

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EMBARAZO ECTOPICO, REVISION DE 2 AÑOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE COATEPEQUE

Revisión de los expedientes, de pacientes que con em-
barazo Ectópico consultaron al Hospital Nacional de
Coatepeque, durante el periodo comprendido de enero
de 1977 a diciembre de 1,978.

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Mé-
dicas de la Universidad de San Carlos

POR

ANTONIO GONZALEZ MEDINA

En el Acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo de 1. 979.

CONTENIDO

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III MATERIAL Y METODOS
- IV ANTECEDENTES
- V CONSIDERACIONES
 - a) Concepto
 - b) Incidencia
 - c) Etiología
 - d) Consideraciones Anatómicas
 - e) Terminación del Embarazo Tubárico
 - f) Signos y Síntomas
 - g) Métodos Diagnósticos
 - h) Tratamiento
- VI. PRESENTACION DE RESULTADOS
- VII DISCUSION
- VIII CONCLUSIONES
- IX RECOMENDACIONES
- X BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El Embarazo Ectópico ocupa un lugar muy especial en la patología obstétrica, por lo poco frecuente y por las complicaciones que registra, lo que conlleva a una alta morbimortalidad materna, sabiendo que el diagnóstico oportuno y el tratamiento inmediato abate la morbimortalidad, el propósito de este trabajo es revisar nuestra experiencia actual en el diagnóstico y tratamiento de este padecimiento. Además de revisar la literatura internacional para la actualización de nuevos conocimientos que sobre el tema existan.

En la presente investigación se efectúa una revisión retrospectiva de los expedientes de las pacientes que con Embarazo Ectópico consultaron al Hospital Regional de Coatepeque durante el período comprendido del primero de enero de 1977 al 31 de diciembre de 1978.

Efectuándose en este estudio la investigación del grupo etario más afectado, los antecedentes ginecológicos, sin tomatología presentada, técnicas diagnósticas, y el tratamiento que se efectuó en dichas pacientes.

Esperamos contribuir aunque sea en mínima parte con este propósito y contar con estadísticas propias del área de estudio, motivando así mismo, para que se efectúen otros estudios sobre la patología tan interesante que se encuentra en pacientes que acuden a este Centro Hospitalario.

OBJETIVOS

1. Actualizar y recopilar datos y conocimientos que se tengan hasta la fecha sobre Embarazo Ectópico, en Ginecología y Obstetricia.
2. Investigar la incidencia que representa el Embarazo Ectópico, en el Hospital Nacional Juan José Ortega, durante el período comprendido del 1o. de enero de 1977 al 31 de diciembre de 1978.
3. Investigar cual fué el grupo etario más afectad, sintomatología y hallazgos clínicos, que con más frecuencia consultaron las pacientes.
4. Investigar cuáles son las causas predisponentes que usualmente son causa de Embarazo Ectópico.
5. Establecer cuáles fueron los métodos diagnósticos, tratamiento, quirúrgico, empleado en estas pacientes.
6. Contar con estadísticas propias del área de estudio y contribuir al desarrollo de otras investigaciones sobre la patología existente.

MATERIAL Y METODOS

MATERIALES:

Para la realización del presente trabajo se consultaron los archivos y libro de operaciones general del Hospital Nacional Juan José Ortega, de las pacientes que con Embarazo Ectópico se presentaron en el período comprendido del 1o. de enero de 1977 al 31 de diciembre de 1978, efectuándose un comentario al final de cada uno de ellos.

Para la revisión bibliográfica se consultaron varios libros de texto, revistas y tesis de grado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

METODO:

Se efectuó una revisión de las papeletas de las pacientes, consultantes, procediéndose luego a la tabulación de los datos obtenidos, efectuándose su análisis y conclusiones.

Creemos necesario hacer la salvedad que el total de casos encontrados no identifican el número total de pacientes con Embarazo Ectópico ya que por la dificultad en la localización de papeletas se tuvo que prescindir de algunas de ellas.

ANTECEDENTES

1. Embarazo Extrauterino
Jorge Vides 1901
2. Embarazo Ectópico
Luis F. Galich 1937
3. Embarazo Ectópico
Carlos Crowe 1951
4. Consideraciones sobre el Embarazo Ectópico y su Tratamiento en el Medio Rural
Carlos Enrique Guzmán 1954
5. Embarazo Ectópico Roto Urgencia Quirúrgica
Mercedes Vides de Collado 1958.
6. Embarazo Ectópico
Virgilio Micheo 1968
7. Embarazo Ectópico
César A. De León Santizo. 1973.
8. Embarazo Ectópico 35 casos.
Lou Chuy Manuel 1976.
9. Embarazo Abdominal, Revisión de 3 casos en el Hospital Nacional de Escuintla
Julio E. Mora Domínguez 1978.

CONSIDERACIONES GENERALES

CONCEPTO:

Se designa Embarazo Ectópico a la implantación en cualquier otra parte que no sea el endometrio que reviste la cavidad uterina. Se utiliza el término embarazo Ectópico para designar tanto el Embarazo Tubárico, como Abdominal, Ovárico Etc.(6) (7) (10). (ver figura)

LOCALIZACION:

TROMPAS UTERINAS	TUBARICO ISTMICO TUBARICO AMPULAR TUBARICO INFUNDIBULAR INTERSTICIAL
UTERO	EN LOS CUERNOS UTERINOS CERVICAL

EN EL OVARIO

EN LA CAVIDAD ABDOMINAL

INCIDENCIA:

La incidencia de Embarazo Ectópico ha aumentado en los últimos años debido principalmente al aumento de la promiscuidad, padecimientos venereos y el uso indiscriminado de agentes antimicrobianos. Encontrándose las poblaciones de recursos socioeconómicos bajos más afectados. (3) (6) (10) (11).

El Embarazo Tubárico explica el 95% de todos los ectópicos, encontrándose diferentes incidencias en las distintas poblaciones, reportándose datos tales como 1 embarazo, por cada 100 a 150 niños nacidos.(3) (6) (10)

Los demás sitios de implantación son menos frecuentes - encontrándose así el embarazo abdominal reportado en algunos países de uno en 3372 nacidos hasta 1:20,000. El

embarazo intersticial representa el 1% de todas las gestaciones tubáricas(6) (10) (1)

Hay autores que opinan que la presencia del DIU(Dispositivo contraceptivo uterino), no impide la migración de los espermatozoides al sitio de la fertilización, existiendo estudios que indican que reduce el embarazo intrauterino en un 99.9%, el embarazo tubárico 95%, pero el ovárico no se reduce en nada.(4) (10) (11).

ETIOLOGIA:

Entre las causas que pueden predisponer a un embarazo ectópico están 2 grupos:

A. Procesos que impiden o retardan el paso del huevo fertilizado al interior de la cavidad uterina.

1. Endosalpingitis: Se le atribuye como el principal causante de embarazo ectópico. Siendo este un proceso infeccioso.
2. Anomalías Tubáricas Congénitas, divertículos, orificios accesorios e hipoplasias.
3. Adherencias Peritubáricas: A consecuencia de infecciones post-aborto, puerperales, apendicitis, tumores.
4. Operaciones previas sobre la trompa bien para restablecer la permeabilidad o para laterar la continuidad.
5. Migración externa del huevo, retardando el transporte del huevo hacia la cavidad uterina.

B. Aumento de la Receptibilidad del huevo fertilizado por parte de la mucosa uterina.

El segundo grupo de causas es más difícil de comprobar aunque tiene importancia. En ocasiones pueden descubrirse en la trompa áreas, endometriales típicas, siendo fácil comprender como el huevo se ha implantado.(6) (10)

CONSIDERACIONES ANATOMICAS:

El huevo puede desarrollarse en cualquier porción de la trompa, dando origen a los distintos tipos de embarazo. El modo de implantarse puede ser en 2 formas: Columnar o Intercolumnar (10)

Columnar.- Siendo muy rara el huevo fecundado queda adherido en el extremo o en el lado de uno de los pliegues de lamucosa.

Intercolumnar.- La implantación se produce en una depresión entre 2 pliegues mucosos.

Una vez el huevo fecundado se implanta las modificaciones son semejantes a las que se observan en el embarazo uterino, con excepción de la reacción decidua(6)(10)

El huevo se entierra en el epitelio y se localiza en el tejido situado inmediatamente debajo del mismo. En su periferia es una cápsula de trofoblasto rápidamente proliferante, que invade y erosiona los tejidos conectivos subyacentes y el músculo de la trompa. En consecuencia los vasos sanguíneos maternos se abren y la sangre se vierte en los espacios de variable tamaño.

El curso subsiguiente del embarazo depende en gran parte de la porción de la trompa en que se ha producido la implantación. En el embarazo ampular, el huevo en crecimiento empuja la membrana capsular hacia adelante en dirección del lumen tubárico, que resulta ocasionalmente comprimido adoptando una forma de media luna. Cuando la implantación ocurre en el istmo, en particular en la porción inmediata al útero, el pequeño tamaño del lumen impide la posibilidad de tal expansión.

Reacción Desidual: Si se puede producir una reacción desidual, aunque en una minoría de casos puede comprobarse siempre presenta caracter fragmentario e incompleto en contraste con la respuesta masiva y uniforme que puede ser observada en el útero.

El desarrollo de la placenta en sus primeras fases es idéntica en los embarazos tubáricos y uterinos.

Alteraciones Uterinas.- Sea cual sea el lugar en que tenga verificación el embarazo, la mucosa uterina responde con reacción desidual a los estímulos hormonales mientras se mantiene vivo. Sin embargo al morir el embrión la decidua uterina se descama, generalmente en fragmentos, a veces como un solo molde de la cavidad uterina. Cuando se elimina todo el molde, la paciente suele creer que ha tenido un aborto, error igualmente frecuente por médico.

TERMINACIONES DEL EMBARAZO TUBARICO:

1. Aborto Tubárico. Los productos de la concepción se separan del endosalpinx y el aborto es expulsado a través del extremo fimbriado. Ocurre entre las 6 y 12 semanas. Encontrándose el aborto en los embarazos ampulares, mientras que la rotura intraperitoneal es más frecuente en el embarazo itsmico.

La hemorragia en el aborto tubárico como en el rotura intraperitoneal es idéntica, con la diferencia que en la primera es dentro del lumen de la trompa y en la segunda es hacia la cavidad peritoneal. La consecuencia inmediata es la separación del huevo total o parcialmente. Si es completa el huevo es expulsado al lumen de la trompa donde la sangre derramada la empuja poco a poco hacia el extremo fimbriado atravez del cual es a veces expulsado hacia el interior de la cavidad uterina.

En el caso de aborto tubárico incompleto la hemorragia es escasa o moderada, resultando el huevo infiltrado de sangre, lo que le da la apariencia de una mola sanguinolenta. La hemorragia puede persistir, goteando lenta, desde la extremidad fimbriada al interior del fondo de saco recto uterino, donde puede quedar encapsulada formando un HEMATOCELE. (6) (10)

Rotura de la Cavidad Peritoneal.- Como resultado de la acción erosiva del trofoblasto puede presentarse rotura tubárica, que se acompaña de hemorragia en la cavidad peritoneal llegando en ocasiones a ser mortal. Se presenta regularmente en las primeras semanas de gestación; siendo la rotura el resultado de un influjo externo (traumatismo con el coito, examen ginecológico) (6) (10)

En la rotura intraperitoneal, todo el huevo puede ser expulsado de la trompa, pero si el desgarró es pequeño es posible que sobrevenga una hemorragia profusa sin su escape. En cualquier caso, la paciente suele mostrar de inmediato signos de colapso. Si la paciente no es operada y no muere de hemorragia, el destino del feto depende del daño que haya padecido y de la duración de la gestación. Algunos consideran que un producto de concepción de pocos días puede implantarse de nuevo en cualquier otro sitio. Este es poco frecuente ya que seguramente ha presentado daños durante la transición. Los productos de la concepción si son pequeños, pueden ser reabsorbidos o de ser mayores, pueden permanecer en el fondo de saco durante años en forma de masa encapsulada o calcificarse hasta formar un LITOPEDION (Momificación). (6) (10).

Embarazo Abdominal Secundario: Esto ocurre al ser expulsado el feto en el momento de la rotura, quedando la placenta parcial o totalmente adherida a la trompa, pudiéndose ulteriormente su desarrollo, siendo posible que llegue a término dando origen a un Embarazo Abdominal secundario. (6) (10) (1)

La implantación primaria del huevo en el peritoneo es tan rara que muchos autores han dudado de su existencia, debiendo satisfacer los criterios de Studdiford, que son los siguientes: 1) Trompa y ovarios normales sin evidencia de lesión reciente o remota; 2) Ausencia de cualquier evidencia de fistula uteroplacentaria, y 3) Presencia de un embarazo exclusivamente relacionado con la superficie Peritoneal y lo bastante reciente para eliminar la posibi-

lidad de implantación secundaria después de la nidación primaria en la trompa. (10) (1)

Rotura en el ligamento Ancho o Interligamentoso. En un número pequeño de casos, es especial cuando la implantación se efectúa a lo largo de la línea de unión del mesosalpinx, el embrión se escapa entre los pliegues del ligamento ancho y es seguido gradualmente por la placenta. Siendo esta la rotura más favorable. Pudiendo terminar con la muerte del feto, formando un hematoma del ligamento ancho. (6) (10)

SIGNOS Y SINTOMAS

Regularmente antes de romperse el embarazo ectópico, la paciente no presenta manifestaciones clínicas, pudiéndose sospechar solamente un embarazo normal. Aunque los síntomas y signos de embarazo ectópico son a menudo confusos, un número alto de mujeres acuden antes que se desarrolle el cuadro clínico clásico.

Dolor.- Es un síntoma temprano, siendo muy ligero o su comienzo puede presentarse en forma de sensación dolorosa vaga del lado afectado de la pelvis, siendo más usual que la paciente se queje de dolor punzante de tipo cólico. Al ocurrir la ruptura o el aborto, el dolor es más intenso, acompañado de desmayo, náuseas, vómitos. (3) (6) (7) (10) (11) (12).

Amenorrea. Se obtiene historia de falta de menstruación en la 1/2 o 1/4 de las pacientes, debido principalmente a una mala interpretación de una hemorragia patológica con una verdadera menstruación. (3) (6) (10)

Hemorragia Vaginal. Mientras el huevo está intacto no existe hemorragia, pero al morir este la desidua uterina es eliminada sangrando la mucosa uterina, por falta de estimulación hormonal. Las características de la hemorragia son: escasa, de color marrón oscuro, ser intermitente y continua. En ocasiones esto puede confundirse con

un aborto (6) (7) (9) (10).

Síncope y Choque Hipovolémico. Si la hemorragia es muy profusa se presentan los síntomas de choque, pulso rápido palidez externa, piel fría, disnea, debiéndose instituir un tratamiento inmediato. Los signos subjetivos del embarazo como náuseas por la mañana y aumento del volumen de las mamas, no se presentan regularmente, por el poco tiempo de gestación.

Examen del Abdomen: Puede ser negativo o ser más sensible a nivel del bajo vientre. Según la edad gestacional puede percibirse una sensación de masa en la parte inferior. A la inspección puede observarse una coloración azul de la piel lo que es consecuencia de una hemorragia intraperitoneal, conociéndose como Signo Cullen (6) (10)

Hipersensibilidad Vaginal. Uno de los hallazgos más frecuentes es la hipersensibilidad vaginal, siendo más notorio al movilizar el cuello uterino.

Alteraciones Uterinas. El útero aumenta de tamaño por acción de las hormonas siendo de igual tamaño que en el embarazo intrauterino. Lo que da la sensación de masa pélvica.

Presión Sanguínea y Pulso. La presión sanguínea tiende a disminuir debido a la hemorragia intraabdominal, la frecuencia del pulso suele estar acelerada.

DIAGNOSTICO:

Es de suma urgencia efectuar un diagnóstico precoz de embarazo ectópico, debido a que es un cuadro clínico que puede llevarnos a un error diagnóstico. Entre los procesos que pueden presentarse en dicha confusión están:

- 1) Salpingitis aguda o crónica; 2) Amenaza de Aborto o

Aborto incompleto; 3) Rotura de un cuerpo lúteo o de un quiste folicular con hemorragia intraperitoneal; 4) Torsión de un quiste ovárico y 5) Apendicitis.

Para el diagnóstico de embarazo ovárico se encuentran los criterios de Spiegelberg que son los siguientes: 1) que la trompa en el lado afecto esté intacta; 2) que el saco fetal ocupara la posición del ovario; 3) que estuviera conectado con el útero por el ligamento ovárico, y 4) que se encontrara tejido ovárico indiscutible en su pared(10).

A causa de las dificultades en el diagnóstico se hace necesario recurrir a ciertas pruebas diagnósticas. Entre las medidas diagnósticas podemos encontrar una cifra leucocitaria moderadamente elevada, pero también se observa una marcada leucocitosis. Los test de gestación, en general pueden servir de algún apoyo diagnóstico cuando son positivos. Una prueba negativa carece en absoluto de cualquier valor como garantía de la ausencia de un proceso gestativo.(6) (10)

Culdocentesis. En años recientes la utilización de la culdocentesis se ha difundido y ha conducido a un diagnóstico más temprano del hemoperitoneo. Esta técnica de introducción de una aguja en el fondo de un saco de Douglas es utilizada sin complicaciones, haciéndose un examen inmediato de la cavidad peritoneal. Se implanta una aguja de anestesia raquídea No. 18 através del fornx posterior, succionándose con una jeringa, el descubrimiento de sangre no coagulada en la cavidad peritoneal es un signo muy útil para llegar al diagnóstico clínico.(2) (3) (6) (7) (10)

Reacción de Arias-Stella. Se ha insistido recientemente en esta reacción de las glándulas endometriales en relación con el embarazo ectópico. Este cuadro endometrial lo describieron por primera vez Polak y Wolfe en 1924, en un saco de embarazo tubárico. Arias Stella 30 años des-

pués llamó de nuevo la atención hacia las atípicas características histológicas del endometrio encontrando en asociación con aborto, endometritis sincitiales, mola hidatiforme, coricepiteloma.

La reacción es como sigue:

1. Núcleo: Aumento de tamaño asociado a hipercomacia o picnosis, frecuente pleagamiento de las membranas nucleares.
2. Citoplasma: abundante citoplasma, vacuolado de ordinario de tinción eosinófila.
3. Descamación de tales células en el interior de la luz glandular.(6) (7) (10).

Culdoscopia; laparoscopia. Se considera la culdoscopia un método diagnóstico de máxima utilidad en aquellas gestaciones ectópicas aún intactas, cuando la historia clínica ni los resultados de la exploración pélvica o del quiste ovárico sistomático. Más recientemente la laparoscopia se ha empleado con las mismas indicaciones y puede resultar de aceptación más generalizada a causa de la ventaja posicional para la paciente y el campo visual más amplio (6) (7) (10)

Sonografía: La identificación de los productos de la concepción en la trompa de falopio es a menudo muy difícil por sonografía(8) (10).

TRATAMIENTO:

Luego de haber efectuado el diagnóstico de embarazo ectópico, debe efectuarse inmediatamente una laparotomía exploradora. Siendo el tratamiento habitual del embarazo ectópico la Salpingectomía, con ooforectomía ipsilateral o sin ella. Es aconsejable el efectuar transfusiones repetidas debido a la hipovolemia existente.

La conducta a tomar en el Embarazo Abdominal a término difiere, por lo que se recomienda la siguiente conducta. Si el feto está vivo debe dejarse la placenta en su sitio, haciendo el corte del cordón umbilical a ras de la cara fetal placentaria, debe de hacerse la estirpación de la zona desprendida seguida de hemostasia, cerrar la pared abdominal y no dejar drenaje. Si el feto está muerto debe tratarse de extirpar la placenta siempre y cuando su sitio de implantación y la facilidad de la hemostasia lo permitan ya que es más fácil y menos riesgoso hacer la extracción de la placenta con feto muerto.

Con relación al tratamiento quirúrgico si el feto está cerca de la viabilidad se puede esperar bajo estricta vigilancia, para obtener un producto que pueda sobrevivir. Cuando el feto está muerto, si las condiciones de la paciente lo permiten es aconsejable intervenir a las 3 o 4 semanas de muerto el feto.

RESULTADOS

En el período del primero de enero de 1977 al 31 de diciembre de 1978, fueron atendidos 2,850 partos eutócicos y 508 partos distócicos, dando un total de 3,358 partos. Se revisaron 18 pacientes con embarazo Ectópico. Presentando el Embarazo Ectópico una incidencia en relación con los partos atendidos del 0.56% o bien un embarazo ectópico en cada 176 partos atendidos.

CUADRO No. I
GRUPO ETARIO.

EDAD	No. Casos	Porcentaje
Menos de 15	1	5.35
16-20	2	11.11
21-25	6	33.33
26-30	3	16.66
31-35	1	5.55
36-40	3	16.66
41 o más		
TOTAL	18	100.00

La edad de las pacientes varió de los 18 a los 43 años. El grupo etario más afectado fué el de los 25 a los 30 años. Pudiéndose encontrar en este grupo un 33.33% de las pacientes con Embarazo Ectópico.

CUADRO II
GESTACIONES

PARIDAD	No. de casos	Porcentaje
Gestas I	4	22.22
Gestas II	2	11.11
Gestas III	0	-----
Multiparas	7	38.88
Sin antecedentes anotados	5	27.77
Total	18	100.00

En el Cuadro II nos muestra las gestaciones de las pacientes, siendo de 1 a 9 gestas, con un promedio de 4.5 gestas. Siendo múltipara un 49.99% y 22.22% nulíparas. No se encontró antecedentes de gesta anterior en 5 casos (27.77%)

CUADRO No. III
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

ENFERMEDAD	No. de Casos	Porcentaje
Apendicectomía	1	16.66
Infección Pélvica	3	50.00
Embarazo Ectópico Anterior	2	33.33
TOTAL	6	100.00

Como antecedentes ginecológicos y quirúrgicos importantes pudimos encontrar, la Infección Pélvica en 3 casos (50%) ocupando el primer lugar, apendicectomía en una paciente 16.66%; antecedentes de tratamiento quirúrgico por embarazo ectópico anterior en 2 pacientes (33.33%). En las pacientes con embarazo ectópico anterior, una de las pacientes lo

había presentado hacia 3 años y la segunda paciente hacía solamente 4 meses.

Un 50% de las pacientes observaron amenorrea de 5 a 13 semanas, 2 pacientes con hemorragia (11.11%) sin antecedente de amenorrea se presentaron 6 casos (38.88%).

CUADRO IV
SINTOMATOLOGIA.

SINTOMA	No. de Casos	Porcentaje
Dolor	16	88.88%
Nausea	2	11.11%
Vómitos	1	5.55%
Hemorragia	7	38.88%
Anorexia	1	5.55%
Mareos	1	5.55%
Sudoración	1	5.55%
Masa Abdominal	2	11.11%

Como se puede apreciar en el Cuadro IV se encuentran síntomas referidos por las pacientes, observándose el dolor abdominal en 16 pacientes (88.88%) teniendo el dolor como característica de ser de aparición brusca en 14 pacientes, prolongándose en 2 pacientes más de 8 días.

La hemorragia genital externa ocurrió en 7 enfermas (38.88%) otros síntomas como náuseas, mareos, vómitos, fueron solo ocasionalmente referidos.

Entre los hallazgos encontrados al examen físico, se pudo observar que los signos vitales tales como temperatura no presentaban alteración, la presión arterial se encontraba severamente disminuida en 2 casos, el resto con una hipotensión moderada de más o menos 80/50.

CUADRO V
HALLAZGOS ABDOMINALES Y GINECOLOGICOS

SIGNOS	No. Casos	Porcentaje
Dolor Abdominal	16	88.88
Cuello Doloroso	6	33.33
Hemorragia Vaginal	5	27.77
Masa Abdominal	2	11.11
Chadwick	1	5.55
Utero aumentado	5	27.77
Dolor en fondo de saco	2	11.11
Prolapso uterino	1	5.55
Orificios abiertos	1	5.55
Masas anexiales	4	22.22

Se encontraron datos de dolor abdominal, a la palpación en 16 de las pacientes(88.88) Se palpó crecimiento uterino en 5 de las pacientes(37.77%), cuello doloroso en 6 pacientes(33.33%, hemorragia vaginal en 5(27.77%) los demás hallazgos fueron encontrados en pocas pacientes.

CUADRO VI
DIAGNOSTICO DE INGRESO

DIAGNOSTICO	No. de Casos	Porcentaje
Embarazo Ectópico	8	44.44
Quiste Retorcido	5	27.77
Hemorragia Disfuncional	1	5.55
Aborto Incompleto	1	5.55
Amenaza de aborto	1	5.55
Prolapso Uterino	1	5.55
Hernia Incarcerada	1	5.55
TOTAL	18	99.96%

En el Cuadro VI se hace referencia al principal diagnóstico con que ingresaron las pacientes, pudiéndose observar que en un 44.44% se hizo el diagnóstico temprano de Embarazo Ectópico. Sospechándose en el resto de las pacientes con excepción de 2(Hernia Crural y Prolapso Uterino), el cual se hizo durante, la intervención quirúrgica.

La principal técnica diagnóstica fué la culdocentesis y ocasionalmente la paracentesis por dificultades técnicas. A continuación los resultados de estas pruebas diagnósticas.

CUADRO VII
TECNICAS DIAGNOSTICAS

Culdocentesis Positiva	12	66.66
Culdocentesis Negativa	1	5.55
Paracentesis Positiva	3	16.66
No se efectuó	2	11.11
TOTAL	18	99.98%

La culdocentesis fué positiva en 12 pacientes(66.66%) y negativa en 1 paciente(5.55%), las paracentesis efectuadas todas resultaron positivas. No se efectuó culdocentesis a las pacientes que el diagnóstico se hizo durante la intervención.

CUADRO No. VIII

TIPO DE CIRUGIA	No. Casos	Porcentaje
Salpingectomía derecha	4	22.22
Salpingectomía Izquierda	4	22.22
Salpingooforectomía der.	6	33.33
Salpingooforectomía Iz.	3	16.66
Hernioplastia+Salpingooforectomía derecha	1	5.55
TOTAL	18	99.98

Como lo muestra el cuadro VIII, la cirugía que se realizó más frecuentemente fué la Salpingooforectomía derecha 6 casos(33.33%), Salpingectomía derecha 4(22.22%) y Salpingectomía izquierda también con 4 casos(22.22%)

DISCUSION

Se efectuó la revisión de 18 expedientes de pacientes con embarazo Ectópico, pudiéndose encontrar una incidencia de 0.56% de los partos atendidos, o de un Embarazo Ectópico por cada 176 partos, representando en comparación con otros estudios un valor intermedio(3) (5) (6) (7) (10) (11) (12).

El grupo etario estuvo comprendido de los 18 a los 43 años con promedio de 30 años, lo que concuerda con otros estudios realizados en Guatemala y los reportados por Kistner.

Es de hacer notar que 3 de las pacientes no habían presentado embarazos anteriores, desconociéndose si presentaban algún problema de esterilidad que afectara.

En 3 de las pacientes se encontró cirugía abdominal previa, representando esto 15.78% de todas las pacientes, cifra menor que la encontrada por otros autores(11)(12). Entre la cirugía previa efectuada la Apendicectomía, represento el 16.66% y 2 pacientes con Embarazo Ectópico anterior lo que representa un 33.33%, siendo el Embarazo Ectópico a repetición de uno en cada 9 de las pacientes de esta serie, siendo un dato idéntico al obtenido por otros autores(10) (11) (12).

Las infecciones Pélvicas fué el principal antecedente ginecológico que se obtuvo, representando el 50% de los antecedentes.

Se obtuvo el dato de amenorrea en el 50% de los casos, no habiéndose obtenido en el 38.88%. Tanto al examen físico como en la historia, el principal hallazgo lo ocupó el dolor abdominal, siendo su principal característica la de aparición brusca(83.33%), cifra alta en comparación con el 67.30% encontrada en otras estadísticas.(6) (10) (12).

La culdocentesis fué la técnica diagnóstica más empleada, dando una positividad en las pacientes en que se utilizó, del 92.30% cifra que no concuerda con otras investigaciones que reportan una menor efectividad.(6) (7) (10) (12).

En lo referente a la localización del embarazo se vió más afectada la trompa derecha que la izquierda, razón por la que se efectuaron más intervenciones quirúrgicas de dicho lado, sobresaliendo la Salpingooforectomía de-
recha.

CONCLUSIONES

1. El Embarazo Ectópico es una entidad nosológica, que representa en la población de Coatepeque, una alta morbilidad, siendo poco frecuente la mortalidad en este tipo de pacientes.
2. El grupo etario más afectado fué el de los 26 a los 30 años, encontrándose como promedio los 30 años.
3. Las infecciones Pélvicas continúan siendo la causa predisponente más importante en pacientes con Embarazo Ectópico, no lográndose establecer que se deba al aumento de la promiscuidad o tratamientos inadecuados.
4. El dolor abdominal es uno de los principales síntomas y signos encontrados en pacientes con Embarazo Ectópico.
5. La técnica diagnóstica que se utilizó con mayor frecuencia fué la culdocentesis, dando una positividad del 92%.
6. En los casos de Embarazo Ectópico se encontró más afectada la trompa derecha que la izquierda, razón por la que se efectuaron más salpingectomías y salpingooforectomías del lado derecho.
7. En ninguno de los casos se efectuó comprobación por anatomía patológica.
8. El diagnóstico de Embarazo Ectópico se encontraba equivocado en un 55.56%

RECOMENDACIONES

1. Tomar en cuenta el Embarazo Ectópico en el diagnóstico diferencial, en toda paciente que consulta a una Emergencia con dolor abdominal de causa desconocida.
2. Se recomienda la Culdocentésis como la técnica más inocua y fácil de realizar, pero sin olvidarse que pueden recurrirse a otras medidas diagnósticas como la culdocopía, laparoscopia, angiografía, ultrasonograma, etc.
3. Es preciso que sabiendo que el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato disminuyen la morbilidad, deben ponerse más atención a nuevos métodos diagnósticos y medidas terapéuticas más efectivas.
4. El laboratorio sigue siendo un recurso útil, en el diagnóstico, recomendándose implementarlo más adecuadamente para utilizarlo al máximo, así como la creación a corto plazo de Banco de Sangre.
5. Se recomienda la comprobación por Anatomía Patológica de las piezas extirpadas, para un mejor seguimiento del caso.

BIBLIOGRAFIA

1. ACOSTA BENDEK EDUARDO. Embarazo Abdominal con feto vivo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Julio agosto 76, 231-235.
2. ACOSTA BENDEK EDUARDO, La culdocopía en la Práctica Ginecológica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Sept. Octubre 77.231-233.
3. DAVIS CHRISTOPHER. Editorial Interamericana México 19-74. Décima Edición Tomo 2 1441-1442,
4. MICHAEL BURKE. The Intrauterine Device and Ectopic Pregnancy. M. Br. Med. J. (6054) 169 15 Jan 77.
5. NELSON Y COL. Radiología en Obstetricia. Clínicas - Obstétricas y Ginecológicas 1966 marzo 120-127.
6. NOVAC E.R. y H W JONES. Embarazo Ectópico. En su tratado de Ginecología. Trad. Por Alberto Folch y Pi. 8 ed. México Interamericana, 1972.
7. T.E. LINDE Y MATINGLY RICHARD. Ginecología Operatoria Editorial Bernaldes S.A. Buenos Aires Cuarta Edición 1972.
8. SABASHA RUDY E. M.D. Ultrasound in Obstetrics. Guest. Editor. Vol. 2 June 1977 270-273.
9. SCHOMBERY LEONAR A. Ectopic Pregnancy and First Trimester, Obstetrics and Gynecology Vol. 49 Num. 1 Jan 77 73-75.
10. WILLIAMBS OBSTETRICIA. Salvat Editores S.A. Mallorca 43. Barcelona, 1973.466-489.
11. CHAVEZ AZUELA JOSE. Nuevos Factores etiológicos del Embarazo Ectópico. Ginec. Obstet. Mex. Vol. 44 Num 265 1978.

Bibliografía.....

12. ORTIZ CABRERA MA. DE LOURDES. Embarazo Ectópico: Correlación Clínico Patológica. Ginec. Obstet. Mex. Vol. 40 Num. 241. 355-362.

Administración

Asesor
Dr. RAFAEL CASTAÑEDA CABRERA.

[Signature]

Revisor
DR. CESAR A. LAMBOUR LIZAMA

[Signature]

Director de Fase III
Dr. JULIO DE LEON MENDEZ, -

[Signature]

Secretario General
DR. RAUL A. CASTILLO RODAS

Vo.Bo.

[Signature]

Decano
Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO