



Hace 55 años

*Valorización clínica del embarazo ectópico**

Por el Dr. Mario MADRAZO BASAURI.
México, DF.

En este estudio me propongo valorar y comentar los hechos que se han ido acumulando a mi experiencia personal a través de quince años de dedicarme a la Toco-Ginecología, en los cuales tuve la oportunidad de intervenir en ciento cuarenta y ocho casos de embarazo ectópico.

MORBILIDAD

Durante los ochos primeros años de mi ejercicio profesional, solamente llegaron a mis manos tres casos. Fue hasta que me hice cargo del Servicio de Ginecología del Sanatorio N° 1 del Seguro Social donde, por el gran volumen de enfermas que acudían a mi servicio, intervine durante tres años, de 1944 a 1946, en ciento treinta y dos casos. Trece casos más he atendido en diversos servicios como sigue: seis en el de Ginecología del Hospital Colonia durante los años de 1947 a 1949; dos en el de Ginecología de la Cruz Roja Mexicana en 1950 y los cinco restantes en el lapso comprendido entre 1944 y junio de 1951 en clientela privada.

La experiencia referida me ha revelado que la gestación ectópica ocurre con mayor frecuencia en una edad que fluctúa entre los veinticinco y los treinta y cinco años. La paciente más joven de la serie tenía veintiún años y la mayor cuarenta y dos.

Del estudio de las historias clínicas de las enfermas examinadas se desprenden dos hechos significativos:

1. Que la mayor parte de ellas habíanse casado viejas.
2. Que muchas sufrieron abortos repetidos, anteriores a su gestación ectópica.

* Tomado de Ginecología y Obstetricia de México 1952;VII:21-25.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

FERTILIDAD Y EMBARAZO ECTÓPICO

El análisis de los casos revela que el 32% de las pacientes nunca se habían embarazado antes, y el 42% no había logrado un producto a término. Solamente encontré un 9% de multíparas.

Esto nos demuestra el factor, generalmente aceptado, que consiste en que la infertilidad está comúnmente asociada a los embarazos ectópicos.

Después de revisar las causas que pueden considerarse como factores predisponentes o eficientes que desencadenaron las gestaciones ectópicas en nuestras enfermas, hemos llegado a la conclusión de que en la mayoría de ellos, la etiología no es clara.

Es fácil comprender cómo una vieja salpingitis por gonorrea puede dejar lesiones cicatriciales en la trompa y jugar un papel de cierta importancia en la producción del embarazo ectópico; pero no creo que esta causa juegue el papel específico que se le atribuye. Considero que a medida que se avance en el tratamiento antibiótico y se le emplee en todos los casos iniciales de salpingitis, los resultados devastadores que se observaban en las mucosas de las trompas, pasarán a un segundo término en la etiología de los embarazos ectópicos.

El papel tan preponderante que se le concede en la actualidad a la endometriosis nos parece un poco exagerado, pues en nuestra serie de casos únicamente la encontró el Anatomopatólogo en el 23% de ellos, Cabe aclarar que sólo en el cincuenta por ciento de tales casos se realizó dicho examen.

En un 46% de los casos encontramos que se trataba de mujeres que no se habían embarazado entre los 5 y 7 años que precedieron al embarazo ectópico, sin haber usado durante este tiempo método anticonceptivo alguno.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Es indudable que en algunas ocasiones el embarazo ectópico toma formas atípicas, pero es posible en un 90% de los casos meterlo dentro de un cuadro bien caracterizado. Este consta de amenorrea o regla anormal, dolor abdominal o pélvico, masa tumoral pélvica, hemorragia vaginal continua y moderada y por último, siempre que se vea a la enferma cuando ha mediado alguna ruptura del embarazo, se presentará sensación de pujo. Este signo lo he notado en casi todos los casos que se me han presentado, a pesar de que jamás se haya descrito en los tratados de Patología.

La amenorrea se observó en el 91% de los casos y una última regla anormal, en el 9%.

El dolor abdominal o pélvico se presentó en el 100% de los casos y precedió a la hemorragia vaginal en un 37% de ellos, mientras que fue concomitante con ella en un 34%.

La masa tumoral fue palpable en el 79% de los casos. Solamente en un 21% no fue posible palpar el tumor en el anexo, con toda seguridad debido a que el embarazo era muy reciente.

El número de días transcurridos entre la amenorrea y el desencadenamiento del cuadro en un 69% de casos fue de una a tres semanas y en un 31% de tres a seis semanas. Considero que el tiempo máximo que puede aguantar un embarazo ectópico sin presentar ruptura que le dé manifestaciones clínicas a la enferma, es de seis a ocho semanas.

El 12% de enfermas fueron recibidas en estado de choque y dos de ellas agudizaron su cuadro después del examen ginecológico.

Solamente encontramos dolor en los hombros o en la espalda en un 8% de los casos y siempre coincidió con grandes hemoperitoneos por hemorragia cataclísmica. Creemos que esto se deba a irritación peritoneal alta, ya que siendo tan intempestiva la acumulación de un gran volumen sanguíneo en un corto espacio de tiempo dentro de la cavidad del vientre, no da tiempo

a que se organicen adherencias que puedan limitar el proceso a la pelvis.

Náuseas, vómitos, fiebre o rigidez del vientre, no se encuentran de manera constante ni característica. El aumento de la frecuencia del pulso, la lipotimia y la baja brusca de la tensión arterial son, sin duda, datos de suma importancia, pero únicamente se presentan en los casos de grandes hemorragias y esto lo hemos notado sólo en el 8% de nuestros casos, lo cual empuja mucho la importancia de estos signos para el diagnóstico precoz del embarazo ectópico, es decir, antes de que haya sufrido alguna ruptura que es el ideal en este tipo de padecimiento.

La hemorragia vaginal se observó en el 78% de los casos y fue siempre constante durante todo el periodo posterior a su iniciación, pero en pequeña cantidad y más bien con caracteres de serosidad sanguinolenta, que con los que una gran metrorragia.

La hiperleucocitosis siempre la encontramos y con cifras hasta de 28,000 y 30,000 en aquellos casos en que había hemoperitoneo. La atribuimos a irritación peritoneal porque no existió en enfermas que tuvimos en observación y que nunca presentaron grandes hemorragias; sin embargo, apareció en este mismo tipo de enfermas cuando presentaron cuadro de gran hemorragia intraperitoneal intempestiva por ruptura de la trompa, sobre todo cuando ésta era a nivel del mesosalpinx.

DIAGNÓSTICO

El embarazo ectópico es una enfermedad de sorpresas, pero el cirujano que la tiene en la mente la diagnostica siempre, aunque muchas veces lo haga no estando ella presente: En estos casos vale más pecar por exceso de cuidado que por defecto en la atención.

Preoperatoriamente el diagnóstico se hizo en el 94% de los casos y el mayor margen de error nos la dieron enfermas que habiendo tenido intentos criminales de aborto, nos negaron todo antecedente.

En la mayor parte de los casos nos hemos atendido, para llegar al diagnóstico, a la historia clínica, a los síntomas y a los descubrimientos físicos. Solamente como ayuda adicional recurrimos en tres ocasiones a la colpotomía y en dos a la punción del fondo de saco de Douglas.

Sólo pedimos pruebas biológicas de embarazo en el 12% de los casos, aunque éstas fueron de poco valor.

Hacemos notar que en el 15% de los casos no encontramos sangre demostrable en la cavidad peritoneal cuando se practicó la operación, es decir, se había intervenido el embarazo ectópico antes de que sufriera ruptura alguna.

TRATAMIENTO

Habitualmente se cree que un embarazo debe operarse unas cuantas horas después de diagnosticado; pero, a medida que hemos intervenido en mayor número de casos, sólo consideramos esta conducta adecuada en aquellos que presentaron una ruptura con hemorragia cataclísmica. Estos los operamos con transfusión inmediata, administrando sangre durante la operación y en el postoperatorio y en aquellas enfermas en que las rupturas fueron de pequeña magnitud o que se habían recuperado, preferimos siempre llevar un mejor sujeto quirúrgico a la sala de operaciones, por lo cual hemos diferido hasta por varios días la operación sin tener que lamentar accidente alguno por esta conducta conservadora.

Un 32% de nuestras enfermas fueron operadas dentro de las 24 horas de haber sido internadas en el Hospital, un 65% dentro de las primeras 72 horas y solamente un 3% fueron operadas de extrema urgencia habiendo pasado de la sala de consulta directamente al quirófano. El intervalo más largo entre el día de la operación y el de la admisión fue de 25 días, en un caso de inflamación pélvica aguda con masas tumorales en ambos anexos y en la cual no sospechábamos el embarazo ectópico.

Se aplicaron transfusiones en el 45% de los casos preoperatoriamente, en el 9% se requirieron durante la intervención, y solamente en el 3% hubo necesidad de pasar sangre durante el post-operatorio.

MORTALIDAD

Murió solamente una de nuestras enfermas, la cual fue operada por embarazo intraabdominal de seis meses de edad con cuadro de vientre agudo por necrosis del epiplón. Como la placenta estaba adherida

a un bloque de asas intestinales, no quise despegarla sino que la marsupialicé para evitar una hemorragia y prevenir el riesgo de embolia; no obstante mis precauciones, la enferma murió ocho horas después de intervenida por una embolia pulmonar que bloqueó seguramente todo el tronco de la arteria pulmonar, pues desde el momento en que presentó el cuadro embolígeno hasta su muerte apenas transcurrieron escasos diez minutos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Cada una de nuestras piezas extirpadas fue revisada minuciosamente por nosotros, desde el punto de vista macroscópico y solamente en el 50% de los casos enviamos al anatomopatólogo los especímenes, por causas ajenas a nuestra voluntad como fue la falta de tal especialista dentro de algunas de las instituciones donde trabajábamos en esa época.

Macroscópicamente podemos decir que encontramos 94% de embarazos tubarios ampulares; 3% intersticiales; 2% ístmicos; un embarazo abdominal y dos ováricos: uno concomitante con embarazo intrauterino normal y embarazo molar ovárico derecho y el otro embarazo ovárico derecho.

Respecto al primero, tuvo la atención de estudiarlos la pieza el señor doctor Clemente VILLASEÑOR y el segundo el señor Doctor Tomás PERRÍN. Este último caso había sido intervenido tres meses antes en la ciudad de Nueva York por un embarazo ovárico del lado opuesto.

Microscópicamente los datos de más interés que podemos consignar son: 1º Se encontró un 23% de las piezas con endometriosis tubaria y 2º un 38% con procesos inflamatorios de la trompa.

COMENTARIO

La mayoría de los hechos aquí relatados, se encontrarán sin duda en otros trabajos de la misma índole, y creo que en su mayor proporción estarán de acuerdo con ellos; sin embargo, algunos merecen comentario.

Actualmente, y sobre todo en los Estados Unidos de Norte América, se les da un papel de primera línea en la etiología del embarazo ectópico a los procesos endo-

metriósicos de la trompa. Sin dejar de reconocer este hecho tan importante, seguimos aún considerando en una gran proporción, como factor predisponente, a la infección tubaria.

El dolor abdominal, la hemorragia vaginal, la amenorrea y la tumoración pélvica, son las cuatro manifestaciones clínicas cardinales del embarazo ectópico.

Para llegar a un correcto diagnóstico de embarazo ectópico, insistimos mucho en una cuidadosa historia clínica y en los datos correctamente tomados de la exploración física.

Creemos que no hay necesidad de recurrir a exámenes de laboratorio, en los casos en que el diagnóstico es definido; pero en los dudosos no encontramos ningún inconveniente en recurrir a la aspiración del fondo de saco de Douglas o hasta la colpotomía si es necesario. Aun con estos procedimientos, en muchos casos hay cierto margen de error, pues cuando el embarazo no ha sufrido ninguna ruptura, puede no haber huellas

de sangre en la pelvis, lo cual ocurrió en el 15% de nuestros casos.

Nunca usamos el pneumo-peritoneo o la peritoneoscopia, pues tales procedimientos los consideramos propios para diagnósticos diferenciales en los casos en que de todos modos la enferma requeriría una celiotomía exploradora.

Las pruebas de laboratorio y el legrado son de poco valor y este último sólo se puede usar en casos muy seleccionados.

No cabe duda que el único tratamiento que tienen estas pacientes es la cirugía, la cual debe emplearse en cuanto se establezca el diagnóstico y el estado de la paciente lo permita.

El uso de plasma y transfusión sanguínea es muy recomendable y puede emplearse antes, durante, o después de la operación.

Cuando la ruptura del embarazo provoque una gran hemorragia solamente la operación no debe ser aplazada.

Ritmo. Es una de las particularidades importantes de las contracciones uterinas. Se establecen lentamente en un principio, sobreviniendo cada veinte minutos aproximadamente, luego se hacen más frecuentes con intervalos de unos diez minutos y al cabo de tres o cuatro horas las contracciones se efectúan *cada cinco minutos; el carácter rítmico de las contracciones uterinas es lo que permite afirmar que el parto ha comenzado efectivamente.*

A medida que la dilatación avanza, las contracciones se hacen más frecuentes; su intervalo decrece, no siendo más que de tres minutos en el periodo de desesperación. Desde que se inicia la expulsión, el ritmo se hace más lento; las contracciones se suceden cada cinco minutos.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;pp:116-7.