

EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE MARCONA HIERRO PERU. 1956-1981

Dres: ALVARO DIEZ CANSECO C.* y VICTOR MEDINA ANGULO**

* Médico Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología

** Médico de Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Hospital S.J. de Marcona

RESUMEN

Se presenta un estudio estadístico de la incidencia del Embarazo Ectópico Abdominal en el Hospital San Juan de Marcona HIERRO PERU, comprendido entre Julio de 1956 a Junio de 1981 (25 años).

Hacemos la presentación clínica de dos casos de Embarazo ectópico Abdominal secundario a ruptura de la Trompa, uno de ellos con gestación de 40 semanas y supervivencia del Recién Nacido.

Se revisaron 11.152 Historias Clínicas de embarazadas, en las que se encontraron 9.793 partos (87,82 o/o); 1.327 abortos (11,90 o/o); 32 embarazos ectópicos (0,28 o/o). En los embarazos ectópicos hemos hallado 2 abdominales secundarios (0,01 o/o). Se hace una pequeña reseña y revisión de la fisiopatología del tema con énfasis en el Embarazo Ectópico Abdominal.

La evaluación y evolución de nuestras pacientes, todas fueron satisfactorias, sin complicaciones post-operativas, ni muertes maternas, contando con la supervivencia de un recién nacido de embarazo ectópico abdominal. Reseñamos los métodos diagnósticos que usamos, los hallazgos clínicos y nuestra conducta ante este cuadro grave, que puede entrañar la pérdida de una madre joven, caso que felizmente no hemos tenido que lamentar.

INTRODUCCION

Según se sabe el primer caso de Embarazo Ectópico en la historia y de acuerdo con Schumann, es el que se le presentó a Albucasis, árabe que en el siglo XI, dijo haber visto salir huesos fetales a través de una herida abdominal supurante. El primer caso quirúrgico fué en 1594, en una paciente con un Embarazo abdominal previo, cuyo contenido fué evacuado a través de una fístula espontánea y que tres años más tarde tubo un Embarazo Ectópico por segunda vez, siendo en esta segunda oportunidad extraído el feto por el cirujano Jacob Naierreas alargando la fístula abdominal anterior.

El primer caso de ruptura de Embarazo Ectópico Tubario, fué descrito por Riolán en 1604, quien describió los síntomas y signos de este cuadro.

De acuerdo al lugar de implantación, el Embarazo Ectópico puede ser: tubario ampular; tubario istmico; tubario intestinal; tubo-ovárico; tubo-abdominal; ovárico; cervical.

El Embarazo Ectópico abdominal secundario, antes se creía que al producirse la ruptura de la trompa, el producto de la concepción era expedito al abdomen y se reimplantaba en la superficie peritoneal, intestino delgado o epiploon; semejante reimplantación resulta a todas luces imposible (1), lo que ocurre es que la placenta, que todavía está fijada emerge cada vez más a través de la perforación, para seguir creciendo fuera de la trompa. Por último toda ella se separa de la luz del oviducto y continua creciendo externamente en la superficie peritoneal, pudiendo incluso llegar a término, (2-3).

La nidación y desarrollo del huevo fuera de la cavidad uterina, representa desde su inicio, una entidad que a corto plazo revertirá en caracteres de urgencia, y peligro inminente, para la vida de la gestante; en cuanto más se demore el diagnóstico y tratamiento adecuado (1).

Hemos querido hacer una evaluación retrospectiva de los embarazos ectópicos en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Juan de Marcona-HIERRO-PERU comprendido entre Julio de 1956 a Junio de 1981 (25 años), y en los archivos del Hospital hemos encontrado registrado 32 embarazos ectópicos, de los cuales dos casos han sido abdominales secundarios, que son motivo de esta presentación.

MATERIAL Y METODOS:

El material obtenido para este trabajo proviene del Hospital San Juan de Marcona HIERRO-PERU, provincia de Nasca departamento de Ica. Se revisaron las Historias Clínicas de todos los Embarazos del Servicio de Ginecología y Obstetricia, entre Julio de 1956 a Junio de 1981 (25 años), (cuadro No. 1), encontrándose un total de 11.152 embarazos; de los cuales 9793 han sido

partos; 1327 abortos; y 32 Embarazos Ectópicos. De estos últimos 30 son tubarios y 2 son abdominales.

En cuanto a la metodología para el diagnóstico del embarazo ectópico se siguen las normas establecidas en el Servicio y que comprende:

- a) Anamnesis y examen clínico completo.
- b) Control de datos en la ficha pre-natal (cuando la paciente ha concurrido tempranamente a dicho control); investigando sangrados previos, hipotensiones, abortos, y datos de anexitis.
- c) Examen minucioso por ultrasonido (Doppler) en la zona del hipogástrico.
- d) Exámenes de laboratorio de emergencia: Hb, Hem, Gr, Ph, Hemograma, glicemia, y serología. Tener sangre cuatro unidades con prueba cruzada.
- e) Control estricto de funciones vitales y evolución del cuadro clínico.
- f) Punción abdominal bajo anestesia local.
- g) Examen bajo anestesia general, con culdocentesis y/o Dilatación y curetaje del Utero.
- h) Laparatomía al confirmarse el diagnóstico o sospecha de complicación grave.

RESULTADOS:

Señalamos los dos casos de embarazo ectópico abdominal que hemos tenido y que presentaron la siguiente Historia Clínica.

HISTORIA CLINICA No. 39458-1409/3; de 39 años de edad con amenorea de 40 semanas, con control pre-natal, consignada como situación transversa en su último control pre-natal, como antecedentes más importantes tenemos: TBC Pulmonar reactivada, Nefrectomía parcial derecha, Esterilidad secundaria en 1970, tratada con hidrotubaciones, presentando luego un embarazo ectópico tubario izquierdo roto en 1971, practicándosele Salpingo-ooforectomía izquierda cuando cursaba la décima semana de gestación. En su actual gestación y cuando tenía diez semanas de amenorea presentó un episodio de dolor agudo en hipogastrio, lipotimia, y palidez, no queriendo concurrir al Hospital, "por temor a ser operada y perder a su hijo"; este episodio indica la ruptura tubaria y la prosecución del embarazo en la cavidad abdominal. Con su embarazo a término ingresa al Hospital con dolor pungitivo en flanco y fosa ilíaca izquierda de 48 horas de evolución, que no eran los típicos dolores de trabajo de parto, el examen nos reveló un cervix sin trabajo de parto, el feto en situación transversa con el polo cefálico a la izquierda, embriocardia de 144 por minuto, ante esta situación se decidió efectuar operación cesarea.

Abierta la cavidad abdominal se encontró feto con placenta y amnios libremente en la cavidad peritoneal, que ocupaban el fondo de saco de Douglas y cara posterior del Utero; la Trompa y Ovario derechos adheridos al amnios, y la placenta con múltiples zonas de infiltración al intestino delgado; el Utero rechazado hacia el pubis, aumentando de tamaño como ocho semanas de gestación.

Se procedió a extraer un feto vivo catalogado con Apgar 10, sexo masculino, con peso de 3660 g.; este ni-

ño sobrevive actualmente y cuenta con seis años de edad y su desarrollo psíco-somático es normal; la extracción de la placenta no fué completa dejándose un 25 o/o que estaba implantada en el intestino delgado. El informe anátomo-patológico indicó: Placenta a término con vellosidades coriales normales, sin cotiledones ni placa decidual materna; la placa corial o fetal, reducida pero histológicamente normal; el Ovario con cuerpo luteo de embarazo y reacción decidual; Endometrio con marcada reacción decidual. En el post-operatorio hubo anemia de 6.3 g. de Hb. corregida con transfusión de sangre; salió de alta en buenas condiciones al octavo día post-operatorio.

HISTORIA CLINICA No. 55606-19787/6; de 20 años de edad segundigesta, amenorrea de 17 semanas sin control pre-natal, cesareada anterior por presentación podálica, TBC Pulmonar activa en tratamiento. Concorre el Servicio de Emergencia con dolor soportable desde la sexta semana de amenorrea en fosa ilíaca derecha, el mismo que se ha ido agudizando en las últimas 72 horas, presentándose además vómitos verdosos; palidez de piel y mucosas. Hb de 6.8 gr. o/o P.A. de 60/30 y bradicardia de 60 por minuto, dolor en el hipogastrio pero tolera bien el examen, se observa pérdida sanguínea por vagina, una altura uterina de 20 cm. y por medio del ultrasonido (Doppler) se ausculta latidos fetales de 144 por minuto. Progresivamente se fueron acentuando los síntomas de Shock hipovolémico, se decide practicar punción abdominal, extrayéndose sangre incoagulable, lo que hace decidir practicar laparatomía.

Los hallazgos operatorios: Sangre y coágulos en cavidad libre, en cantidad de tres litros. Feto de 18 cm, vivo en la cavidad peritoneal, con cordón y placenta de acuerdo a su edad gestacional insertada en el epiplon que sangra profusamente, y el cuerno uterino del lado derecho, se procedió a extraer el feto con su placenta, previa omentectomía parcial, efectuando esto el feto dejó de vivir; Salpinguectomía parcial derecha; luego de terminada la laparatomía se practicó dilatación y curetaje del útero para extraer la decidua.

El informe anátomo-patológico: Vellosidades coriales jóvenes vascularizadas, membrana coriónica congestiva; epiplon con pequeñas zonas de reacción decidual y vellosidades coriales jóvenes, áreas hemorrágicas y congestión vascular.

Cordón umbilical con venas y arterias completas. Feto cianótico sin malformaciones congénitas. Cuerno uterino y trompa con marcada reacción decidual y vellosidades coriales jóvenes. Endometrio con glándulas secretoras reacción decidual y arteriolas engrosadas; Endometrio con reacción decidual y arteriolas hialinizadas; Glándulas secretoras con F/A/S/ mínima.

COMENTARIOS

En el Hospital San Juan de Marcona, durante el período comprendido entre Julio de 1956 y Junio de 1981, se atendieron del total de embarazos 9793 partos que han representado el 87.82 o/o; 1327 abortos que corresponden al 11.90 o/o y 32 embarazos ectópicos que nos dan un 0.28 o/o del total de gestaciones. (Cuadro No. 2) En un estudio del Hospital Materno Infantil San Bartolo-

mé (Lima), han encontrado una incidencia de embarazos ectópicos de 0.121 o/o (4), que es más baja que la nuestra.

Haciendo una relación entre el número de gestaciones con el de embarazos ectópicos, hemos obtenido que la misma es de 1/348 (Cuadro No. 3); superior a una revisión anterior que hicimos en 1971 (5), que fué de 1/473; muy superior a la señalada por el Hospital San Bartolomé que fué de 1/820 sobre un total de 36.900 gestaciones. Otros datos obtenidos nos indican una incidencia de 1/303 dada por Schuman en Filadelfia en 1918; en el New York Lyding In-Hospital fue de 1/247; Anderson en Baltimore señala 1/200 en la raza blanca y 1/120 en la raza negra, Beachman de New Orleans refiere 1/126 todos ellos con incidencia mayor a la nuestra.

En la historia del embarazo ectópico, se observa que su incidencia ha aumentado a partir de 1950 por la ampliación de los estudios de esterilidad en problemas tubarios, y el advenimiento de las sulfas y antibióticos que han conseguido recuperaciones parciales de la anatomía y fisiología de las Trompas (5).

En cuanto a la localización anatómica de los 32 embarazos ectópicos; hemos tenido, 12 tubarios ampulares: 4 izquierdos y 8 derechos; 14 tubarios istmicos: 6 izquierdos y 8 derechos; 4 intersticiales: 2 izquierdos y dos derechos; y 2 tuboabdominales derechos (Cuadros No. 4 y 5).

Por porcentajes han sido Tubario Ampular 37.50 o/o; Tubario Istmico 43.75 o/o; Tubario Intersticial 12.50 o/o; Tubo Abdominal 6.25 o/o; otras localizaciones 0.00 o/o.

Los embarazos ectópicos en relación a las gestaciones nos dieron una incidencia de 0.28 o/o correspondiendo a los embarazos abdominales de 0.01 o/o.

Hemos presentado la incidencia del Embarazo Ectópico en nuestro Hospital en el lapso de 25 años; de los 32 embarazos ectópicos, hemos encontrado dos tubo abdominales secundarios a ruptura de la trompa, en ambos la inserción de la placenta estaba parcialmente en la trompa estallada, lo que demuestra que el embarazo abdominal es siempre secundario a implantación tubaria con subsi-

guiente ruptura. Esta modalidad de embarazo ectópico, es casi siempre imposible que llegue a término; de los dos casos presentados uno llegó a las cuarenta semanas con supervivencia del recién nacido, que actualmente cuenta con seis años de edad, buen desarrollo psicossomático. Lo que permitió a esta gestación llegar a término, fué la integridad del amnios con una buena implantación de la placenta en el epiplon, peritoneo e intestino delgado que aseguró una buena nutrición feto-placentaria.

En el segundo caso no hubo conservación del amnios ni líquido amniótico, y presentó a las 17 semanas un cuadro de hemorragia intraabdominal, que nos obligó a practicar la laparatomía de urgencia, no obstante la certeza que teníamos de que el feto estaba vivo por la presencia de los latidos fetales por el uso del ultrasonido (Doppler).

En los 32 casos de embarazo ectópico, no hemos lamentado ninguna pérdida materna, fundamentalmente debido a efectuar un diagnóstico temprano, observación permanente de la paciente y expectación armada para intervenir ante la complicación y/o agravamiento del caso. El tratamiento es quirúrgico y lo hacemos lo más pronto posible; con el diagnóstico hecho ya que lo fundamental es parar el sangrado y restituir la pérdida sanguínea, y aún en casos de duda diagnóstica preferimos intervenir siguiendo el viejo proverbio de que "es preferible abrir un abdomen sano, que dejar pasar un embarazo ectópico", durante la laparatomía nunca efectuamos operaciones secundarias, y tratamos de dejar libre de sangre la cavidad abdominal ni dejar drenes.

BIBLIOGRAFIA

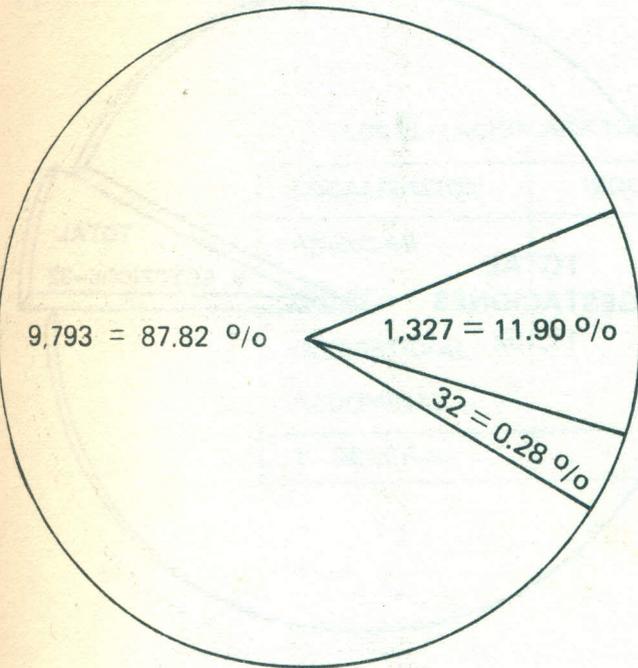
1. Novak Jones; Tratado de Ginecología VI edición.
2. Revista de Inmunología comparativa; Volumen II (Separata 1975).
3. Williams; Obstetricia; Salvat Editores 1973.
4. Delia Moreno, Luis Távara, Embarazo Ectópico-Experiencias Obstétricas-Ginecológicas, en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé; Tomo No. 1, pag. 33.
5. Gaige, Diez Canseco, Acosta - Insidencia del Embarazo Ectópico Hospital San Juan de Marcona, 1971.
6. Sandwise, Malkasiam y Col. Ectopic Pregnancy Review of 182 cases Obstetric Gynecology 14.227, 1959.

INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTOPICO

AÑO	EMBARAZOS	PARTOS	ABORTOS	ECTOPICOS
JUL. DIC. 1956	226	195	31	0
1957	309	289	20	0
1958	315	310	5	0
1959	319	314	4	1
1960	363	348	15	0
1961	395	359	36	0
1962	403	364	36	3
1963	392	371	21	0
1964	386	369	17	0
1965	412	376	36	0
1966	442	387	55	0
1967	433	380	52	1
1968	479	404	72	3
1969	480	410	66	4
1970	454	388	66	0
1971	569	480	88	1
1972	539	467	70	2
1973	513	449	64	0
1974	487	424	60	3
1975	514	435	75	4
1976	508	432	75	1
1977	497	419	74	4
1978	460	370	89	1
1979	514	421	91	2
1980	478	405	72	1
ENE. JUN. 1981	265	227	37	1
TOTAL	11,152	9,793	1,327	32

INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTOPICO

TOTAL DE EMBARAZOS 11,152 = 100 %



- PARTOS
- ABORTOS
- EMB. ECTOPICOS

RELACION DE
GESTACIONES
CON
EMBARAZOS
ECTOPICOS



TOTAL
GESTACIONES
11,152

TOTAL
E. ECTOPICOS-32

PROPORCION 1/348

LOCALIZACION ANATOMICA DE LOS EMBARAZOS ECTOPICOS

LOCALIZACION	IZQUIERDO	DERECHO	TOTAL
ANGULAR	4	8	12
ISTMICA	6	8	14
INTERSTICIAL	2	2	4
ABDOMINAL		2	2
T. GENERAL			32

LOCALIZACIONES ANATOMICAS DE LOS EMBARAZOS ECTOPICOS

