

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO CORRELACION CLINICO,
QUIRURGICA Y PATOLOGICA**

Revisión de Salpingectomía efectuadas por Diagnóstico Clínico de Embarazo Ectópico, en 269 Pacientes Tratadas en los Departamentos de Gineco-obstetricia y Patología del Hospital General San Juan de Dios; durante el periodo del 1 de Enero de 1989 al 31 de Diciembre de 1993.
Guatemala.

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

ALLVIN GERARDO CHANAX MORALES

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

GUATEMALA, AGOSTO DE 1994.

DL
05
T(7195)

HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"
SUBDIRECCION MEDICA
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION

V-4-94

Oficio No. _____

Guatemala, 21 de Julio 1.99 4.

BACHILLER
ALLVIN G. CHANAX
PRESENTE.

EL COMITE DE INVESTIGACION LE INFORMA QUE SU INFORME FINAL HA SIDO AUTORIZADO PARA LA DIVULGACION DE SU TRABAJO DE TESIS - TITULADO:

"EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO CORRELACION CLINICO-
PATOLOGICA". -----

SIN OTRO PARTICULAR QUEDO DE USTED.

ATENTAMENTE,

M. Hernandez
ENFERMERA. MARIBEL HERNANDEZ ARGUETA.
COORDINADORA DEL COMITE DE INVESTIGACION.



Vo.Bo.

[Signature]
DR. CESAR AUGUSTO REYES MARTINEZ
JEFE DEPTO. DE DOCENCIA E INVESTIGACION.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 27 de julio

de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS ALLVIN GERARDO
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
CHANAX MORALES Carnet No. 88-16362
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO, CORRELACION CLINICO, QUIRURGICO, Y
PATOLOGICA"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos
metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de
las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y cien-
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante



Asesor
Firma y sello personal

Dr. H. Federico Castro M.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 994



Revisor
Firma y sello

Registro Personal 12594
Dr. CESAR A. REYES M.
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 3411

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (La) Bachiller: ALLVIN GERARDO CHANAX MORALES

Carnet Universitario No. 88-16362

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al

Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

"EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO. CORRELACION CLINICA, QUIRURGICA, Y
PATOLOGICA"

Trabajo asesorado por: DR. M. FEDERICO CASTRO M.

y revisado por: DR. CESAR A. REYES MARTINEZ
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 27 de julio de 1994

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

I M P R I M A S E :

DR. Edgar Axel Oliva González
D E C A N O



CONTENIDO

	Pag.
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes y Definición del Problema.....	2
III. Justificación.....	3
IV. Objetivos.....	4
V. Revisión Bibliográfica	
A. Consideraciones Anatómicas de la Trompa.....	6
B. Consideraciones Funcionales de la Trompa.....	9
C. Embarazo Ectópico Tubárico	
1. Definición.....	10
2. Etiología.....	10
3. Frecuencia.....	11
4. Anatomía Patológica.....	12
5. Evolución.....	12
6. Signos y Síntomas.....	13
7. Diagnóstico Clínico.....	14
8. Diagnóstico Diferencial.....	14
9. Ayudas Diagnósticas.....	15
10. Tratamiento.....	16
11. Pronóstico.....	17
VI. Metodología	
A. Tipo de Estudio.....	19
B. Sujeto de Estudio.....	19
C. Plan de Recolección de Datos.....	19
D. Tratamiento, Presentación y Análisis de Resultados.....	20
E. Variables.....	20
F. Recursos.....	21
VII. Presentación de Resultados	
Cuadro 1.....	23
Cuadro 2.....	24
Cuadro 3.....	25
Cuadro 4.....	26
Cuadro 5.....	27
Cuadro 6.....	28
Cuadro 7.....	29
Cuadro 8.....	30
Cuadro 9.....	31
Cuadro 10.....	32
VIII. Análisis y Discusión de Resultados.....	33
IX. Conclusiones.....	37
X. Recomendaciones.....	38
XI. Resumen.....	30
XII. Referencias Bibliográficas.....	40
XIII. Anexos.....	43

I. INTRODUCCION

El embarazo tubárico constituye la variedad más frecuente de embarazo ectópico; y la salpingectomía su tratamiento de primera elección, la cual en nuestro medio se realiza después de una exploración quirúrgica (muchas veces con fines diagnósticos). La decisión de efectuarla se basa en la información obtenida por un buen interrogatorio, adecuado examen físico, resultados de aplicación de ayudas diagnósticas y hallazgos operatorios. El diagnóstico definitivo descansa en el examen histopatológico de la pieza afectada.

El presente es un estudio retrospectivo en 269 pacientes que consultaron al Departamento de Ginec Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, durante el periodo de los años 1989 a 1993, y quienes fueron llevadas a sala de operaciones para realizarles laparotomía exploradora, teniendo como indicación la sospecha de embarazo ectópico, finalizando la misma con la ejecución de salpingectomía por embarazo tubárico y cuyas piezas extirpadas se analizaron en el Departamento de Patología del mismo centro. El objetivo de dicho estudio es cuantificar el porcentaje de casos en que el diagnóstico se confirmó por examen patológico de las piezas.

Así mismo, se trató de establecer los factores de riesgo, signos y síntomas más frecuentes, ayudas diagnósticas más utilizadas y hallazgos operatorios más observados.

II. ANTECEDENTES Y DEFINICION DEL PROBLEMA

El embarazo ectópico es una entidad un tanto común, según reportes internacionales su frecuencia va en aumento. A nivel nacional los escasos estudios señalan una incidencia de 1 caso por cada 220 nacidos vivos; del total de casos entre el 95 y 98% se localizan a nivel de las trompas de falopio. Exceptuando las pacientes a quienes es importante conservar la capacidad reproductiva, la salpingectomía es el tratamiento de elección. (7) (9) (20).

Aun cuando se trate de mujeres en edad reproductiva y sexualmente activas que refieran irregularidad menstrual, dolor pélvico y se les detecte una masa anexial, elementos que generalmente se consideran suficientes para sospechar que se trate de un embarazo ectópico; debe tenerse siempre presente que este mismo cuadro clínico puede ser producto de otras enfermedades (Inflamación pélvica tumoral, Quiste ovárico con torsión del pedículo, torsión de anexos, como ejemplos). La falta de recursos para la aplicación de métodos de ayuda diagnóstica hace que las pacientes se sometan a exploración quirúrgica en donde los hallazgos operatorios macroscópicamente sean parecidos a los observados en el embarazo ectópico, pero que pueden ser secundarios a una entidad diferente o a la coexistencia de dos, situación difícil pero no imposible de darse según los reportes de algunos casos que se han registrado. (18) (19).

De lo anterior se deduce que el diagnóstico definitivo de los casos se basa en el examen anatomopatológico de las piezas extirpadas y es de él de donde surge el criterio que regirá la conducta a seguir con las pacientes que se ven afectadas en una función tan importante como lo es su capacidad reproductiva. (1) (13) (27).

III. JUSTIFICACION

Como se dijo anteriormente el embarazo ectópico es una entidad que va en aumento y de ella la variedad tubárica es la más frecuente. En este hospital como en muchos el tratamiento que se le brinda es el quirúrgico, partiendo de una impresión clínica basada en los conocimientos teóricos y experiencias de estudios realizados en otros centros, es por tal razón que surge la inquietud de efectuar el presente trabajo que en forma general pretende dar a conocer el grado de correlación clínico, quirúrgica y patológica dado dentro del total de los casos que se atendieron durante el periodo de revisión.

De lo anterior se deduce que al realizar este proyecto los médicos que laboran en esta institución contarán con datos recientes relacionados a esta patología a la que deben enfrentarse con los escasos recursos que tienen dentro del hospital y que hace difícil el diferenciarla de otras para poder establecer un diagnóstico clínico.

IV. OBJETIVOS

General:

Cuantificar el porcentaje de casos en los que existió correlación entre la impresión clínica inicial; los hallazgos operatorios y el diagnóstico del examen anatomopatológico final de las piezas que se estudiaron de las pacientes a quienes se les efectuó salpingectomía o salpingo-coforectomía debido a embarazo ectópico.

Específicos:

- 1.- Identificar el motivo de consulta, así como los signos y síntomas que se observaron y refirieron las pacientes que presentaron esta entidad.
- 2.- Determinar los rangos de edad en que se encontraban estas pacientes.
- 3.- Distinguir los lugares de localización, dentro de las trompas de falopio afectadas por un embarazo ectópico.
- 4.- Identificar los hallazgos más frecuentes durante la exploración quirúrgica a que fueron sometidas las pacientes.
- 5.- Identificar los posibles factores etiológicos (o de riesgo) dentro del grupo de pacientes afectadas.
- 6.- Identificar las entidades con que se hizo diagnóstico diferencial de embarazo ectópico tubárico, y el cual se estableció por medio del examen histopatológico.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. CONSIDERACIONES ANATOMICAS SOBRE LAS TROMPAS DE FALOPIO

La trompa es un conducto que se extiende desde el ángulo lateral del útero hacia la superficie exterior del ovario. Su longitud es de 10 a 12 centímetros, su trayectoria es recta horizontalmente en su tercio interno para luego tornarse ondulada formando una concavidad sobre el entorno ovárico. La trompa se mantiene en su posición por medio de la unión de su extremo interno al útero, su extremo externo se fija al ovario por el ligamento tuboovárico, a lo largo de su recorrido es cubierta por el peritoneo formando el mesosalpíx que la fija al borde superior de ligamento ancho. Cada trompa se divide en cuatro porciones o segmentos.

- Intersticial o Intramural; que atraviesa la pared del útero a nivel del ángulo superoexterno con una longitud de 1 centímetro y diámetro de 1 milímetro.
- Istmio; que se continúa de la porción intersticial a nivel de los ligamentos redondo y uteroovárico dirigiéndose horizontalmente hasta el polo inferior del ovario con una longitud de 3 ó 4 centímetros y diámetro de 3 a 4 milímetros y forma cilíndrica y consistencia firme.
- Ampolla; mide de 7 a 8 centímetros de longitud y 7 a 8 milímetros de diámetro, siguiendo el borde anterior del ovario hasta el polo superior donde se dobla hacia atrás y abajo, formando una concavidad que rodea dicho polo para luego continuarse con el pabellón.
- Pabellón o infundíbulo; posee un vértice, una base, una superficie exterior y otra interior. El vértice corresponde a un orificio de 2 a 3 milímetros de diámetro (ostium abdominal) que comunica con la ampolla. La base es el borde libre y presenta 10 a 15 franjas de bordes dentados dispuestas en dos líneas de las cuales la interior es de franjas más cortas constituyendo una corona irregular; de una de estas franjas que es más larga parte el ligamento tuboovárico. (21) (22)

La Constitución histológica de la trompa consta de tres capas que son:

- La serosa; que está formada por el peritoneo que recubre la superficie externa de la trompa y consta de células mesoteliales y lámina de tejido conectivo laxo.

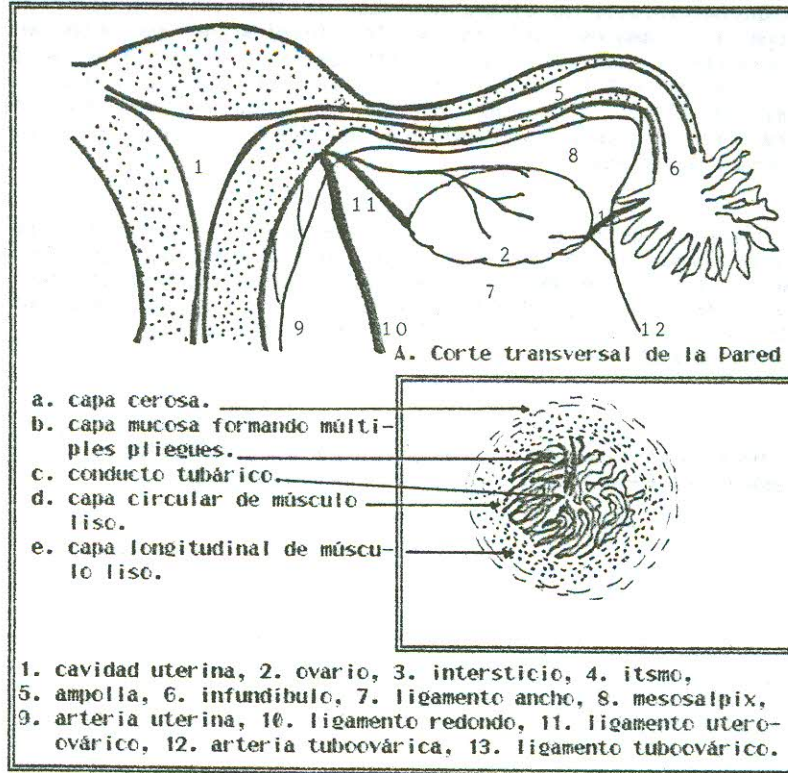
- La muscular; formada por células de músculo liso bien desarrollado, dispuestas en dos capas siendo una interna en sentido circular o espiral y otra externa en sentido longitudinal. La capa muscular es la más gruesa y varía de espesor en cada segmento siendo mayor en el istmo.
- La mucosa; compuesta por un estrato epitelial de células cilíndricas ciliadas intercaladas por otras no ciliadas que son secretoras de elementos nutritivos (para el oocito y espermatozoide), la altura de estas células varía en relación con los cambios cíclicos en los niveles de secreción de hormonas por los ovarios. Este epitelio descansa sobre un corion de tejido conjuntivo mezclado con algunas fibras de músculo liso. La capa mucosa forma varios repliegues de carácter primario, secundario y terciario, siendo estos más desarrollados en la ampolla.

La irrigación de la trompa de falopio surge de la arteria tubaria interna rama de la uterina y la tubaria externa rama de la ovárica, las que se unen en el mesosalpíx dando ramos ascendentes para la trompa y descendentes para el ovario. Las venas nacen de redes capilares de la capa muscular desembocando a las uteroováricas.

Los nervios proceden de los uterinos y de los ováricos que acompañan el recorrido de los vasos. (8) (21) (22)

FIGURA 1

Constitución y Relaciones Anatómicas de la Trompa de Falopio



B. CONSIDERACIONES FUNCIONALES SOBRE LAS TROMPAS DE FALOPIO

La trompa de falopio tiene básicamente dos funciones: Una es el servir como conducto para el transporte del oocito desde su liberación del ovario hasta el interior de la cavidad uterina; si llegase a registrarse la fecundación de dicho oocito normalmente ésta debe darse a nivel de la ampolla y es así como su segunda función consiste en dar albergue a este paso y favorecer la fase de división del cigoto para que éste llegue hasta el endometrio donde debe implantarse.

La primera de las funciones de la trompa se consigue por medio de dos factores que se convinan; como lo son las contracciones de la capa muscular tanto en las fibras longitudinales como circulares lo que produce un movimiento peristáltico similar al del intestino. El otro de los factores es el movimiento de los cilios de las células de la mucosa; dando así como resultado el desplazamiento del cigoto.

La segunda de las funciones es la de favorecer la división del cigoto, la consigue por medio de las secreciones nutritivas de las células mucígenas dando un ambiente propicio para tal fase. (8) (21) (25).

C. EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO

1. Definición:

Se llama embarazo ectópico a la implantación del huevo fecundado en otro sitio fuera de la cavidad endometrial; siendo el tubárico aquel que se localiza en la trompa de Falopio. (13) (15) (21) (23) (25) (26).

2. Etiología:

Los factores que se han considerado causa de embarazo tubárico pueden clasificarse en los siguientes grupos:

* Procesos que interfieren o retresan el paso del huevo fertilizado hacia la cavidad endometrial.

- a) Endosalpingitis; que produce aglutinación de los pliegues de la mucosa tubárica, originando fondos de saco y reduciendo la luz. Esto se ha señalado como la causa más frecuente. (4) (10) (28).
- b) Operaciones quirúrgicas sobre la trompa de Falopio; tales como la ligadura laparoscópica, reconstrucción microquirúrgica y el mismo tratamiento conservador de un embarazo ectópico dejan un conducto que no garantiza un buen acceso al útero. (3) (12) (25).
- c) Dispositivos intra-uterinos; que impiden la implantación en el endometrio y retienen el huevo en el oviducto. (4) (11) (28).
- d) Adherencias peritubáricas subsiguientes a una infección post-parto o puerperal, o una apendicitis, que producen acodamiento de la trompa y estrechamiento de su luz. (10) (21).
- e) Anomalías embrionarias o tumores de la trompa; tales como divertículos, miomas, quistes o hipoplasia. (4) (14).
- f) Migración externa del huevo; lo que teóricamente aumenta las propiedades invasoras del blastocisto durante su recorrido en el oviducto.

g) Retraso de la ovulación y fecundación tardía; lo que produce concentraciones hormonales insuficientes para suprimir la menstruación, la cual deja irritada la mucosa uterina que favorece el reflujo del embrión.

* Factores que favorecen la receptividad del huevo fertilizado por parte de la mucosa tubárica:

a) Focos de endometriosis en la trompa; que como se sabe existe una gran afinidad entre este tejido y el embrión.

b) Inducción de la ovulación; el uso de gonadotropinas menopáusicas humanas y citrato de clomifeno, produce hiperestimulación para mantener concentración estrogénica elevada que tiene que ver con la regulación de la actividad contractil y ciliar del músculo liso de la trompa, además la inducción de liberación de oocitos los afecta en diferentes etapas de su desarrollo, lo que aumenta la densidad del complejo cumulus corona esto favorece su estancamiento dentro del oviducto. (4) (28).

* Factores propios del huevo fertilizado:

En la gestación ectópica es común encontrar desarrollo embriológico anormal y defectos cromosómicos notables, lo cual puede comprobarse en pacientes que han sufrido un embarazo ectópico y tienen trompas de Falopio normales, sin otro factor al que se pueda atribuir su causa. Claro que los estudios de este tipo son aún escasos. (13) (21).

3. Frecuencia:

La frecuencia del embarazo ectópico varía de acuerdo al centro donde se efectúe el estudio y al denominador que se utilice (sea el total de embarazos registrados o total de nacimientos); sin embargo a nivel mundial los reportes concuerdan en que esta patología va en aumento, con un rango de 1 caso por cada 100 a 300 embarazos. A nivel nacional los pocos estudios efectuados en los principales centros hospitalarios durante los años 1988 a 1990, aplicados retrospectivamente reflejan un rango de 2.16 a 4.5 casos por cada 1,000 nacimientos o sea 1 caso por cada 220 a 400 nacimientos. Del total de estos casos el embarazo tubárico es el más frecuente con un 95 a 98%. (7) (9) (13) (16) (20).



4. Anatomía Patológica:

La implantación del huevo fertilizado en la pared tubárica al igual que se efectúa en el endometrio, es por medio de las vellosidades coriónicas que microscópicamente presentan en su superficie dos capas de epitelio trofoblástico, la interna (capa de Langhans o citotrofoblasto) contiene células individuales cuboides y pálidas; la capa externa constituida por la fusión de sus células en una sola masa, lo que le da el aspecto de ser más oscura, multinucleada y sin límites celulares. Ambas capas se encuentran en la periferia de un espacio constituido por tejido conectivo laxo.

En el sitio de implantación a nivel de los vasos tubáricos, se observan cambios semejantes a la aterosclerosis, lo que es análogo a lo observado en los vasos uterinos luego de implantación normal.

Otro cambio observado es la reacción decidual fragmentaria e incompleta y debido a que las células trofoblásticas que invaden la pared tubárica comúnmente se confunden con las deciduales especialmente donde sólo es notable el citotrofoblasto, dicha reacción decidual es poco notoria y además se ha observado células deciduales en la pared tubárica en presencia de embarazo uterino.

La acción invasora trofoblástica en la pared tubárica provoca perforación y erosión de vasos sanguíneos originando hemorragia dentro del conducto (formando hematosalpix) o bien hacia la cavidad peritoneal (hemoperitoneo) cambios macroscópicos que hacen sospechar fuertemente en embarazo tubárico. (1) (2) (16) (23) (24) (26) (27).

5. Evolución:

Los embarazos tubáricos en la mayoría, al rededor de las 12 semanas suelen terminar con su ruptura a la cavidad peritoneal, especialmente si la implantación es a nivel del istmo (pues cuando es en el intersticio este evento es más tardío) posteriormente el embrión tiene dos caminos: uno, permanecer junto con la placenta dentro de la trompa y ser solamente sangre lo que drene a la cavidad peritoneal, produciendo un hemoperitoneo, que ocasionará irritación y por consiguiente dolor, o bien ser expulsado con ésta a la cavidad donde su destino depende del daño que hubiese padecido en el momento de su expulsión y de la duración de la gestación, por lo que un embrión de pocos días puede reimplantarse en cualquier otro punto estableciendo una adecuada circulación, de modo que pueda

sobrevivir y crecer, pero esto es muy raro, por lo que los productos de la concepción, si son pequeños serán reabsorbidos, y de ser mayores pueden permanecer en el fondo del saco como una masa encapsulada o calcificarse y formar un litopediún. Pero si en el momento de la ruptura sólo es expulsado el feto, el futuro de éste dependerá del daño padecido por la placenta, la cual si estuviera muy dañada la muerte del feto será inevitable, pero sino, la trompa puede cerrarse sobre la placenta formando un saco, y la periferia de ésta en crecimiento, establecerá conexiones con los órganos pélvicos circundantes, logrando una buena irrigación para la manutención de un embarazo abdominal secundario.

Si la implantación del huevo se dirige hacia el mesosalpíx, la ruptura será en la porción de la trompa que no está recubierta de peritoneo, siendo expulsado al ligamento ancho, formandose un embarazo intraligamentoso, que bien puede terminar: con la progresión de éste, o con la formación de un hematoma del ligamento ancho y por consiguiente la muerte del embrión. Los embarazos tubouterinos resultan de un huevo inicialmente implantado en el intersticio que luego se extendió a la cavidad uterina. El embarazo tuboabdominal deriva de un huevo implantado en la extremidad fimbriada que se extendió hacia la cavidad peritoneal. El embarazo tuboovárico es cuando el saco fetal está compuesto en parte de la trompa y en parte del tejido ovárico. (6) (9) (10).

6. Signos y Síntomas:

Las primeras manifestaciones clínicas de un embarazo ectópico no son características, pues generalmente las pacientes creen que se trata de un embarazo normal, o que estan abortando, o no sabian que estaban embarazadas. Los principales signos y síntomas registrados coinciden con la ruptura o aborto, razón por la que puede verse un cuadro variado.

La manifestación clásica de un embarazo tubárico es aquella paciente con historia de sustitución de su periodo menstrual normal por una ligera hemorragia genital, asociada a dolor súbito e intenso en fosas iliacas, hipogastrio, mesogastrio o flancos, de carácter brusco, desgarrador o punzante, que puede ser acompañado desde vértigos hasta verdadero síncope, esto debido a la hemorragia secundaria a la ruptura, algunas pacientes pueden referir dolor en el cuello o en los hombros secundarios a la irritación diafragmática causada por la hemorragia.

Al exámen físico se puede evidenciar palidez y debilidad generalizada, con o sin hipotensión y taquicardia (por lo que se recomienda la prueba de Tilt), la temperatura suele ser normal o levemente baja oscilando entre 37 y 38.3 grados centigrados, a la palpación del abdómen se detecta

hipersensibilidad y dolor en la región baja pudiendo ser unilateral, bilateral o generalizado. Si la hemorragia es mayor del 20% de la volemia total pueden presentarse signos de hipovolemia o choque. El 75% de las pacientes refieren dolor a la movilización del cérvix y en un 50% de ellas se puede palpar una masa anexial de tamaño, consistencia y posición variables, el útero puede estar aumentado de tamaño y desviado contralateralmente de la masa. (16) (18) (21) (25).

7. Diagnóstico Clínico:

La detección temprana del embarazo tubárico, antes de la ruptura de la trompa y de la presencia de hemorragia es verdaderamente difícil, sin embargo una paciente que presente un cuadro con los signos y síntomas descritos anteriormente y que se encuentre en edad reproductiva y sexualmente activa, debe despertar en el médico un alto grado de sospecha. El diagnóstico clínico del embarazo tubárico en la actualidad se basa en una buena historia, un adecuado examen físico y es reforzado con la aplicación de varios procedimientos y el uso de los avances tecnológicos que han contribuido a aumentar el porcentaje de certeza. (13) (16) (18).

8. Diagnóstico Diferencial:

Los trastornos que fácilmente se pueden confundir con un embarazo tubárico son los siguientes:

1. Aborto incompleto o inminente de embarazo intrauterino.
2. Inflamación pélvica tumoral.
3. Quiste ovárico con torsión de pedículo.
4. Quiste del cuerpo amarillo o folicular.
5. Torsión de anexos.

En relación al aborto incompleto o inminente de un embarazo intrauterino, la amenorrea antes de la hemorragia es de más duración, el útero es más grande y blando, el dolor menos intenso y localizado en la línea media con hemorragia más profusa. En la inflamación pélvica tumoral el dolor generalmente es bilateral aunque el aumento de tamaño es unilateral, puede haber metrorragia, pero es raro, la fiebre es alta, hay hiperleucocitosis y elevación de la velocidad de eritrosedimentación. Clínicamente un quiste roto del cuerpo amarillo suele ser difícil de distinguir de un embarazo ectópico, pues cuando éste es concomitante con un embarazo intrauterino, los signos y síntomas son comunes para ambos, por lo que es la aplicación de ayudas diagnósticas la forma de establecer el diagnóstico con certeza. En cuanto a quistes ováricos con torsión de pedículo y la torsión de anexos, el dolor es de comienzo brusco y menor en intensidad sin presentar anomalías de la menstruación. (9) (18).

9. Ayudas Diagnósticas:

Las pruebas y procedimiento que se utilizan con el propósito de comprobar la existencia de un embarazo ectópico y descartar otra entidad son las siguientes:

1. Colpocentesis; no es más que la punción del fondo de saco de Douglas, utilizando una jeringa estéril y aguja larga de calibre 16 ó 18, con que se aspira en busca de sangre intraperitoneal no coagulada con hematócrito de más de 5% a 10%. Se ha observado que esta prueba es positiva en un 50% a 95% de los casos de embarazo ectópico roto.
2. Colpotomía; es la incisión quirúrgica del fondo de saco de Douglas, con la que se permite la salida de sangre libre en la cavidad peritoneal y así tiene la ventaja que también permite visualizar directamente o con laparoscopia los órganos pélvicos y de existir un embarazo ectópico, permite resolverlo; al igual que la colpocentesis, su porcentaje de certeza es alto; pero su aplicación requiere de sala de operaciones, anestesia general y personal capacitado.
3. Laparoscopia; este procedimiento también requiere de quirófano, anestesia general, personal experto y equipo especial; razones por las que se recomienda su aplicación en los casos que después de haber realizado por lo menos dos pruebas aún sean dudosos y las pacientes llenen las condiciones generales para practicarles este procedimiento. (9) (13) (16).
4. Ultrasonido; la utilización de aparatos de alta resolución han aumentado el porcentaje de certeza en el diagnóstico, pues en algunos casos permite identificar el saco gestacional localizando fuera de la cavidad endometrial y de no ser así ayuda a descartar la presencia de un embarazo intrauterino. Sin embargo no debe olvidarse que aunque es el método más utilizado debido a que no es invasivo, tiene poco valor en las primeras 6 semanas de amenorrea y más aún cuando no ha ocurrido ruptura. En estudios se ha observado entre el 70% y 90% de certeza en casos de embarazo ectópico, teniendo mejor visualización de la cavidad pélvica por la vía transvaginal que transabdominal.
5. Histerosalpinografía; es un método radiológico que puede identificar un embarazo tubárico, pero es peligroso porque puede causar ruptura de la trompa si aún no ha ocurrido debido al aumento de presión al inyectar el medio de contraste. Antes de aplicarse debe descartarse un embarazo intrauterino.
6. Determinación de subunidad B de gonadotropina coriónica humana (HCG); la identificación de esta hormona que es producida por el trofoblasto es posible de los 10 días después de la ovulación, si ha ocurrido la fertilización, si se detectan concentraciones de 35mUI por mililitro, es indicativo de la existencia de una gestación pero no de su

localización, en un 87% de los casos de embarazo ectópico se han observado concentraciones mayores de 6,500mUI/ml. Una prueba negativa no excluye un embarazo ectópico, ya que podría tratarse de un ectópico roto rodeado de un hematoma. (16) (17).

7. Laparotomía exploradora; la exploración quirúrgica de la cavidad pélvica y abdominal permite establecer con alto grado de seguridad el diagnóstico, sin embargo por los riesgos a que se somete a la paciente se recomienda realizar otras pruebas antes, a no ser que el estado general de la paciente requiera una conducta urgente y agresiva pues esta vía permite iniciar rápidamente el tratamiento.

10. Tratamientos:

Una vez establecido el diagnóstico de embarazo tubárico, se recomienda el tratamiento quirúrgico, aún en pacientes con síntomas ligeros, debido a la posibilidad de hemorragia por ruptura que puede comprometer la vida de la enferma, cuando esto ya ha ocurrido debe reponerse la sangre perdida por medio de transfusiones antes y durante la cirugía.

Los objetivos del tratamiento del embarazo tubárico son:
Evacuar los productos de la gestación evitando su crecimiento y futura ruptura de la trompa; si ésta ya ocurrió entonces controlar la hemorragia. Para tales fines se describen dos técnicas que se han utilizado a lo largo del tiempo siendo estas:

1. Salpingectomía con o sin ooforectomía del mismo lado; cuando el daño sufrido es irreparable o muy extenso se recomienda la extirpación total de la trompa o bien cuando en un intento por conservarla surge hemorragia incontrolable. La decisión de realizar ooforectomía ipsilateral debe ser reservada para la paciente que presente un severo compromiso de la irrigación sanguínea de dicho ovario, ya que no se ha comprobado que el dejar el ovario (el cual sigue ovulando) favorezca significativamente al origen de otro embarazo ectópico por migración externa del óvulo.
2. La técnica conservadora; método empleado en pacientes que interesa mantener la fertilidad (ya sea porque anteriormente se les extirpara la otra trompa o porque la misma paciente desee conservar ambas) y aún no se haya producido la ruptura. Dentro de esta alternativa hay dos formas de cumplir con los propósitos del tratamiento: una consiste en exprimir los productos de la gestación por el extremo fimbriado de la trompa, la otra es por medio de una incisión longitudinal a lo largo del borde mesentérico para poder extraer dichos productos y luego suturar con material fino, esto en la

actualidad se ha logrado por medio de cirugía laparoscópica, procedimiento por el cual también se está experimentando sobre el tratamiento con la inyección local de metotrexate, lo que teóricamente favorece la involución del saco gestacional y la resolución espontánea reforzada con otros ciclos de metotrexate. (5) (15) (16).

En cualquiera de las formas en que se aborde terapéuticamente el embarazo tubárico la selección de la técnica a emplear debe considerar los siguientes factores:

- Localización dentro de la trompa.
- Posibilidad de restauración del daño.
- Recursos de institución.
- Edad y constitución de la paciente.
- Deseo o necesidad de conservar la fertilidad.
- Posible factor etiológico.

11. Pronóstico:

A nivel mundial el pronóstico de las pacientes que sufren un embarazo ectópico a mejorado al ver que la tasa de mortalidad de esta entidad ha disminuido significativamente, como efecto del diagnóstico temprano y rápido tratamiento que son posibles gracias a los avances tecnológicos de que se disponen; sin embargo en las regiones donde no hay acceso a tales avances o aún a la atención médica apropiada posiblemente este padecimiento continúe siendo mortal.

En cuanto a la fertilidad se refiere se ha observado que cerca del 50% de pacientes que han sido tratadas por un embarazo tubárico tienen nuevos embarazos, incluyendo en un 5% a 10% la posibilidad de un nuevo embarazo ectópico independientemente de la técnica empleada, lo cual posiblemente se deba a que el origen del primero se debiera a factores que afectaron ambas trompas. (7) (15).

VI. METODOLOGIA

A. Tipo de Estudio:

El presente trabajo de investigación tiene carácter de ser un estudio descriptivo y retrospectivo.

B. Sujeto de Estudio:

Se incluyó dentro de la población a estudio todos los expedientes clínicos de las pacientes atendidas dentro del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios, con impresión clínica de embarazo ectópico tubárico, y a quienes se les exploró quirúrgicamente y en base a los hallazgos operatorios se les efectuó salpingectomía o salpingooforectomía como tratamiento y cuyas piezas extirpadas se sometieron a examen anatomopatológico en el Departamento de Patología del mismo centro, durante el periodo señalado.

C. Plan de Recolección de Datos:

Para recolectar la información relacionada con los datos (variables) seleccionados para el presente trabajo se aplicó el siguiente mecanismo:

- 1o. En los libros de registro de recepción de piezas para examen anatomopatológico del Departamento de Patología, se identificaron los números de ficha de patología de las trompas de falopio que se extirparon dentro del Departamento de Ginecología y Obstetricia durante el periodo de revisión.
- 2o. Se revisaron todas las fichas previamente identificadas con el fin de seleccionar las que fueron extirpadas, teniendo como indicación la sospecha de embarazo ectópico, anotando su número de expediente clínico correspondiente.
- 3o. Se solicitó al Archivo General del Hospital, los expedientes clínicos de los casos de embarazo ectópico tubárico, identificados con el propósito de extraer cada uno de los datos (variables) que interesan para el presente estudio utilizando la boleta diseñada para tal actividad (ver anexos).
- 4o. Se solicitó al Archivo de preparaciones histológicas del Departamento de Patología, las preparaciones correspondientes a cada caso, y se revisaron nuevamente con el asesor poniendo mayor atención en aquellas en donde el diagnóstico histológico final, fué diferente a la impresión clínica inicial.

D. Tratamiento, Presentación y Análisis de Resultados:

Una vez obtenida la información de los datos de cada caso, se procedió a la tabulación de los mismos y elaboración de cuadros estadísticos, haciendo un análisis general en forma descriptiva de acuerdo a la frecuencia y porcentaje de cada variable incluida en el estudio.

E. Variables:

	Concepto:	Escala:	Tratamiento Operacional:
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	En años.	Revisión de papeletas.
Factores de Riesgo	Característica o circunstancia detectable y asociada al aumento en probabilidad de experimentar un daño a la salud.	Si o no se representó.	Revisión de papeletas.
Motivo de Consulta	Situación o circunstancias que indujeron al paciente a consultar.	Signos y/o síntomas	Revisión de papeletas.
Signos y Síntomas presentados	Manifestaciones de alteraciones anatómicas o funcionales referidas por la paciente o detectadas por el médico.	Si o no se presentó	Revisión de papeletas.
Paridad	Gestaciones y partos previos.	Primigesta secundigesta multigesta	Revisión de papeletas.
Edad Gestacional	Tiempo Transcurrido desde la última menstruación.	En Semanas	Revisión de papeletas.
Ayudas Diagnósticas	Procedimiento o métodos con fines de establecer un diagnóstico.	Si o no se utilizó	Revisión de papeletas.
Hallazgos Operatorios	Hallar o encontrar alguna cosa, objeto o circunstancia durante el procedimiento quirúrgico.	Hallazgos clínicos.	Revisión de papeletas.

Localización	Ubicación de algo en relación a su entorno.	Descripción del segmento anatómico.	Revisión de papeletas.
Diagnóstico Anatomicopatológico final	Informe final del estudio histopatológico de la pieza reseçada quirúrgicamente.	Biopsia.	Revisión de papeletas

F. Recursos:

1.- Materiales;

-Expedientes Clínicos del Archivo General del Hospital San Juan de Dios.

-Preparaciones Histológicas del Archivo del Departamento de Patología del Hospital General San Juan de Dios.

2.- Humanos:

-Médicos Residentes del Departamento de Patología.

-Personal del Archivo General y del Departamento de Patología.

3.- Institucionales:

-Departamento de Ginecoobstetricia.

-Departamento de Patología.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1

Rango de Edad en 269 Pacientes a Quienes se les Efectuó Salpingectomía por Embarazo Ectópico Tubárico en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios del 1 Enero 1989 al 31 Diciembre 1993.

Rango de Edad	No. Pacientes	Porcentaje
15 a 19 años	5	1.8
20 a 24 años	43	15.9
25 a 29 años	85	32.7
30 a 34 años	83	31.0
35 a 39 años	40	15.0
40 a 44 años	9	3.3
45 años o más	1	0.3
Total	269	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO 2

Factores de Riesgo Observados en 269 Pacientes a Quienes se les Efectuó Salpingectomía por Embarazo Ectópico Tubárico en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios del 1 Enero 1989 al 31 Diciembre 1993.

Factor de Riesgo	No. Pacientes	Porcentaje
Embarazo Ectópico Anterior	32	11.9
Plastia y/o Ligadura Tubárica	18	6.7
Uso Actual o Reciente de DIU	12	4.4
Uso de Anovulatorios Orales	8	3.0
Historia de Enfermedad Inflamatoria Pélvica	6	2.2
Legrado Intrauterino Reciente	4	1.5
Tratamiento hormonal por Infertilidad	3	1.1
Total	83	30.8

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO 3

Motivo de Consulta en 269 Pacientes a Quienes se les Efectuó Salpingectomía por Embarazo Ectópico Tubárico en el Departamento de Ginecología del Hospital San Juan de Dios del 1 Enero 1989 al 31 Diciembre 1993.

Motivo de Consulta	No. Pacientes	Porcentaje
Dolor Pélvico Súbito	113	42.0
Sangrado Vaginal y Dolor Pélvico	97	36.0
Referidas por USG Compatible	49	18.3
Desfallecimientos y Amenorrea	10	3.7
Total	269	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO 4

Signos y Síntomas Observados en 269 Pacientes a Quienes se les Efectuó Salpingectomía por Embarazo Ectópico Tubárico en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios del 1 Enero 1989 al 31 Diciembre 1993.

Signo y/o Síntoma	No. Pacientes	Porcentaje
Dolor Pélvico	263	98
Sangrado Transcervical	246	89
Masa Anexial Palpable	177	66
Hipotensión o Prueba de Tilt positiva	67	25
Nausea, vómitos y/o Rebote	46	17
Movilización del Cervix dolorosa	28	10.4
Febrícula	11	4
Utero Aumentado de Tamaño	8	2.9

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO 5

Paridad en 269 Pacientes a Quienes se les Efectuó Salpingectomía por Embarazo Ectópico Tubárico en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital San Juan de Dios del 1 Enero 1989 al 31 Diciembre 1993.

Paridad	No. Pacientes	Porcentaje
Primigesta	39	14.5
Secundigesta	59	21.9
Multigesta	171	63.6
Total	269	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO 6

Semanas Transcurridas desde la Última Menstruación al Momento de Consulta en 269 Pacientes a Quienes se les Efectuó Salpingectomía por Embarazo Ectópico Tubárico en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital San Juan de Dios del 1 Enero de 1989 al 31 Diciembre 1993.

Semanas de	No. Pacientes	Porcentaje
Cuarta	14	5.4
Quinta	38	14.4
Sexta	25	9.0
Séptima	34	12.6
Octava	10	3.6
Novena	61	22.5
Décima	7	2.7
Décimoprimer	14	5.4
Décimosegunda	19	7.2
Décimotercera	12	4.5
Décimocuarta	7	2.7
Décimoquinta	2	0.6
Décimosexta	1	0.3
Décimoseptima	2	0.6
Décimooctava	7	2.7
Ignorada	16	2.9
Total	269	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO 7

Métodos de Ayuda Diagnóstica Utilizados en 269 Pacientes a Quienes se les Efectuó Salpingectomía por Embarazo Ectópico Tubárico en el Departamento de Ginecología del Hospital San Juan de Dios del 1 Enero 1989 al 31 Diciembre 1993.

Prueba o Procedimiento	Total Efectuados		Compatible		No Compatible o Normales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ultrasonograma Trans-abdominal	147	55	140	95.2	7	4.8
Subunidad Beta Gonadotropina Coriónica Humana Sérica	59	22	55	93.2	4	6.8
Gravindex	29	10.7	22	75.8	7	24.2
Culdocentesis	121	45	102	84.3	19	15.7
Laparoscopia	14	5.2	14	100	0	0

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO 8

Hallazgos Durante la Exploración Quirúrgica en 269 Pacientes a Quienes se les Efectuó Salpingectomía por Embarazo Ectópico Tubárico en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital San Juan de Dios del 1 Enero 1980 al 31 Diciembre 1993.

Hallazgo	No. Pacientes	Porcentaje
Hemoperitoneo	166	61.6
Masa Anexial	136	48.2
Adherencias Peritubáricas	74	27.7
Perforación Tubárica	65	23.2
Hemosalpix	21	8
Feto o Embrión	16	6
Hidrosalpix	11	4
Picosalpix	2	0.9

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO 9

Localización del Embarazo Ectópico Según Record Operatorio de
269 Pacientes a Quienes se les Efectuó Salpingectomía por
Embarazo Ectópico Tubárico en el Departamento de
Ginecología del Hospital San Juan de Dios
del 1 Enero 1989 al 31 Diciembre 1993.

Segmento	Trompa			
	Derecha		Izquierda	
	No.	%	No.	%
Intersticio	5	1.9	2	0.75
Istmo	13	4.85	6	2.2
Ampolla	32	11.85	23	8.6
Fimbria	24	8.9	16	5.9
No Establecido	99	36.8	49	18.3
Total	173	64.3	96	35.7

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

CUADRO 10

Diagnóstico Histopatológico en 269 Pacientes a Quienes se les Efectuó Salpingectomía por Embarazo Ectópico Tubárico en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital General San Juan de Dios del 1 Enero 1989 del 31 Diciembre 1993.

Diagnóstico	Número	Porcentaje
Embarazo Ectópico Organizado	156	57.99
Embarazo Ectópico Roto	88	32.71
Reacción Inflamatoria Ayuda y Supurativa	10	3.71
Hematosalpix	7	2.6
Congestión Hemorrágica y Edematosa	3	1.12
Salpingitis Crónica	2	0.75
Histológicamente Normal	2	0.75
Quiste de Chocolate (Foco Endometriosis)	1	0.37
Total	269	100

FUENTE: Boleta de Recolección de Datos.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO 1:

Aquí se puede ver que el rango de edad en que se encontraba la mayoría de pacientes es el de los 20 a los 39 años con un 94.6% del total de casos; debido a que es el periodo considerado con mayor actividad sexual.

CUADRO 2:

En cuanto a los factores de riesgo que se describen en este cuadro se debe hacer notar que sólo en el 30.8% de pacientes, se detectó por lo menos uno de ellos, siendo los dos principales factores encontrados el haber presentado un embarazo ectópico o cirugía tubárica; pues constituyen el 66% de este grupo.

CUADRO 3:

Del motivo de consulta; el dolor pélvico se encuentra en el 78% de las pacientes y posiblemente también fuera un factor indicativo para realizar ultrasonograma en el grupo de pacientes que fueron referidas por médicos o instituciones con hallazgos sonográficos sugestivos de embarazo ectópico, por lo que puede decirse que este síntoma como motivo para consultar es mayor, ya sea que se encuentre sólo o acompañado de otros, pero que las pacientes lo consideraron como la principal molestia.

CUADRO 4:

En relación a los signos y síntomas presentados aquí, se puede establecer que el cuadro clínico en un importante número de pacientes afectadas, estaba principalmente constituido por:

- a) Dolor Pélvico (98%)
- b) Sangrado transcervical anormal (89%)
- c) Masa anexial palpable (66%)

CUADRO 5:

En relación a la paridad de las pacientes estudiadas se observa que el mayor porcentaje de ellas (63.6%) se encontraba entre el tercero ó quinto embarazo actual.

CUADRO 6:

Aquí se observa que el tiempo en semanas transcurrido desde la última menstruación considerada por las pacientes como normal hasta el momento en que consultaron; en el 67.5% de ellas se encontraban entre la cuarta a la novena semanas. En un 26.6% entre la décima a la décima octava semanas y solo el 5.9% no recordaban su fecha de última menstruación razón por la que no se pudo establecer las semanas transcurridas. Lo anterior concuerda con lo indicado en la literatura revisada, en relación al inicio de los síntomas.

CUADRO 7:

Los métodos o procedimientos que se utilizaron como auxiliares para establecer el diagnóstico clínico en su mayoría (cuatro de cinco) son sencillos y fáciles de aplicar, pero a pesar de ello no se hizo como regla general pues los porcentajes de pacientes a quienes se les efectuaron cada prueba es bajo y en algunos casos se realizaron dos o tres de ellos por lo que la cobertura se reduce más.

En cuanto a certeza de cada prueba, se puede ver que el ultrasonograma y la determinación de la subunidad B de Gonadotropina Coriónica Humana Sérica (GCH) tiene muy buenos porcentajes con el 95.2% y 93.2%, siendo superados únicamente por la laparoscopia que tiene un 100% de certeza, pero que su uso fué muy limitado debido a que su aplicación requiere mayores esfuerzos institucionales.

CUADRO 8:

Los hallazgos reportados en los records operatorios de las pacientes, indican que los más frecuentes son:

- a) Hemoperitoneo; observado en el 61.6% y que se considera es producto del sangrado causado por acción erosiva sobre los vasos de la trompa aún cuando esta no se hubiere perforado.
- b) Masa Tubárica; otro hallazgo considerado como clásico en el embarazo ectópico, sólo se reporta en el 48.2% de los casos, posiblemente a que en el resto de ellos el saco gestacional no tuviera el tamaño suficiente como para dilatar la pared o porque se encontrara libre en la cavidad peritoneal, luego de la ruptura la que si es reportada en un 23.2%.
- c) adherencias peritubáricas; que se mencionan en el 27.7% pueden ser producto de procesos inflamatorios de la cavidad pélvica que las pacientes no le hubieran prestado importancia o bien ser producto del mismo embarazo ectópico.
- d) Hematosalpix; que también es sugestivo al embarazo tubárico, es reportado en sólo el 8% posiblemente porque en algunos casos se considerada dentro del grupo de masa

tubárica o bien parte del hemoperitoneo con sangrado activo.
d) Embrión o feto; reportado en sólo el 6% se debe a la mayoría de los casos se exploraron quirúrgicamente entre la quinta y novena semanas, periodo donde es difícil visualizar y fácil pasar por alto al aspirar la sangre libre encontrada.

CUADRO 9:

En relación a la trompa afectada se observa que el mayor porcentaje de las salpingectomías fueron derechas (64.3%), debido tal vez a su proximidad con el apéndice el cual puede experimentar periodos inflamatorios subclínicos, pero que si forman adherencias que favorecen a la inmovilidad y acodamiento de la trompa y las cuales si se reportan en por lo menos la cuarta parte de casos o bien se deba que las pacientes hallan presentado un embarazo tubárico izquierdo previo, cuya causa también lesionara a la otra trompa y la cual sería afectada posteriormente, como lo observado en 32 pacientes incluidas en este estudio (aunque no se conoce su localización exacta).

El segmento más afectado es la ampolla y la fimbria (aunque sólo el 45% de los records operatorios describen localización exacta), lo que concuerda con la literatura al indicar que es este punto el más afectado pues es ahí donde ocurre la fecundación.

CUADRO 10:

En este cuadro puede verse que en el 90.7% de las trompas extirpadas se confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico, pues se identificó la presencia de vellosidades coriónicas; mientras que en el resto se mencionaron entidades como la salpingitis aguda o crónica, hemotosalpix, congestión hemorrágica y edematosa, que pudieron coexistir o ser producto de un embarazo ectópico con implantación en otro segmento no incluido en la pieza extirpada (cuerno del útero u ovario).

IX. CONCLUSIONES

1. En el 96.7% de las piezas extirpadas, se confirmó el diagnóstico de embarazo tubárico por medio del examen histopatológico de las mismas; de donde surge el diagnóstico definitivo.
2. Sólo el 36.8% de las pacientes presentaron al menos un factor de riesgo; citando principalmente el hecho de haber sufrido un embarazo ectópico o cirugía tubárica previa.
3. Los signos y síntomas más observados en las pacientes afectadas son: a) dolor pélvico (98.7%); b) sangrado transcervical (89%); c) masa anexial (66%); constituyendo el primero el motivo de consulta más frecuente.
4. Las manifestaciones clínicas de esta entidad hicieron que las pacientes consultaran entre la quinta y novena semanas de la última menstruación considerada como normal en la mayoría de las pacientes (67.5%).
5. El ultrasonograma transabdominal y la determinación de la subunidad beta de HCG sérica presentaron buen porcentaje de certeza (95.2% y 93.2% respectivamente), en el grupo de pacientes en quienes se aplicaron (55% y 22%).
6. Los hallazgos operatorios más frecuentes según el record operatorio de las pacientes fueron: a) Hemoperitoneo (61.6%); b) Masa anexial (48.2%); c) Perforación tubárica (23.3%); d) Adherencias peritubáricas (27.7%).
7. La mayor parte de las trompas de falopio extirpadas (64.3%), fueron derechas.
8. El segmento más afectado es difícil de establecer, pues sólo el 45% de los records operatorios lo señalan.

X. RECOMENDACIONES

1. Implantar en forma rutinaria la utilización del ultrasonograma y determinación de subunidad B de GCH sérica en las pacientes que se sospecha embarazo ectópico como parte del manejo intrahospitalario.
2. Fomentar la realización de la laparoscopia, antes de la exploración quirúrgica en los casos de embarazo ectópico que persistan dudosos, siempre que el estado general de la paciente lo permita.
3. Reinterrogar a las pacientes después del tratamiento para detectar los factores de riesgo que puedan pasarse por alto al momento del ingreso por el grado de tensión tanto en los médicos como en pacientes, para que posteriormente pueda darse mejor orientación y prevención del problema.
4. Llenar con más detalles los records operatorios de las pacientes para facilitar estudios futuros.

XI. RESUMEN

Esta investigación, es un trabajo retrospectivo realizado en 269 pacientes que consultaron durante los años 1989 a 1993 al Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital General San Juan de Dios; y que con impresión clínica de embarazo ectópico fueron sometidas a exploración quirúrgica, después de la cual se les efectuó salpingectomía por embarazo tubárico y cuya pieza extirpada se sometió a examen histopatológico en el Departamento de Patología del mismo centro.

Para obtener la información necesaria, inicialmente en el archivo de Patología se identificaron las trompas de falopio recibidas para estudio y extirpadas por embarazo tubárico, obteniendo su número de expediente clínico el que se solicitó al Archivo General para revisar y seleccionar los datos utilizando la boleta diseñada para el efecto.

Se determinó que los signos y síntomas más frecuentes fueron dolor pélvico (98%), sangrado transcervical anormal (89%), masa anexial palpable (66%). Constituyendo los dos primeros el motivo de consulta más frecuente sea individual o conjuntamente. Sólo el 36.8% de las pacientes presentaron algún factor de riesgo, principalmente embarazo ectópico o cirugía tubárica previos. El 67.5% de las pacientes se encontraban entre la cuarta y novena semanas desde la última menstruación considerada normal. El ultrasonograma transabdominal y la determinación de subunidad B de HCG fueron las principales ayudas diagnósticas utilizadas y con buen porcentaje de certeza (95.2% y 93.2%). En cuanto a los hallazgos operatorios, los más frecuentes fueron: el hemoperitoneo (61.6%), masa anexial (48.2%), perforación tubárica (23.3%), adherencias peritubáricas (27.7%).

En el 90.7% de los casos, se confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico tubárico, por medio del examen histopatológico de las piezas extirpadas.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alcántara A.; Rodríguez H. "Principios de Patología" 3a. edición Ed. Panamericana, México 1990 Pag. 641.
2. Anderson W. A.; Kissane J. M. "Patología de Anderson" 8a. edición Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires 1988 Pag. 1800.
3. Anselmo J. Cirugía Reconstructora Tubaria Post-esterilización "Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología" 1977 42(4): 256-60.
4. Atputharajah V. "Tubal Pregnancy: a Review of aetiological Factors in 117 Cases." "Journal of Obstetric and Gynaecology", Singapore 1982 Mar 13(1): 78-81.
5. Bernstein D.; Dreval D.; Katz A. "Management of Tubal Pregnancy" "British Journal of Obstetrics and Gynaecology" 1989 Jun 96(6): 725-8.
6. Caspi E.; Sherman D. "Tubal Abortion and Infundibular Ectopic Pregnancy" "Clinical Obstetrics and Gynaecology" 1987 Mar 30 (): 155-63.
7. Cobos L. "Embarazo Ectópico, Efectos Sobre la Fertilidad" Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala. 1989 Pags. 9-29.
8. Cormack D. H. "Histología de HAM" 9a. edición Ed. Harla México 1988 Pags. 776-777.
9. Decherney A. H.; Jones E. E. "Ectopic Pregnancy" "Clinical Obstetrics and Gynaecology" 1985 Jun 28(2): 365-74.
10. Guderian A.M.; Trobough G. E. "Residues of Pelvic Inflammatory Disease" "American Journal of Obstetrics and Gynaecology" 1986 Mar 154(3): 497-503.
11. Green S. C.; Hinkle D. C. "Experiences With IUD Complications" "Texas Medicine" 1987 Nov 66 (): 60-63.

12. Greisman E. "Ectopic Pregnancy in Women With Previous Tubal Sterilizations at a Canadian Community" Journal of Reproductive Medicine 1991 Mar 36(3): 206-209.
13. Hernández P. "Metodología Diagnóstica para Embarazo Ectópico" Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala. 1992 Pags. 6-15.
14. Jeffrey E.; Russel M. "The Etiology of Ectopic Pregnancy" Clinical Obstetrics and Gynaecology 1987 Mar 30(1): 181-88.
15. Jobbar F. A.; Wakeel M. "A Study of 45 Cases of Ectopic Pregnancy" International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 1980 May 18(3): 214-217.
16. Jones H. W. "Tratado de Ginecología de Novak" 11a. edición Interamericana México 1991 Pags. 636-657.
17. Kosasa T. S.; Taymer M. L.; Goldstein D. P. "Use of Radioimmunoassay Specific for Human Chorionic Gonadotropin in the Diagnosis of Early Ectopic Pregnancy" Clinical Obstetrics and Gynaecology 1983 Dec. 42(6): 868-871.
18. Louis N.; Wsckstein M. "Clinical Diagnosis of Ectopic Pregnancy" Clinical Obstetrics and Gynaecology 1987 Mar 30(1): 236-243.
19. Mao K.; Wong W. "Combined Intrauterine and Tubal Ectopic Pregnancy" Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 1989 Feb 29(1); 76-77.
20. Oliva C. R. "Embarazo Ectópico Tubárico, Manejo de Casos" Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala. 1991 Pags. 9 -12.
21. Pritchard J. A. "Obstetricia de Williams" 3a. edición, Ed. Salvat México 1985 Pags. 424 - 444.
22. Quiroz G. "Tratado de Anatomía Humana" 1a. edición, Ed. Porrúa, México 1988 Tomo III Pags. 313 - 316.
23. Robins L.; Cotran S. "Patología Estructural y Funcional" 4a. edición, Ed. Interamericana Madrid 1990 Pags. - .

24. Rosai J. "Patología Quirúrgica de Ackerman" 6a. edición, 1989 Tomo II Pag. 1024.
25. Schwarcz R. L. "Obstetricia de Schwarcz" 4a. edición, Ed. El Ateneo Buenos Aires 1988 Pags. 159-164.
26. Sternberg S. "Diagnostic Surgical Pathology" Vol. I, Raven Press New York 1989 Pags. - .
27. Tim H.; Parmley M. "The Histopathology of Tubal Pregnancy" Clinical Obstetrics and Gynaecology 1987 Mar 30 (1): 119-127.
28. Tuomivaara L. "An Analysis of Etiological Risk Factors of Ectopic Pregnancy" Acta Obstétrica et Gynecológica Scandinavica 1991 May 70 (7): 635-636.

XIII. A N E X O S

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO, CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA

No. de Caso: _____
No. de Expediente Clínico: _____
No. de Ficha de Patología: _____

- 1.- Edad de la paciente _____ años.
- 3.- Factores de riesgo observados.
 - a) uso de DIU
 - b) embarazo ectópico previo
 - c) EIP previa
 - d) cirugía tubaria previa
 - e) tratamiento con estimulantes de la ovulación
 - f) uso de A. O.
 - g) otros: _____
3. Motivo de consulta:

4. Signos y Síntomas presentados:
 - a) dolor pélvico
 - b) retraso o irregularidad menstrual
 - c) masa anexial
 - d) signos de irritación peritoneal
 - e) shock
 - e) otros: _____
5. Paridad:
 - a) primigesta
 - b) secundigesta
 - c) multigesta
6. Edad gestional:
_____ semanas por FUR.
7. Ayudas diagnósticas empleadas:
 - a) U S G
 - b) laparoscopia
 - c) subunidad E HCG
 - d) colpotomía o colpocentesis
 - e) histerosalpingografía
 - f) otros: _____
8. Hallazgos operatorios:
 - a) hemoperitoneo
 - b) hemosalpíx
 - c) masa tubárica
 - d) perforación tubárica
 - e) otros: _____
9. Localización: T. derecha T. izquierda
 - a) s. intersticial
 - b) s. istmico
 - c) s. ampular
 - d) s. infundibular
10. Diagnóstico de examen histopatológico:
