

PATOLOGIA SALPINGEA EN EL EMBARAZO ECTOPICO TUBARIO

LEONCIO VEGA RIZO PATRON (*)

SEGUNDO S. PAREDES VASQUEZ (**)

Para tratar de establecer la importancia de las lesiones salpíngicas, previas en la patogenia del embarazo tubario, realizamos un estudio retrospectivo correspondiente a los cortes de las trompas extirpadas quirúrgicamente a mujeres con embarazos ectópicos operadas en el Hospital Loayza.

Hallamos en primer lugar que los diagnósticos histopatológicos en todos los casos de embarazo salpingeo solo llegaban a este diagnóstico y nunca mencionaban si existía o no algún proceso patológico previo en las trompas en las que éstos se habían producido. Nuestra experiencia en el trabajo de rutina nos indicaba que en un alto porcentaje era posible determinar la lesión primaria, presente ya cuando se estableció la implantación ectópica y causante en mayor o menor grado de aquella.

Además revisando la literatura nacional y foránea hallamos que existe un vacío en lo que corresponde a estudios de este tipo por lo que pensamos que los datos que obtenemos en este estudio son importantes, para conocer nuestra realidad en relación a este problema ginecológico.

MATERIAL Y METODOS

De los Archivos del Instituto de Patología de la Facultad de Medicina de San Fernando en el Hospital Arzobispo Loayza, se ha seleccionado los casos material de este estudio. Corresponden a especímenes quirúrgicos correspondientes a pacientes operadas en este Hospital en los Pabellones 5 I, 5 II, 5 III, Pab. 6 y Pab. 9, en el lapso comprendido entre 1962 y 1966.

(*) Jefe del Departamento de Patología de la Facultad de Medicina U.N.M.S.M.

(**) Jefe Instructor de la Asignatura de Patología General: Facultad de Medicina U.N.M.S.M.

Se seleccionaron 96 casos diagnosticados como "Embarazos salpingeos". Se estudió en todos ellos las lesiones patológicas salpingeas, supuestamente condicionantes del embarazo ectópico. Se tuvo especial cuidado en el estudio de las zonas salpingeas proximales y distales a la zona de la implantación ectópica.

En la mayoría de nuestros casos se tomaron secciones: a) de la zona correspondiente a la implantación, b) del segmento salpingeo proximal a la zona de implantación y c) del segmento salpingeo distal a la zona de implantación.

En un número reducido de casos solo se tomaron secciones de la zona salpingea correspondiente al área de implantación.

Los tejidos estudiados fueron incluidos en parafina y cortados a 7 micras de grosor, luego fueron coloreados con Hematoxilina-Eosina y Pas.

Se tomaron microfotografías de las lesiones más características en estudio, con un equipo Leitz-Ortholux y una Cámara Orthomat.

Se reunieron datos clínicos útiles de solo 60 pacientes. En los 36 casos restantes, las historias clínicas obtenidas no tenían datos suficientes.

Se estudia el tipo de lesiones salpingeas que acompañan al embarazo ectópico salpingeo y se discute su posible rol etiopatogénico.

Se estudia la relación gravedad-paridad en conexión a los hallazgos anatómopatológicos.

RESULTADOS

De los 96 casos estudiados, 60 tenían historias clínicas útiles, por esta razón la evaluación de los datos clínicos únicamente se realiza sobre este número que significa un 63.75% del total, y no sobre las 36 restantes.

Los datos clínicos obtenidos se suman en la tabla I, y se relacionan con los diagnósticos anatómopatológicos obtenidos, el análisis de esta tabla I nos permite hacer los siguientes comentarios:

Edad:

Estos datos fue posible obtenerlos en los 96 casos, materia de nuestro estudio; además de estar consignados en la Tabla I, están especialmente sumariados en la Tabla II, la que muestra que:

- a) La paciente de menor edad tenía 19 años.
- b) La paciente de mayor edad tenía 47 años.
- c) La media de estas edades es: 32.7%.
- d) El mayor porcentaje 28.1% se halla entre los 33 y los 37 años.

La gráfica N° 1 representa estos datos.

Nº de Orden	Edad	Gravidad	Paridad	Abortos	Dolor abdom. severo	Perd. sangre genitales	Ectópico previo	Tiempo de amenorrea	Localización	Tiempo de enfermedad	Tiempo de hospitalización	Salp. Istm. nodosa	Salp. Cron. Folic.	Salp. Cron. Simple	Leiomioma	Sin Alt. Histolog. Significat.	Muestra Insuf. P. estudio histológico	Nº de orden	Edad	Gravidad	Paridad	Abortos	Dolor abdominal severo	Perd. sangre genitales	Ectópico previo	Tiempo de amenorrea	Localización	Tiempo de enfermedad	Tiempo de hospitalización	Salp. Istm. nodosa	Salp. Cron. Folic.	Salp. Cron. simple	Leiomioma	Sin Alt. Histolog. Significat.	Muestra Insufic. P. estudio histológico
1	25	2	1	1		x		49 días	I	23 días	12 días			x				31	33	—	—	—	x			2 m.	D	1 día	4 días	x					
2	39	7	6	1		x		5½ m.	I	2 m.	36 días						x	32	32	5	5	—	x			90 días	I	1 día	7 días					x	
3	27	—	—	—	x			2 m.	D		6 días	x						33	36	8	7	1				4 m.	I	1 m.	29 días		x				
4	30	3	1	2	x			1 m.	I	10 días	8 días	x						34	34	4	4	—	x	x		57 días	I	13 días	19 días		x				
5	20	2	2	—		x		82 días	I	1½ m.	19 días		x					35	23	6	4	2		x		3 m.	I	5 m.	13 días					x	
6	38	3	—	3		x	1	86 días	D	20 días	17 días	x						36	38	8	8	—		x		1 m.	D	20 días	25 días					x	
7	23	—	—	—	x	x		23 días	D	2 días	4 días		x					37	21	2	2	—		x		—	I	3 m.	11 días					x	
8	37	5	5	—				75 días	D	1 m.	20 días	x						38	26	1	—	1	x	x		4 m.	I	21 días	6 días					x	
9	28	—	—	—				57 días	D	4 días	7 días	x		x				39	32	4	3	1		x	1	3½ m.	I	2 m.	2 días					x	
10	23	1	1	—		x		36 días	D	2 días	4 días		x					40	21	—	—	—		x		41 días	I	1 m.	15 días	x	x				
11	36	6	5	1	x	x	1	67 días	D	10 días	7 días	x	x					41	26	1	1	—		x		29 días	D	20 días	15 días		x				
12	22	3	2	1	x			22 días	D	—	7 días			x				42	30	1	1	—	x	x		27 días	I	20 días	17 días	x	x				
13	24	—	—	—	x			35 días	D	23 días	7 días		x					43	39	6	3	3	x	x		2 m.	D	2 m.	44 días					x	
14	37	5	4	1		x	1	90 días	I	15 días	22 días						x	44	33	—	—	—	x	x		—	I	1 m.	3 días	x		x			
15	36	4	4	—				13 días	D	3 m.	48 días		x					45	42	13	12	2	x			6 días	D	1 día	1 días					x	
16	20	1	1	—	x			3 m.	D	—	6 días		x					46	19	—	—	—		x		2½ m.	I	10 días	30 días		x				
17	25	3	3	—	x	x		29 días	D	29 días	14 días	x						47	28	3	3	—		x		59 días	I	19 días	23 días		x				
18	27	5	5	—	x			3 m.	I	—	5 días	x	x					48	30	6	6	—		x		—	D	—	20 días					x	
19	24	—	—	—	x	x		1 m.	D	12 días	15 días	x						49	31	1	1	—	x			—	I	1 día	3 días					x	
20	35	8	8	—		x		—	D	20 días	45 días						x	3½	m.	D	50	38	6	4	2		x	2½ m.	17 días		x				
21	24	1	1	—				37 días	D	8 días	7 días		x					51	25	2	2	—	x	x		3 m.	I	1½ m.	6 días		x				
22	21	2	2	—	x			8 días	I	1 día	8 días		x					52	35	4	4	—	x			2 días	D	4 m.	5 días		x				
23	25	—	—	—				—	D	—	5 días	x						53	35	13	8	5	x			18 días	D	7 días	4 días					x	
24	35	8	4	4				1 m.	I	25 días	24 días	x						54	35	—	—	—	x	x		2 m.	D	5 días	14 días		x				
25	34	6	6	—				72 días	I	13 días	6 días		x					55	32	5	3	2		x		22 días	I	10 días	15 días					x	
26	47	—	—	—		x	1	—	I	—	5 días			x	x			56	32	11	11	—	x	x		6 días	I	1 día	7 días		x				
27	40	4	3	1	x			—	I	51 días	18 días			x				57	30	—	—	—			1	20 días	D	1 día	3 días		x				
28	43	4	4	—		x		52 días	D	52 días	18 días		x					58	36	4	4	—				36 días	I	7 días	5 días		x				
29	33	3	1	2		x		90 días	I	60 días	21 días		x					59	23	3	3	—				1½ m.	I	13 días	17 días		x				
30	24	1	1	—	x	x		63 días	I	15 días	8 días						x	60	20	—	—	—				1 m.	D	1 m.	17 días						

TABLA Nº 1

Nº Ord.	Año de public.	Autor	Nº casos del estudio	E D A D			Multi- paridad %	Abortos %	Embarazo ectópico previo %	Dolor %	Ameno- rrea %	Metro- rragia %	LOCALIZACION Trompa		Frecuenc %	Mortalidad %	Años que comprende el estudio	Nosocomio	
				Menor y mayor	Grupo de frecuencia mayor	%							Derecha %	Izquier. %					
1	1896	Campodónico	4	23-45			100			100	100	75	0	100	2	75	1895	Santa Ana	
2	1903	Rospigliosi	3	35-48			100			100	100	100				0	1901 1903	Santa Ana	
3	1907	Puente	3	20-43			66.6			100	100	66.6	66.6			0	1906 1907	Santa Ana	
4	1913	Moquillaza	9	21-35			44.4			100						11.1	1909 1912	Santa Ana	
5	1918	Marquez	32	17-39	23-27	40.62	71.8			96.8		75.0	40.6	59.4			1916	Santa Ana	
6	1921	Linares	18	19-36	18-32	83.40	55.5	44.44		100	55.55	72.22	50.0	50.0			5.5	1918 1921	Santa Ana
7	1924	Heraud-Aljovín	11	18-39	19-34										2.7				
8	1928	Cáceres	31	19-38	25-30													1925 1928	Arz. Loayza
9	1935	Dávila	30	16-35	23-27	40.00		17.2										1933 1934	Arz. Loayza
10	1936	Vásquez	61	18-42	20-32	65.45	65.6	17.2		100		100			2.8			1928 1933	Arz. Loayza
11	1942	Raffo	200	16-48														1930 1941	Arz. Loayza
12	1943	Haaker	8	21-40														1928 1940	Arz. Loayza
13	1945	Mendoza	36		24-32										5.0				
14	1951	Lazo	515	15-45	21-30	62.40	21.90	34.7	3.7	100	70.00	100			4.9	0.97		1935 1949	Arz. Loayza
15	1953	Cortés	141	17-43	26-30	38.30	82.30	35.50	3.5	100	95.28	100	64.2	35.8	0.16	0.00		1948 1952	Maternidad Lima
16	1954	Mayor	377	16-45	26-30	34.22				95.49	80.24	83.55			2.96	0.00		1929 1953	Arz. Loayza
17	1955	Kaiser	105	17-40	26-30	38.09	66.66	28.57	1.9	92.86	54.54	82.14	49.52	45.71	1.25	0.35		1944 1954	San Juan - Callao
18	1955	Rea	141	18-43	26-30	36.88	62.25	32.62	4.9	90.65	97.24	80.19	44.48	52.48	0.33	2.13		1945 1954	Matern. Bellavista
19	1957	Chang	70	21-35	26-30	38.57	70.00	28.60	1.43	95.71	94.28	90.00	47.14	44.28		1.43		1952 1956	Hosp. Belén Trujillo
20	1959	Tipismana	206															1949 1958	Arz. Loayza
21	1961	Amarillo	80	19-45	26-30	35.00	77.5	43.75	3.75	95.00			43.75	56.25	0.61	1.25		1956 1960	Maternidad Lima
22	1961	Llontop	1																
23	1962	Saldaña	12		27-35	50.00	66.66	25.00		100	58.33	41.66				0		1959 1961	Toquepala
24	1962	Arellano	90	15-44	25-29	38.89	85.56	31.11		91.11	80.00	71.00	40.00	50.00				1955 1959	Matern. Bellavista
25	1963	Finetti	25		25-29	32.00	64.00	44.00	8.0	92.00	100	68.00	52.00	44.00	0.53			1958 1962	Hosp. Militar Central
26	1964	Romero	12	19-40	21-25	50.00	75.00			83.3	66.6	58.3	58.3	41.7	0.36			1959 1963	H. Chulec. L. Oroya
27	1964	Arakaki	73	20-42	25-34	67.13	64.71	36.23	5.8	91.78	71.18	68.5			1.25	1.37		1958 1964	Hosp. C. Empleado
28	1964	Colareta	34	16-44	26-30	35.2	91.18	47.06	14.70	94.12	100	88.24	61.74	35.28				1954 1963	Hosp. C. Policía
29	1964	Corcuera	107	18-42	26-30	32.71	53.27	28.95	5.6	94.24	84.99	68.19	48.59	43.92		1.86		1959 1963	Arz. Loayza
30	1965	Lavi	327	17-44	26-30	37.00	73.41	21.33	2.33	87.17	80.12	61.77	49.84	49.53	0.52	0.30		1962 1966	Hosp. Obrero
31	1967	Nosotros	60	19-47	33-37	28.1	56.66	30.00	10.0	93.33	86.67	58.33	48.33	51.67		0.16		1943 1964	Arz. Loayza

TABLA Nº 2

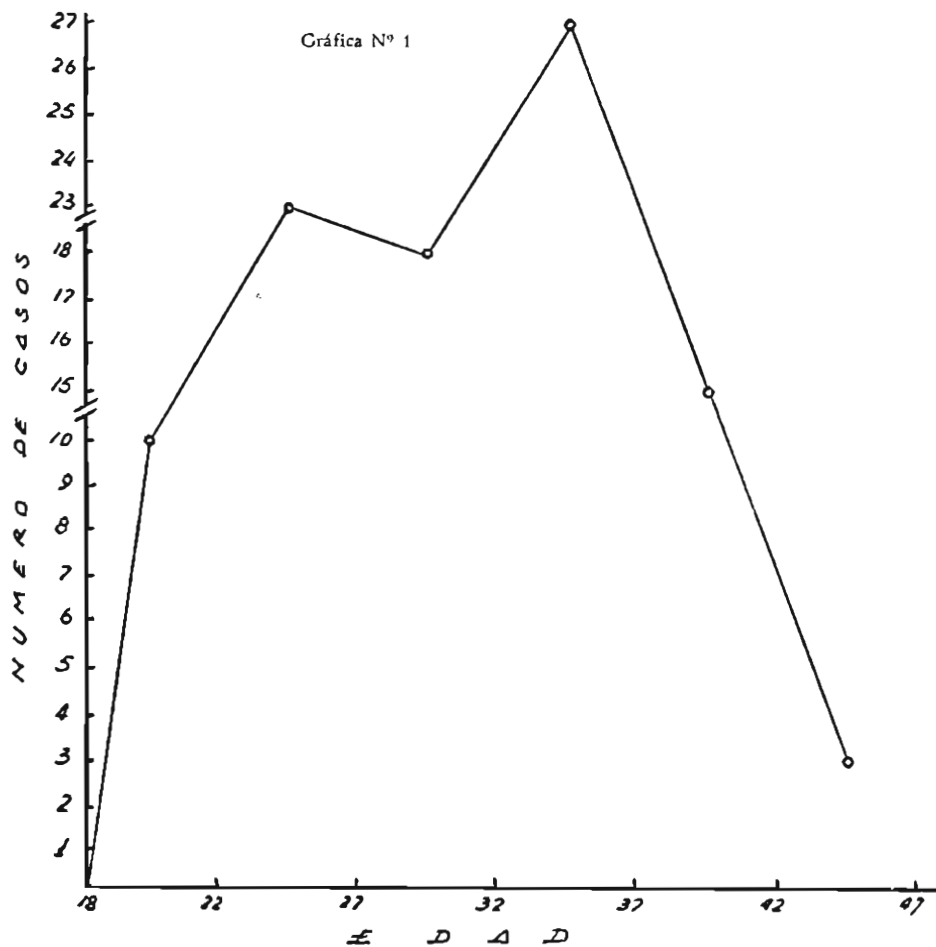


TABLA N° 3

DISTRIBUCION DE LA EDAD EN LOS 96 CASOS DE EMBARAZO TUBARIO

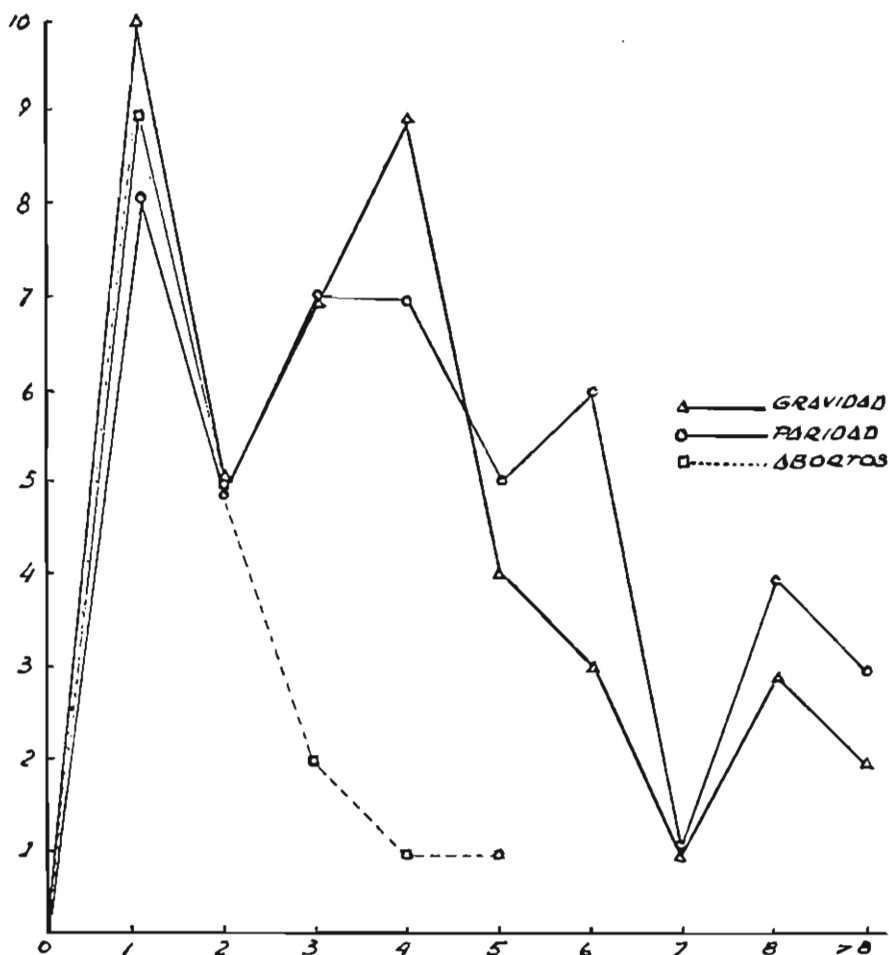
Edad	Nº Pacientes	%
18 — 22	10	10.4
23 — 27	23	23.9
28 — 32	18	18.8
33 — 37	27	28.1
38 — 42	15	15.7
43 — 47	3	3.1
TOTAL:	96	100.0

Gravidad y Paridad

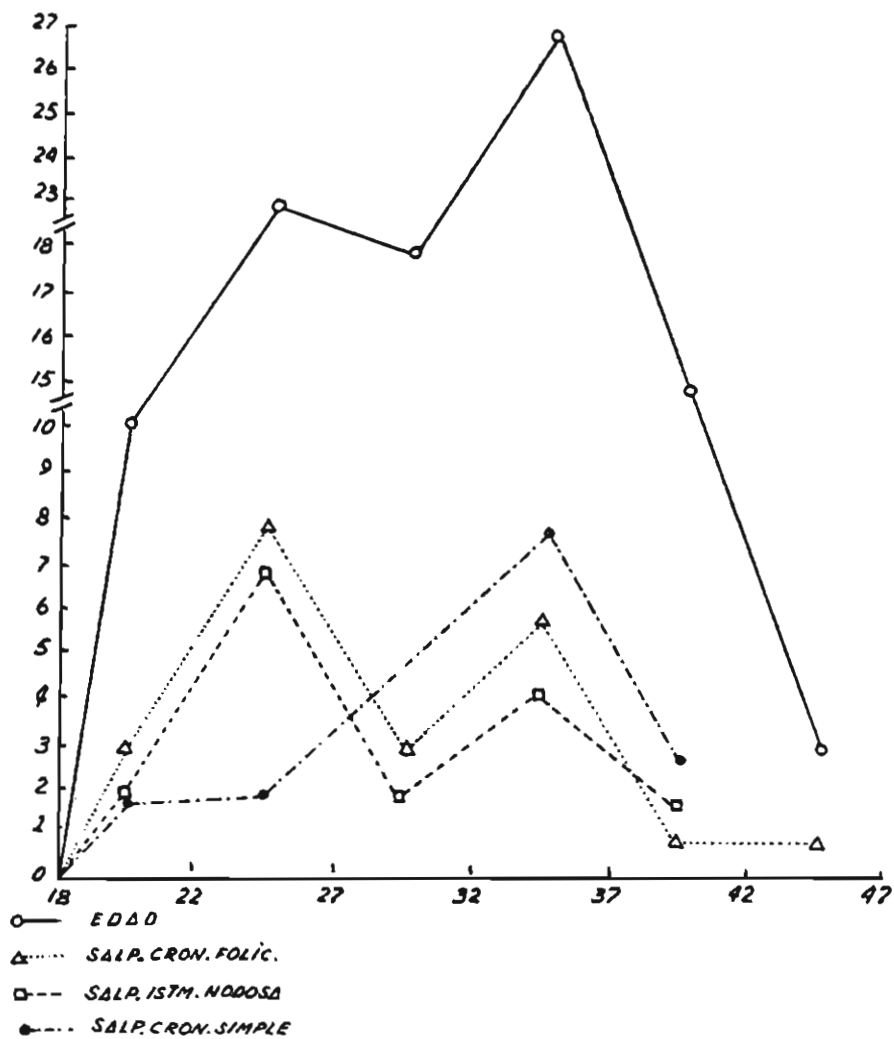
Los datos que mostramos corresponden solo a los 60 casos con historias clínicas útiles.

Los datos obtenidos están representados en la Tabla N° 4, y muestran que el mayor porcentaje correspondió a las nuligestas: 23.3%; a las Grávidas I: les correspondió un 13.3% y las Grávidas III y IV, ambas con 17%. La incidencia luego va gradualmente disminuyendo hasta las Grávidas XIII (que es el máximo de gravidez hallado por nosotros) hasta un 3.3%. Estos datos están representados en la gráfica N° 2.

Gráfica N° 2.— Gestaciones previas.



RELACION DE LAS EDADES Y CASOS CON LESIONES PATOLOGICAS "PURAS"



Gráfica N° 3

TABLA N° 4

RELACION PORCENTUAL DE GRAVIDAD, PARIDAD Y ABORTOS
NUMERO DE CASOS

N°	Gravidad	%	Paridad	%	Abortos	%
0	14	23.3	16	26.6	42	70.0
1	8	13.3	10	16.6	9	15.0
2	5	8.3	5	8.3	5	8.3
3	7	11.7	7	11.7	2	3.3
4	7	11.7	9	15.0	1	1.7
5	5	8.3	4	6.7	1	1.7
6	6	10.0	3	5.0	—	—
7	1	1.7	1	1.7	—	—
8	4	6.7	3	5.0	—	—
9	0	—	0	—	—	—
10	0	—	0	—	—	—
11	1	1.7	1	1.7	—	—
12	0	—	1	1.7	—	—
13	2	3.3	0	—	—	—
TOTAL:	60	100.0	60	100.0	60	100.0

Los datos correspondientes a la paridad, (Tabla N° 4) muestran que las nulíparas, con 16 casos, son las que presentan el mayor porcentaje: 26.6%.

En orden de frecuencia siguen las primíparas, las que presentan un porcentaje de 16.6%. Entre las múltiparas, las Paridad III presentan un 11.7% y las paridad IV un 15%; las Paridad V y las mujeres con mayores índices muestran porcentajes menores.

En nuestra serie la mujer con mayor índice de paridad, fue de 12, con un porcentaje de 1.7%.

Abortos:

Hallamos que 42 casos (70.0%) no presentaron antecedentes de aborto. Nueve casos presentaron 1 aborto (15%). Cinco casos (8.3%) presentaron dos abortos cada uno. Dos casos (3.3%) tres abortos, un caso (1.7%) cuatro y uno (1.7%) cinco abortos. (Tabla N° 4).

Embarazos ectópicos previos:

Seis casos (10%) presentaron antecedentes de embarazo ectópico previo.

Evaluación de síntomas y signos (Tabla I)

Evaluamos al síntoma dolor, la amenorrea y la pérdida de sangre por los genitales.

El síntoma dolor se presentó en el 93.3% de los 60 casos con historia clínica; en el 6.7% no se consignan datos sobre este síntoma en las historias respectivas.

Amenorrea:

Se halló en el 86.67% de nuestros 60 casos, hallándose variaciones en su duración que oscilaban de 2 días a cinco y medio meses. En 8 casos no hay datos. El 58.33% de los casos estudiados presentaron metrorragia.

En lo que se refiere al tiempo de enfermedad, se halló que variaba desde 1 día hasta los 90. En 7 casos no se consignaron datos referentes al tiempo de enfermedad.

Frecuencia

Los datos que referimos constituyen la relación entre el número total de embarazos ectópicos diagnosticados histopatológicamente en los dos Servicios de Anatomía Patológica que funcionan en el Hospital Loayza: El Instituto de Patología de la Facultad de Medicina de San Fernando y el Laboratorio Central de Patología del Hospital, asociado a la Universidad Cayetano Heredia, correspondientes al lapso comprendido entre Enero 1962 y Diciembre 1966.

En el Instituto de Patología se diagnosticaron en este lapso 96 casos de embarazo ectópico y en el Laboratorio Central del Hospital 60, lo que hace un total de 156 casos lo que representa el 0.26% del total de especímenes quirúrgicos estudiados en el mismo lapso en ambos servicios.

Mortalidad

Solo se tuvo un caso mortal, que representa el 0.16%.

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN LOS 60 CASOS CON HISTORIA CLÍNICA ADECUADA

En la Tabla N° 9 se analizan las lesiones correspondientes a los 60 casos con historia clínica adecuada.

Las lesiones halladas fueron clasificadas en los siguientes grupos:

I.— Lesiones puras	36 casos =	60.0%
II.— Lesiones Mixtas	7 „ =	11.7%
III.— Sin alteraciones histológicas significativas	4 „ =	6.7%
IV.— Muestra insuficiente para la reevaluación histológica	13 „ =	21.6%
T O T A L :	60 casos =	100.0%

Entre las lesiones puras, el mayor porcentaje corresponde a la salpingitis crónica folicular (28.3%), siguiéndole en orden de frecuencia la salpingitis crónica simple (16.7%) y la salpingitis ístmica nodosa con el 15.0%.

TABLA Nº 5

Edad	Nº de casos	%	S.I.N.	S.C.S.	S.C.F.
18 — 22	10	10.4	1	2	3
23 — 27	23	23.9	7	2	8
28 — 32	18	18.8	2	3	3
33 — 37	27	28.1	4	8	6
38 — 42	15	15.7	2	3	1
43 — 47	3	3.1	0	0	1
TOTAL:	96	100.0	16	18	22

El II grupo corresponde a las "Lesiones Mixtas", con 7 casos, los que hemos agrupado de la siguiente manera:

- a) Salpingitis crónica folicular y salpingitis ístmica nodosa: 4 casos (6.7%)
- b) Salpingitis crónica simple y salpingitis ístmica nodosa : 2 casos (3.3%)
- c) Salpingitis crónica simple y leiomioma : 1 caso (2.7%)

El III grupo corresponde a los casos en los que se halló embarazo ectópico tubario pero el estudio histopatológico de la trompa no mostró otras alteraciones histopatológicas significativas.

El grupo IV corresponde a los casos en los que el material patológico archivado era insuficiente para poder hacer una re-evaluación histológica adecuada. En la Gráfica N° 3 y la Tabla N° 6 consideramos el total de casos estudiados histopatológicamente en relación con la edad.

Corresponde el mayor número de casos al grupo de 33 a 37 años, con 27 casos luego sigue el grupo de 23 a 27 años con 23 casos.

Se aprecia paralelismo entre la presencia de lesiones histopatológicas del tipo de la Salpingitis Folicular y las de las Salpingitis Istmica Nodosa, con la curva correspondiente a esas edades, no así con la curva de la Salpingitis crónica simple que solamente llega a alcanzar su máximo número de casos (8 casos) en relación al primer grupo de las lesiones, antes citado.

TABLA N° 6

RELACION DE LAS EDADES Y CASOS CON LESIONES HISTOLOGICAS PURAS

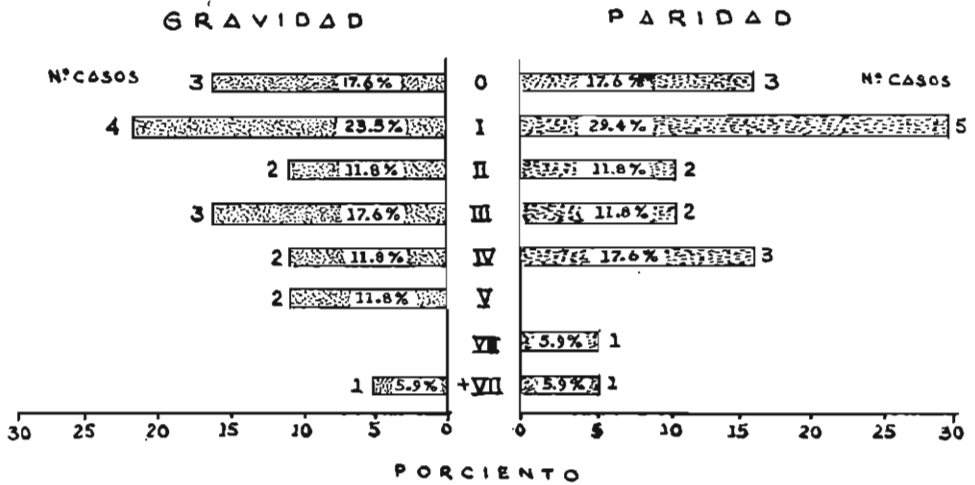
Edad	N° de casos	%	S.I.N.	S.C.S.	S.C.F.
18 — 22	10	10.4	1	2	3
23 — 27	23	23.9	7	2	8
28 — 32	18	18.8	2	3	3
33 — 37	27	28.1	4	8	6
38 — 42	15	15.7	2	3	1
43 — 47	3	3.1	0	0	1
TOTAL:	96	100.0	16	18	22

Relación de la frecuencia de gravedad y paridad con las lesiones histológicas del grupo I (Lesiones puras).

En las gráficas Nos. 4, 5 y 6 hemos relacionado la frecuencia de gravedad y paridad con las lesiones histopatológicas observadas.

En la Gráfica N° 4, se muestra la relación hallada entre la frecuencia de la gravedad y paridad y las lesiones histopatológicas correspondientes a la salpingitis crónica folicular.

Gráfica N° 4.—Salpingitis crónica folicular como lesión histológica pura (17 casos = 28.3%)



Observamos que al grupo Gravididad y Paridad I, corresponde al mayor porcentaje de lesiones de este tipo. A medida que aumentan los índices de Gravididad y Paridad, disminuye el porcentaje de casos de salpingitis crónica folicular.

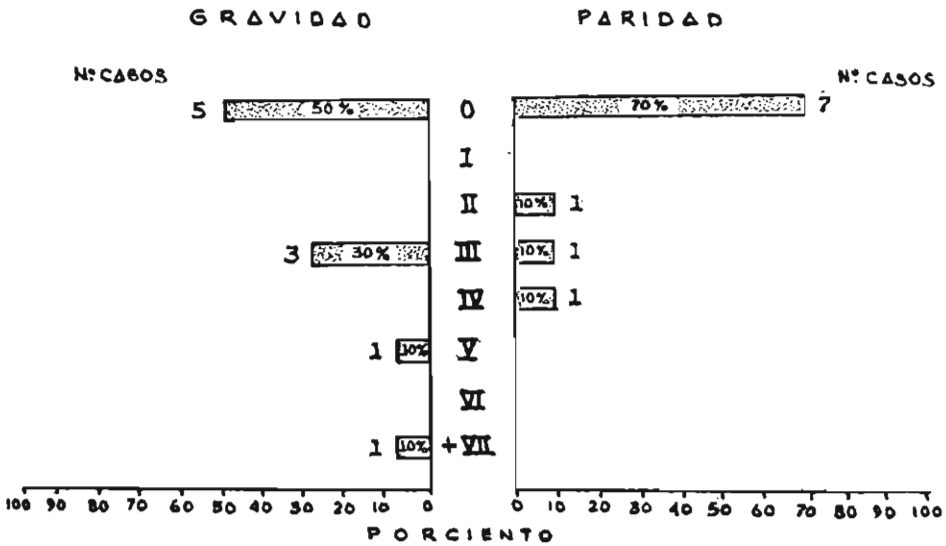
En la Gráfica N° 5, se muestra la relación hallada entre la frecuencia de Gravididad y Paridad y la salpingitis ístmica nodosa.

El mayor porcentaje (50 y 70%) de Gravididad y Paridad, respectivamente, corresponde a las nulíparas y a las grávidas 0. Se repite el fenómeno observado en la Gráfica N° 4. Disminuye la incidencia de casos de Salpingitis ístmica nodosa a medida que aumenta la frecuencia de gravidad y paridad.

En la gráfica N° 6 se relaciona la frecuencia de Gravididad y Paridad en relación a la Salpingitis crónica simple.

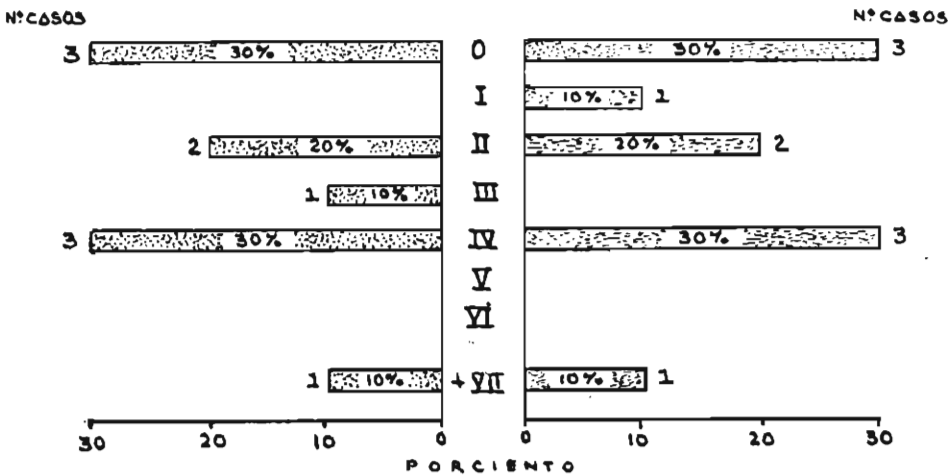
En este grupo no hallamos la relación inversa mostrada en los cuadros correspondientes a la Salpingitis crónica folicular y Salpingitis ístmica nodosa, en relación a la Gravididad y Paridad.

Gráfica N° 5.—Salpingitis istmica nodosa como lesión histológica pura (10 casos = 16.7%)



Hallamos cierto paralelismo en la incidencia de Gravidad y Paridad en el grupo de las nulíparas y nuligrávidas, así como en el grupo IV.

Gráfica N° 6.—Salpingitis crónica simple como lesión histológica pura (10 casos = 16.7%)



CLASIFICACION DE LAS LESIONES

De acuerdo a la Tabla N° 11, las lesiones han sido agrupadas en cuatro grupos mayores, como:

Grupo I.— Lesiones puras.

Grupo II.— Lesiones mixtas.

Grupo III.— Sin alteraciones histológicas significativas.

Grupo IV.— Muestra deficiente para la reevaluación histológica.

Los grupos I y II, han sido subdivididos por las diferencias de los factores histopatológicos presentes en ellas, así:

Grupo I.— Lesiones puras.

A este grupo corresponde los siguientes subtipos, (56 casos de los 96 estudiados):

- | | |
|---|------------------|
| a.— Salpingitis crónica folicular | 22 casos = 22.9% |
| b.— Salpingitis crónica simple | 18 „ = 18.8% |
| c.— Salpingitis ístmica nodosa | 17 „ = 17.7% |

La salpingitis crónica folicular, arroja un total de 22 casos —22.9%— es la lesión de inflamación salpingea en la cual se han producido múltiples adherencias entre las vellosidades tubarias inflamadas, cuya modificación transforma a este órgano uniluminal con un determinado diámetro de luz, en una estructura multiluminal, en la cual los diámetros de las neoluces se han reducido considerablemente. Fotos Nos 3 y 4.

La salpingitis crónica simple, como lesión pura, da un total de 18 casos —18.8%, esta lesión muestra un engrosamiento de las vellosidades por edema e infiltración linfoplasmocitaria del intersticio; indudablemente también presentan más o menos marcadas lesiones del epitelio tubario, todo lo cual disminuye relativamente la luz principal, sin constituir sin embargo, la criba del tipo anterior. Fotos Nos. 1 y 2.

A la salpingitis ístmica nodosa, le corresponden 16 casos —16.6%—, nosotros la interpretamos como una lesión constituida por el engrosamiento nodular de la trompa localizada a nivel del istmo; cuyo cuadro histológico, corresponde a múltiples zonas de proliferación de la mucosa salpingea, en las cuales ésta

crece constituyendo pequeños conductillos colaterales, que se sitúan profundamente dentro de la capa muscular, manteniendo la comunicación con la luz principal en la zona de origen de la neo-proliferación, pudiéndose prolongar en mayor o menor longitud a lo largo del conducto principal, además es importante la disposición de las fibras musculares alrededor del conductillo, e igualmente importante el carácter salpingeo del epitelio. Fotos Nos. 5, 6, 7 y 8.

Grupo II.— Lesiones mixtas.

Este grupo involucra 11 casos. Hemos catalogado como lesiones mixtas a las lesiones que presentan caracteres morfológicos de las dos entidades previamente mencionadas, variando la proporción del compromiso morfológico de un tipo y otro en cada caso, así como también, al hallarse el quiste disembrionárico de Walthard en un caso y en otro leiomioma.

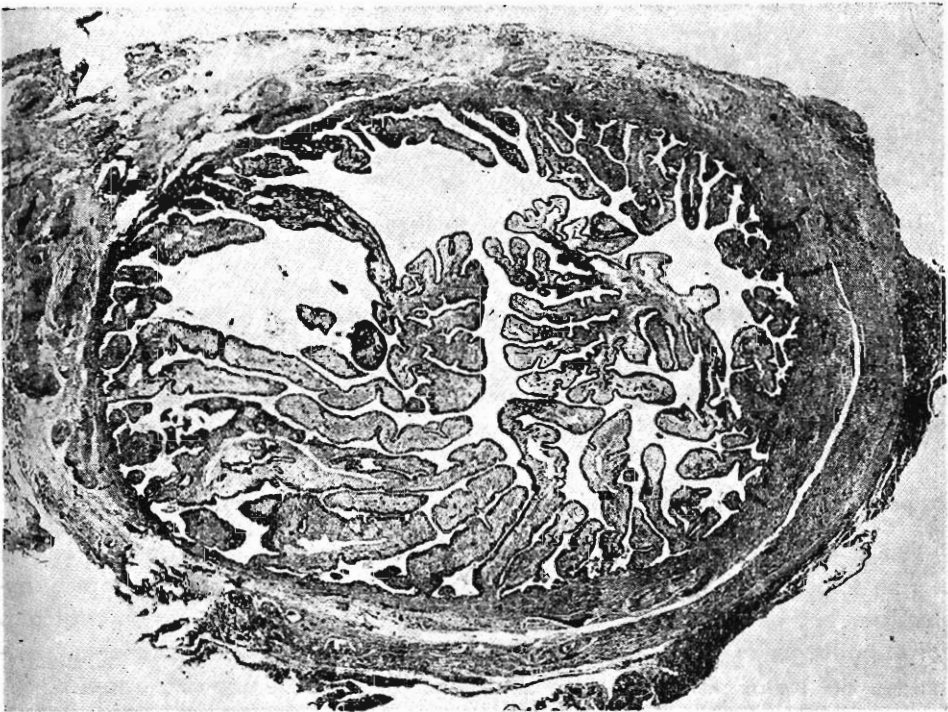


FIG. N° 1.— Vista panorámica (15 x) de un corte transversal de una trompa con salpingitis crónica simple. Se aprecia el engrosamiento de las vellosidades salpingeas con el estrechamiento de la luz consiguiente.

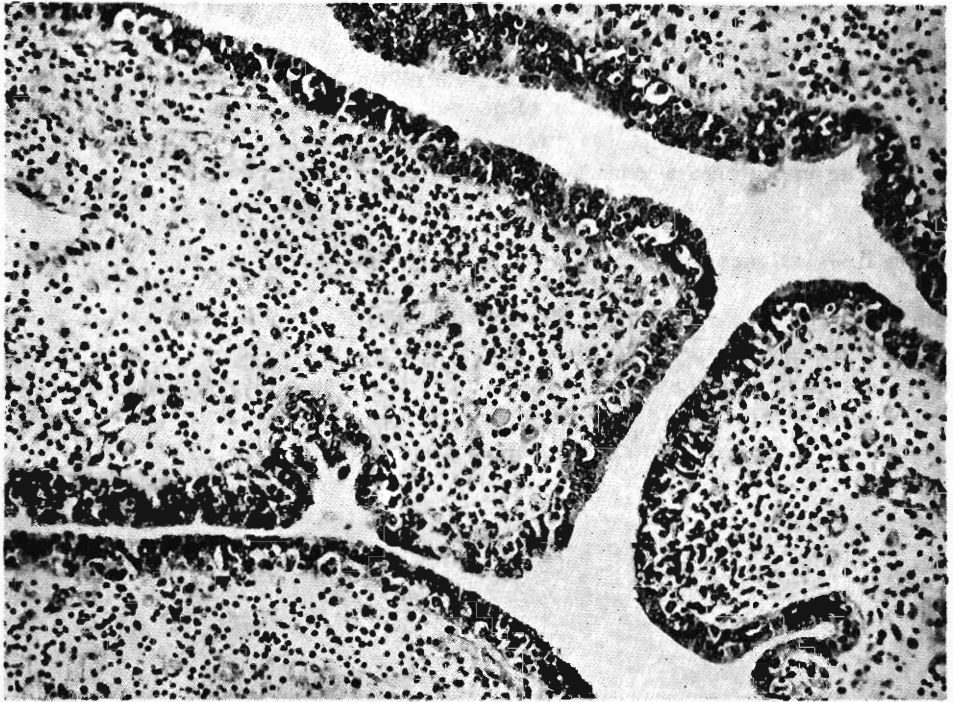


FIG. N° 2.— Col. H. E. (400 x). A mayor aumento se aprecia en detalle el engrosamiento de las vellosidades salpingeas debido al infiltrado celular inflamatorio de tipo crónico y el edema.

Grupo III.— Sin alteraciones histológicas significativas.

—11.5%— En este grupo hemos reunido 11 casos, en los cuales se pudo estudiar fragmentos de pared de la trompa, alejados de la zona de implantación del embarazo tubario, no hallándose alteraciones histológicas significativas.

Grupo IV.— Muestra deficiente para la reevaluación histológica.

—18.8%— Con 18 casos; generalmente corresponde a casos en los cuales sólo se han tomado cortes en la zona de implantación del embarazo ectópico, habiéndose hecho el diagnóstico histopatológico de dicha entidad morfológica por el hallazgo de vellosidades coriales, etc., pero no pudiéndose tener una clara idea del status morfológico de la trompa, previo al embarazo ectópico. La reevaluación histológica de las trompas correspondientes a los 96 casos de embarazo tubario estudiados, mostraron lesiones salpingeas previas que nos permite agruparlas en la siguiente forma:

Tabla Nº 7.— Estudios histopatológicos de los 96 casos de embarazo ectópico tubario.

Tipo de lesiones	Casos	%
I.— Lesiones puras:		
a) Salpingitis crónica folicular	22	22.9
b) Salpingitis crónica simple	18	18.8
c) Salpingitis ístmica nodosa	16	16.6
Lesiones puras: 56 casos = 58.3%		
II.— Lesiones mixtas:		
a) Salpingitis ístmica nodosa y salpingitis crónica folicular	6	6.3
b) Salpingitis ístmica nodosa y salpingitis crónica simple	3	3.1
c) Salpingitis crónica simple y quiste disembrionárico de Walthard	1	1.0
d) Salpingitis crónica simple y leiomioma	1	1.0
Lesiones mixtas: 11 casos = 11.4%		
III.— SIN ALTERACIONES HISTOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS	11	11.5
IV.— MUESTRA DEFICIENTE PARA LA REEVALUACION HISTOLÓGICA	18	18.8
T O T A L :		96 = 100.0

DISCUSION

En lo que concierne a los datos clínicos vemos que la edad de nuestros casos fluctuaba entre los 19 y los 47 años, siendo la media 32.7. El mayor porcentaje (28.1%) correspondía al grupo entre los 33 y 37 años.

Estas cifras corresponden aproximadamente a las citadas en trabajos extranjeros (28), (31), (34), 24 a 33 años y lógicamente en ambos casos se superpone con la edad de mayor actividad genital. Como casos extremos se cita un embarazo ectópico salpingeo en una mujer de 49 años (17) y otro en una niña de 12 (12). En la literatura nacional el caso de mayor edad correspondió a una mujer de 48 años citada por Rospigliosi y Raffo (33) y el de menor edad el caso citado por Arellano (2).

En lo que respecta a la gravedad hallamos en general que la frecuencia de embarazos tubarios disminuye a medida que se incrementan el número de embarazos previos.

Así, (Gráfica N° 2) el 76.7% de nuestros casos tuvieron gestaciones previas y solo el 17.6% se presentó en nulíparas. Entre nuestros casos el 63% lo dan mujeres que tuvieron de 1 a 6 gestaciones.

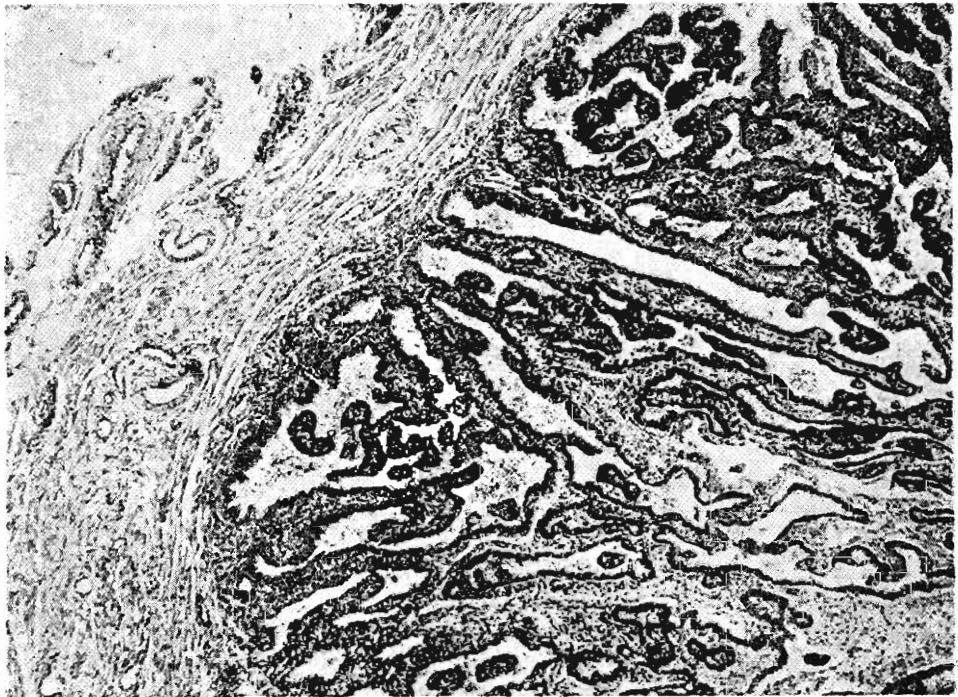


FIG N° 3.—Col H. E. (x 100). Corte transversal de una trompa con Salpingitis crónica folicular. Claramente se aprecia como las adherencias entre las vellosidades convierten la luz central en múltiples pequeños conductos algunos ciegos.

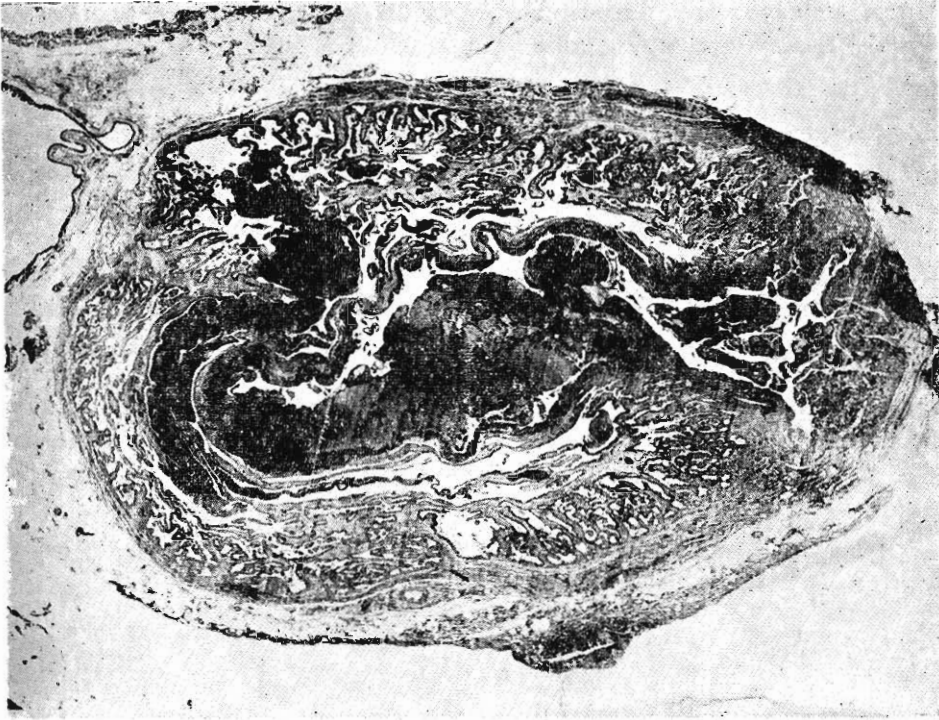


FIG. N° 4.— Col. H. E. (Panor 10 x). Corte transversal de una trompa con Salpingitis crónica folicular, la que al mismo tiempo presentaba un embarazo ectópico salpingeo. En la zona central se aprecia el material hemático (hematozalpinx).

En la literatura, hallamos que Lisa (26) en su serie halla el 77% con gestaciones previas, Chez (8) el 25% con gestaciones previas y Bases (4) el 30.7%. La multiparidad entre los autores nacionales fluctúa entre el 21.9%, Lazo (25), al 100%, Campodónico (7), Finetti (16) en gravidad I, halla el 80% de sus casos.

El 10% de nuestros casos presentaron otro embarazo ectópico previo. En un trabajo nacional, el de Colareta (9) se señala la presencia de embarazo ectópico previo en el 14% de los 34 casos por el presentados.

En otros trabajos revisados la ocurrencia de embarazo ectópico previo no supera al 8%.

La interpretación para esta relativa alta frecuencia de embarazo ectópico previo podría ser la de que ambas trompas están padeciendo procesos patológicos que condicionen la ocurrencia de esta dolencia.

Abortos, hallamos como antecedente en un 28% de nuestros casos. Mauricio Dávila (13) menciona en su trabajo la presencia de este antecedente en un 17.2% de sus casos y Colareta (9) lo halla en un 47.06%.

En la literatura foránea se halla que Mac Farlane (27) encontró antecedente de aborto en el 32.7% de los casos correspondientes a su serie.

Factores patogenéticos

Al ocurrir la implantación ectópica del huevo en la mucosa salpingea, entran en juego una serie de factores fisiológicos y fisiopatológicos.

Luego de producida la ruptura del folículo de Graaf, el óvulo expulsado ingresa al oviducto por el pabellón de la trompa e inicia su recorrido; colaboran en este traslado los movimientos peristálticos salpingeos que en estas circunstancias se producen en forma más intensa y con mayor frecuencia, normalmente. Otro mecanismo fisiológico importante que coadyuva en la migración ovular es el movimiento ciliar.

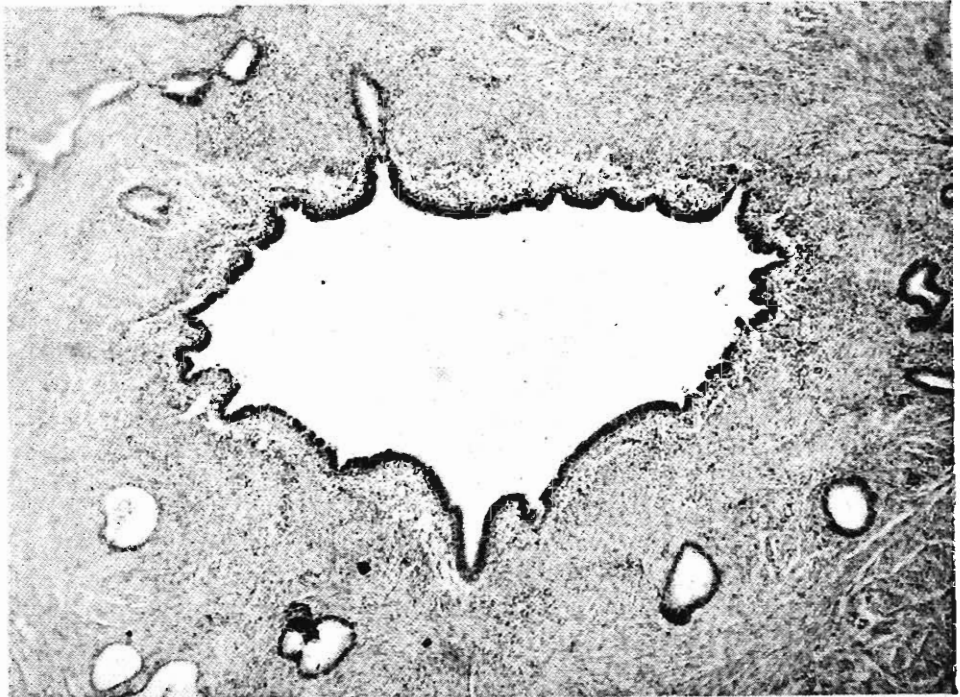


FIG. N° 5.—Col. H. E. (140 x). Salpingitis ístmica nodosa: Se aprecia la luz central de la trompa de Falopio y alrededor en plena capa muscular numerosas cavidades revestidas por epitelio de tipo salpingeo.

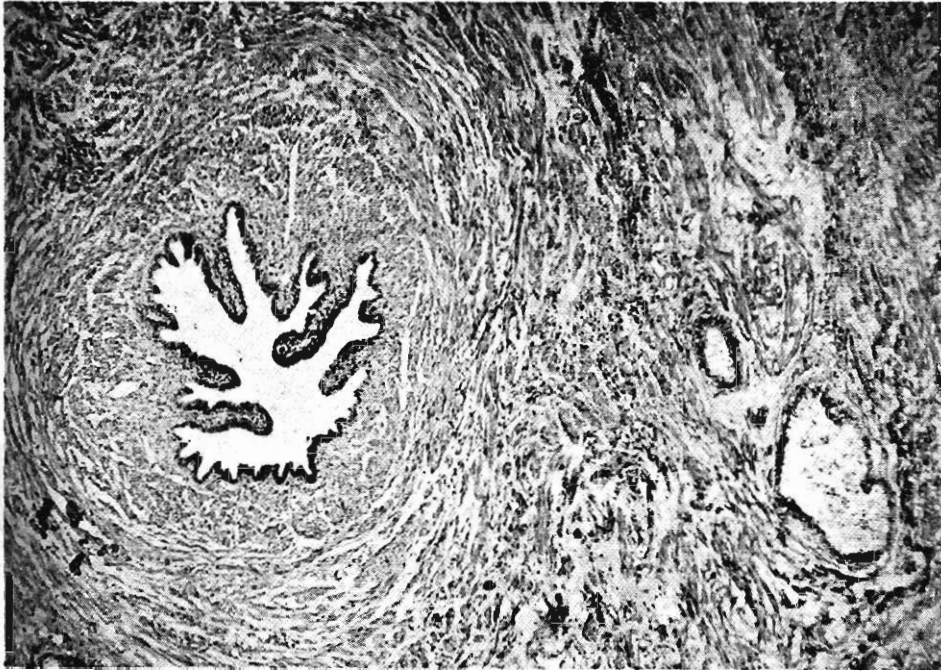


FIG. N° 6.— Col. H. E. (160 x). Salpingitis ístmica nodosa. En la mitad de la izquierda se aprecia la luz de la trompa de Falopio en la zona del ístmo, a la derecha y profundamente dentro de la capa muscular una cavidad revestida por epitelio del tipo salpingeo.

En condiciones fisiológicas el óvulo migra a través de la luz de la trompa cuyo diámetro interno fluctúa entre 2 y 4 mm. siendo el diámetro mayor del óvulo de 0.130 a 0.140 mm.

Por otra parte, el espermatozoide luego de la eyaculación inicia su migración en la que colaboran también la motilidad normal de la trompa, el epitelio ciliar y probablemente el pH del medio. El diámetro del espermatozoide en la zona de la cabeza es de 2 a 3 micras y prácticamente solo puede ser detenido en casos de obliteración completa de las trompas.

El óvulo inicia su proceso de división y crecimiento; al llegar a ponerse en contacto con el epitelio endometrial alcanza un tamaño de alrededor de 0.23 mm. Normalmente no existe ningún obstáculo para la migración del huevo hasta que éste se pone en contacto con la mucosa endometrial.

Cualquier proceso patológico que condicione estrechamiento de la luz tubular, que permitiendo por un lado el pasaje del espermatozoide, pero deteniendo por

el otro de la progresión del óvulo fecundado, condicionaría la posibilidad de la implantación tubaria.

Además de la disminución del diámetro de la luz tubaria intervendrían otros factores en la patogenesis del embarazo salpingeo; Eastman (14) reconoce los siguientes:

A.— Anormalidades que impiden o retardan el paso del huevo a la cavidad uterina:

- 1) Salpingitis crónica.
- 2) Anormalidades congénitas y post-embrionarias del desarrollo del oviducto: divertículos, orificios accesorios, hipoplasia.
- 3) Adherencias peritubarias subsecuentes a infecciones, aborto, parto ocasionando angulación y estrechez.

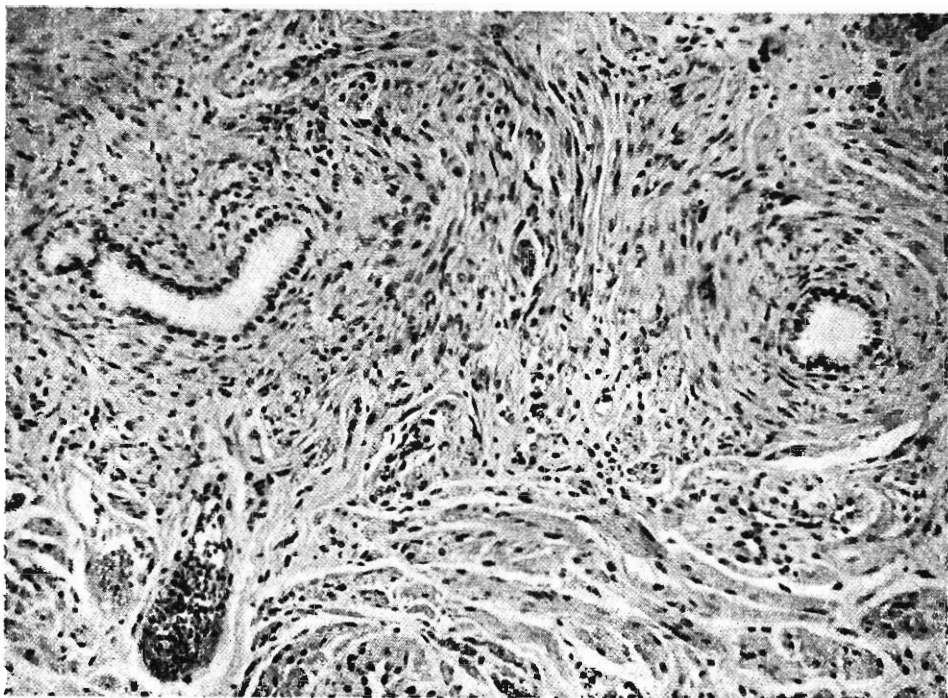


FIG. N° 7.— Col. H. E. (140 x). Salpingitis ístmica nodosa. El corte muestra una zona de la muscular de la trompa de Falopio en la cual se aprecia dos cavidades, revestidas por epitelio del tipo Salpingeo, rodeadas por células musculares lisas orientadas a su alrededor.



FIG. N° 8.— Col. H. E. (100 x). Salpingitis ístmica nodosa. Se aprecia una masa muscular de aspecto nodular, en la capa muscular de la trompa de Falopio, en la cual se puede contar seis cavidades revestidas por epitelio del tipo Salpingeo. Estas formaciones musculares de tipo nodular contribuirán a darle a estas trompas el aspecto macroscópico de nódulos: "nodosa".

- 4) Tumores que comprimen la trompa desde la parte externa.
- 5) Operaciones plásticas previas en el oviducto.
- 6) Migración externa del huevo.

B.— Anormalidades que aumentan la receptividad de la mucosa tubaria con respecto al óvulo fecundado:

- 1) Elementos endometriales ectópicos en la masa tubaria.

Además de los factores mencionados por Eastman, han sido señalados otros, que podrían tener cierta ingerencia en la patología de la implantación, los cuales son la tendencia hereditaria o familiar (6), trastornos en la función ciliar por ausencia de impulsos nerviosos en la llamada "neurosis depresora" por su autor (30), el uso de drogas ocitósicas (66) profundos trastornos metabólicos de base nutricional (1) y deficiencia en el peristaltismo tubario de base hormona! (35).

De todos los factores patogenéticos mencionados, el factor inflamación es considerado por prácticamente la unanimidad de los observadores, el más importante. Actuaría elementalmente de dos maneras: 1) obstruyendo la trompa mecánicamente y 2) trastornando su mecanismo propulsor (3).

Mecánicamente la inflamación crónica podría ocasionar estrechamiento de la trompa a), por la producción de acodaduras en relación a adherencias peritubarías, con el consiguiente estrechamiento de la luz a este nivel y b) por lesión intrínseca del epitelio, con la producción de edema, infiltración celular y adherencias entre las vellosidades, lo que condicionaría la formación de espacios pseudoglandulares y fondos de saco, en los cuales resultaría atrapado el óvulo fecundado.

Al revisar la literatura sobre este tema hemos hallado que se ha publicado en los últimos 55 años numerosos trabajos sobre el embarazo salpingeo, especialmente dedicados a la discusión de sus aspectos clínicos.

No hemos hallado sino seis trabajos en los que se discute y estudia seriamente los factores histopatológicos en juego: Gardner, W. S.: 1918 (19), Falk, H. C.: 1928 (15), Osiakina-Rojdestvenskaia: 1938 (32), Yuan y K'uei: 1958 (36), Gabriel y Rochet: 1960 (18) y Bone y Green: 1961 (5). La revisión de estos trabajos muestra que el factor inflamación es de primera importancia.

Los estudios clínicos realizados por otros autores en relación a la frecuencia con la que hallan inflamación pélvica en casos de embarazo tubario es mostrada en la tabla N° 8.

Tabla N° 8.— Serie porcentual con historia de enfermedad pélvica inflamatoria, abortos y operaciones.

Autor	Enf. Infl. pélvica	Abortos %	Operaciones %
Grahan	35	—	—
Gordon	28	56	23
Sellers y Sanders	28	—	—
Masson	46.9	—	—
Scheffey	30.5	—	37.5
Sessums	82.4	—	—
Echols	8	—	—
Tiemeyer	18.1	—	53
Scharegge	0.5	39	—
Silberblatt	18.6	—	—
Smith	50	—	—
Soisson	14	26	38

En dicha tabla 8 vemos que la frecuencia con la que estos estudios muestran relación de inflamación con embarazo tubario varía desde 0.5% a 82.4%, lo que indicaría que estos estudios clínicos no pueden ser considerados sin el estudio histopatológico consiguiente.

El porcentaje de relación inflamación-embarazo tubario desde el punto de vista del diagnóstico macroscópico realizado en el acto operatorio por diferentes autores es mostrado en la Tabla Nº 9 (5).

Tabla Nº 9.— Serie porcentual de hallazgos inflamatorios crónicos durante las intervenciones quirúrgicas (5).

Autor	%
Mac Vine y Lees	8
Urdan	10.33
James y Lafferty	12
Thorton	13.4
Lavell	19.7
Wood y Martyn	29
Varner y Green	40
Farell y Scheffey	40
Behney	42
Willis	47
Dougal	50
Allen	50

En esta Tabla podemos apreciar que la variación porcentual fluctúa entre el 8 y el 50%. Lo que nos indicaría también que estos estudios macroscópicos han sido insuficientes en numerosas de las series presentadas.

La tabla Nº 10 muestra resultados obtenidos por otro grupo de autores que han tratado de relacionar estudios histopatológicos para verificar la presencia de inflamación en sus casos de embarazo tubario.

Tabla N° 10.— Porcentaje de trompas grávidas con evidencias histopatológicas que mostraron inflamación crónica.

	Autor	%
1	Hu	19
2	Thomson	20
3	Ingram	25
4	Henderson y Bean	27
5	Brown	33
6	Tenney	33
7	Langman y Goldblatt	36.8
8	Bone y Greene	38
9	Jarcho	38.8
10	Cain y Walker	42
11	Zeliff y Asoc.	42
12	Johnson	51
13	Gabriel y Rochet	52
14	Wist	55
15	Yuan y K'uei	63.7
16	Falk	95
17	Gardner	95

En nuestra revisión bibliográfica no hemos hallado estudios Latino Americanos dirigidos al estudio anátomo-patológico del componente inflamatorio en sus diferentes formas de compromiso tubario, dirigidos a establecer su mayor o menor papel patogenético con la ocurrencia del embarazo tubario. Creemos que es de la mayor importancia este estudio en nuestro material, en el cual por tratarse de trompas correspondientes a mujeres de modesto nivel socio-económico, el factor infeccioso es de gran importancia. Posiblemente nuestros resultados guarden paralelismo con los que podrían hallarse en grupos de mujeres del mismo nivel socio-económico en otros países de Latinoamérica.

El estudio histopatológico de nuestro material muestra que en 67 de las trompas con embarazo ectópico tubario estudiadas (69.7%) se hallan presentes lesiones salpíngicas previas, posiblemente condicionantes del proceso.

En 18 casos (18.8%) los cortes histológicos disponibles correspondieron al área de implantación del embarazo y sólo podemos verificar la ocurrencia de él y el hematosalpinx consiguiente, no pudiendo en ellos afirmar o negar la existencia concomitante de otras lesiones en el resto de la trompa.

En 11 casos (11.5%) el material disponible para estudios histológicos fue suficiente pero se hallaron lesiones salpíngicas previas.

Hemos dividido, los 67 casos con lesiones histopatológicas pre-existentes al propio embarazo ectópico salpingeo, en dos grandes grupos:

- 1) Trompas con lesiones salpingeas "puras"
- 2) Trompas con lesiones salpingeas "mixtas"

Como su denominación lo indica en los casos llamados "puros" pudimos verificar la presencia de un solo tipo de lesión histopatológica salpingea y en los denominados "mixtos", lesiones combinadas de dos o más tipos.

En el primer grupo: lesiones "puras", pudimos objetivizar las siguientes variedades:

22 casos de Salpingitis crónica folicular:	22.9%
18 casos de Salpingitis crónica simple :	18.8%
16 casos de Salpingitis ístmica nodosa :	16.6%
<hr/>	<hr/>
Total 56 casos	58.3%

En el segundo grupo: lesiones "mixtas" hallamos las siguientes variedades:

- a) 6 casos correspondientes a Salpingitis crónica folicular que además presentaban hallazgos histopatológicos característicos de la llamada "Salpingitis ístmica nodosa", constituían el 6.3% del total.
- b) 3 casos en los que se hallaba como lesión predominante una Salpingitis ístmica nodosa pero además se hallaba lesiones histopatológicas del tipo de la Salpingitis crónica simple: 3.1%.
- c) 1 caso en el que se halló además de una salpingitis crónica simple un quiste disembrionárico de Walthard: 1.0%.
- d) 1 caso en el que se halló además de la Salpingitis crónica simple un leiomioma tubario: 1.0%.

En total este grupo está constituido por 11 casos lo que constituye un 11.4% del total de nuestra serie.

Si del grupo de lesiones "puras" y del grupo de las denominadas "mixtas" separamos todos los que presentan lesiones asociadas a la inflamación, vemos que en el primer grupo son 40 casos y en el segundo 11, lo que nos dan una suma de 51, que representa un 53% del total de casos estudiados.

Si a estos casos añadiéramos los diagnosticados como Salpingitis ístmica nodosa pura, la que para algunos investigadores es una lesión relacionada a la inflamación, llegaríamos a la cifra de 67 casos, que nos darían un porcentaje de 69.7% de casos en los que la inflamación juega un papel importante como factor patogenético condicionante del embarazo ectópico, tubario.

Estudios extranjeros muestran que en grupos socio-económicos de bajo nivel es donde se hallan los mayores porcentajes de embarazo salpingeo (21). Nuestros hallazgos correspondientes a pacientes del Hospital de Beneficencia A. Loayza que trabaja con pacientes del más bajo nivel muestra que el factor inflamatorio consecutivo probablemente a previas infecciones tiene la mayor importancia en este grupo humano.

Sabemos que la falta de higiene y cultura de este grupo humano condiciona una alta frecuencia de infecciones genitales, principalmente gonocócicas que creemos, tienen un importante rol determinante de esta patología.

En todas las lesiones tubarias enunciadas, se halla diferentes grados de estrechamiento de la luz salpingea. En primer lugar hallamos a la Salpingitis crónica folicular que sabemos condiciona alteraciones morfológicas caracterizadas por el engrosamiento de las vellosidades y múltiples adherencias entre ellas (31), lo que determina que la luz primaria resulte dividida en numerosos estrechos conductos (Fig. 3), muchos de ellos ciegos (24) a lo que habría que agregar el factor de déficit funcional de la función ciliar condicionado por la inflamación. Todos estos factores obviamente dificultan el pasaje del óvulo fecundado sin constituir un obstáculo infranqueable para la migración de los espermatozoides hasta alcanzar el óvulo.

En la salpingitis crónica simple también se halla una disminución en el diámetro de la luz tubaria debido al engrosamiento de las vellosidades por el edema y la infiltración linfocitaria, también en estos casos debemos considerar el factor del déficit funcional del epitelio ciliar salpingeo. Jopp et al (23) sugieren que los más leves cambios morfológicos salpingeos interfieren en la fisiología normal en tal grado que son capaces de detener el descenso del óvulo fecundado, sin que sea necesario un total bloqueo luminal.

En lo que corresponde a la Salpingitis ístmica nodosa, término creado por Chiari en 1887 (11), corresponde a un tipo de lesión bautizado con numerosos otros nombres en la literatura, en relación a la idea patogenética de cada autor (22): Adenomiosalpingitis (Meyer, R.)

Salpingitis nódulo-glandular productiva (Orth)

Epiteliomatosis (Schoenholz)

Adenosalpingitis, adenomiohiperplasia (Heynemann)

Diverticulosis de la trompa de Falopio (Shenken y Burns)

Endosalpingeosis (Sampson, J.A.)

Adenomiosis de la trompa de Falopio (Wrork y Broders, Benjamín y Beaver)

Consiste en una lesión bilateral localizada principalmente en el istmo consistente en uno o varios nódulos que le dan cierto aspecto arrosariado al segmento salpingeo. Pueden llegar a tener un diámetro de hasta 2.5 cmts. aunque Benjamín Craig y col. (10) reportan volúmenes aún mayores. Al corte corresponde a engrosamientos circunscritos de la pared salpingea. Microcópicamente se halla más o menos claramente en la mayoría de los casos evidencias de infiltrado inflamatorio del tipo crónico; en la serie de Craig y Beaver (10), el 47% de sus casos mostraron evidencias de infiltrado inflamatorio.

Característica especial de esta lesión es la constitución de múltiples cavidades revestidas por epitelio salpingeo, profundamente en la capa muscular, la cual siempre se halla hipertrofiada. Cuando se hace estudios seriados o con estudios radiográficos con sustancia opaca se aprecia que estas cavidades que en los cortes sagitales aparecen independientes de la luz salpingea central en realidad no son más que prolongaciones tubulares de aquella, que tienden a adoptar una posición paralela.

En nuestra serie hallamos esta lesión "pura" en 16 casos y con lesiones correspondientes a otros tipos de salpingitis, "mixtas", en 9 casos.

Las evidencias histológicas (hallazgo de componente inflamatorio, y relación con los otros tipos de salpingitis) nos inducen a pensar que en esta lesión juega un importante papel patogenético la inflamación. En la Tabla N° 16 mostramos el grado de infiltración inflamatoria hallado en nuestros casos de Salpingitis ístmica nodosa pura.

Por sus caracteres morfológicos esta lesión presenta condiciones especialmente favorables para por un lado dejar penetrar al espermatozoide y por otro a impedir que el óvulo fecundado alcance la mucosa endometrial, pues cada una de las prolongaciones tubulares ciegas es una verdadera trampa para el óvulo fecundado que esta recorriendo, su camino descendente.

Tabla N° 11.— Componente inflamatorio en los 16 casos de Salpingitis ístmica Nodosa Pura.

INFILTRACION INFLAMATORIA								
N° de orden	N° de caso	Neutrófilos	Eosinófilos	Linfocitos	Histiocitos	Células plasmáticas	Regen- Fibrosis epitelial	Alterac. vasculares
1	4	+		+				
2	5	+		++	+		+	+
3	7	+	+	++	+		++	+
4	9			+++	++	++	+++	++
5	18	+					++	
6	20			+				
7	24			++	+		++	++
8	25	+	+	++	+		++	+
9	28		+	++	+		++	+
10	30			++	++	++	++	+++
11	31		+	+	+		++	+
12	41		++	++	+	+	++	+
13	42			++	++		++	+
14	46			++			+	+
15	56			+	+		+	
16	85		+	++	+		+	+

Nuestros hallazgos corroboran este hecho, pues esta lesión con 16 casos puros y 9 mixtos (25 en total) constituye un importante porcentaje: 26.9% del total de casos de embarazos tubario, hecho que nos ha sido apreciado hasta la fecha, no habiendo hallado en nuestra revisión bibliográfica ninguna cita que muestre la verdadera importancia de esta lesión como factor patogenético del embarazo ectópico salpingeo en la forma que lo indica el estudio de nuestro material.

Nos ha llamado poderosamente la atención el hecho de no hallar en ninguna de las 96 trompas estudiadas evidencias histopatológicas de tuberculosis salpingeas a tal punto que por este hecho realizamos una revisión total de nues-

tro material, lo que nos permite asegurar actualmente que entre nuestros casos no había ninguno que presentara evidencias histológicas de granuloma tuberculoide. Es importante este hecho dada la alta frecuencia de tuberculosis salpingea en el material quirúrgico y autopsico del Hospital Loayza. Pensamos que es posible que la infección tuberculosa desarrolle algún tipo de incapacidad de la mucosa tubaria para la implantación.

SUMARIO

Se estudia histopatológicamente, en forma retrospectiva 96 casos diagnosticados como "embarazos ectópicos salpingeos", pertenecientes a los Archivos del Instituto de Patología de la Facultad de Medicina U.N.M.S.M., en el Hospital Loayza. Sesenta de estos casos tenían historias clínicas utilizables.

Dividimos nuestros casos en relación a los hallazgos en los siguientes grupos:

Lesiones histopatológicas "puras":	22 casos	22.9%
Lesiones histopatológicas "mixtas":	11 casos	11.4%
Sin alteraciones significativas :	11 casos	11.4%
Material deficiente para su estudio :	<u>18 casos</u>	<u>18.8%</u>
Total:	96 casos	<u>100.0%</u>

En el grupo de lesiones puras la más frecuente era la Salpingitis crónica folicular con 22 casos (22.9%) siguiéndole en orden de frecuencia la salpingitis crónica simple con 18 casos (18.8%) y por último la salpingitis ístmica nodosa con 16 casos (16.6%).

Entre las catalogadas como "mixtas" el mayor porcentaje correspondió a casos en los que se hallaba concomitantemente lesiones del tipo de la Salpingitis ístmica nodosa y la Salpingitis crónica folicular: 6 casos (6.3%), siguiendo los casos de Salpingitis ístmica nodosa y Salpingitis crónica simple: 3 casos (3.1%). Este trabajo muestra la importancia de las lesiones inflamatorias salpingeas en la génesis del embarazo ectópico tubario y el importante pero poco conocido rol de la salpingitis ístmica nodosa en este proceso.

SUMMARY

The authors studied retrospectively the pathologic abnormalities of 96 tubes corresponding to women in which these tubes were surgically excised and diagnosed pathologically as "tubal pregnancy".

We classified the tubal lesion that we interpreted as previous to the occurrence of tubal pregnancies but possibly related pathogenetically to them in:

Tubes with pure lesions:	12 cases	22.9%
Tubes with mixed lesiones	11 cases	11.4%
Tubes with demonstrable lesiones	11 „	11.4%
Poor material for diagnosis	18 „	18.8%
	<u>96 cases</u>	<u>100.0%</u>

Among the so called "pure" lesions the highest frequency corresponded to the Chronic follicular salpingitis: 22 cases (22.9%) following in frequency the chronic salpingitis (simple): 18 cases (19.8%) and the Salpingitis isthmica nodosa: 16 cases (16.6%).

Among the so called "mixed" lesions, the highest frequency corresponded to cases showing Salpingitis isthmica nodosa and Chronic follicular salpingitis: 6 cases (6.3%) following in frequency the cases with Salpingitis isthmica nodosa and Simple chronic salpingitis 3 cases (3.1%).

We emphasise in this paper the relative high importance of the inflammatory lesions in the pathogenesis of the tubal pregnancy and we devote special mention to the practically unknown pathogenetic role of the Salpingitis isthmica nodosa in the genesis of the tubal pregnancy.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ALLEN, E. *Clinics*, 4: 648, 1945.
- 2.— ARELLANO, R. M. Algunos aspectos estadísticos del embarazo ectópico en la Maternidad de Bellavista. Tesis Bach. Medicina 1962 (Nº 5505).
- 3.— ASHERMAN, J. G. *Obst. & Gynec.* 6: 619, 1955.
- 4.— BASES. Embarazo ectópico, experiencia personal. *Prensa Médica Argentina* 51: 989-993, 1964.
- 5.— BONE, N. L. and GREENE, R. R.: Histologic study of uterine tubes with tubal pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.* 82: 1166-1172, 1961.
- 6.— BROWN, P.: *Am. J. Surg.* 27: 80-93, 1935.
- 7.— CAMPODONICO, E.: Consideraciones sobre algunos casos de embarazo extrauterino. Tesis Doctoral; Medicina 1896.
- 8.— CHEZ, R. A., MOORE J. G.: Diagnostic errors in the management of ectopic pregnancy. *Surg. Gynec. Obst.* 117: 589-596, 1963.
- 9.— COLARETA, M. J. R.: Observaciones sobre los casos de embarazo ectópico habidos en el Hospital Central de Policía 1945-1963, Tesis Bach. Medicina 1964 (Nº 6059).
- 10.— CRAIG, B. and BEAVER, D.; Pathogenesis of salpingitis isthmica nodosa. *Am. J. Path.* 21: 212-222, 1951.
- 11.— CHIARI (citado por Halban).
- 12.— DARLEY, W. W.; *Brit. M. Journ.* 1: 582, 1931.
- 13.— DAVILA, MAURICIO: Embarazo ectópico o extrauterino. *Rev. Med. Peruana* 7: 387-401, 1935.
- 14.— EASTMAN, N. J.: *Obstetricia* (3ª Edit.) Ed. Hispano Americana, México 1960.
- 15.— FALK, H. C.: Follicular salpingitis; an important factor in the etiology of the tubal pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.* 15: 821-828, 1928.
- 16.— FINETTI, L. M.: El embarazo ectópico en el Hospital Militar Central. Tesis Bach. Medicina U.N.M.S.M. 1963 (Nº 5805).
- 17.— FITZGERALD, J. E. and BREWER, J. I.: Extrauterine pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.* 30: 264, 1935.
- 18.— GABRIEL, H., MIKAELIN, S., ROCHET Y .et NOEL, M.: Résultat de l'examen histopathologique de 50 trompes de possesses tubaires. *Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst.* 12: 595-597, 1960.
- 19.— GARDENER, W. S.: *West Virginia M. Journal*, 12: 370, 1918.
- 20.— HALBAN, JOSEF y SEITZ LUDWIG: *Biología y Patología de la mujer*. Barcelona Ed. Plus Ultra, Tomo VII pp. 493-1931.
- 21.— HENDRICKS, C. H. Delivery patterns and reproductive efficiency among groups of different socio-economic status and ethnic origins. *Am. J. Obst. & Gynec.* 608-624, 1967.
- 22.— HERBUT, P. A.: *Gynecological an Obstetrical Pathology* Lea & Febiger, Philadelphia, pp. 354-355, 1953.
- 23.— JOPP, H., GKRONE, H. A.: La etiología del embarazo tubario, 251 casos admitidos en la Clínica Univ. Ginec. de Mönich. *Exerpta Medica* 17. Sec. V. pág. 677, 1964.
- 24.— LANDAU, T., von RHEINSTEIN, J.: Beitrage zur pathologischen Anatomie der tube. *Arch. f. Gyn*, 30, 273, 1891.
- 25.— LAZO M. A.: Embarazo ectópico en la Clínica Ginecológica "Profesor Carvalho" Tesis Bach. Medicina U.N.M.S.M. 1951, (Nº 2122).

- 26.— LISA, J. R. and Solomon A. A.: A Clinical and pathological study of 115 cases of tubal pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.* 43: 80-86, 1942.
- 27.— Mc FARLANE, K. T.: Ectopic pregnancy selected from 110 cases. *Am. J. Obst. & Gynec.* 51: 343-351, 1946.
- 28.— MARCHETTI, A., et al.: Clinical evaluation of ectopic pregnancy, *Am. J. Obst. & Gynec.* 52: 544, 1946.
- 29.— MILLER, G. B.: *Surg. Gynec. & Obst.* 29: 560, 1919.
- 30.— MILLER, G. B. *Illinois Medical Journal*, 22: 681, 1912.
- 31.— OPITZ, E. Ueber die Ursachen der Ansiedlung des Eies im Eileite. *Ztschr. f. Geburtsh u. Gynec.* 1902.
- 32.— ROJDESTVENSKAIA-OSIAKINA, A. J.: The etiology of extrauterine pregnancy, *Surg. Gynec. & Obst.* 67: 308-317, 1948.
- 33.— ROSPIGLIOSI C. Embarazo ectópico, Tesis Bach. Medicina U.N.M.S.M. 1903.
- 34.— SCHUMAN, E. A.: *Extrauterine pregnancy*, New York, Appleton Cent. Co. 1931.
- 35.— SOLOMONS B.: *J. Obst. & Gynec. Brit. Emp.* 45: 644, 1938.
- 36.— YUAN, CHENG F. K. Tubal pregnancy pathologic analysis of 300 cases. *Chinese Medical Journal (Peking)* 76 (6) 517-528, 1958.