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 MEXICO 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 abdominal, 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 complicacción debe ser sospechada, diagnosticada tempranamente y tratada con oportunidad; parece simple, y lo es, y con ello bastaría para disminuir los riegos de morbilidad materna y mantener las expectativas de fertilidad futura.

Alberto Kably Ambe