

EMBARAZO ECTOPICO, REVISION DE 35 CASOS
EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL ROOSEVELT
AGOSTO DE 1973 - AGOSTO DE 1974

MANUEL LOU CHUY

CONTENIDO

1. Introducción
2. Consideraciones Generales
3. Diagnóstico
4. Diagnóstico Diferencial
5. Tratamiento
6. Pronóstico
7. Material y Métodos
8. Interpretación de Resultados
9. Conclusiones
10. Recomendaciones
11. Bibliografía

INTRODUCCION

La idea de realizar el presente trabajo, fue el de tener un conocimiento sobre el curso que siguen dentro del área hospitalaria los cuadros de emergencia como es el embarazo ectópico, patología que presenta al clínico dificultades para su diagnóstico cuando la sintomatología no es clara.

Se revisó en el Departamento de Obstetricia el período comprendido de agosto de 1973 a agosto de 1974, es interesante el seguimiento de los casos pues de sesenta y siete con etiqueta de embarazo ectópico sólo se comprobó en 35, sobre los cuales se realiza el análisis, los 32 restantes se consideraron como error diagnóstico.

Esperando que el presente estudio sirva como ejemplo para realizar otros similares que nos permitan conocer nuestra patología.

GRACIAS

CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICION:

Es la nidación y desarrollo del huevo fecundado que tiene lugar en un tejido distinto de la mucosa que encubre la cavidad uterina. (3).

Estableciendo su lecho, tan pronto como ha alcanzado su madurez para la nidación. Ello se produce, aproximadamente entre el tercer y sexto día de la fecundación. (7)

TIPOS DE EMBARAZO ECTOPICO:

El embarazo ectópico se clasifica según el lugar de implantación del huevo, dividiéndose en:

- a. Tubárico
- b. Tubo-ovárico
- c. Ovárico
- d. Abdominal
- e. Intraligamentario
- f. Cervical
- g. Combinado

Las más común de todas es la tubárica. Sub-dividiéndose en:

1. INTERSTICIAL O INTRAMURAL

Quando el huevo se implanta en la porción de la trompa que recorre la pared del útero.

2. ISTMICA

Se colaliza en la porción media y más estrecha de la trompa.

3. AMPULLAR

4. INFUNDIBULAR

Cuando se localiza en las fimbrias del pabellón de la trompa.

ETIOLOGIA:

El origen del embarazo ectópico es bastante discutido y acerca de él se postula las siguientes teorías:

a. Teorías ovulares:

1. Crecimiento precipitado del huevo
2. Energía y poder citolítico precoz
3. Factores que acrecientan la receptibilidad de la mucosa tubárica frente al huevo fecundado.

b. Factores intrínsecos:

Enfermedades infecciosas agudas: salpingitis gonocócica; infecciones crónicas: salpingitis tuberculosa y procesos cicatriciales no infecciosos: cicatrización en plastía de trompas y embarazos ectópicos anteriores.

c. Factores extrínsecos:

Que disminuyen el diámetro de la luz de la trompa: tumores extraluminales, procesos cicatriciales externos y acodaduras de la trompa.

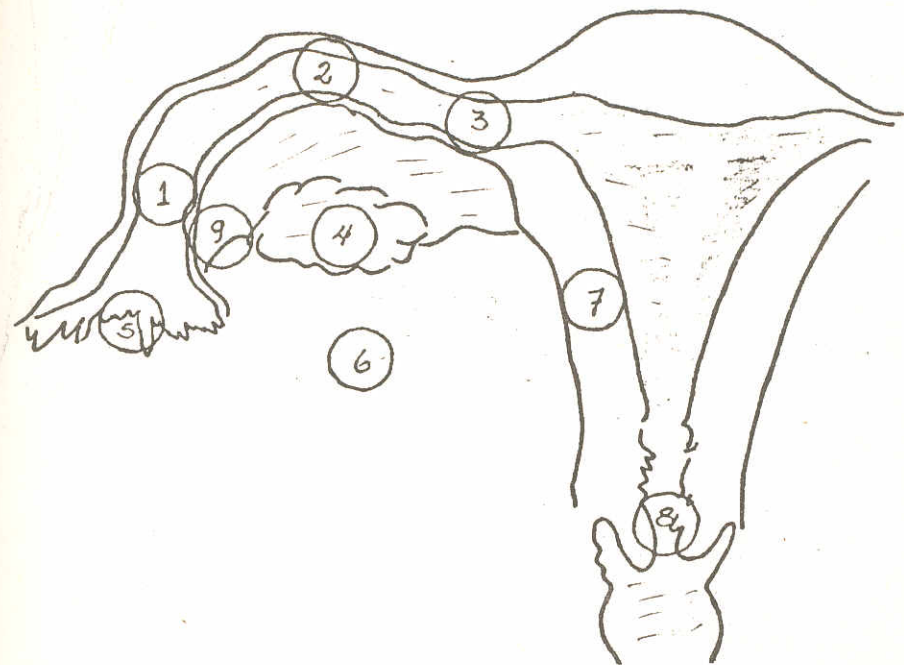
d. Anomalías congénitas:

1. Hipoplasia
2. Divertículos de las trompas
3. Trompas infantiles
4. Cuerpo uterino rudimentario

FRECUENCIA

En la bibliografía médica se encuentran datos muy variables en cuanto a la frecuencia de los embarazos ectópicos. Por lo general se establece una

CLASES DE EMBARAZO ECTOPICO



- 1.- Ampollar
- 2.- Istmico
- 3.- Intersticial
- 4.- Ovárico
- 5.- Infundibular
- 6.- Abdominal
- 7.- Intramural
- 8.- Cérvical
- 9.- Tube-Ovárico

relación con la cifra de partos.

Hay diferencias muy considerables de un país a otro.

La edad promedio en que las mujeres presentan embarazo ectópico es de 31 años. Con dos terceras partes comprendidos entre 26 y 35 años. Son relativamente raros los casos de embarazo ectópico en los extremos de la edad reproductiva.

Käser dá una incidencia de uno por cada cuatrocientos nacimientos. (7)

Schwarz uno por cada ciento cincuenta nacimientos. (2)

Novak de uno por cada trecientos nacimientos. (3)

Fontanilla indica uno por cada docientos nacimientos. (3)

Sin embargo se ha reportado que en Jamaica la incidencia es tan alta como un embarazo ectópico por cada 28 nacimientos. (3)

Se considera que el factor racial tiene importancia, pues se ha reportado mayor frecuencia en mujeres de raza negra.

ANATOMIA PATOLOGICA

Una vez el huevo fecundado se implanta en la mucosa tubárica, se presentan modificaciones muy semejantes a las que existen en el embarazo uterino. Pero la acción erosiva del trofoblasto veloso provoca la perforación de la pared tubárica, proceso que puede extenderse a la capa peritoneal.

La erosión de los vasos sanguíneos provoca la hemorragia.

Una imagen anatomopatológica que se observa en la desidia es lo que se conoce como fenómeno de Arias Stella, que consiste en alteraciones del epitelio glandular y puede simular un adenocarcinoma. En el fenómeno de Arias Stella ocurre una multiplicación celular exagerada con pluriestratificación de las células del epitelio glandular, con Hiperromasia nuclear y algunas mitosis anormales.

Este no es un signo patognomónico, pero su presencia nos induce a

sospechar que se trate de un embarazo ectópico (2), embarazo molar o corioepitelioma.

EVOLUCION DEL EMBARAZO ECTOPICO

Su evolución es muy variable. A diferencia de lo que ocurre en el embarazo intrauterino; encuentra en el lugar de nidación condiciones previas desfavorables. "EL HUEVO NO SOLO LABRA SU LECHO, SINO TAMBIEN SU TUMBA".

Al principio el fruto se desarrolla de la misma forma que en el caso de nidación intrauterina. A través de las conexiones con las vías linfáticas y sanguíneas se llega a las alteraciones gravídicas típicas en todo el organismo en general y en el útero, aun cuando éstas no siempre son tan manifiestas como en un embarazo intrauterino.(7)

Puede decirse que esta evolución determina en mucho el cuadro clínico; ya que embarazos ectópicos cervicales pueden evolucionar a aborto y la paciente sólo presentará hemorragia vaginal.

Sin embargo, los demás cuadros de embarazo ectópico encierran una gama variada de sintomatología, por lo tanto puede evolucionar a:

1. Regresión espontánea
2. Aborto tubárico
3. Ruptura tubárica
4. Embarazo abdominal secundario
5. Momificación del feto (litopedión)
6. Embarazo abdominal a término
7. Aborto intrauterino

SINTOMATOLOGIA

Inicialmente los síntomas clínicos de un embarazo ectópico se deben solamente a alteraciones generales iguales o similares a las que ocurren en un embarazo uterino precoz.

Para comprender mejor su sintomatología podemos dividirlo en tres

estadios, que son:

a. Estadio asintomático:

Durante este período, tanto el huevo en fase de desarrollo como la trompa, se encuentran completamente intactos.

Al principio, la trompa se halla poco afectada por la nidación ectópica del óvulo fecundado. Ocasionalmente la embarazada refiere, a partir del segundo mes de gestación la existencia de dolores ligeramente tirantes en un lado, que se atribuyen a contracciones de la trompa.

Sin embargo, no se describen síntomas característicos susceptibles de registrar la existencia de un embarazo ectópico.

Es posible que durante esta etapa, al efectuar la exploración los cambios gravídicos en el útero sean mínimos o nulos en relación a la amenorrea referida por historia.

b. Estadio oligosintomático:

Generalmente, los síntomas característicos de un embarazo ectópico hacen su aparición hasta que se han producido trastornos en el desarrollo del huevo en el interior de la trompa y el mismo comienza a fenecer.

Aproximadamente en un 80o/o de los casos, los primeros síntomas se manifiestan entre la quinta y octava semana después de la última menstruación.

En el transcurso de este estadio el cuadro sintomático es polimorfo, atípico así como la evolución clínica y los hallazgos exploratorios.

Por lo general, suele faltar la hemorragia menstrual a la segunda y cuarta semana; posteriormente se presenta hemorragia a la sexta y octava semanas después de la última menstruación. Acompañándose de lipotimias, astenia, vómitos, alteraciones en la evacuación o micción, sin ser constantes.

El hallazgo exploratorio no es significativo en la fase oligosintomática. Se encuentran los signos de una gestación correspondiente al primero o segundo mes.

La ligera hemorragia genital que se presenta en los casos característicos es parduzca o negruzca. Al efectuar la palpación, el hipogastrio se hace sensible, de manera especial en el lado del embarazo ectópico. El abombamiento de la trompa grávida puede ser tan insignificante que pasa inadvertido.

Cunado por ruptura del embarazo ectópico en el Fondo de saco de Douglas se ha acumulado cierta cantidad de sangre, se encuentra entonces un abombamiento de la pared vaginal posterior, que es dolorosa al examen.

La movilización de la portio (Porción intravaginal de la Cérvix) en la exploración interna desencadena inmediatamente dolor en el lado correspondiente a la localización del embarazo tubárico pero se ha de tener en cuenta que se observa así mismo en los procesos anexiales inflamatorios.

En este estadio, las pruebas del embarazo pueden ser negativas o positivas. El resultado depende de la existencia en la trompa de una cantidad suficiente de tejido coriónico, funcionalmente apto y en comunicación con la vía hemática, para formar la cantidad de gonadotropina coriónica que se requiere para un resultado positivo de la prueba.

c. Estadio de choque peritoneal

En el aborto tubárico es excepcional la hemorragia capaz de poner en peligro a la paciente, pues el segmento interno de la cápsula del fruto se afecta sobre todo en el Stratum Vasculosum de la pared tubárica, y por esta razón en corto tiempo pueden observarse los signos de alarma de desangramiento interno.

Cuando de un estado de bienestar completo, sin que se haya advertido la existencia de un embarazo, sin síntomas indicadores previos, se pasa súbitamente a un estado de dolor intenso en el hipogastrio cuya localización más aguda corresponde al lado afectado, debe hacer pensar en: embarazo ectópico roto.

En caso de hemorragia copiosa el dolor se irradia al epigastrio y finalmente por irritación del frénico al hombro y brazo, en ocasiones la paciente refiere pinchazos al respirar, y advierte que su respiración es anormal.

Al producirse una ruptura tubárica, se abren grandes vasos,

caso de embarazo tubárico intacto que alterado. La presencia de un embarazo abdominal avanzado puede demostrarse mediante radiografía. La sospecha de un embarazo ectópico puede confirmarse al encontrar porciones esqueléticas fetales junto a la cavidad uterina repleta de medios de contraste. La flebografía y la arteriografía pélvica pueden ayudar a diferenciar un embarazo intrauterino de un embarazo ectópico. (7)

6. QUIRURGICO (Exploración abdominal):

Su valor es realmente considerable en relación con su seguridad diagnóstica. Estas exploraciones deben realizarse en un ambiente hospitalario con personal entrenado y los recursos médicos necesarios para tratar a la paciente.

7. PRUEBAS BIOLOGICAS:

Son en un 35 a 50 por ciento de los casos positivos, pero no de mucha ayuda en el diagnóstico ya que el hecho de que salgan positivas para embarazo no confirma la posibilidad de que el mismo sea ectópico. (4)

8. HEMATOLOGIA:

La hematología es el parámetro de mayor confiabilidad en la evolución de un embarazo ectópico, esto debiendo tomarse una muestra basal al sospecharse el diagnóstico y un control periódico según evolución de la paciente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico presenta un desafío al médico, incluso al experto.

Un ectópico es fácil de identificar cuando se dispone de una anamnesis característica, de síntomas manifiestos y de un hallazgo exploratorio claro. Pero en la mayoría de los casos se requiere conocimiento amplio de diagnóstico diferencial en relación con otros cuadros patológicos.

Por lo tanto debe pensarse principalmente en cuadros ginecológicos, tales como embarazos intrauterinos intactos a menudo perturbados por procesos anexiales inflamatorios, hemorragias disfuncionales, así como otras afecciones ginecológicas de distinta índole.

Aproximadamente en un 10o/o de los casos de sospecha de embarazo ectópico se trata de cuadros patológicos de etiología no ginecológica.

El diagnóstico diferencial debe contemplar:

1. Aborto
2. Anexitis
3. Apendicitis
4. Quiste de ovario (Retorcido o no)
5. Persistencia de cuerpo luteo
6. Infección urinaria
7. Pancreatitis
8. Hidrosalpinx
9. Piosalpinx

Entre los numerosos cuadros patológicos que por la sintomatología de abdomen agudo hace pensar excepcionalmente en un embarazo ectópico. Podemos mencionar: la embolia pulmonar basal, infarto cardíaco, éstasis hepática aguda en caso de lesión cardíaca, aneurisma disecante y varias enfermedades del metabolismo y hemopatías.(7)

Otros cuadros relativamente raros son:

1. Ileo por estrangulación:

Anamnesis de laparotomías, hernias, cuadro de choque agudo, comienzo súbito, vómitos reflejos, oliguria.

2. Ileo por obstrucción:

Inicio lento, cuadro de choque retardado; la intensidad de los vómitos orienta sobre la altura de la obstrucción.

3. Ileitis terminal e inflamación de un divertículo de Meckel:

Cuya sintomatología es similar a la de apendicitis.

4. Colecistitis:

Intolerancia a las comidas grasas en la anamnesis, punto doloroso desplazable durante la inspiración, por debajo del arco costal.

5. Úlcera gástrica y duodenal.

6. Diverticulitis del colon:

Dolor en la fosa ilíaca, dolor inguinal, sangre y moco en la deposición. Abdomen agudo en caso de perforación.

7. Cálculo ureteral:

Dolores en forma de cólicos a lo largo del ureter, que irradia al pliegue inguinal.

Debe establecerse como regla general que abdomen agudo en mujer en edad reproductiva es igual a embarazo ectópico roto hasta demostrar lo contrario.

TRATAMIENTO

El tratamiento es netamente quirúrgico.

La técnica quirúrgica es la incisión en cuña de la trompa afectada con salpingectomía de la misma y peritonización del mesosalpinx correspondiente.

En el acto operatorio deberá investigarse la permeabilidad de la otra trompa. Si se encuentra obstruída deberá researse, pues el riesgo para otro embarazo ectópico es alto. La oforectomía sólo está indicada si el ovario está comprometido.

Debe tenerse en cuenta, que cuando se encuentra embarazo ectópico abdominal con placentación peritoneal, ésta no debe quitarse; sino únicamente ligarse al cordón ya que puede producirse hemorragia severa y de pronóstico reservado, o fístulas intestinales.

PRONOSTICO

El pronóstico es bueno en las pacientes tratadas adecuadamente y a tiempo, la mortalidad y la morbilidad son bajas.

Teniendo presente que a pesar de ser una emergencia la paciente deberá ponerse en condiciones quirúrgicas aceptables antes de intervenir.

Si el cuadro no es urgente, la paciente deberá ser estrechamente vigilada para que la exploración se realice en las mejores condiciones.

El problema de la fertilidad tiene gran interés dependiendo básicamente de la permeabilidad de la trompa no afectada y de los antecedentes ginecológicos de la paciente.

Puede afirmarse que una mujer después de un embarazo ectópico, tiene un 46 por ciento de posibilidades de quedar nuevamente embarazada. Pero una de cada cuatro de estas mujeres volverá a tener un embarazo ectópico.

Por ello, sólo aproximadamente una tercera parte de las mujeres con embarazo ectópico puede contarse con la posibilidad de un hijo vivo.(7)

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio comprende la revisión de sesenta y siete casos con diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico, los cuales fueron tratados en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt durante el período comprendido de agosto de 1973 a agosto de 1974, utilizando para obtener los datos el libro de Estadística y Registros Médicos del Departamento de Estadística y Archivo del Hospital Roosevelt.

Se analizan los siguientes parámetros:

- Edad de las pacientes
- Grupo étnico
- Grupo social
- Estado civil
- Antecedentes obstétricos
- Antecedentes quirúrgicos
- Sintomatología
- Tiempo de evolución
- Hallazgos clínicos
- Métodos de diagnóstico
- Acto quirúrgico
- Hallazgo operatorio
- Localización del ectópico
- Complicaciones post-operatorias
- Tratamiento post-operatorio
- Días de hospitalización
- Conclusiones
- Recomendaciones

RESULTADOS

De los 67 casos que ingresaron con impresión clínica de embarazo ectópico se comprobó en 35. En los 32 restantes el diagnóstico fue:

Diagnóstico	Frecuencia	o/o
Quiste ovárico	12 casos	37.5
Amenaza de aborto	7 casos	21.8
Metrorragias	6 casos	18.7
Apendicitis	2 casos	6.2
Infección Urinaria	2 casos	6.2
Salpingitis	2 casos	6.2
Fibromatosis	1 casos	3.1
TOTAL	32 casos	99.7

De los diagnósticos obtenidos el 36.3o/o correspondió a quiste ovárico (12 casos), el 21.2o/o a amenaza de aborto (7 casos), el 18.1o/o a metrorragias (6casos), el 6.2o/o apendicitis (2 casos), el 6.2o/o correspondió a infección urinaria (2 casos), el 6.2o/o a salpingitis (2 casos) y el 3.1o/o a fibromatosis (1 caso).

De estos casos 56o/o fueron intervenidos (18 casos) y el 44o/o recibieron tratamiento médico.

EDAD DE LAS PACIENTES

Edad	Frecuencia	o/o
15 - 19 años	1 paciente	3
20 - 24 años	10 pacientes	28
25 - 29 años	11 pacientes	31.4
30 - 34 años	7 pacientes	20
35 - 39 años	5 pacientes	14.2
40 - 44 años	1 paciente	3
TOTAL	35 pacientes	99.6

En el estudio se encontró la mayor incidencia en la década de 20 a 30 años de edad, siendo de 31.4o/o para el grupo de 25 a 29 años (11 pacientes), de 28o/o para el grupo de 20 a 24 años (10 pacientes), de 20o/o para el grupo de 30 a 34 años (7 pacientes), de 14.2o/o para el grupo de 35 a 39 años (5 pacientes). Como puede apreciarse en los dos extremos de 15 a 19 años y de 40 a 44 años fue de 3o/o respectivamente.

Lo anterior está de acuerdo con la literatura que reporta la mayor incidencia entre los 20 a los 39 años.

GRUPO ETNICO

El 89.6o/o (32 casos) correspondieron al grupo ladino y el 10.4o/o (3 casos) al grupo indígena.

GRUPO SOCIAL

La literatura reporta que la mayor incidencia de embarazos ectópicos es en grupos sociales de situación socio-económica baja.

Extremo que no pudimos comprobar en este estudio por carecer de datos.

ESTADO CIVIL

De las pacientes tratadas el 69.2o/o (24 casos) son unidas, el 16.8o/o solteras (6 casos) y el 14o/o (5 casos) correspondió a pacientes casadas.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

El 69.2o/o de las pacientes eran multíparas (24 casos), el 22.4o/o secundigestas (8 casos) y el 8.4o/o (3 casos) correspondió a primigestas.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS:

El 16.8o/o (6 pacientes) tenían el antecedente de un embarazo ectópico

anterior y el 2.8o/o (1 paciente), el de una cesárea segmental transperitoneal.

El 80.4o/o (28 pacientes) no tenían antecedentes quirúrgicos.

SINTOMATOLOGIA

AMENORREA:

Se observó el 100 por ciento de los casos (35 pacientes).

En el cuadro siguiente se detalla el tiempo de la misma:

Edad de Amenorrea	No. de casos	o/o
1 a 6 semanas	9 pacientes	25.2
7 a 11 semanas	21 pacientes	60.0
12 a 18 semanas	5 pacientes	14.0
TOTAL	35 pacientes	99.2

El 60.0o/o de las pacientes (21 casos) reportaron una amenorrea de 7 a 11 semanas.

El 25.2o/o de las pacientes (9 casos) reportaron una amenorrea de una a seis semanas.

El 14.0o/o de las pacientes (5 casos) reportaron una amenorrea de 12 a 18 semanas.

DOLOR:

En el 88.0o/o (31 casos) se reportó dolor.

En el 12.0o/o de las pacientes (4 casos) no reportaron dolor.

En el cuadro siguiente se detallan la localización del dolor:

Localización	Frecuencia	o/o
Hipogastrio	21 casos	67.7
Fosa ilíaca derecha	4 casos	13.0
Fosa ilíaca izquierda	3 casos	9.6
Mesogastrio	3 casos	9.6
TOTAL	31 casos	99.9

Otros Síntomas	Frecuencia	o/o
Hemorragia vaginal	23 casos	57.5
Lipotimias	8 casos	20.0
Náuseas y vómitos	4 casos	10.0
Estreñimiento	2 casos	5.0
Disuria	2 casos	5.0
Anorexia	1 caso	2.5
TOTAL	40 casos	100.0

HEMORRAGIA VAGINAL

El 64.4o/o presentaron hemorragia vaginal (23 casos).

LIPOTIMIAS

El 22.4o/o (8 casos) reportaron esta patología.

NAUSEAS Y VOMITOS

El 11.2o/o (4 casos) reportaron náusea y vómitos.

ESTREÑIMIENTO

El 5.6o/o (2 casos) lo reportaron.

DISURIA

Esta manifestación fue presentada por el 5.6o/o que corresponde a 2 casos vistos.

ANOREXIA

El 2.8o/o (o sea 1 caso) reportaron esta patología.

HALLAZGOS CLINICOS

La representación gráfica de los hallazgos clínicos es como sigue:

1.	Abombamiento de fondo de saco	18 casos
2.	Masa anexial	13 casos
3.	Signo de Proost	10 casos
4.	Signo de Blumberg	9 casos
5.	Signo de Chadwick	6 casos
6.	Utero aumentado de tamaño	6 casos
7.	Signo de Rovsin	5 casos
8.	Signo de Oddi	2 casos
9.	Signo de Solowij	2 casos
10.	Utero doloroso a la movilización	2 casos

Pero no podemos relacionar los hallazgos clínicos porque la información recabada es incompleta.

METODOS DE DIAGNOSTICO

Medios de Diagnostico	Frecuencia	o/o
Colpocentesis	21 casos	60.0
Laparoscopia	3 casos	8.5
Ultrasonido	1 caso	2.8
Ninguno	10 casos	28.0

De los medios de diagnóstico utilizados, el 72.0o/o (25 casos) el diagnóstico se confirmó, en el 28.0o/o (10 casos) no se practicó ningún método de diagnóstico, pero las pacientes fueron intervenidas en base a los hallazgos clínicos confirmados posteriormente el diagnóstico.

HALLAZGO OPERATORIO

En el 72.0o/o de las pacientes (25 casos) se encontró hemoperitoneo con una variación de 50 a 3000 cc. En el 28.0o/o de las pacientes (10 casos) los embarazos ectópicos no estaban rotos.

LOCALIZACION DEL ECTOPICO

Localización	Frecuencia	o/o
Derecho	22 casos	62.8
Izquierdo	13 casos	37.1

El 62.8o/o del embarazo ectópico fue derecho (22 casos), y el 37.1o/o (13 casos) fue izquierdo.

POR SU LOCALIZACION ANATOMICA

El cuadro siguiente lo describe:

Localización	Frecuencia	o/o
Ampullar	18 casos	51.4
Tubárico	13 casos	37.0
Ovárico	3 casos	8.5
Tubo-ovárico	1 caso	2.8

El 51.4o/o (18 casos) de las pacientes presentó localización ampullar, el 37.0o/o (13 casos) tubárico. El 8.5o/o (3 casos) ovárico y el 2.8o/o (1 caso) tubo-ovárico.

SHOCK

Se presentó en el 2.8o/o de los casos (1 paciente).

REVISION DE CAVIDAD PERITONEAL

Hallazgos	Frecuencia	o/o
Adherencias y bridas	15 casos	42.8
Quistes ováricos	6 casos	17.1
Ausencia de trompa contraria	6 casos	17.1
Salpingitis	2 casos	5.7
Trompa obstruída	3 casos	8.5
Negativo	3 casos	8.5

COMPLICACIONES POST-OPERATORIO

Complicaciones	Frecuencia	o/o
Anemia	23 casos	65.7
IRS	2 casos	5.7
Ictericia por hemólisis transfusional	1 caso	2.8
Ninguna	9 casos	25.7

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

Antibiotico	Frecuencia	o/o
Penicilina	21 casos	60.0
Cloranfenicol	3 casos	8.5
Eritromicina	3 casos	8.5
Ampicilina	2 casos	5.7
Ninguno	6 casos	17.1

El uso de los antibióticos fue profiláctico.

DIAS DE HOSPITALIZACION

Los días de hospitalización para las pacientes operadas fue de 6 días como promedio.

CONCLUSIONES

1. El Embarazo Ectópico es una emergencia quirúrgica.
2. El diagnóstico diferencial del Embarazo Ectópico presenta un desafío al médico, incluso al experto.
3. El pronóstico es bueno en las pacientes tratadas adecuadamente y a tiempo. La mortalidad y la morbilidad son bajas.
4. De los 67 casos se comprobó Embarazo Ectópico en 52.2o/o (35 casos) y el 47.8o/o se consideró error diagnóstico.
5. El 79o/o de las pacientes tuvieron una edad comprendida entre los 20 y 25 años, lo cual coincide con lo reportado en la literatura.
6. El 89o/o (32 casos) correspondieron al grupo ladino y el 10.4o/o (3 casos) al grupo indígena.
7. El 69.2o/o (24 casos) son unidas, el 16.8o/o (6 casos) solteras, y el 14o/o (5 casos) casadas.
8. El 69.2o/o (24 casos) eran multíparas, el 22.4o/o (8 casos) secundigestas, y el 8.4o/o (3 casos) correspondió a primigestas.
9. El 16.8o/o (6 casos) tenían el antecedente de un embarazo ectópico anterior.
10. El 60o/o de las pacientes (21 casos) reportaron una amenorrea de 7 a 11 semanas.
11. El 67.7o/o (21 casos) reportaron dolor localizado en el hipogastrio.
12. El 64.4o/o (23 casos) presentaron hemorragia vaginal.
13. Con los medios de diagnóstico utilizados, el 72o/o (25 casos) el diagnóstico se confirmó.
14. En el 72o/o de las pacientes (25 casos) se encontró hemoperitoneo con una variación de 50 a 3000 cc. En el 28o/o (10 casos) los embarazos ectópicos no estaban rotos.

15. El 62.8o/o (22 casos) de embarazo ectópico fue derecho, y el 37.1o/o (13 casos) fue izquierdo.
16. El 51.4o/o (18 casos) presentaron localización ampullar, el 37o/o (13 casos) tubárico, el 8.5o/o (3 casos) ovárico, y el 2.8o/o (1 caso) tubo-ovárico.
17. Las complicaciones post-operatorias, para anemia fueron de 65.7o/o que correspondió a 23 casos, para ictericia por hemólisis transfusional en 1 caso fue de 2.8o/o.
18. El 60o/o (21 casos) se empleó penicilina como uso profiláctico.
19. Los días de hospitalización para las pacientes operadas fue de 6 días como promedio.
20. El resultado fue satisfactorio en el 100o/o de los casos tratados.

RECOMENDACIONES

1. Debe establecerse como regla general que abdomen agudo en mujer en edad reproductiva es igual a embarazo ectópico roto hasta demostrar lo contrario.
2. La colpocentesis debe utilizarse como método diagnóstico, pues su práctica es factible a nivel de consultorio, teniendo valor cuando es positiva, cuando es negativa no descarta esta posibilidad.
3. La colpotomía facilita el diagnóstico y permite ocasionalmente resolverlo por esta vía.
4. El diagnóstico diferencial debe contemplar: Aborto, Anexitis, Apendicitis, Quiste de Ovario, Persistencia de cuerpo lúteo, Infección urinaria, Pancreatitis, Hidrosalpinx y Piosalpinx.
5. Dentro de otros cuadros patológicos de diagnóstico diferencial debe pensarse en: Ileo por estrangulación, Ileo por obstrucción, Colecistitis, Úlcera gástrica y duodenal, Diverticulitis del colon y Cálculo ureteral.
6. En el acto operatorio deberá investigarse la permeabilidad de la otra trompa. Si se encuentra obstruida deberá resecarse, pues el riesgo para otro embarazo ectópico es alto.
7. La ooforectomía sólo está indicada si el ovario está comprometido.
8. Debe tenerse en cuenta, que cuando se encuentra embarazo ectópico abdominal con placentación peritoneal; ésta no debe quitarse, sino únicamente ligarse al cordón ya que puede producirse hemorragia severa y de pronóstico reservado, o fístulas intestinales.
9. Hay que tener presente que a pesar de ser una emergencia la paciente deberá ponerse en condiciones quirúrgicas aceptables antes de intervenir.
10. La hematología es el parámetro de mayor confiabilidad en la evolución de un embarazo ectópico, esto debiendo tomarse una muestra basal al sospecharse el diagnóstico y un control periódico según evolución de la paciente.

11. La muestra obtenida en el acto quirúrgico debe enviarse a patología para su diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. Collado, Mercedes Vides de. Embarazo Ectópico Roto. Urgencia Quirúrgica. (Reporte de 50 casos operados en el servicio de emergencia del Hospital General). Tesis, Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Octubre, 1958.
2. Crowe W. Carlos. Embarazo Ectópico. (Consideraciones sobre dos casos llegados a término con niño vivo en la ciudad de Guatemala). Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Abril 1951.
3. E. Stewart Taylor. Obstetricia de Beck. 8a. Ed. México. Editorial Interamericana S.A. 1968.
4. Figueroa Micheo, Virgilio. Embarazo Ectópico en el Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Febrero 1968.
5. John Howkins, Ginecología Operatoria. 3a. Ed. Barcelona (España). Salvat Editores S.A., 1970.
6. Novak E. Tratado de Ginecología. 8a. Ed. México, Editorial Interamericana, 1971.
7. O. Käser. Ginecología y Obstetricia. 1a. Ed. Barcelona (España). Salvat Editores. 1974.
8. Robbins S. Tratado de Patología. 3a. Ed. México. Editorial Interamericana. 1968.
9. Registros Médicos. Hospital Roosevelt. Departamento de Estadística.
10. Schwarcz R. Obstetricia. 3a. Ed. Buenos Aires. El Ateneo 1970.
11. Vides L. Jorge. Embarazo Extra-Uterino. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Julio 1901.

BR.

MANUEL LOU CHUY

Asesor.

Dr: MARCO A. GONZALEZ C.

Revisor.

Dr: Luis A. Reynoso E.

Director de Fase III

Dr: Julio de León M.

Secretario General

Dr: Mariano Guerrero R.

Vo. Bo.

Decano

Dr: Carlos Armando Soto