

Valorización de la conducta seguida en el I.M.I.C. para el diagnóstico de embarazo ectópico

Por

Dr. José J. Chaves Quesada* Rafael A. Briceño Briones**
Dr. Oscar Robert Aguilar***

INTRODUCCION:

Debido a la dificultad diagnóstica que presenta el cuadro de embarazo ectópico por su variedad de sintomatología y fácil confusión con otras entidades de abdomen agudo, quisimos valorar la conducta seguida en el I. M. I. C., con el fin de normar un criterio práctico que disminuya el índice de error en el diagnóstico de esta patología.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron los expedientes clasificados de embarazo ectópico como diagnóstico de salida, así como a las pacientes que se les practicó examen bajo anestesia por sospecha de esta patología, entre los años de agosto de 1958 a junio de 1964, dando un total de 66 expedientes.

Tomamos como dato para dicho estudio, edad, paridad, antecedentes gineco-obstétricos, diagnóstico de ingreso y de salida y conducta seguida. Con lo cual se obtuvieron los siguientes datos:

-
- * Instructor Cátedra Obstetricia. Jefe Servicio Consulta Prenatal IMIC.
 - ** Instructor Cátedra Obstetricia Jefe Servicio Asistencial IMIC.
 - *** Instructor Cátedra Ginecología. Médico Asistente Ginecología IMIC. Director Actividades Científicas IMIC.
-

EDAD Y PARIDAD:

Edad	{	19 años — mayor frecuencia — 25 a 35 años	
		41 años	
Paridad gestas	{	2 a 6	14 casos 21 %
		0	47 casos 71 %
		+ de 6	5 casos 7.5 %

EDAD: Varió entre 19 y 41 años, presentando una mayor incidencia entre 25 y 35 años, que concuerda con la edad genésica.

PARIDAD: Nulíparas — 14 casos (21%); de 2 a 6 gestas — 47 casos (71%), más de 6 gestas — 5 casos — (7.5%). Llama la atención un 21% de nulíparas siendo muy reducida la incidencia en grandes múltiparas.

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS

	8 casos	Ectópico anterior	12%
	16 casos	Esterilidad primaria y secundaria	24%
66 casos	14 casos	Aborto anterior	21%
	12 casos	Intervenciones abdominales anteriores	18%

NOTA: 37 ectópicos — 7 con antecedente ectópico anterior 19%

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS: Encontramos que se repitió el embarazo ectópico en 8 casos (12%); con antecedentes de esterilidad primaria y secundaria 16 casos (24%); con aborto anterior 14 casos (21%) y con intervenciones abdominales anteriores 12 casos (18.2%).

Como se observa en este cuadro hay una alta incidencia en que se repite el embarazo ectópico dándonos un 12% en los 66 casos de sospecha, pero como de estos únicamente 37 fueron realmente embarazos ectópicos y de ellos 7 tenían antecedente ectópico anterior, la incidencia aumenta a un 18.9%. Otro dato importante a considerar es la frecuente asociación de esta patología con esterilidad primaria o secundaria (24%), lo mismo que con intervenciones abdominales anteriores (18.2%).

DIAGNOSTICO DE INGRESO

Sospecha de ectópico	54 casos
Amenaza de aborto	7 casos
Anexitis	7 casos
Quiste de ovario	5 casos
Pielocistitis	2 casos
Colecistitis	1 caso
Fibroma uterino	1 caso
Aborto retenido	1 caso
Aborto incompleto	1 caso

Como se observa en el cuadro anterior hay una gran diversidad de diagnósticos de ingreso, notándose que se pensó en esta patología en 54 casos (81.8%). Debe mencionarse que muchas de las pacientes fueron internadas con 2 o 3 diagnósticos asociados al de sospecha de ectópico, destacándose los de amenaza de aborto, anexitis y quiste de ovario.

DIAGNOSTICO DE SALIDA

Emb. ectópico comprobado anatomopatológicamente	37 casos	56.07%
Quiste de ovario	12 casos	18.20%
Salpingitis	9 casos	13.63%
Aborto incompleto	2 casos	3.32%
Quiste de ovario y embarazo	2 casos	3.32%
Amenaza de aborto	1 caso	1.66%
Metrorragia disfuncionar	1 caso	1.66%
Fibroma uterino	1 caso	1.66%
Enterocolitis	1 caso	1.66%

Observamos en esta gráfica un elevado error de sospecha de ectópico y la comprobación anatomopatológica de éste, ya que en 54 ingresos como sospecha solo 25 fueron realmente embarazo ectópico (46.3%) y en 29 casos no resultó esta patología, dando un porcentaje de 53.7%. No se pensó en embarazo ectópico en 11 casos y sí existió realmente, dando un 29.7% de error. Sorprenderá el alto error de diagnóstico de ingreso, pero en interconsulta médica en la Institución se aclaró el diagnóstico antes de la intervención quirúrgica. Las patologías más frecuentes con que se confundió este cuadro fueron: quiste de ovario y salpingitis.

CONDUCTA SEGUIDA: La rutina de exploración para dilucidar el diagnóstico fue la siguiente:

GALLI MAININI

66 casos	33	13 (+)	{ 9 ectópicos 4 embarazos intrauterinos
		20 (-)	

NOTA: En 33 casos no se practicó.

GALLI - MAININI: En 33 casos se hizo la prueba de Galli - Mainini, siendo positivo en 13 casos de los cuales 9 fueron ectópicos y 4 embarazos intrauterinos. De los 20 negativos, 11 fueron ectópicos y 9 otras patologías. En 33 casos se omitió la prueba. Creemos que el galli mainini es útil para hacer diagnósticos de embarazo, pero cuando éste es negativo no descarta la posibilidad de ectópico.

EXAMEN BAJO ANESTESIA

66 casos	se practicó	53	{ tumor -- 38 sin tumor	{ 21 ectópicos 17 no ectópicos 6 ectópicos 9 no ectópicos

EXAMEN BAJO ANESTESIA: Se practicó en 53 casos y se omitió en 13. De los exámenes se encontró en 38 tumoración anexial, de los cuales se comprobó ectópico únicamente en 21 casos y de los otros 15 que no había patología anexial, 6 resultaron ectópicos. De las 13 pacientes en que se omitió el examen bajo anestesia, 7 fueron emergencias y de las 6 restantes, 2 casos ectópicos y en 4 laparotomías se demostraron otras patologías.

Indudablemente es de gran utilidad este examen pues nos descarta el embarazo intrauterino y cuando se encuentra un anexo ocupado y signos evidentes de embarazo, orienta hacia el ectópico, lo mismo que si existe una patología anexial quirúrgica difícil de delimitar sin estar la paciente anestesiada.

El no palpar tumoración anexial no descarta la patología de embarazo ectópico.

PUNCION DEL FONDO DE SACO DE DOUGLAS: Este examen se practicó en 37 pacientes y en 29 no se hizo.

De las 37 que se practicó 19 fueron positivas y 18 negativas.

De las 19 positivas en 18 se comprobó el embarazo ectópico.

De las 18 negativas 6 fueron ectópicos; de las 12 restantes fueron laparotomizadas 4.

De las 29 en que esta prueba no se realizó, 7 eran emergencias y de las 22 restantes, 17 fueron sujetas a laparotomías, encontrándose 7 ectópicos y 10 con otro tipo de patología. No se hizo laparotomía en 5 pacientes.

Con los datos anteriores se demuestra la utilidad de la Punción de Fondo de Sacos de Douglas creemos que debe hacerse en todos los casos de sospecha de esta patología, ya que una prueba positiva es definitiva para intervención quirúrgica.

LEGRADO INSTRUMENTAL

6 decidua

66 casos — 37 ectópicos — 18 legrados.

12 proliferativo secretor.

LEGRADO INSTRUMENTAL: De los 37 embarazos ectópicos en 18 se practicó legrado instrumental y los resultados histopatológicos fueron: en 6 casos decidua y en 12 casos el reporte fue de endometrio proliferativo o secretor. Creemos que se debe practicar de rutina el legrado instrumental después de comprobar por laparotomía el ectópico, para evitar hemorragias post operatorias.

MORTALIDAD MATERNA

2 casos 3.03%

MORTALIDAD MATERNA: Hubo dos muertes maternas: una por shock hemorrágico y otra por embolia pulmonar.

RESUMEN

Después de revisar las conductas seguidas en el I. M. I. C. en los cuadros clínicos relacionados con el embarazo ectópico, creemos importante destacar los siguientes hechos:

En relación con la edad es lógico que la mayor incidencia se encuentre en la edad genésica; con respecto a la paridad encontramos un elevado porcentaje de nulíparas en contraste con el porcentaje de las grandes multíparas. Sobre los antecedentes gineco-obstétricos, como datos de mayor importancia tenemos: la frecuente asociación con problemas de esterilidad ya sea primaria o secundaria y con intervenciones abdominales anteriores; así como la repetición del ectópico en el 19% de los casos. La falta de concordancia entre el diagnóstico de ingreso y de salida, confirma la dificultad que se tiene para llegar a él por lo cual creemos conveniente establecer una rutina para poder disminuir el índice de error.

ESQUEMA DE CONDUCTA DIAGNOSTICA ANTE LA SOSPECHA DE EMBARAZO ECTOPICO

1º ANAMNESIS:

- a) Investigar antecedentes de ectópico anterior, esterilidad primaria y secundaria, infecciones pélvicas, intervenciones abdominales (sobre trompas).
- b) Hacer una buena semiología del dolor; (inicio brusco, acompañado de shock, lipotimia). Amenorrea (8 semanas). Sangrado (escaso, oscuro, sin contracción dolorosa).

2º EXAMEN GINECOLOGICO:

- a) Sangrado de cavidad.
- b) No hay aumento temperatura vaginal.
- c) Dolor intenso a la movilidad del cérvix
- d) Ligero aumento de tamaño del cuerpo uterino y signos de embarazo.
- e) Fondo Douglas abombado y muy dolorosa
- f) Anexos muy dolorosos.

3º EXAMENES DE LABORATORIO:

- a) Hematocrito, Hemograma, Eristrosedimentación.
 - b) Orina con técnica (2º chorro).
 - c) Galli Mainini,
-

4º EXAMEN COMPLEMENTARIO:

- a) Examen bajo anestesia. Tumor anexial inconstante si lo hay, alargado poco desplazable.
- b) Punción de Fondo Saco Douglas, si es positiva, casi patognomónica, si es negativa no lo descarta.
- c) Laparotomía exploradora, si hay duda.
- d) Legrado Instrumental, después de hacer diagnóstico por laparotomía para prevenir hemorragias posteriores.

BIBLIOGRAFIA

- EASTMAN, N. J. Obstetricia de Williams. Tercera Edición en Español. Pág. 524 - 549.
- GREENHILL, J. P. Principios y Práctica de Obstetricia. Segunda Edición en Castellano. Tomo I. Págs. 466 - 485.
- NOVAK. Tratado de Ginecología. Quinta Edición. Págs. 581 - 601.
- PRADA DIAZ CARLOS ML. Embarazo Ectópico en nuestro medio. Mesa Redonda en Managua en 1960.
-