



En una revisión reciente de los editoriales de nuestra revista, y de otras publicaciones ginecológicas, me llamó la atención que, a pesar de la gran cantidad de artículos publicados de casos de embarazo ectópico en sus diversas localizaciones, que analizan y comentan sus características generales etiológicas, fisiopatológicas, de diagnóstico y tratamiento, existan pocas referencias de los editores a este respecto.

Por lo anterior, y teniendo como excusa la publicación de dos casos de esta complicación del embarazo en esta edición de *GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO* se comenta lo siguiente: A pesar del progreso tecnológico, que incluye los métodos de radioinmunoensayo, los ultrasonidos de alta resolución, y otros, llama la atención que el embarazo ectópico siga persistiendo como una causa de morbilidad obstétrica de alta incidencia y prevalencia y de diagnóstico tardío en gran parte de las ocasiones.

Los dos artículos aquí publicados ejemplifican casos clínicos correspondientes a diferentes zonas ectópicas de implantación gestacional y en distintas etapas evolutivas del embarazo.

El primero corresponde a un embarazo cornual de 31 semanas en una paciente que acudió en estado de choque y sin haber sospechado el diagnóstico. En el reporte en cuestión se insiste, y creo que es parte de lo rescatable de este tema, que en una paciente que durante el segundo trimestre del embarazo curse con un cuadro de dolor ab-

dominal, acompañado de sangrado transvaginal, debiera considerarse la posibilidad diagnóstica de embarazo ectópico cornual, sospecha que puede y debe confirmarse con los datos de la ultrasonografía que incluyan: una cavidad endometrial "vacía" y el signo de la línea intersticial, debidamente descrito en este artículo.

El segundo caso publicado corresponde a una paciente en quien durante el primer trimestre se estableció el diagnóstico de embarazo ectópico; la manifestación fundamental fue el dolor pélvico agudo. Entre sus antecedentes estaba la salpingectomía unilateral por un embarazo extrauterino en la gestación previa. La conclusión de los autores, y el mensaje fundamental del artículo, es que ante esta urgencia obstétrica, y con el propósito de preservar la fertilidad, se realice una ligadura de las arterias uterinas, previa a la extirpación del saco gestacional, a fin de reducir, o eliminar, la posibilidad de una histerectomía.

Considero que el enfoque general del análisis de los dos casos es que queda bien establecido y definido lo ampliamente comentado en casi toda la bibliografía al respecto que señala que en este tipo de casos la complicación debe ser sospechada, diagnosticada tempranamente y tratada con oportunidad; parece simple, y lo es, y con ello bastaría para disminuir los riesgos de morbilidad materna y mantener las expectativas de fertilidad futura.

*Alberto Kably Ambe*