

Algunas Consideraciones sobre Embarazo Ectópico como Afección Ginecológica de Urgencia

DR. ADAN HERMOSO CENTENO

Jefe de Servicio de Cirugía No. 2 del Hospital General del I.V.S.S.

DR. FERNANDO RODRIGUEZ MONTALVO

Residente del Instituto Oncológico Luis Razzetti

DR. MANUEL J. PENSO T.

Interno del Servicio No. 2 del Hospital General del I.V.S.S.

EMBARAZO ECTOPICO NO ROTO

La primera causa de error para diagnosticar un embarazo ectópico es esperar la amenorrea.

La segunda causa es creer que los dolores son cólicos.

Datos funcionales: Antecedentes: { Ectópico anterior 10%
Infección anexial
Esterilidad
Curetaje

Síntomas funcionales:

A. Irregularidad menstrual (3 últimos meses)

B. Dolores

A. 1. Modificación en el tiempo { Adelanto ligero
Corto retraso

2. Modificación en la calidad { Sangre negruzca
achocolatada
café
serosa
clara

3. Modificaciones en la cantidad { Reglas cortas
Reglas abundantes
hemorragias

B. No hay que insistir en esperar el dolor intenso como signo patognomónico de embarazo ectópico.

El dolor es un síntoma casi constante. Es variable en su aparición, intensidad y modalidad. Por regla general se sitúa en la pelvis y frecuentemente se irradia al recto y en ocasiones al hombro derecho, izquierdo o ambos. Rara vez hay los intensos dolores típicos del llamado cólico tubárico que se caracteriza por su aparición brusca, su breve duración y su repetición frecuente. A veces la paciente acusa una pesadez o un dolor fijo en un determinado punto de la porción lateral inferior del abdomen:

Exámen: Hacer el examen con suavidad para no producir rupturas.

Estado general: no alterado.

Abdómen: El examen del abdomen no da nada. Discreto dolor a la palpación. Hay que hacer el tacto vaginal, combinado a la palpación abdominal hipogástrica e ilíaca.

Cuello: Un poco reblandecido; algunas veces grueso y entreabierto, alto y un poco lateral.

Cuerpo: En anteflexión un poco reblandecido y un poco grueso. En los ectópicos de varias semanas de evolución puede estar pequeño.

Fondos de saco: Masa palpable 40 — 60%. Buscar la masa anexial la cual puede

ser — { dura
renitente
dolorosa
redonda
alargada

Dolor en fondos de saco: **Específico.**

Examen de laboratorio: Poco valor.

- Otras exploraciones:**
- Galli-mainini
 - Estudio del endometrio
 - Diagnóstico hormonal
 - Celioscopia

Diagnóstico diferencial del Embarazo Ectópico No Roto.

- Aborto
- Fibroma
- Gestación Angular { Embarazo en el cuerno de un útero normal.
Embarazo tubárico ístmico o intersticial.

- 4. Útero grávido en retroversión.
- 5. Después del 5º mes con embarazo normal: Para no confundirse será necesario investigar la percepción de las contracciones. Si no se sienten, desconfiar de un embarazo ectópico y procurar percibir por la palpación el cuerpo del útero vacío, pero aumentado de volumen como si fuera grávido de 2-3 meses.
- 6. Con embarazo normal en útero doble.

Complicaciones de Embarazo Ectópico

A. Ruptura.

- | | | |
|-----------------------------|---|--|
| 1. Cataclísmica | } | Shock.
Dolor brusco en hipogástrico irradiado al hombro.
Abdomen doloroso a la palpación sin defensa. Matidez, en los flancos.
Hiperestesia cutánea — timpanismo.
Tacto: Cuello blando. Cuerpo aumentado de tamaño pero difícil de apreciar, doloroso a la movilización.
Douglas muy aumentado, doloroso. Douglas renitente, pastoso. Punción del Douglas positiva. |
| 2. En dos tiempos. | | Crisis dolorosa inicial seguida de acalmia, después de un intervalo libre aparece el síncope de inundación cataclísmica. |
| 3. Ruptura en tres tiempos. | | |

- B. Hematocele. Se llama así al enquistamiento de sangre derramada después que una hemorragia se ha cohibido espontáneamente. También es debido a un aborto tubárico.

Clínica:

Síntomas.

1. Evolución de 2-3 meses en una paciente con trastornos menstruales.
2. Síncopes con dolor brusco en abdomen. Síncopes repetidos de corta duración.
3. Molestias al caminar, molestias al orinar.
4. Obstrucción intestinal, trastornos vesicales o rectales debido a la compresión y a la irritación.

Examen Físico:

Abdomen.

- Poco distendido.
- Resistencia en las fosas ilíacas o en el hipogastrio.
- Discreto dolor a la palpación.

Examen Ginecológico:

- El cuerpo uterino y el cuello son empujados hacia adelante.
- El cuerpo uterino puede ser difícil de palpar en algunas ocasiones.

Otras veces se encuentra pegado a la pared abdominal anterior justo encima del pubis.

En el fondo de saco posterior se encuentra un enorme empastamiento, sin límites precisos, de consistencia acartonado y de resistencia irregular.

Se aprecia un sangramiento de color sepia.

Evolución del Hematocele.

1. Reabsorción.
2. Aumento de tamaño.
3. Supuración.
4. Abrirse en un órgano vecino.
5. Complicarse de peritonitis difusa.

Formas Clínicas del Embarazo Ectópico Roto.

- | | | |
|------------------------|---|---------------------|
| 1. Formas graves | { | Tipo peritonitis |
| | | Tipo oclusiva |
| 2. Formas menos graves | { | Tipo apendicular |
| | | Tipo falso embarazo |
| | | Tipo salpingitis |

1. Diagnóstico de la forma pseudo Peritonitis.

1. Dolores de aparición brusca, difusos.
2. Temperatura 39°.
3. Vómitos.
4. No expulsión de gases.
5. Contractura.
6. Hiperestesia cutánea.

Este cuadro se confunde con la peritonitis por perforación o la pelvipertonitis.

La confusión con la peritonitis puede ser esclarecida en el acto operatorio, el error grave es con la pelvipertonitis, pues la conducta será el reposo, los antibióticos y la paciente puede morir por la hemorragia interna. Otro error es confundirlo con un absceso del Douglas por palpar una masa en el fondo de saco posterior, o porque la paciente refiere trastornos pélvicos de *compresión*; entonces se practica la colpotomía posterior, para drenar el absceso del Douglas diagnosticando erróneamente, llevando la paciente en final fatal si no se hace la laparotomía urgente.

El signo diferencial en este diagnóstico entre peritonitis por perforación y embarazo ectópico roto forma pseudo peritonitis es la contractura. En la primera hay un verdadero abdomen en tabla mientras que en el segundo no existe el abdomen de madera sino una contractura insignificante.

2. Forma Pseudo Oclusiva.

1. No hay signos de anemia.
2. Dolores.

3. No hay expulsión de gases.
4. Vómitos.
5. Timpanismo periumbilical.
6. Distensión de asas intestinales.

Según Pinard, la comprobación de signos de oclusión al comienzo de un embarazo, hará que uno piense en embarazo ectópico. Se debe más a ileo paralítico que a ileo por estrangulación. Hay que asegurarse que los dolores no son crisis de contracción intestinal, que los vómitos no son fecaloideos y que el Douglas está distendido y doloroso.

Las formas oclusivas son frecuentes sobre todo en los diagnósticos retardados de hematoceles antiguos debido a las aglutinaciones, angulaciones y las acodaduras de asas delgadas.

: Forma Pseudo Gravídica.

El diagnóstico es muy difícil pues ocurre que en el curso del embarazo un cuerpo amarillo puede transformarse en quiste dando una masa o una tumefacción anexial temporal algunas veces considerable.

El error es posible con:

1. Utero en retroflexión
2. Utero en lateroflexión
3. Embarazo ístmico
- Embarazo intersticial
- Embarazo angular

El diagnóstico con embarazo angular se hace por:

- a. Localización de la tumefacción y del ligamento redondo con respecto al útero.
 1. Si la tumefacción está anterior y lateral = Embarazo angular.
 2. Si la tumefacción está posterior y lateral = Embarazo tubárico.
 3. Cuando el ligamento redondo está por afuera de la tumefacción = Embarazo angular.
 4. Cuando el ligamento está por dentro de la tumefacción = Embarazo tubárico.
- b. Cambios de consistencia de la tumefacción.
 1. El embarazo tubárico aumenta de volumen entre exámenes repetidos y su consistencia es blanda.
 2. El embarazo angular disminuye de volumen, desaparece la asimetría del útero y su consistencia tiene alternativas de endurecimiento y reblandecimiento.

El diagnóstico con embarazo intersticial es muy difícil:

- | | |
|---|--|
| { | Si el tumor es retro uterino es un embarazo tubárico. |
| { | Si el tumor es preuterino es un embarazo intersticial. |

En cuanto a la consistencia los dos son blandos. Otro diagnóstico difícil de hacer es el embarazo ectópico con un fibroma del cuerno uterino.

4. Forma Pseudo Abortiva.

Hay dos clases de abortos

- 1. Aborto Uterino.
- 2. Aborto tuboabdominal.

En presencia de todo aborto, el primer cuidado es descartar el aborto tubárico. Toda mujer presentando el cuadro clínico de un aborto debe ser examinada con la idea que puede ser un embarazo ectópico, sobre todo si los dolores son de localización lateral y no son de localización mediana.

El estudio clínico debe ser más minucioso cuando se palpa una masa parauterina; pues ésta puede ser una salpingitis, la cual podrá transformarse en pio-salpinx por el curetaje, o ser un ectópico el cual podría romperse por la misma maniobra. La punción del Douglas es útil para aclarar el diagnóstico.

5. Forma Pseudo Salpingitis.

El embarazo ectópico puede confundirse con salpingitis de paredes gruesas. El diagnóstico se hace difícil cuando el hematocele presenta localizaciones anormales ya que éste puede ser:

Antero-uterino

Meso-celíaco

Sub-peritoneal

En el ligamento ancho

Pelviparietocólico izquierdo, derecho o bilateral.

También se hace difícil con respecto a los síntomas o a la evolución anatómica anómala: así encontramos tenesmo rectal, síntomas vesicales, fistulización rectal o vesical. La colpotomía no está indicada para defender el diagnóstico diferencial ya que puede producirse hemorragias graves por ruptura del hematocele.

El signo de Hard puede servir para el diagnóstico diferencial:

Cuando en una afección reciente de comienzo brusco, con evolución de 15 días, se duda entre el diagnóstico de hematocele, o el de una anexitis o apendicitis y se comprueba en días siguientes una tumoración sub-umbilical unilateral, no hay que dudar en el diagnóstico de hematocele. Desde el punto de vista de temperatura y leucocitosis tenemos el siguiente esquema:

Embarazo ectópico	{	Temperatura moderada
		Leucocitosis oscilante
Salpingitis aguda	{	Temperatura oscilante
		Leucocitosis uniformemente elevada

En cuanto al signo del Douglas, encontramos depresión y dolor vivo asociados lo que va en favor del ectópico y en contra de la salpingitis, aunque en la pelviperitonitis tenemos dolor exquisito al tacto del Douglas; por lo tanto

no nos da un gran aporte para el diagnóstico diferencial. De todas maneras puede usarse la punción del Douglas para dicho diagnóstico.

b. Formas Pseudo Apendicular.

En favor del ectópico hay que buscar:

1. Signos de anemia (fascies, pulso, tendencia al vértigo y síncope).
2. Signos respiratorios (respiración rápida y superficial).
3. Los trastornos vesiculares y rectales son más netos y más frecuentes que en una apendicitis de comienzo.
4. El diagnóstico difícil es entre apendicitis aguda y embarazo ovárico. El diagnóstico se hace en la mesa de operaciones aunque la punción del Douglas es muy útil.
5. En el embarazo ectópico hay aceleración de la velocidad de sedimentación debido a la reabsorción de la sangre.

Conducta a seguir en el Embarazo Ectópico.

A. No Roto:

Salpingectomía u Oosforectomía unilateral, según la localización.

B. Roto:

Anestesia: Eter puro.

Incisión: Laparotomía media suprapública.

Éstas son las formas anatómicas del embarazo ectópico roto con las indicaciones de técnica operatoria correspondiente:

1. **Forma angular rota** — Salpingectomía completa.
2. **Forma Salpingoovárica unilateral:** Oosforosalpingectomía.
3. **Forma aborto tubárico:** La liberación de la trompa con conservación de la misma exponen a hemorragias secundarias y está indicado si el anexo opuesto ha sido extirpado en una operación anterior.
4. **Forma Intersticial:** Extirpación cuneiforme del cuerpo uterino con Salpingectomía y sutura en dos planos.
5. **Forma Hematocele roto:** Liberación de las adherencias. Para evitar las lesiones del sigmoides, hay que liberar empezando por el fondo del útero, bajar al Douglas y hacer una salpingectomía retrógrada.
6. **Forma aborto provocado:** Hay que practicar la salpingectomía y hacer la histerectomía si hay lesiones uterinas extendidas e irremediables del tipo infarto y colocar un drenaje de Mickulicez.

Hay que completar la intervención con una buena peritonización y una plicatura de los ligamentos redondos para evitar la retroversión. No es necesario evacuar toda la sangre del abdomen; solamente los grandes coágulos. El riesgo de infección por la apendicectomía es muy alto por tal motivo no debe practicarse nunca. Cierre de la pared por planos o en un plano según el estado de la paciente. Drenar solamente en las formas aborto provocado.

Conducta a seguir en Hemorragias Intraperitoneales de Origen Uterino u Ovárico.

- A. Si se trata de una adolescente, el diagnóstico se hace de apendicitis aguda. Se procede a la incisión de Mc-Burney. Al comprobar el hemoperitoneo podremos tratar la lesión por esa incisión si es el ovario derecho, pero si la lesión es en el ovario izquierdo hay que practicar una laparotomía mediana.
- B. Si se trata de una mujer joven, el diagnóstico se hará con el embarazo ectópico roto. En el curso de la operación habrá que hacer el diagnóstico diferencial entre el quiste de ovario folicular, quiste del cuerpo amarillo y el embarazo ectópico ovárico y de la endometriosis del ovario. No siempre es necesario hacer la ooforectomía en estos casos, pues a menudo se puede enuclear el quiste que sangra y hacer una operación conservadora. Cuando se trata de una endometriosis del ovario se practica la ooforectomía. Cuando de hemorragia intraperitoneal por ruptura vascular en la superficie de un fibroma uterino, la conducta es practicar una histerectomía.

B I B L I O G R A F I A

1. -BROCQ, P.: Traite des urgences en chirurgie. Toray Mason S. A. Vol. 2. 1956.
- 2.—CLAVEL, CH.: Strategie et Tactique en Chirurgie abdominale. D'Urgence Toray Mason S. A. 1955.
- 3.—DOMENECH, A.: Diagnóstico y terapéutica quirúrgica de urgencia. 2º E. Salvat 1951.
- 4.—MONDOR, H.: Diagnostic urgent Toray Mason 8º E. 1960.
- 5.—SPIVACK, J. L.: Cirugía de urgencia. Editorial Hispanoamericana. Vol. 1. 1948.