

# Embarazo ectópico

Dr. Alfredo López de Nava, Secretario de la División de Estudios Superiores, Facultad de Medicina, UNAM

El sitio normal de implantación del huevo fecundado es el endometrio —la mucosa que cubre la cavidad uterina— y ello se llama la nidación tópica; la implantación fuera de estos límites constituye el embarazo ectópico o ecciesis. No es aceptable genéricamente la denominación de embarazo extrauterino, ni tampoco son sinónimos ambos términos, pues de este último quedarían excluidas algunas variedades tales como la intersticial o la cervical, que corresponden al útero, pero que no son normales; ni mucho menos son sinónimos de “embarazo tubario” que sólo se refiere a la localización más frecuente que es la trompa de Falopio.<sup>1</sup>

Los embarazos ectópicos se clasifican de acuerdo al lugar de nidación del huevo que puede implantarse en sitios muy diversos, siendo los más frecuentes situados a lo largo del trayecto que debe recorrer el óvulo desde su salida del ovisaco, hasta el útero. Las localizaciones posibles se señalan en la figura 1.

## Frecuencia

Las diversas estadísticas señalan porcentajes variables según se trate de servicios obstétricos o ginecológicos, siendo en general mucho más elevados en estos últimos. En nuestro medio y tomando en cuenta los reportes de diversas unidades hospitalarias (Hospital Militar,<sup>3</sup> I.M.S.S.,<sup>4, 5</sup> Centro Médico Naval<sup>2</sup>) puede considerarse válida la cifra de un ectópico por cada 200 embarazos, muy similar a la reportada en otros países.

En comunidades con población negra en número significativo para permitir comparaciones, se ha señalado una mayor frecuencia de embarazos ectópicos en la raza ne-

gra: 1 por cada 120 en Baltimore, 1 por cada 64 en el Hospital Harlem de Nueva York, 1 por cada 28 en Jamaica.<sup>6</sup> Las estadísticas oficiales del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica señalan entre 1955 y 1963 una proporción de muertes por embarazo ectópico aproximadamente del doble para la raza negra que para la blanca.

La única explicación que ofrecen los mismos autores norteamericanos es la alta frecuencia de infecciones pélvicas en la raza negra. Es muy probable que estén en lo cierto, dado que, como se mencionará más adelante, uno de los factores etiológicos en el embarazo tubario son precisamente los padecimientos inflamatorios de las salpinges, directamente relacionados con niveles socioeconómicos bajos en que son frecuentes las infecciones venéreas, tuberculosas y puerperales, ya sea de embarazos atendidos en malas condiciones de higiene o de abortos provocados clandestinamente.

Por lo que se refiere a la edad, todos los autores están de acuerdo en que la mayor frecuencia de embarazos ectópicos (60%) se sitúa entre los 25 y los 34 años, es decir en la época de mayor fertilidad de la mujer: siendo más común en múltiparas (86%) que en nulíparas.

Diez por ciento de las mujeres que han presentado un embarazo ectópico repiten la ecciesis en la salpíngce opuesta, o sea que el 90 por ciento tiene posibilidades de lograr un embarazo normal. No he encontrado comunicaciones acerca de la frecuencia del embarazo ectópico en la misma trompa después de un tratamiento conservador, pero esto dependería del tipo de tratamiento que se hubiera realizado.

## Etiopatogenia

Desde el momento de la fecundación hasta la implantación del huevo en el endo-

metrio, se sucede una serie ordenada de eventos que normalmente permiten el desarrollo del embarazo. Si esta secuela se interrumpe por alteraciones patológicas en el huevo o en la madre, la implantación tiene lugar fuera de la cavidad uterina.

Las causas del embarazo ectópico podrían agruparse en dos grandes grupos:

- I. Factores que retardan o impiden el tránsito del huevo fecundado.
- II. Factores que facilitan la nidación antes que el huevo llegue a su destino normal.

En el grupo I ocupan lugar preeminente los padecimientos inflamatorios crónicos (55%) que han dejado lesionadas las capas de la trompa e impiden que ésta realice su función de transporte, ya sea presentando un obstáculo mecánico, por aglutinación de los pliegues de la mucosa, o bien interfiriendo con el peristaltismo del órgano.

La vía de llegada de la agresión patógena —por contigüidad mucosa, por los vasos linfáticos o sanguíneos— y la selectividad del germen condicionan el predominio del tipo del obstáculo, pero las más de las veces se encuentran afectadas todas las capas de las salpinges y el mecanismo es mixto.

Las infecciones más frecuentes son: tuberculosis, infecciones postpartum o postaborto, blenorragia, infecciones yatrogénicas provocadas por maniobras exploratorias como la prueba de Rubin o la histerosalpingografía.

La utilización indiscriminada de los antibióticos y quimioterápicos parece favorecer el embarazo ectópico, tal vez debido a que un mayor número de casos de infección salpingiana, antes de la era de estos medicamentos, quedaba con una obstrucción total y permanente y ahora resulta en estenosis parciales.<sup>7,8,9</sup>

En forma similar a las infecciones, las intervenciones quirúrgicas sobre el peritoneo pélvico o las trompas pueden dejar como secuelas procesos adherenciales, que interfieran con la motilidad del órgano, u obstructivos dentro de su luz.

Causas congénitas tales como malformaciones tubarias, hipoplasia que se manifiesta con trompas muy largas y estrechas, trompas accesorias, divertículos, procesos tumorales intra o peritubarios, también quedan incluidas en este primer grupo. Igualmente, caben dentro de este grupo los casos de estímulo neuroendócrino inadecuado de la motilidad tubaria por hipostrogenismo.

En el grupo II quedan comprendidas dos causas: a) el huevo fecundado desarrolla su capacidad nidatoria precozmente por un desarrollo trofoblástico acelerado consecuente a una degeneración de la zona pelucida y b) el cigoto encuentra en su trayecto condiciones favorables para su nidación, tales como focos de endometriosis o reacción decidual de la trompa; ambas causas pueden combinarse.

Quedan como conjeturas, ya que es difícil obtener evidencia objetiva, algunas “causas” que no se mencionaban hace algunas décadas: la administración de esteroides que provocan edema y alteraciones celulares, los dispositivos intrauterinos en todas sus variedades que producen alteraciones locales y en la motilidad tubaria quizá favorecen la nidación ectópica.

La nidación ectópica puede ser primaria cuando el huevo se implanta en el primer sitio en el que se detiene (si es en la trompa, el embarazo es tubario y puede ser intersticial, ístmico o ampular) o secundaria cuando cambia el sitio de su primera implantación y continúa su desarrollo en otro.

La implantación secundaria puede ser la continuación de un aborto tubario, es decir, la expulsión espontánea del huevo de la trompa hacia la cavidad abdominal, o bien de una ruptura de la salpinge que deje escapar al cigoto. En cualquiera de estas eventualidades, el embarazo puede constituir una de las siguientes variedades; cada una presentando problemas distintos: 1) tuboabdominal, en que el feto crece dentro de la cavidad abdominal y la placenta permanece adherida a la trompa, 2) abdominal secundario, en el que la placenta se

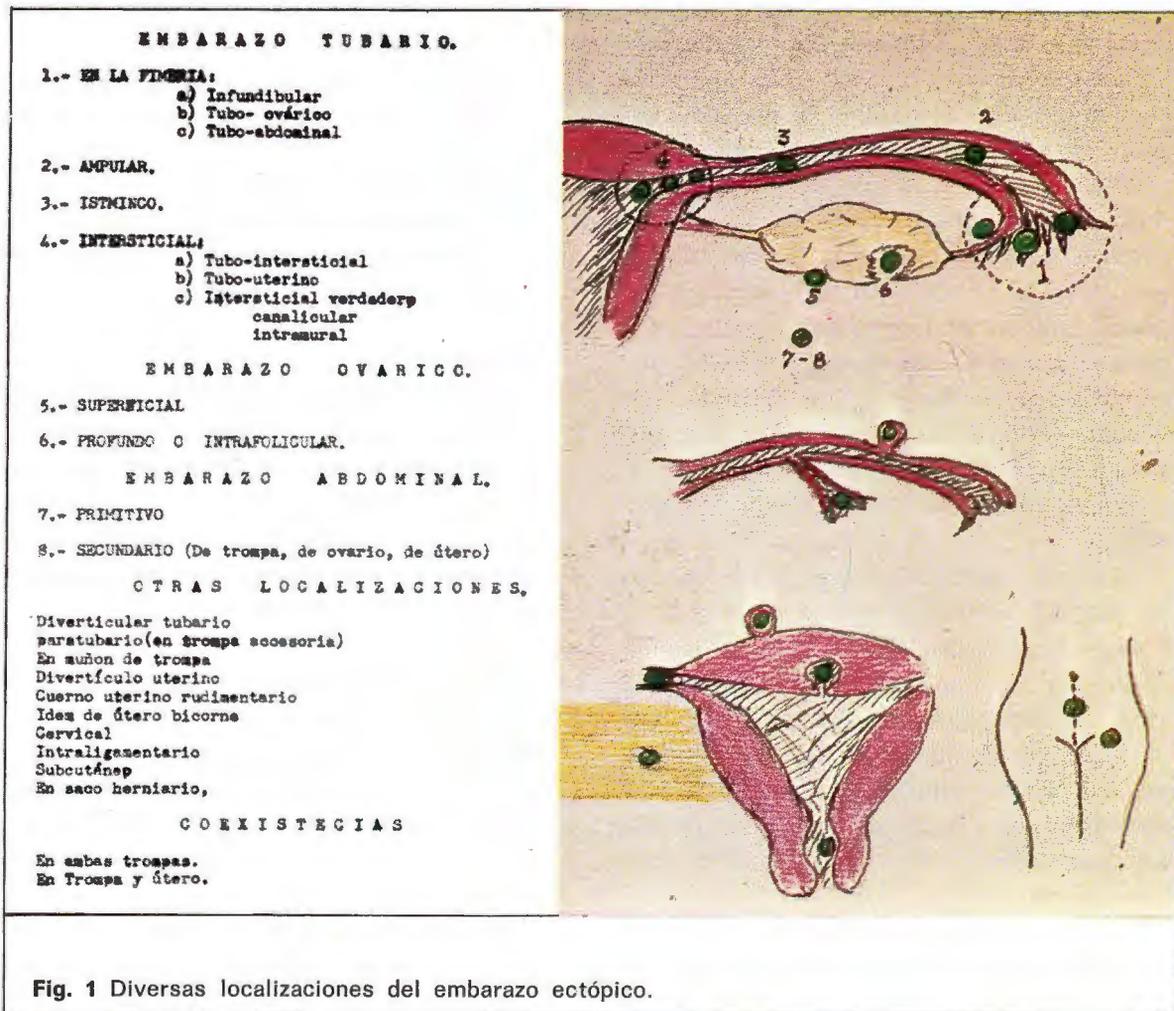


Fig. 1 Diversas localizaciones del embarazo ectópico.

implanta sobre la serosa peritoneal que cubre al intestino o el epiplón, 3) tubovárico, en el que el saco fetal está formado por tejido ovárico y tubario, 4) interligamentario, en el que el huevo se desarrolla entre las dos hojas del ligamento ancho, 5) ovárico-abdominal en el que la placenta abarca tanto el ovario, como el intestino y el epiplón.

Cualquiera que sea el sitio de implantación ectópica, todas las variedades tienen determinadas características que le son comunes: a) imposibilidad de parto espontáneo y por las vías naturales, b) condiciones nutricionales y espaciales desfavorables para el desarrollo del huevo, c) peligro para la vida de la madre, y d) mientras exista tejido placentario funcionando, las reacciones orgánicas maternas son iguales que en el embarazo en su nidación normal.

La invasión por el trofoblasto de los tejidos en que se ha realizado la nidación ectópica va a producir sangrado; si es en la trompa, las vellosidades coriales llegarán a perforarla y ésto, unido a la distensión mecánica, provocará su ruptura.

Esta relación anormal madre-embrión impide que el trofoblasto produzca cantidades suficientes de gonadotropinas coriónicas que favorezcan una función lutea adecuada. El cuerpo amarillo falla en su producción hormonal y aparece sangrado uterino por privación en la época —o un corto tiempo después— de la fecha en que debería haberse presentado la menstruación. La muerte embrionaria es la regla; pero aun cuando el embrión sobreviviera esta etapa crítica inicial, su desarrollo estaría amenazado debido a las diferencias anatómicas, histológicas y fisiológicas entre

la implantación anormal y el útero. La vida de la madre también estará constantemente amenazada por las pequeñas hemorragias continuas y el peligro de que en cualquier momento se presente una hemorragia masiva.

La sangre derramada en la cavidad peritoneal se va acumulando en la excavación pélvica, en el fondo del saco de Douglas formando un hematocele que tiende a aislarse por asas intestinales y epiplón que se aglutinan a su alrededor. Cuando este hematocele se infecta secundariamente, casi siempre por gérmenes del grupo coli, se convierte en un absceso pélvico de alta gravedad.

Mientras funcionalmente exista trofoblasto, todo el organismo materno responde al estímulo hormonal, igual que si se tratara de una gestación normal: el útero crece hasta el tamaño de una gestación de seis semanas, puede haber cambios mamarios, etc. La decidua uterina, por el soporte hormonal inadecuado, degenera y es expulsada en fragmentos o en un solo molde, confundiendo con un aborto.

Eventualmente, los embarazos abdominales pueden continuar su desarrollo por algún tiempo, si se logra una placentación hemocorial que suministre medios nutritivos adecuados, e incluso llegar a término. Si el saco ovular es pequeño y pobre en líquido amniótico, el producto sufre las consecuencias del oligoamnios: falta de desarrollo, deformaciones, etc.

Cuando el embarazo llega a su término, puede presentarse un falso trabajo de parto y, en muchas ocasiones, es hasta entonces que se sospecha el diagnóstico. En cualquier época que muera el feto, los síntomas gravídicos desaparecen, presentándose los cambios mamarios propios del puerperio.

Si no se extrae el producto, queda expuesto a alguna de las siguientes contingencias:

1. Calcificación o petrificación por acumulación de sales calcáreas (carbonatos de calcio), y se convierte en litopedion; así puede permanecer den-

tro de la cavidad abdominal indefinidamente.

2. Momificación o deshidratación aséptica. La evolución es similar a la anterior.
3. Maceración simple.
4. Infección del saco, generalmente por gérmenes de grupo coli, complicación muy grave.

### Diagnóstico

En términos generales, el diagnóstico del embarazo ectópico no es fácil, porque en las primeras etapas, se espera una sintomatología de estado grávido muy perfecta y signos muy claros de su topografía anormal, y una gravedad que sólo es ostensible durante los accidentes, pero esto no es lo habitual.

El cuadro clínico está supeditado a la etapa evolutiva en que se encuentre el embarazo ectópico. En sus principios, todas las localizaciones presentan una sintomatología similar y sólo hasta que llegan a etapas más avanzadas se presentan matices que las diferencian entre sí.

Lo más importante es llegar a un diagnóstico preciso y oportuno, antes de que se presenten los graves accidentes de la gestación ectópica. Para esto, lo primero es una cuidadosa historia clínica y, ante una paciente en edad de procreación con alteración menstrual, pensar en la posibilidad de embarazo ectópico hasta no demostrar otra cosa.

Se deben valorar tres síntomas: 1) alteración menstrual, 2) sangrado, y 3) dolor.

1. Alteración menstrual. No siempre se trata de amenorrea, aunque es lo más común. Su duración es variable, desde unos cuantos días, que podrían hacer pensar en un simple retraso de la menstruación, hasta varias semanas. En ocasiones, en lugar de menstruación, se presenta un simple goteo y, a veces, hasta sangrado escaso antes de la fecha de la regla.

2. Metrorragia. El sangrado puede servir para valorar la alteración menstrual. El sangrado visible es de origen uterino, su-

pedido a cambios hormonales, como ya se mencionó anteriormente, y sus características de irregularidad, intermitencia y persistencia en forma de goteo, así como el aspecto de la sangre, que es espesa y de color café oscuro, diferente a la sangre menstrual y a la sangre circulante, tiene un gran valor diagnóstico. Es característico el que no ceda a ningún tratamiento, inclusive al legrado, de no ser la extirpación de la eccesis.

3. Dolor. Es un síntoma muy constante, pero de características muy variables. No hay que esperar el dolor brusco "en puñalada" que corresponde a la ruptura y que se acompaña de lipotimia o estado de choque. En el ectópico que no se ha roto, el dolor es poco intenso, sin localización fija en el bajo vientre, que puede corresponder al lado de la implantación anormal. Puede ser continuo o intermitente en forma de "punzadas" y a veces coincide con ligeras y fugaces lipotimias que traducen pequeñas hemorragias intraperitoneales.<sup>10</sup> Puede presentar irradiaciones, al hombro, hipocondrios, recto y vejiga. Los analgésicos no tienen ningún efecto sobre él.

Esta triada sintomática bien valorada es suficiente para dar una orientación definida hacia el diagnóstico. Los síntomas generales gravídicos no tienen valor específico, aunque deben tomarse en cuenta si se les encuentra asociados a alguno de los datos anteriores.

Los hallazgos que ofrece la exploración ginecológica en los primeros estadios son muy vagos; en los casos afortunados se podrá palpar una masa lateral al útero, de forma oblonga o esferoide y de consistencia especial comparable a la de una morcilla. Un hallazgo muy constante y de mucho valor, es el dolor que despierta el tacto en uno de los fondos laterales de la vagina y en el fondo del saco de Douglas ("grito del Douglas", signo de Proust-Mondor).

Como exploración accesoria al alcance del médico general y de gran valor, se puede mencionar la punción del fondo de saco de Douglas a través de vagina que

es fácil realizar con una aguja de raquianestesia y una jeringa. La prueba se considera positiva cuando se extrae sangre que no se coagula. Indica la presencia de hemoperitoneo.

Otra prueba de laboratorio que debe practicarse, aun cuando no tiene valor para hacer el diagnóstico de localización ectópica, es una biometría hemática que nos orienta acerca de la pérdida sanguínea. Adquiere más valor si se repite y se observa que la hemoglobina, el hematocrito y el número de hematíes se van reduciendo.

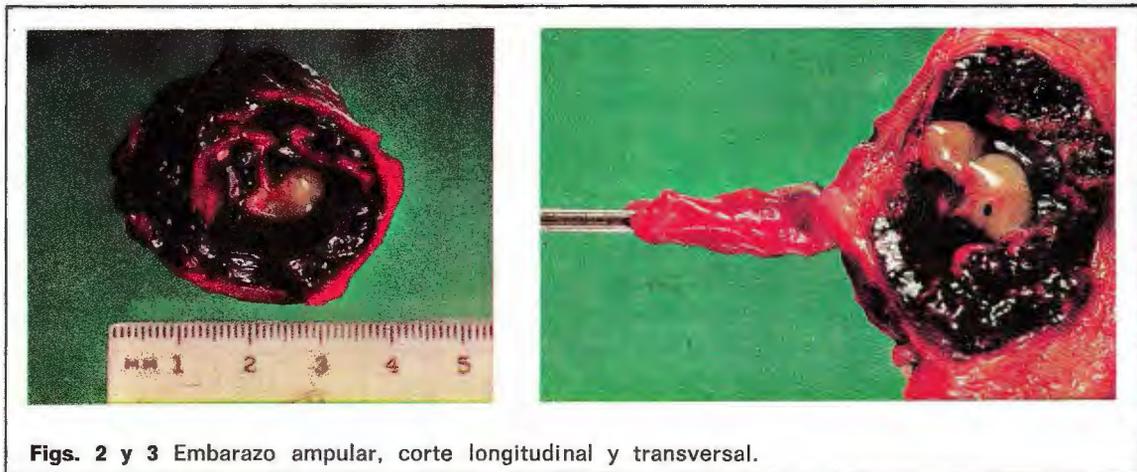
Cuando se ha descartado la presencia de un embarazo intrauterino, las pruebas inmunológicas de embarazo pueden ser auxiliares útiles, en caso que resulten positivas, pero su negatividad no excluye el diagnóstico de ectopia. Recientemente, se ha descrito el uso de radioinmunoensayo, específico para la gonadotropina coriónica humana.<sup>11</sup> Este método puede descubrir niveles séricos significativos dentro de los primeros días de la supuesta implantación. Desafortunadamente, por sí sola no ha demostrado su especificidad y aún está fuera del alcance de la clínica diaria.

La única exploración que da el diagnóstico en forma concluyente, es la observación directa de la localización ectópica por medio de la endoscopia pélvica, ya sea por vía del fondo de saco de Douglas (Douglasoscopia) o por vía abdominal (laparoscopia).

Desde el punto de vista práctico, basta que el médico general se oriente firmemente al diagnóstico con un buen estudio clínico, exploración ginecológica y, cuando mucho, una punción de fondo de saco de Douglas, para referir a la paciente al contacto secundario. Ruptura, hemorragia y choque pueden presentarse rápidamente y en cualquier momento y no admiten numerosas pruebas de laboratorio, largas consultas o exploraciones sofisticadas.<sup>12</sup>

Para establecer el diagnóstico diferencial deben tenerse presentes otros estados patológicos que pueden simular un embarazo ectópico

## Embarazo ectópico



Figs. 2 y 3 Embarazo ampular, corte longitudinal y transversal.

Otras eventualidades mucho menos frecuentes que podrían asemejarse al embarazo ectópico serían los quistes de cuerpo amarillo roto y los quistes con pedículo torcido, pero ambos ameritan el mismo tratamiento que aquél. Ante una duda justificada, y en casos urgentes, es preferible operar a dejar pasar la oportunidad de un tratamiento que puede salvar la vida de la paciente.

### Tratamiento

Desafortunadamente, no existen medidas preventivas específicas del embarazo ectópico pero, como conducta general, en toda mujer en edad reproductiva, hay que insistir en las medidas higiénicas tendientes a evitar las infecciones pélvicas, en la atención obstétrica adecuada y en el tratamiento oportuno, y bien aplicado, de cualquier proceso patológico.

Por lo que se refiere a la yatrogenia, en

muchas ocasiones no pueden evitarse las secuelas de la cirugía sobre trompa o de las exploraciones diagnósticas de estos órganos; sin embargo, es obligatorio para el médico actualizar sus conocimientos, mejorar sus destrezas y depurar al máximo sus técnicas.

El tratamiento del embarazo ectópico se resume en la frase de Halban: "Hecho el diagnóstico, operar". No importa la etapa en que se encuentre el padecimiento, la conducta es la misma. Clásicamente, se ha considerado que estos casos ameritan cirugía de urgencia. En términos generales, esto sigue siendo válido pero, salvo cuando se trate de una hemorragia aguda masiva, como en la ruptura del embarazo tubario intersticial en que la intervención debe ser inmediata al mismo tiempo que se transfunde sangre, en otros casos se puede esperar unas cuantas horas para hacer las pruebas preoperatorias más indispensables y mejo-

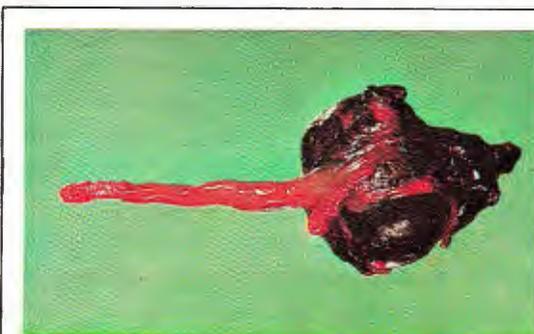


Fig. 4 Aborto tubario.



Fig. 5 Embarazo tubario roto.

# Historia natural del embarazo ectópico no

## Factores del agente

### De las trompas:

- Padecimientos inflamatorios que lesionan capas de la trompa e impiden su función de transporte.
- Procesos adherenciales que interfieren en la motilidad del órgano, u obstructivos dentro de su luz.
- Malformaciones tubarias (hipoplasias, trompas accesorias, divertículos).
- Procesos tumorales intra o peritubarios
- Estimulo neuroendócrino inadecuado de la motilidad tubaria (hipoestrogenismo)

### Del cigoto:

- Huevo fecundado con desarrollo precoz de capacidad nidatoria por desarrollo acelerado trofoblástico.
- El cigoto encuentra en su trayecto condiciones favorables para su nidación (endometriosis o reacción decidual de la trompa).

### Del ovario:

- Transmigración ovular
- Fecundación del óvulo atrapado

## Factores del huésped

Sexo: femenino

Edad: 25 a 35 años (mayor frecuencia en época de mayor fertilidad).

Estado previo de salud:

- Infecciones pélvicas postparto o postaborto
- Infecciones pélvicas varias (p. ej. tuberculosis)
- Enfermedades venéreas
- Padecimientos inflamatorios de las salpinges
- Enfermedades endocrinas (hipoestrogenismo)

Antecedentes G.O:

- Embarazos atendidos en malas condiciones de higiene
- Abortos provocados clandestinamente
- Multiparidad (mayor frecuencia que en nulíparas, aunque en nulíparas añasas es también frecuente).
- Dispositivos uterinos (alteran la motilidad tubaria).
- Embarazo ectópico previo (en el 10% se repite en la salpinge opuesta).

Yatrogenias:

- Secundarias a exámenes diagnósticos (Prueba de Rubin o histerosalpingografía).
- Cirugía sobre peritoneo pélvico o sobre trompas.
- Control indiscriminado con antibióticos, quimioterápicos y esteroides

## Factores del ambiente

Nivel socioeconómico bajo (hay mayor frecuencia de enfermedades infecciosas y venéreas)

Escasos recursos de atención médica (atención inadecuada de partos y abortos)

Prácticas médicas con utilización indiscriminada de antibióticos (producen estenosis parciales de trompas), esteroides (provocan edema y alteraciones celulares).

Educación higiénica y patrones culturales (hábitos higiénicos personales)

Estímulo desencadenante

Fecundación

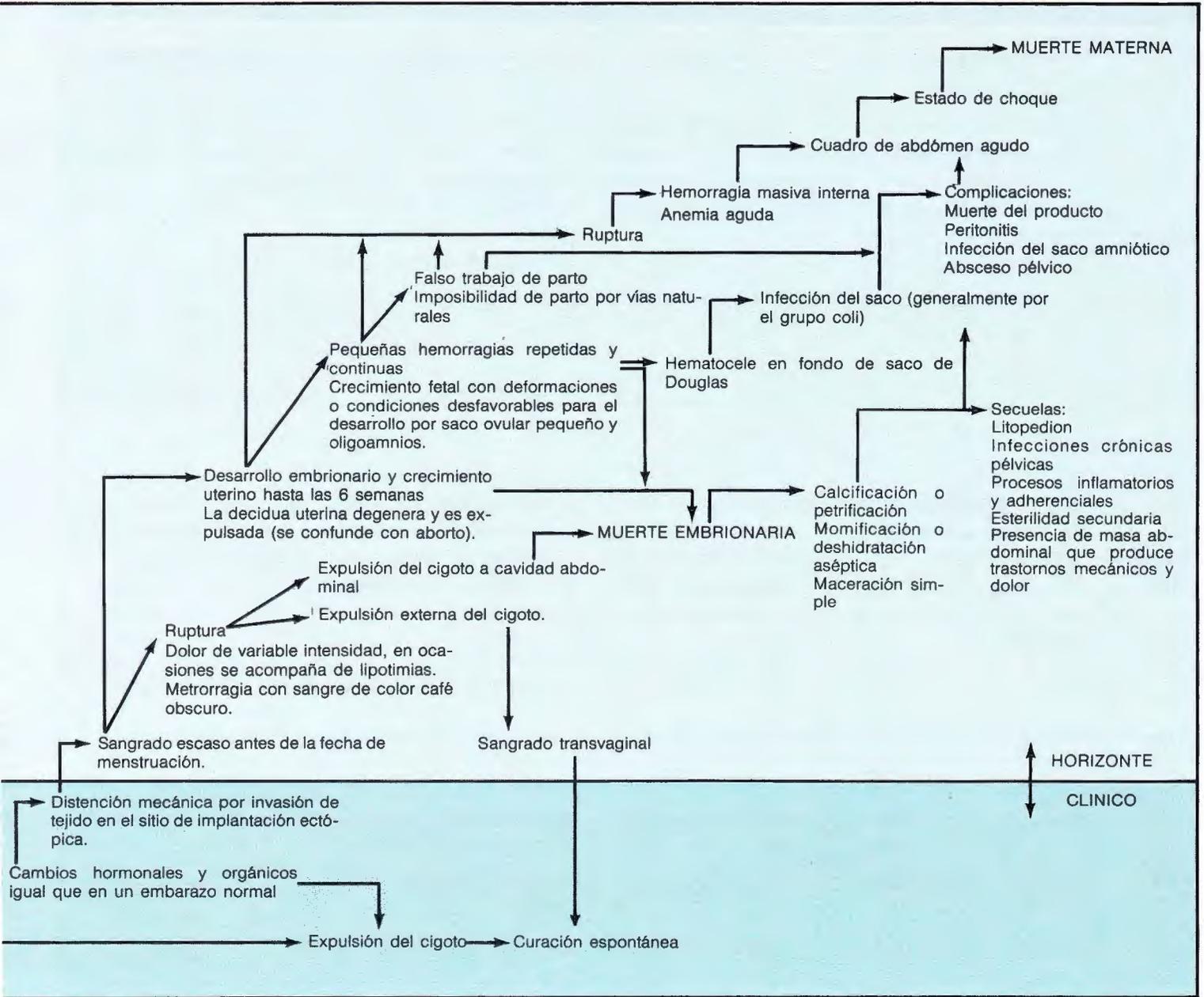
Nidación ectópica:  
Abdominal  
Ovárica  
Tubaria  
Otras

## Periodo prepatogénico

### Prevención primaria

| Promoción de la salud   | Protección específica  | Diagnóstico  |   |
|---|--|--|---|
| <p>Educación sanitaria a la población</p> <p>Educación higiénica</p> <p>Accesibilidad de la atención médica</p> <p>Mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y culturales</p> <p>Exámenes periódicos</p> <p>Promoción de actividades para esparcimiento y recreo.</p> | <p>Tratamiento adecuado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedades venéreas (a la pareja y contactos)</li> <li>Padecimientos inflamatorios de salpinges</li> <li>Enfermedades infecciosas</li> </ul> <p>Atención adecuada e higiene del embarazo, parto y puerperio y abortos</p> <p>Informar, educar y vigilar pacientes con antecedentes de embarazo ectópico</p> | <p>Control e información del uso de medicamentos, señalando efectos colaterales, así como de dispositivos intrauterinos</p> <p>Consejo genético (en malformaciones congénitas)</p> <p>Control prenatal continuo</p> <p>Control postquirúrgico (atención)</p> <p>Actualizar y adiestrar al médico en técnicas quirúrgicas y métodos diagnósticos.</p> | <p>Estudio cuidadoso de la paciente mediante la H.C.</p> <p>Interrogar cuidadosamente: alteraciones menstr., sangrado dolor</p> <p>Exploración adecuada de abdomen</p> <p>signos de anemia ginecológica</p> |

# tratado



## Periodo patogénico

### Prevención secundaria

**temprano**

- Uso adecuado de los medios auxiliares de dg.
- Punción de fondo de saco de Douglas
- Biometría hemática
- Prueba inmunológica de embarazo (endoscopia)
- Hacer diagnóstico diferencial
- Hospitalización con vigilancia continua
- Informar la gravedad del caso.

### Limitación de la incapacidad

- Practicar cirugía en el momento necesario
- Reponer sangre (líquidos)
- Mantener T.A. dentro de límites normales
- Dependiendo del caso, salpingectomía o tratamiento conservador
- Intervenir antes de que se presente el falso trabajo de parto
- Tratar infecciones
- Tratar complicaciones

### Prevención terciaria

**Rehabilitación**

- Información a la pareja sobre la posibilidad de un nuevo embarazo ectópico
- Control con métodos anticonceptivos por 6 u 8 meses
- Informar en caso de salpingectomía la posibilidad de una nueva procreación por la salpinge restante.
- Resección de litopedion y masas tumorales
- (Tratamiento de las secuelas)

Niveles de prevención

## Diagnóstico diferencial del embarazo ectópico.

|                    | Embarazo ectópico   | Aborto  | Pad. inflamatorio pélvico  | Apendicitis aguda  |
|--------------------|---|---|--|--|
| <b>Historia</b>    | Alteración menstrual. Amenorrea de corta duración. Sangrado intermitente. Dolor en una fosa iliaca.                     | Amenorrea de mayor duración. Sangre fresca. Cólicos intermitentes en región suprapúbica.                    | Ausencia de amenorrea. A veces hiperpolimenorrea a sangre fresca o de tipo menstrual. Antecedentes de infección. Dolor en ambas fosas iliacas. | Síntomas gastrointestinales. Dolor en fosa iliaca derecha. |
| <b>Exploración</b> | Utero ligeramente crecido, tumoración en un lado del útero, "grito del Douglas", anemia que no corresponde al sangrado. | Utero crecido de acuerdo con la amenorrea. Anemia de acuerdo con la hemorragia visible cervix entreabierto. | Utero normal, doloroso a la movilización. Masas palpables en ambos lados. Flujo purulento. Fiebre.   | Mc-Burney positivo. No hay masas anexiales palpables.      |
| <b>Laboratorio</b> | Reacciones de embarazo dudosas. Biometría hemática: baja de hemoglobina.  | Reacciones de embarazo positivas.   | Reacciones de embarazo negativos. Leucocitosis. Sedimentación acelerada.   | Leucocitosis.  |

rar el riesgo quirúrgico. Es aconsejable no elevar la tensión arterial sistólica más arriba de 80 a 90 mm Hg, por el peligro de provocar o aumentar el sangrado.

El tipo de operación que se practique depende de las condiciones que se encuentren al abrirse el vientre.<sup>13</sup> En el embarazo tubario, si la trompa ya ha estallado, debe practicarse la salpingectomía. Si aún no está rota, debe intentarse un tratamiento conservador tomando en cuenta, además del estado de los órganos pélvicos, la edad

de la paciente, su paridad y sus deseos de un nuevo embarazo.<sup>14,15</sup>

El embarazo abdominal pone a prueba la sagacidad del clínico en cuanto a la oportunidad del tratamiento, pues se plantea el dilema entre la intervención inmediata sin tomar en cuenta la vida del producto o la expectación, exponiendo a la madre a graves riesgos; mientras más avanza el embarazo, aumentan aún más los peligros para la madre y disminuyen para el producto.

## Embarazo ectópico (concluye)

No se puede aconsejar una conducta aplicable a todos los casos. Si el diagnóstico es seguro, el criterio que parece privar en la actualidad es el expectante, con la paciente hospitalizada y sometida a la más estrecha vigilancia y se intervendrá de inmediato si se presentan datos de alguna complicación tal como ruptura del huevo, hemorragia o infección. En caso de que se logre llegar cerca del final del embarazo, se intervendrá antes de que se presente el falso trabajo de parto.

No es aconsejable realizar ninguna otra intervención asociada al tratamiento del embarazo ectópico, salvo aquellos casos en que las condiciones de la paciente son excelentes. Aquí, es aplicable el axioma quirúrgico: "Se debe entrar aprisa y salirse más aprisa".

Una vez resuelto el problema del embarazo ectópico, es aconsejable informar a la pareja de la posibilidad de una nueva eccesis y sugerir que se practique un método anticonceptivo confiable, cuando menos durante 6 a 8 meses, sobre todo si se ha hecho un tratamiento conservador.<sup>16</sup>

Si se ha practicado una operación mutilante, la pareja debe saber que conserva sus posibilidades de procreación por la salpinge restante y, sobre todo, que sus funciones endocrinas no han sufrido ningún deterioro como tampoco la capacidad co-

pulativa y orgástica.<sup>17</sup>

### Resumen

El embarazo ectópico es una entidad clínica polifacética, de difícil diagnóstico si no se tiene presente la posibilidad de su presentación en cualquier mujer en edad reproductiva. La aparición de alteración menstrual, dolor pélvico y sangrado vaginal debe alentarnos al diagnóstico.

Ante la sospecha de esta condición, debemos echar mano de todos los recursos terapéuticos a nuestro alcance para probar o para excluir el diagnóstico. La punción de fondo de saco de Douglas y la laparoscopia son los mejores auxiliares.

El retraso o el error en el diagnóstico pueden acarrear consecuencias catastróficas para la madre por hemorragia masiva y choque que son las causas que más contribuyen a la mortalidad por este padecimiento.

En otros casos, los menos, el error o el retraso, contribuye a que la paciente quede con secuelas muy molestas que le impidan llevar una vida normal, y que minan su salud general.

Hecho el diagnóstico, se debe intervenir quirúrgicamente, a la mayor brevedad posible, valorando el riesgo quirúrgico, mejorándolo cuando sea posible, y utilizando una anestesia adecuada

### Bibliografía

1. Palmer, R & Paessant, J. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Gynécologie, Vol. II Edit. A Lafont, Paris.
2. López de Nava, A. Embarazo Ectópico. Rev. Med. Marina IX-33, 1963.
3. Giménez Miranda M., Lowenberg, E. y Schulz Contreras M. Consideraciones Clínicopatológicas sobre treinta embarazos ectópicos. Ginec. y Obst. de Méx. XII: 77, 1958.
4. Senties, G. L. Algunas consideraciones sobre embarazo ectópico. Ginec. y Obst. de Méx. XII: 3, 1957.
5. Castelazo A. L. La urgencia quirúrgica del embarazo ectópico. Ginec. y Obst. de México. VI: 6, 1951.
6. Douglas, L. H. & Kohn, S. G. Abdominal Pregnancy. W. Virginia Med. J. 43: 307, 1947.
7. Aguirre, F. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas acerca del embarazo ectópico. Ginec. y Obst. de Méx. X: 6, 1955.
8. Bartolitti, L. Sopra Particolari aspetti diagnostici della gravidanza tubarica Rev. It. de Ginec. LXI: 1, 1958.
9. Lambillon, J., Mettens, J., J. Jabare, A. Conservative and Plastic Surgery in Ruptured Ectopic Pregnancy. Int. Jour. Fertility. IV: 4, 1959.
10. Novak, E. Gynecological and Obstetrical Pathology. 2nd. Edit. W. B. Saunders Co. Philadelphia & London, 1967.
11. Kosasa, T. S., Taymor M. L., et al: Obstet. Gynecol. 42-868-871. Dic. 1973.
12. Katz, J. L., and Marcus, G., Brit M. J. 3: 667, 1972.
13. Harralson, J. D., Van Nagell, J. R. Jr. and Rodick, J. W. Jr. Operative Management of Ruptured Tubal Pregnancy. Am. J. Obstet. and Gynec. 115: 995-997, Abril 1, 1973.
14. López de Nava, A. Tratamiento conservador del embarazo tubario. IX Reunión Nal. de Gin. Monterrey, 1960.
15. Stromme, W. B., Obstet. and Gynec. 41: 215-223. Feb. 1973.
16. Schenker, A. et. Al. Surg. Ginec. and Obst. 135: 74, 1972.
17. Bruder, L., Vigilante, M. S. Obstet. and Gynec. 41: 891, 1973.