EMBARAZO ECTOPICO

REVISION DE 300 CASOS

Doctor Salomón Turbay

El embarazo ectópico con su habitual complicación de ruptura y hemorragia intraabdominal es una de las más frecuentes causas de abdomen agudo en la mujer.

La espectacularidad de su cuadro clínico y operatorio, su no infrecuente ocurrencia y la bondad de su tratamiento, hacen de este un tema atrayente para la revisión y el análisis.

Por otra parte, el polimorfismo de su cuadro clínico, que hace muchas veces difícil su diagnóstico, junto con la necesidad de sospecharlo en fase temprana, cuando aún no haya presentado su temible complicación, el ictus hemorrágico, han hecho que sobre este tema aparezcan periódicas y frecuentes publicaciones.

MATERIAL

Se revisan y analizan 300 casos consecutivos de embarazo ectópico tratados en el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, desde enero de 1954 hasta agosto de 1961.

Incidencia. En el mismo lapso se hospitalizaron 42.615 mujeres, es decir, que de cada 142 mujeres hospitalizadas una lo fue por gestación ectópica. Ahora bien, si en el mismo tiempo consideramos los embarazos ectópicos tratados en el Instituto Materno Infantil Concepción Villaveces de Acosta (I. M. I.) —que funciona en el mismo hospital—, los cuales fueron en número de 170 y tenemos en cuenta que en dicha institución se atendieron 73.367 partos y 14.594 abortos, podemos concluir que en nuestro medio, de cada 293 embarazos uno es ectópico (0.34%).

EDADES

La paciente más joven tenía 16 años, la más vieja 46 años, para un promedio de edad de 31 años.

La mayor frecuencia, lo mismo que Molmenti, Peluffo y Jufé (12) de Argentina, la hallamos en edades comprendidas entre los 24 y 35 años con un 66% del total.

Particularmente en relación con edades separadas, el mayor número —33 casos— se presentó a los 30 años.

Paridad. Respecto a paridad sólo se obtuvo dato en 232 pacientes (cuadro 1).

CUADRO 1

Paridad

Paridad	Nº de casos	%
0	42	18.1
1	40	17.24
2	39	16.8
3	29	12.54
4	27	11.63
5	24	10.34
6	7	3.01
7	5	2.1
8	8	3.4
9	4	1.7
10	3	1.3
11	2	0.8
12	2	0.8

Del análisis de este cuadro podemos concluir que el 52.15% de las pacientes habían tenido menos de 3 partos, y el mayor número de casos 42, para un 18.1%, correspondió a aquellas pacientes que no habían tenido hijos.

Como se puede observar claramente en el cuadro, la incidencia de embarazo ectópico fue disminuyendo en forma gradual a medida que aumentaba el antecedente gravídico de las pacientes.

De Alvarez y Nisco (6) en una revisión estadística de 135 casos traen cifras muy similares a la nuestras.

Entre nosotros Gómez Palacino (7) en 1954, en un estudio de 95 casos del I. M. I., encuentra la mayor incidencia (22.4%) en pacientes nulíparas.

ANTECEDENTES

De las 232 pacientes en quienes, como se dijo antes, fue consignado el dato de paridad, 73 (31.46%) tenían antecedentes de uno o más abortos. Molmenti, Peluffo y Jufé (12) en una revisión de 232 casos encuentran el aborto como antecedente en más del 50%.

En atención a la falla encontrada en la revisión de muchas de las historias, con relación al antecedente de proceso inflamatorio pélvico referido por las pacientes, hemos considerado de mayor veracidad atenernos al dato consignado por el cirujano o por la anatomía patológica. Así, en 84 casos, lo que significa un 28%, se comprobó durante el acto quirúrgico o por la anatomía patológica, la presencia de un proceso inflamatorio aneural crónico, que eventualmente podía tener alguna significación como causa determinante de la gestación ectópica.

Por otra parte, en 42 casos (14%) se había practicado previamente alguna intervención quirúrgica sobre la pelvis. De éstas, 12 (4%) fueron por embarazos ectópicos anteriores. Según León (10) las recidivas del embarazo extrauterino no son excepcionales. El embarazo en muñón restotubárico es más raro, y Corneli, citado por León, hasta 1948 en una revisión bibliográfica logró reunir sólo 36 casos. Entre nosotros un caso de éstos fue comunicado por Rafal (14) en 1958.

SINTOMATOLOGIA

Los síntomas presentados se detallan con porcentajes en el cuadro 2.

CUADRO 2

Síntomas

Síntomas	Nº de casos	%
Dolor	300	100
Hemorragia	197	65.66
Amenorrea	216*	78.26
Vómito	65	21.66
Tendencia sincopal	51	17
Shock	24	8
Disuria	5	1.66
Diarrea	6	2
Sensación de masa abdominal	5	1.66
Fiebre	4	1.33
Hematemesis	1	0.33
Retención de orina	1	0.33

*De solo 276 casos.

Todas las pacientes, como se observa en el cuadro anterior, presentaron dolor abdominal que la mayoría de las veces era infra-umbilical, localizado habitualmente en una de las fosas ilíacas. En solo 24 casos (8%) el dolor se irradiaba al hombro derecho. En otras revisiones el dolor referido al hombro ha sido más constante (7). Este es el signo que también se ha llamado de Lafont o del nervio frénico y que se explica por la anastomosis entre el plejo solar y el frénico derecho, mucho más abundante que con el izquierdo. Del frénico pasa la excitación al IV par cervical desde donde se proyecta a las ramas supraclaviculares y supraacromial (5), lo cual explica el dolor referido a ese sitio.

La hemorragia vaginal se presentó en el 65.66% de los casos y en una alta proporción de casos como metrorragia

escasa y de aspecto negruzco. Williams y Enríquez (18), en un estudio de 248 casos sobre el tema que nos ocupa, encuentran amenorrea y hemorragia en el 75% de sus pacientes. Es de destacar también, que sumadas las pacientes que presentaron tendencia sincopal manifestada por hipotensión arterial o lipotimia a las que presentaron franco estado de shock, constituyeron un 25% de nuestros casos.

Otro síntoma que estuvo presente en una apreciable proporción de pacientes fue el vómito, que presentaron 65 de ellas, para un 21.66%. El resto de síntomas presentados fueron en proporciones menores, la diarrea, la fiebre, la disuria, la retención de orina, la presencia de masa abdominal y en un solo caso la hematemesis, que no guardaba ninguna relación con la gestación ectópica.

Síntomas de embarazo caracterizados por náusea, vómitos, agriera, sialorrea, etc., fueron comprobados en las historias de 109 casos (37.58%) de solo 290 en los cuales este dato fue investigado.

Síntoma inicial.

El síntoma inicial fue el dolor en 140 casos (46.66%); la metrorragia y el dolor en 82 (27.33%); la metrorragia sola en 76 (25.33%) y la lipotimia y el shock en solo 2 casos (0.66%).

Amenorrea.

Este dato sólo estuvo consignado en 276 historias, y fue encontrada en 216 enfermas (78.26%). En 60 casos, para un 21.74%, no había amenorrea. En el cuadro 3 se detalla el tiempo de amenorrea.

CUADRO 3

Amenorrea

Tiempo de amenorrea	Nº de casos	%
Sin amenorrea	60	21.74
Más de 1 mes	148	53.52
Más de 2 meses	54	19.56
Más de 3 meses	12	4.3
Más de 4 meses	1	0.32
Más de 5 meses	1	0.32

El cuadro indica que la amenorrea del embarazo ectópico es en la mayoría de las veces de corta duración. Solo en dos casos la amenorrea fue de más de 4 meses.

HALLAZGOS ABDOMINALES

CUADRO 4

Hallazgos abdominales

Hallazgos	Nº de casos	%
Dolor	300	100
Defensa abdominal	72	24
Masa abdominal . .	28	9.33
Signo de Bloomberg	23	7.66
Signo de Cullen . .	2	0.66

En todas las pacientes había dolor abdominal. El dolor era de localización especial en una de las fosas ilíacas.

El signo de Bloomberg sólo se encontró en 23 casos (7.66%). Armstrong, Will, Moore y Lauden (2) en una revisión de 481 casos encontraron el signo de Bloomberg presente en el 40.1% y la defensa abdominal en el 36.5%.

Creemos por lo tanto que este es un signo que se encuentra frecuentemente

en los casos de embarazo ectópico y que la exigüidad de la cifra encontrada por nosotros es sólo producto de la poca acuciosidad de los examinadores o del olvido para consignar el dato en las historias. Con mayor razón si al continuar la revisión encontramos que 72 pacientes (24%) presentaban franca defensa abdominal, lo que obviamente supone irritación peritoneal.

La masa abdominal estuvo presente en 28 pacientes (9.33%). Por último el signo de Cullen fue sólo hallado en dos casos (0.66%). Este signo se pone de presente como una mancha azulada alrededor del ombligo, cuando ha habido hemorragia prolongada en el abdomen y cuando aquél es delgado o existe una formación herniaria.

HALLAZGOS PELVICOS

El examen pélvico o ginecológico sólo se practicó en 274 pacientes, habiéndose omitido en 26. Naturalmente, es de criticar esta omisión del examen ginecológico por razones obvias, y debemos aclarar que éstas fueron pacientes tratadas de urgencia por personal no dependiente del Servicio de Ginecología

CUADRO 5

Hallazgos pélvicos

Hallazgos	Nº de casos	%
Masa anexial	221	73.66
Dolor al movilizar el cuello	201	67
Cuello blando	129	43
Utero aumentado de tamaño	73	24.33

De la observación de este cuadro sacamos como conclusión que en cuanto al examen pélvico se refiere, los datos de mayor importancia son la presencia de masa anexial y el dolor que experimenta la paciente al movilizar el cuello. Damos particular importancia a la presencia de dolor en el Douglas, pero no consideramos de utilidad revisar éste signo, en razón de que en las historias no aparecía específicamente consignado. Hall y Todd (8), en una revisión de 209 casos, encuentran que el 66% de las pacientes presentaban masa anexial y que en el 95% el útero estaba aumentado de tamaño, sin que este aumento fuera condicionado aparentemente por la presencia de fibromas.

PRUEBAS AUXILIARES PARA EL DIAGNOSTICO

Dentro de estas pruebas cabe citar especialmente las pruebas biológicas de embarazo, la punción del fondo de saco de Douglas o colpocentesis; los exámenes de laboratorio y especialmente el cuadro hemático y la eritrosedimentación, la culdoscopia y el estudio endometrial tomado por biopsia.

Pruebas biológicas de embarazo. Es en verdad muy relativo su valor en razón de que al desprenderse el huevo y cesar la actividad corial, es de esperar que se hagan negativas y por tanto es muy poca la ayuda que prestan en la dilucidación de un cuadro sospechoso de embarazo ectópico.

En nuestra revisión sólo se practicaron 10 pruebas (3.33%), de las cuales dieron positivas 6. En realidad a este dato no se le debe dar mayor valor por

la pobreza numérica de las pruebas realizadas.

Colpocentesis. La colpocentesis o punción del fondo de saco de Douglas se practicó en 134 casos (44.66%). Fue positiva en 118 pacientes (88.05%). Falsas negativas en 16 casos solamente para un 11.05%.

Molmenti, Peluffo y Jufé (12) encontraron un 90.2% de pruebas positivas. La colpocentesis demuestra ser, como lo han anotado otros autores, el auxiliar diagnóstico de mayor valor en los casos de embarazo ectópico. Es una prueba inocua y fácil de realizar. Debe hacerse especialmente en los casos en que se aprecia abombamiento del fondo de saco de Douglas, y como procedimiento diagnóstico sólo en los casos en que se tengan fuertes sospechas de gestación ectópica. Creemos que el porcentaje de positividad habría sido mayor aún si el procedimiento hubiera sido siempre practicado por personal entrenado y familiarizado en estos menesteres.

La sangre extraída por colpocentesis debe tener ciertas características: de ser oscura, incoagulable y con pequeños coágulos antiguos. Esto naturalmente para diferenciarla de la sangre obtenida por punción de un vaso. La coloración oscura de la sangre es un dato relativo y que está expuesto a errores de interpretación. La presencia de finos coágulos antiguos no es muy frecuente en las punciones y es de esperarlos sólo en los casos de ectópicos rotos con cierta anterioridad. Damos más importancia a la circunstancia de que la sangre no se coagule después de un tiempo prudencial.

En las 166 pacientes de nuestra revisión en quienes no se practicó colpocentesis hubo 108 (65.1%) diagnósticos correctos y 58 (34.9%) diagnósticos erróneos. Ahora bien, como más adelante se dirá, en la revisión de los 300 casos encontramos 64 diagnósticos erróneos, de los cuales 58 correspondieron a pacientes en quienes no se había practicado colpocentesis. Con una práctica más frecuente de este procedimiento se habría podido reducir aún más la cifra de diagnósticos errados, como lo demuestran en forma concluyente los datos antes consignados.

Laboratorio. Sólo se practicó cuadro hemático y velocidad de sedimentación en 177 casos (59%). Este es un dato de utilidad tanto para el diagnóstico como para la conducta. Una cifra baja en el hematócrito, y sobre todo si existe un control previo, nos sugiere hemorragia interna; por otra parte, aun cuando no es un criterio absoluto, la presencia de una leucocitosis alta y de una eritrosedimentación elevada, nos hacen desistir del diagnóstico de gestación ectópica y nos inclinan más a pensar en un proceso pélvico inflamatorio.

CUADRO 6

Hallazgos del cuadro hemático

Hallazgos del C.H.	Nº de casos	%
Anemia	124	70.33
Sedimentación		
acelerada	53	28.8
Leucocitosis	26	14.68

La práctica del hemograma se justifica al analizar el cuadro anterior y

observar que un 70% de las pacientes presentaban anemia. La leucocitosis y la velocidad de sedimentación acelerada estuvieron presentes en un 14.68 y 28.8% respectivamente. 18 casos presentaban cifras de eritrosedimentación por encima de 40 mm., y en algunos la cifra llegó hasta 93 mm. Naturalmente, estas cifras no fueron corregidas de acuerdo con el grado de anemia que presentaban las pacientes, lo que hubiera sido de utilidad para darles el valor que realmente merecían.

La culdoscopia. Es otro de los procedimientos que se han querido invocar como auxiliares en el diagnóstico de la gestación ectópica. Entendemos que lógicamente su utilidad tiene límites en aquellos casos de diagnóstico evidente, con pacientes en anemia y shock severos, en los cuales el procedimiento agravaría el estado de la enferma. Y aunque ha habido, por lo menos en nuestro medio, renuencia al uso de la culdoscopia, sin embargo Te Linde (17) en 99 casos sospechosos pudo con este procedimiento hacer el diagnóstico de embarazo ectópico en 18 casos (18.1%). Tuvo un solo error diagnóstico de culdoscopia, por lo demás explicable, que correspondía a un cuerpo lúteo hemorrágico. La culdoscopia no se realizó en ninguno de los casos revisados por nosotros. Desde hace relativamente poco se cuenta en el Servicio de Ginecología con el aparato adecuado, y ya se está practicando más frecuentemente este procedimiento, desde luego no sólo en los casos de embarazos ectópicos sino en todos aquellos en que haya duda diagnóstica y en los cuales no se contraindique.

Estudio histológico de endometrio. Sólo se estudiaron 14 endometrios. El número de estudios endometriales es realmente exiguo y por eso no consideramos que merezca comentarios, excepto por la presencia de reacción decidual en 4 casos, de los cuales 3 se manifestaron además por la expulsión de un típico molde decidual que contribuyó a aclarar el diagnóstico.

En los últimos años se le ha asignado gran importancia al estudio endometrial en el diagnóstico del embarazo ectópico con fines a poder determinar, bien la presencia de reacción decidual

presentan una notoria variación en su tamaño, adquiriendo algunos cuatro veces su tamaño normal. Se observan además mitosis en estas áreas de atipia. El citoplasma está asimismo aumentado y, debido a esto y a las vacuolas, su apariencia es como de espuma. Como consecuencia de la hipertrofia el lumen glandular está disminuído y en ocasiones hasta obliterado (11).

A propósito de estudio endometrial, Mackles, Wolfe y Pozner, en un estudio realizado por ellos y en el cual hacen una revisión de otros autores, encontraron lo siguiente:

CUADRO 7

Incidencia de la R. de Arias-Stella y de R. decidual en endometrio de pacientes con embarazo ectópico (Para mayor claridad del cuadro se anotan únicamente los porcentajes)

	Pildes y Wheeler	Frede- riksen	Arias-Stella y Gtz.	Mackles Wolfe y Pozner	Total
Número de casos con E. ectópicos ..	50	32	44	42	168
Ausencia R. A. S. y R. decidual	50	47	36	26	40
R. decidual sola	24	13	14	33	21
Ambas reacciones presentes	18	22	23	10	18
R. Arias-Stella sola	8	19	27	30	21

o la atipia celular de las glándulas endometriales descrita inicialmente por Arias-Stella en 1954 (1). Esta es una reacción o signo que se caracteriza por un agrandamiento focal de las células glandulares del endometrio con hipertrofia nuclear e hiperchromatismo. Existe además una agrupación intraluminal de células glandulares que adquieren forma de "penacho". La frecuente vacuolización celular se acompaña de una pérdida de la polaridad y los núcleos

De esto se concluye que en el 60% de los casos de embarazo ectópico el estudio endometrial da elementos suficientes para su diagnóstico.

DIAGNOSTICO

De los 300 casos analizados, 236, para un 78.66%, fueron correctamente diagnosticados preoperatoriamente. 15 casos fueron diagnosticados antes del accidente de ruptura.

Soissom y Moran (15), en una revisión más reducida que la nuestra, encontraron un 70% de diagnósticos correctos previos a la intervención.

CUADRO 8

Diagnósticos errados

Diagnóstico	Número de casos	%
Anexitis	16	25
Apendicitis	12	19
Quiste de ovario	10	15.6
Miomatosis uterina . .	9	
Peritonitis o pelvipерitonitis	3	
Colecistopatía	3	
Obstrucción intestinal . .	2	
T. sólido de ovario . .	2	
Hernia umbilical incaerada	2	
Retroflexión uterina . .	1	
Adenomiosis	1	
Eventración	1	
Sin diagnóstico	2	
TOTAL	64	

Las causas más frecuentes de equivocación en el diagnóstico, como se aprecia en el cuadro, fueron la anexitis, la apendicitis y quistes de ovario complicados con torsión.

Otra causa frecuente de error diagnóstico fue la miomatosis uterina, que sólo se explicaría o justificaría en aquellos casos de embarazo ectópico con evolución prolongada, que se han roto y han sufrido proceso de organización.

Los diagnósticos erróneos de hernia umbilical incaerada y eventración en tres casos, nos parecen inadmisibles y

sólo revelan la escasa atención de los examinadores. En tres casos la expulsión de un molde decidual fue factor concluyente para el diagnóstico.

Hallazgos operatorios. Se encontraron 300 embarazos ectópicos discriminados según su localización anatómica, como lo indica el cuadro 9.

CUADRO 9

Localización de los embarazos

Localización	Número de casos	Izquier- do	Dere- cho	%
Tubárico	294	137	157	98
Intersticial . .	2		2	
Ovárico	1	1		
Abdominal . .	1			
No bien determinados	2			

El 98% fueron embarazos ectópicos hechos en la trompa, con un ligero predominio sobre el lado derecho. De los embarazos tubáricos se determinó el sitio de implantación en 135. Ochenta y cinco eran ampulares (62.07%) y 50 (37.03%) ístmicos.

El estado evolutivo de los embarazos tubáricos desde el punto de vista microscópico fue precisado en 275 casos. Se encontraron 232 (84.3%) rotos, 26 no rotos y 17 abortos tubarios. En el resto no estuvo bien establecida la evolución.

El hallazgo de fetos se comprobó en 10 casos (3.33%).

La presencia de hematosalpinx contralateral fue comprobada en 6 casos (2%).

Hubo además 2 embarazos intersticiales —uno por cada 150 embarazos ectópicos— uno abdominal y uno ovárico.

Embarazo intersticial. Es el que se efectúa en la porción intersticial de la trompa, es decir, en el segmento que atraviesa la pared uterina (13) a diferencia del cornual, que es el que se implanta en un cuerno uterino rudimentario. En dos casos de los revisados por nosotros el embarazo tenía esta particular localización, siendo comprobado por el cirujano, en ambos casos, que el ligamento redondo emergía de la porción antero- inferior de la tumoración presuntamente gravídica. Este es un hecho al que algunos autores (5) le han dado importancia en el diagnóstico de esta variedad de embarazo ectópico. Además, el estudio anatomopatológico de los casos encontrados por nosotros revelaba la presencia de tejido muscular liso recubriendo el embarazo. En uno de los casos la porción libre de la trompa estaba tan indemne que permitió hacer una plastia uterotubárica.

Embarazo abdominal. Constituye otra rara implantación de la gestación ectópica, siendo su frecuencia aproximada de uno por cada 15.000 embarazos (18). El embarazo abdominal primitivo es extraordinariamente raro. Es más frecuente el embarazo abdominal secundario, a uno primitivamente tubárico.

Studdiford, citado por Williams (18), sugiere que para el diagnóstico de embarazo abdominal primitivo deben existir las siguientes condiciones:

1ª Que ambas trompas y ovarios sean normales, sin señal de embarazos recientes.

2ª Ausencia de cualquier signo de una fístula uteroperitoneal.

3ª Presencia de un embarazo referido exclusivamente a la superficie peritoneal, bastante reciente para eliminar la posibilidad de una implantación secundaria, subsiguiente a una nidación primaria en la trompa.

En nuestra serie de casos revisados encontramos un solo embarazo abdominal comprobado en razón de que se encontró un feto de tres meses con cordón y placenta adherida a esas intestinales, sin relación con trompas y útero, los cuales aparecían libres.

Embarazo ovárico. Es otra rara localización del embarazo ectópico. Generalmente uno por cada 40.000 embarazos (18).

Spiegelber, citado por Williams (18), establece los siguientes requisitos para hacer el diagnóstico del embarazo ovárico:

1. La trompa del lado afectado permanecerá intacta, incluyendo la fimbria.

2. El saco fetal ocupará la posición del ovario.

3. El saco fetal tiene que estar conectado con el útero por el ligamento útero-ovárico.

4. En la pared del saco tiene que encontrarse tejido ovárico indiscutible.

En nuestra serie encontramos un solo embarazo ovárico, del cual resumimos la historia:

H. C. Nº 177225. Una paciente de 27 años ingresó al Servicio de Urgencia consultando por hemorragia genital de regular intensidad acompañada de fuerte y súbito dolor abdominal localizado

especialmente en F. I. I., síntomas que aparecieron pocas horas antes de su ingreso al servicio y después de un período de amenorrea de 90 días. Antecedentes patológicos sin importancia, múltipara, ciclos menstruales normales. Ha presentado síntomas de preñez. Al examen físico se encuentra una paciente que acusa intenso dolor abdominal, signo de Bloomberg positivo, pulso 120 x m., T. A.: 100 x 60, Tem.: 36.8° C. Al examen ginecológico se aprecia útero discretamente aumentado de tamaño, ausencia de masa anexial, cuello blando y con movilización dolorosa. Se hace colpocentesis, la cual es positiva para sangre incoagulable. Con diagnóstico de embarazo ectópico se practica laparotomía y se encuentra la cavidad abdominal ocupada por aproximadamente 400 cc. de sangre. En el sitio en donde debería encontrarse el ovario izquierdo se observa una tumefacción sangrante compuesta por coágulos sanguíneos.

Se practica la extirpación de dicha masa que parece incluir el ovario iz-

quierdo. La trompa del mismo lado aparece completamente sana al igual que el útero y el anexo contralateral.

Al estudio histopatológico se encuentra un embarazo (decidua y vellosidades coriales) en tejido ovárico.

Por último, hubo dos casos más en los que la localización no estuvo bien determinada o que se prestaban a falsas interpretaciones.

TRATAMIENTO

Todas las pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente. La anestesia usada fue la general con éter en 161 casos y raquianestesia en 139. Se aplicaron transfusiones sanguíneas que oscilaron entre 250 cc y 2.000 cc a 167 pacientes (55.6%). Sólo una paciente presentó reacción transfusional severa con hematuria.

No hubo accidentes operatorios y sí un paro cardíaco catalogado como accidente anestésico, que requirió toraco-

CUADRO 10

Intervenciones practicadas

Intervenciones	Número de casos	%
Salpingectomía	187	62.33
Salpingo-ooforectomía	41	13.66
Salpingectomía y apendicectomía	29	9.66
Salpingectomía bilateral	14	
Salpingectomía, resección parcial ovarios	12	
Salpingo-ooforectomía y apendicectomía	5	
Histerectomía total con S. O.	5	
Ooforectomía	3	
Procedimiento solo de hemostasis	2	
Salpingectomía y miomectomía	1	
Extracción feto de 3 meses, cordón y placenta adherida a asas intestinales	1	

tomía para masaje cardíaco con evolución favorable.

Se usaron antibióticos en forma profiláctica a partir del acto operatorio en 277 casos (92.3%). En el Servicio de Ginecología del H. S. J. D. de Bogotá no se usan de rutina los antibióticos, pero en estos casos se consideran necesarios en atención a las cualidades que como medio de cultivo tiene la sangre que en forma residual pudiera quedar después de una intervención para embarazo ectópico roto.

Las intervenciones practicadas aparecen en el cuadro 10.

A más de los procedimientos anotados se practicaron 4 raspados uterinos, 8 extirpaciones de quistes de ovario, 5 herniorrafias umbilicales, 1 colecistectomía y 20 apendicectomías.

En 20 casos la salpingectomía fue parcial y complementada con alguna técnica de salpingoplastia. Últimamente en el Servicio de Ginecología del H. S. J. D. de Bogotá, y de acuerdo con una tendencia evidente en la literatura (16), se están practicando plastias tubáricas después de salpingectomía parcial como tratamiento del embarazo tubárico, cuando la paciente no ha tenido hijos y ansía tenerlos, toda vez que el sitio de localización del embarazo en la trompa así lo permitan y que las circunstancias y el estado general de la paciente durante el acto quirúrgico no lo contraindiquen. Desde luego, nos alarma la práctica de la salpingectomía bilateral en 14 casos en los que por el análisis de las historias no se justificaba y sólo nos lo explica el hecho de que hubieran sido realizadas por cirujanos po-

co familiarizados con el criterio de la cirugía ginecológica.

No compartimos por exagerada e innecesaria la conducta de Jeffcoate (14) y Calatroni (15) de extirpar el ovario del mismo lado cuando éste no revela patología aparente que lo justifique.

Se practicaron concomitantemente con el tratamiento del ectópico, 54 apendicectomías y al parecer éstas no alteraron sustancialmente el curso postoperatorio.

El paso de sangre a la trompa contralateral con un proceso adherencial, hace que se forme un hematosalpinx que, aunque infrecuente, no debe dejar de tenerse presente. Ocasionalmente sucede que por dejar de tener en cuenta este hecho, por premura o inexperiencia del cirujano se hace la salpingectomía del hematosalpinx que no corresponde al sitio de la gestación ectópica. Fue así como en algunos de los casos revisados por nosotros, el hematosalpinx contralateral fue erróneamente tratado con salpingectomía. Lo correcto habría sido practicar su drenaje, simplemente liberando las adherencias siempre presentes de la fimbria tubárica.

El procedimiento simple de hemostasis de la trompa, como tratamiento de un embarazo tubárico roto y sangrante, nos parece inadecuado.

En primer lugar es dudoso saber exactamente el sitio donde está sangrando la trompa; por otra parte, una hemostasis adecuada de ella supondría la ligadura de los vasos que, a través del mesosalpinx, la irrigan, lo cual equivaldría en últimas a la "salpingectomía sin extraer la trompa".

En muchos casos se practicó resección parcial de ovarios en forma inexplorable e injustificada.

Por último, la colecistectomía practicada en una paciente con embarazo ectópico nos parece un procedimiento arriesgado y temerario.

ANATOMIA PATOLOGICA

Se hizo estudio anatomopatológico en 194 casos (64.66%). A más del diagnóstico de embarazo ectópico se hallaron otras lesiones concomitantes y que aparecen en el cuadro 11.

CUADRO 11

Otros hallazgos patológicos

Hallazgos	Nº de casos
Salpingitis	20
Apendicitis o periapendicitis	18
Quiste de ovario *	12
Quiste paraovárico	6
Endometriosis	6
Miomatosis uterina	3

* Simple, seroso papilar y dermoide.

Según este cuadro, de los 194 casos con estudio de anatomía patológica 66 para un 33.4% presentaban alguna otra patología pélvica concomitante.

MORBILIDAD

El promedio de estadía hospitalaria fue de 10.6 días.

Presentaron morbilidad febril 22 pacientes (7.3%), y de éstas, 7 fueron de causa indeterminada.

Presentaron complicaciones postoperatorias 21 pacientes (7%). Estas complicaciones fueron el íleo paralítico, hematoma y dehiscencia superficial de la herida por infección, bronconeumonía, angina, peritonitis purulenta, absceso de cúpula vaginal, pleuritis basal, hematoma del ligamento ancho y hematocele pélvico. Todas las pacientes que presentaron complicaciones evolucionaron satisfactoriamente.

MORTALIDAD

En los 300 casos revisados se presentaron 3 muertes, lo que significa una mortalidad del 1%. A continuación presentamos el resumen de estas historias.

H. C. Nº 133849. Una paciente de 26 años llega al Servicio de Urgencia en franco estado de shock. Se le practica salpingo-ooforectomía. La cavidad abdominal se encuentra inundada por 1.500 cc de sangre. Muere inmediatamente después de la intervención y cuando se le habían aplicado 500 cc de sangre total. No se hizo autopsia. Probable causa de muerte: shock por hemorragia aguda.

H. C. Nº 71893. Una enferma de 32 años al 6º día postoperatorio se decide reintervenir y se encuentra una peritonitis purulenta. Muere nueve horas después de la reintervención. No se hizo autopsia. Posible causa de muerte: septicemia.

H. C. Nº 246635. Una mujer de 42 años ingresa al Servicio de Urgencia en estado de shock severo. Se le aplican 1.000 cc de sangre y dos horas después de su ingreso y de haber recuperado una cifra tensional aceptable se practica sal-

pingectomía. Treinta minutos más tarde hace paro cardíaco y muere, según autopsia en "estado de shock por hemorragia aguda".

La cifra de mortalidad es sensiblemente igual a la encontrada en otras revisiones análogas (6 - 7).

Consideramos como no prevenibles todas las muertes ocurridas.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se revisan y analizan 300 casos de embarazo ectópico consecutivos, tratados en el H. S. J. D. de Bogotá, entre enero de 1954 y agosto de 1961.

2. En nuestro medio, de cada 293 embarazos uno es ectópico. La paciente más joven tenía 16 años, la más vieja 46. El mayor número de casos correspondió a pacientes nulíparas.

3. El 31% de las pacientes tenía antecedentes de uno o más abortos. En el 28% se encontró un proceso inflamatorio anexial crónico. El 4% de las pacientes había sido intervenido por un embarazo ectópico previo.

4. El dolor fue un síntoma constante, le siguió en frecuencia la hemorragia genital (65%), y la amenorrea (78.26%).

5. Del examen pélvico los hallazgos más constantes fueron la presencia de masa anexial (74%), y el dolor al movilizar el cuello (67%).

6. Se comentan las pruebas existentes como auxiliares en el diagnóstico del embarazo ectópico. Se le da mayor valor a la colpocentesis seguida del estudio endometrial y el análisis de hemogramas seriados.

7. Sólo un 21% de los casos fue incorrectamente diagnosticado preoperatoriamente. El mayor número de diagnósticos erróneos fue dado por la sospecha de anexitis, apendicitis y quistes de ovario complicados.

8. En un 98% de los casos el embarazo fue tubárico, con un ligero predominio de la trompa derecha. Dos de los casos revisados fueron intersticiales, uno abdominal y otro ovárico.

9. Todas las pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente. La intervención más frecuentemente practicada fue la salpingectomía (62%).

10. Se hace énfasis en la necesidad de practicar una cirugía conservadora de las trompas (salpingoplastias) de acuerdo con la tendencia actual en aquellos casos que lo permitan.

11. Se recuerda la presencia, aunque infrecuente, del hematosalpinx en la trompa contralateral y se recomienda su búsqueda en todos los casos, para evitar, por apresuramiento o desconocimiento, tratar inadecuadamente esta complicación, al confundirlo con la trompa realmente embarazada.

12. El estudio histopatológico reveló en el 33% de los casos alguna otra patología pélvica concomitante con el embarazo ectópico.

13. La estadía hospitalaria promedio fue 10.6 días. La morbilidad febril del 7%.

Las complicaciones postoperatorias constituyeron un 7%. La mortalidad, el 1%.

Todas las muertes ocurridas fueron consideradas como no prevenibles.

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

1. ARIAS-STELLA J.: Atypical endometrial changes associated with the presence of co-
rionic tissue. *A. M. A. Arch. Path.* 58: 112, 1954.
2. ARMSTRONG J., WILLS S., MOORE J., LAUDEN A.: Ectopic pregnancy: A review of
481 cases. *Am. J. Obst. & Gynec.* 77: 364, 1959.
3. BIRCH H., COLLINS C.: Atypical changes of genital epithelium associated with ectopic
pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.* 81: 1.198, 1961.
4. CALATRONI C.: ¿Es la salpingectomía el tratamiento de elección en el embarazo tubá-
rico complicado? *Obst. y Gin. Lat. Amer.* 17: 164, 1959.
5. CONILL MONTOBIO V.: *Tratado de Ginecología y de Técnica-Terapéutica Ginecológica*.
3ª Ed. Barcelona, 1956. Edt. Labor, pág. 659.
6. DE ALVAREZ, NISCO.: Ectopic pregnancy: An 18 years analysis. *Obst. & Gynec.* 12:
735, 1961.
7. GOMEZ PALACINO J. A.: Noventa y cinco casos de embarazo ectópico. *Rev. Col. de
Obs. y Gi.* 5: 175, 1954.
8. HALL R., TODD W.: The suspected ectopic pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.* 81:
1.220, 1961.
9. JEFFCOATE: Salpingectomy or salpingo-oophorectomy. *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.* 62:
214, 1955.
10. LEON J.: *Tratado de Obstetricia*. Primera Edic. Buenos Aires, 1957. Edt. Científica Ar-
gentina. Vol.: 2, pág. 734.
11. MACKLES A., WOLFE S., POZNER S.: Cellular atypia in endometrial glands (Arias-
Stella reaction) as an aid in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.* 81:
1.209, 1961.
12. MOLMENTI L., PELUFFO M., JUFE R.: Embarazo extrauterino. Estudio de 232 obser-
vaciones. *Obst. y Gin. Lat. Amer.* 17: 511, 1959.
13. NOVAK E.: *Tratado de Ginecología*. 5ª Ed. México, 1958. Ed. Interamericana, pág. 594.
14. RAFUL J.: Presentación de un caso de embarazo resto-tubárico. *Rev. Col. de Obs. y
Gin.* 9: 507, 1958.
15. SOISSOM F., MORAN J.: Ectopic pregnancy: A review of fifty cases at Tripler U. S.
Army Hospital. *Am. J. Obst. & Gynec.* 77: 352, 1.959.
16. STROMME W., McKELVEY J., ADKINS C.: Conservative surgery for ectopic pregnancy.
Obst. & Gynec. 19: 294, 1962.
17. TE LINDE R.: *Ginecología Operatoria*. 2ª Ed. Bs. Aires, 1956. Ed. Científicas, pág. 671.
18. WILLIAMS P., ENRIQUEZ R.: Embarazo ectópico. *Clínicas Médicas de Norteamérica*.
Enero, 1961.