacientes habían tenido cirugía pélvica previa; a cinco se les practicó legrado instrumental por aborto incompleto, dos habían tenido operación cesárea, una mionectomía, una resección de quiste ovárico del lado izquierdo, en quién el Embarazo Ectópico se encontró en la trompa del lado derecho; dos apendicectomías, en una de ellas el Ectópico se encontró en la trompa izquierda y en la otra en la derecha, finalmente a una paciente se le practicó salpingectomía por salpingitis crónica y permeabilización de la trompa contralateral.

Se ha reportado que en un 15% de los pacientes a quienes se les practica plastía tubárica se puede producir un Embarazo Ectópico.

Se diagnosticó infección pélvica por anatomía patológica en 26 pacientes (16%) de las cuales dos eran agudas, 23 crónicas y una salpingitis nodosa. Así mismo se encontró una paciente con chancre luético.

El ritmo menstrual se reportó como normal en 15% de los casos (6), amenorrea en 77% y metrorragia en 66%; nosotros encontramos que 32 pacientes no tuvieron trastorno menstrual (32%) 33 presentaron amenorrea

(33%) y 35 con metrorragia (35%).

El síntoma predominante fue el dolor como se aprecia en la T
bla No. 3. -

TABLA No. 3. -

SINTOMA:	No. de PACIENTES:	PORCENTAJE:
Dolor	58	58%
Hemorragia Vaginal	36	36%
Fiebre	9	9%
Shock	9	9%
Lipotimia	5	5%
Astenia y Adinamia	2	2%
Vómitos	1	1%

Ulfelder reporta Shock en 10% de los casos y nosotros encontramos signos de Shock en 9% de nuestros casos.

Como hallazgos positivos al examen pélvico encontramos signo de Chadwick en tres pacientes, así como reblandecimiento del cuello, -- útero aumentado de tamaño en nueve, dolor en fondos de saco en 27 y -- presencia de masa anexial en 19 de los casos (19%).

La tendencia actual es a no darle mayor importancia a las pruebas de embarazo como ayuda diagnóstica en el Embarazo Ectópico, ya que el resultado va a depender de la viabilidad del embrión y trofoblasto, ya que al estar muerto este, la prueba será negativa y viceversa.

Así vemos que las cifras las hacen oscilar como positivas a un -

25 o 50% de los casos en nuestro estudio se le practicó prueba de embarazo a 20 pacientes, obteniendo once resultados positivos (55%) y 9 negativos (45%).

Otras medidas diagnósticas empleadas fueron: culdocentesis en 11 pacientes (11%) del total con un 100% de positividad. En otros lugares esta prueba se hace con mayor frecuencia (68%) y los resultados positivos alcanzan un 93% (5). Colpotomías se hicieron dos, una anterior y otra posterior, siendo ambas diagnosticadas. Legrado instrumental se llevó a cabo en 10 pacientes (10%), siendo reportados: 6 como endometrio proliferativo (60%), 4 como decidua (40%); ésto si difiere de otros datos obtenidos en la literatura, ya que decidua se reporta en un 20% de los casos, endometrio proliferativo en 30%, secretor en 40% y el resto menstrual o que no se puede diagnosticar edad menstrual.

Veintiseis pacientes necesitaron transfusión de sangre, 17 antes de ser intervenidas, 5 durante el acto operatorio y 4 después de este.

El hecho de contar con banco de sangre, que aunque con ciertas limitaciones, suple las necesidades de nuestro hospital, hace que en nuestro medio no se piense en la autotransfusión en el Embarazo Ectópico roto, tal como se usa en otros lugares, como Jamaica, en donde el Embarazo Ectópico ha llegado a reportarse con una frecuencia de 1:28 embarazos, y

la técnica de la autotransfusión ha llegado a perfeccionarse. (8)

En lo referente a localización del ectópico, 97 fueron tubáricos (97%), de éstos 42 se encontraron en el lado derecho (43.29%) y 55 en el izquierdo, equivalen al (56.71%). Aquí también encontramos diferencia, ya que clásicamente se describe como lado más afectado el derecho. Se encontró un embarazo intraligamentario (1%) uno intraabdominal (1%) y uno en el cuerno derecho (1%). Del total se encontraron 67 rotos (67%) y el resto 33 (33%), intactos.

LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS FUERON
LOS SIGUIENTES.

TABLA No. 4.-

Salpingectomía.....	45
Salpingectomía derecha.....	27
Salpingectomía bilateral.....	11
Resección de ectópico.....	7
Salpingofoorectomía derecha.....	2
Salpingofoorectomía izquierda.....	5
Salpingofoorectomía bilateral con hysterectomía abdominal total.....	2
Hysterectomía abdominal total.....	1
Apendicectomía profiláctica.....	21

ncontraron dos casos en los cuales se describe la permeabilidad de la trom-
ontralateral.

No encontramos datos acerca de embarazos subsecuentes en pacientes ope-
as por Embarazo Ectópico, lo cual no nos permite estimar las ventajas adscri-
a la extirpación de la troma y ovario del lado afectado, técnica que dicen
mienta la posibilidad de embarazos subsecuentes en un 12% (2). No encontra-
ninguna paciente con tuberculosis genitales, ni con dispositivo intrauterino.

Para los casos desesperados de aquellas pacientes a quienes se les ha efectuado Salpingectomía bilateral, y que desean tener hijos, tienen una esperanza
a operación de ESTES, la cual se ha efectuado en nuestro medio, aunque --
a el momento no se ha obtenido ningún resultado positivo.

Seward y colaboradores, reportan una relación definitiva entre Embarazo
ópico y uso de dispositivo intrauterino, con una incidencia de 1:29.5 (12).
reporta un fallecimiento (1%), por Shock e infección.

CONCLUSIONES

1. - En toda paciente en la cual se sospeche Embarazo Ectópico, se deben de efectuar determinaciones de hemoglobina y hematocrito, seriados y también hacerse culdocentesis y colpotomias con más frecuencia.
2. - La prueba de embarazo no es dato decisivo en el diagnóstico de embarazo.
3. - El legrado instrumental debe de emplearse con mucha cautela, aunque puede ser método diagnóstico de mucho valor.
4. - Debe de investigarse la permeabilidad de la trompa contralateral en caso de embarazo tubárico, para poder predecir el futuro obstétrico de la paciente.
5. - La apendicectomía profiláctica en nuestros casos, no constituyó un procedimiento nocivo, por lo menos en lo que a post-operatorio inmediato se refiere.
6. - Debe de mantenerse en mente la posibilidad de Embarazo Ectópico en toda mujer en edad fértil que se presente con irregularidad menstrual y así se omitirá con menos frecuencia dicha entidad.
7. - Al sospechar Embarazo Ectópico en una paciente, debe hacerse hincapié en recabar datos acerca de antecedentes de uso de dispositivos

intrauterinos.

8. - En vista del rápido progreso de la medicina en el área de la cirugía de --- trasplantes, en un futuro no distante la posibilidad de trasplante de trompas, debe ser tomada en cuenta.

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

1. - Dougherty, J. Primary ovarian pregnancy JAMA (2): 1337-9124, august 70.
2. - Douglas, E. S. Jr. Shingleton, H. M. and Crist, T. Surgical management of tubal pregnancy: effect on subsequent fertility. South Med. J. 62: 954. Nov. 1969.
3. Greenhill, J.P. Obstetrics. 11th ed. Phila. W.B. Saunders Co. 1966. pp. 414-417.
4. - Kisther, R.W. Gynecology, principles and practice. Chicago. Ill. Year Book Medical Publishers Inc., 1964. pp. 312-318.
5. - Lucas, C. and A.M. Hassin. Place of culdocentesis in the diagnosis of ectopic pregnancy, Brit Med. J. 1: 200---202, Jan 24 1970.
6. - Novak, E.R. , Woodruff, J.D. Novak's gynecologic and obstetric pathology. 6th ed. Phila., W. B. Saunders Co. 1967. pp. 515-516.
7. - Novac, Edmund. Tratado de Ginecología. Trad. por Alberto Folch. 7a. ed. México. Editorial Interamericana, 1963. 517-528.
8. - Pathak, U.N. and D.B. Stewart. Autotransfusion in ruptured ectopic pregnancy. Lancet 1: 961-964, May 9, 1970.
9. - Robbins, S.L. Textbook of Pathology, 2nd. ed. Phila. W.B. Saunders, 1962. p. 1051.
- 10- Schwartz, S. I. Principles of Surgery. New York, Mc Graw Hill, 1969. pp. 512-519.
- 11- Smulwics, J. J. et al. Retained placenta: following term abdominal pregnancy diagnosed by angiography, Am J.

ibliografía...

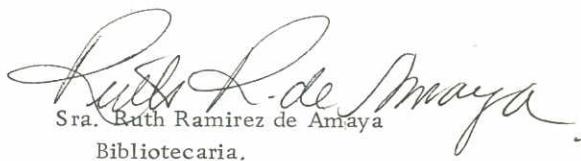
Obstet. Gynecol. 109 (8): 1220-1222, April 15, 1971.

2- Seward Paul N. et al. a definite relationship between ectopic pregnancy and D.I.U. Obstet. Gynec. 6: 214-217, August 1972.

3- Te Linde, Richard W. Ginecología operatoria Trad. al Español por Manuel Belaguer y otros. 3a. ed. Buenos Aires, Ed. Bernades, 1966. pp 523-527.

4- Tan, K.L. Recurrent abdominal pregnancy. J. Obstet. Gynec. Brit. Commonwealth 78: 1044-6, Nov. 1971.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. CESAR AUGUSTO DE LEON SANTIZO

DR. FAUSTO GONZALEZ
Asesor.

DR. OTTO BROLO HERNANDEZ
Revisor.

DR. JOSE QUIÑONEZ AMADO
Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHAR R.
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.
Decano.