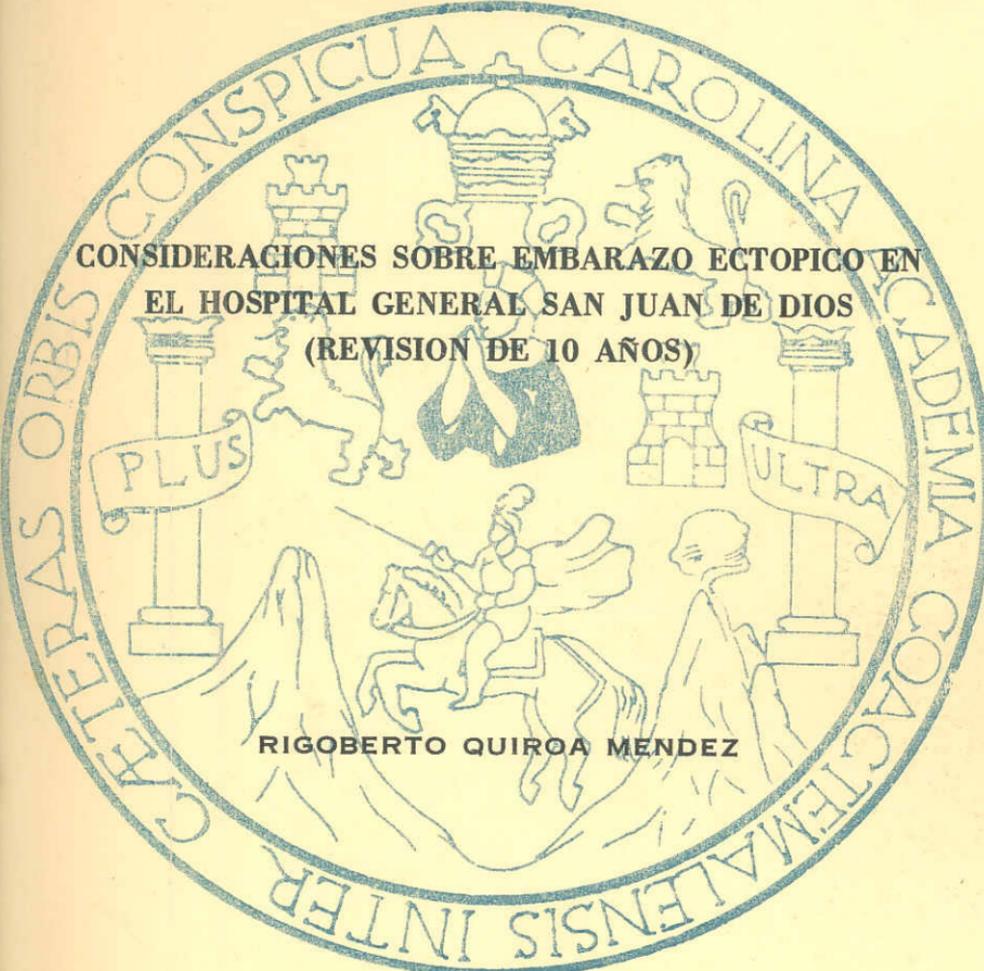


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a man in a dark robe with his hands clasped in prayer, standing before a large, ornate crown. To the left of the central figure is a lion rampant, and to the right is a castle tower. Below the central figure, a knight on a horse is depicted in profile, facing left, holding a lance. To the right of the knight is a figure in a long, flowing robe, possibly a scholar or saint. The entire scene is framed by two classical columns. A banner draped across the left column reads 'PLUS' and a banner draped across the right column reads 'ULTRA'. The outer border of the seal contains the Latin motto 'CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA CADEMIA COACTEMALENSIS INTER' in capital letters.

CONSIDERACIONES SOBRE EMBARAZO ECTOPICO EN
EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
(REVISION DE 10 AÑOS)

RIGOBERTO QUIROA MENDEZ

GUATEMALA, MAYO DE 1978

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION

2. OBJETIVOS

3. MATERIAL Y METODOS

4. GENERALIDADES

- *Definición Embarazo Ectópico*
- *Clasificación*
- *Frecuencia*
- *Embarazo tubárico*
- *Etiología*
- *Anatomía Patológica*
- *Evolución posible del embarazo ectópico*
- *Síntomas*
- *Signos físicos*
- *Diagnóstico*
- *Tratamiento*
- *Embarazo ovárico*
- *Embarazo abdominal primario*
- *Embarazo cervical*
- *Embarazo combinado*
- *Mortalidad*

5. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

6. CONCLUSIONES

7. RECOMENDACIONES

8. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En nuestro medio así como en otras latitudes, el embarazo ectópico es una entidad patológica que requiere diagnóstico y tratamiento inmediato, pues la tardanza en éste puede llevar a situaciones grandes de riesgo a la paciente, por lo que es una entidad que dentro de la Ginecología y Obstetricia ocupa un lugar muy importante.

Siendo el embarazo ectópico una patología importante, a nivel nacional no se encuentran datos en relación a incidencia, método diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las pacientes, por lo que se efectúa este trabajo para colaborar, en mínima parte al estudio de dicha patología en nuestro medio y así motivar el estudio de dicha entidad en otras instituciones hospitalarias para así poder sacar conclusiones del manejo e incidencia de ésta patología en Guatemala.

Es importante mencionar que se revisaron 10 años comprendidos del 1ero. de enero de 1968 al 31 de diciembre de 1977, considerando ésta como muestra representativa para hablar de incidencia en el Hospital General San Juan de Dios. Se estudia en el presente diversos parámetros, siendo entre los más importantes, edad, paridad, antecedentes médicos, sintomatología presentada, etc., los cuales se irán detallando en el transcurso del trabajo.

OBJETIVOS

1. *Conocer la incidencia del Embarazo Ectópico en el Hospital General San Juan de Dios.*
2. *Establecer los métodos diagnósticos para el Embarazo Ectópico, utilizados en éste hospital.*
3. *Conocer el tipo de cirugía efectuada como tratamiento.*
4. *Conocer la mortalidad por Embarazo Ectópico en éste hospital.*
5. *Evaluar el pronóstico de fertilidad.*
6. *Conocer la localización más frecuente del Embarazo Ectópico en dicho hospital.*
7. *Contribuir al mejor diagnóstico y tratamiento de éste tipo de patología.*

MATERIAL Y METODOS

a) MATERIAL

1. *Archivo del Hospital General San Juan de Dios.*
2. *Registros clínicos correspondientes a 10 años, comprendidos del 1ro. de enero de 1968 al 31 de diciembre de 1977.*
3. *Bibliografía.*

b) METODOS

Según el tiempo: Retrospectivo

Los 148 casos de embarazo ectópico encontrados en los años arriba mencionados se clasificaron y estudiaron tomando en cuenta los parámetros siguientes: Días de estancia en el hospital, origen, edad, raza, ocupación, estado civil, antecedentes, menarquia, ritmo menstrual, paridad, hijos vivos, sintomatología referida, examen físico, diagnóstico de ingreso, método diagnóstico, hemoglobina pre-operatoria, velocidad de sedimentación, localización del embarazo, tratamiento y pronóstico de fertilidad.

Se buscó en los libros respectivos el número de embarazos durante los 10 años mencionados para poder determinar la incidencia del embarazo ectópico. Con bibliografía reciente se efectuó un resumen del embarazo ectópico.

GENERALIDADES

EMBARAZO ECTOPICO

DEFINICION

Con respecto a embarazo ectópico se han vertido varias definiciones, revisando la literatura se encuentran las siguientes:

- a) *Gestación fuera de la cavidad uterina (ek y topos igual a: fuera de lugar o desplazado) Sin embargo en ésta definición, podemos observar que se excluyen las gestaciones que se observan en la parte intersticial o cervical. (11)*

- b) *Embarazo ectópico es aquel en el cual el huevo fecundado se implanta en tejido distinto de la mucosa que recubre la cavidad uterina. (12). Esta la consideramos como la definición más adecuada de lo que es la entidad.*

CLASIFICACION

Dependiendo de la localización del embarazo ectópico, se ha hecho la siguiente clasificación:

1. *Embarazo tubárico*
2. *Embarazo ovárico primario*
3. *Embarazo ovárico secundario*
4. *Embarazo cervical*
5. *Embarazo abdominal primario*
6. *Embarazo abdominal secundario*

Asimismo se pueden observar casos en el que el saco embrionario puede estar implantado en más de una estructura, dando así las variedades siguientes. Embarazo tubo-ovárico,

tubo-abdominal, tubo-uterino y ovario-abdominal. (11)

FRECUENCIA

Se encontró que en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional del IMSS de México, la incidencia de embarazo ectópico es de 1 de cada 323 nacidos vivos. (7). En la maternidad Concepción Palacios de Venezuela, existe un embarazo ectópico por cada 322.4 nacidos vivos. (4). En Baltimore hay una gestación ectópica por cada 200 embarazos en mujeres blancas y uno por cada 120 en mujeres negras, o sea que encontramos diferencias en relación a los distintos grupos raciales y socio-económicos. (12).

Aunque se han dado varios datos, se puede decir que uno de cada 300 embarazos es ectópico. A nivel nacional no se encontró ningún dato en relación a incidencia del embarazo ectópico.

EMBARAZO TUBARICO

Es el más frecuente de las gestaciones ectópicas, dependiendo de la localización dentro de la trompa, se puede subdividir en:

- a) Intersticial o intramural*
- b) Istmica*
- c) Ampular*
- d) Infundibular.*

Se ha encontrado que la localización tubárica representa de un 90 a 95o/o, y dentro de ella la máxima frecuencia es la ampular con un 75o/o. (13)

ETIOLOGIA

Se divide en dos grupos

1. *Factores que retardan o impiden el paso del huevo fecundado hacia la cavidad uterina, los cuales son:*
 - a) Salpingitis*
 - b) Adherencias pélvicas*
 - c) Trompas infantiles con desarrollo imperfecto de los cilios.*
 - d) Trompas con longitud excesiva*
 - e) Divertículos y trompas accesorias*
 - f) Espasmo de la trompa, insuficiencia muscular y antiperistaltismo*
 - g) Quimioterapia por tuberculosis pelviana*
 - h) Anomalías tubáricas congénitas.*

2. *Factores que acrecientan la receptividad de la mucosa tubárica al huevo fecundado:*
 - a) Endometriosis de la trompa. (11-13).*

ANATOMIA PATOLOGICA

Macroscópicamente: hematosalpinx.

Microscópicamente: lo patognomómico del embarazo ectópico es el hallazgo de vellosidades coriónicas.

En la mucosa uterina se puede encontrar una reacción decidual, en casi la tercera parte de las pacientes a quienes se les efectúa un legrado. (14)

REACCION DE ARIAS-STELLA

Se puede definir como ciertos cambios glandulares endometriales, caracterizados por: crecimiento celular con hiperchromatosis significativa, pleomorfismo y actividad mitótica, imagen microscópica generalmente neoplásica.

Al principio se dijo que ésta prueba era patognomónica de embarazo ectópico, sin embargo esto no es verdadero pues hay datos en que la frecuencia de la reacción Arias-Stella y embarazo ectópico es de menos del 50/o en unos y 750/o en otros, pero en ninguno del 1000/o. (5).

Merchán López dice: La reacción de Arias-Stella no es concluyente de embarazo ectópico, pero si nos pone sobre aviso de probabilidad en aquellos casos dudosos por clínica. En presencia de un endometrio secretor de aspecto gravídico y decidua con reacción de Arias-Stella positiva, ausencia de vellosidades coriales o células sincitiales, es muy probable que se trate de un embarazo ectópico.

EVOLUCION POSIBLE DEL EMBARAZO ECTOPICO

1. Rotura tubárica
2. Aborto tubárico
3. Embarazo abdominal secundario
4. Embarazo del ligamento ancho o intraligamentoso.
5. Regresión espontánea
6. Momificación del feto
7. Embarazo abdominal a término. (12).

SINTOMAS

Respecto a la sintomatología observada en distintas pacientes, se puede decir que según diversos estudios, los que se encontraron en orden descendente de frecuencia son los siguientes:

- a) Dolor abdominal
- b) Hemorragia vaginal
- c) Amenorrea
- d) Lipotimias
- e) Nauseas y
- f) Vómitos.

SIGNOS FISICOS

No hay ningún signo patognomónico de embarazo ectópico, a la evaluación clínica los hallazgos pueden ser variables, dependiendo de lo siguiente: que el embarazo ectópico esté roto, no roto, organizado o infectado.

En relación a los signos físicos cuando el embarazo ectópico está roto, se puede encontrar: paciente quejumbrosa, poco colaboradora, hipotensión, taquicardia, palidez, dolor abdominal generalizado, secundario a irritación peritoneal provocada por el hemoperitoneo, ausencia de ruidos intestinales, signo de rebote. A la evaluación ginecológica: hemorragia vaginal, signos de embarazo (coloración violacea, reblandecimiento del cervix), abombamiento del fondo de saco posterior, útero doloroso a la movilización, masa palpable dolorosa a nivel de la localización del ectópico roto.

Cuando el embarazo no está roto, el diagnóstico es sumamente difícil de efectuar, pues no hay signos claros de ésta entidad; se puede encontrar: ruidos intestinales normales, abdomen blando, depresible, con leve dolor a nivel del hipogastrio o fosas ilíacas. Al examen ginecológico puede o no existir hemorragia vaginal, cervix blando, coloración violacea; al tacto bimanual: útero aumentado de tamaño, palpándose masa anexial a nivel del embarazo ectópico, dolorosa a la palpación.

Los hallazgos en relación al embarazo ectópico organizado son similares a los encontrados en el embarazo ectópico no roto. Si el embarazo ectópico sufre infección se puede observar fiebre.

DIAGNOSTICO

Siempre se ha dicho que frente a la trilogía: amenorrea, hemorragia y dolor, el ginecólogo debe pensar en la posibilidad de embarazo ectópico. El diagnóstico de embarazo ectópico parece fácil si se considera a la ligera, en realidad es una de las patologías que más confunden al médico.

Hallat reporta 69o/o de pacientes con embarazo ectópico que son vistas por médicos antes de que se les efectúe cirugía y no son diagnosticadas correctamente. (3). Antes del aborto o ruptura tubárica, el cuadro no es característico de embarazo ectópico; los métodos para el diagnóstico de ésta entidad son:

1. Culdocentesis
2. Culdoscopia
3. Laparoscopia
4. Punción abdominal
5. Subunidad beta de la HCG.

Respecto al test de aglutinación inmunológica para embarazada (granvindex), no evalúa el embarazo ectópico, pues es positivo únicamente en el 50o/o de los casos en algunos estudios efectuados, mientras que en otros, hay positividad únicamente en un 25o/o. (2-3).

TRATAMIENTO

El tratamiento del embarazo ectópico es eminentemente quirúrgico y dependiendo de la implantación del embarazo, así será el procedimiento a efectuar. Previo a todo procedimiento quirúrgico se deben mejorar las condiciones generales de la paciente o por lo menos llevarla a condiciones mínimas aceptables pre-operatorias.

El tratamiento en relación a embarazo tubárico, si la

localización es a nivel intramural o intersticial en un mayor porcentaje es histerectomía abdominal total, pues por lo general hay estallamiento del cuerno uterino, que secundariamente pone en peligro la vida de la paciente, debido a la pérdida masiva de sangre. En otras oportunidades se puede efectuar reparación quirúrgica del cuerno lesionado y así poder conservar el útero la paciente.

Cuando la localización es a nivel istmico, ampular o de la fimbria; y al no poderse efectuar cirugía reconstructiva de la trompa, el tratamiento de elección es la salpingectomía, teniendo especial cuidado en hacer la resección cuneiforme de la porción intersticial de la trompa, para así evitar un nuevo embarazo ectópico a éste nivel. Se recomienda durante el acto operatorio observar el estado de la trompa contralateral.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico incluye:

1. Apendicitis aguda
2. Aborto incompleto
3. Infección pélvica
4. Quiste del ovario con torsión del pedículo
5. Quiste del cuerpo amarillo o folicular
6. Torsión de trompas y anexos.

EMBARAZO OVARICO

Es sumamente raro. Spiegelber postuló criterios diagnósticos para el embarazo ovárico, los cuales son los siguientes:

1. Que la trompa y la fimbria ovárica se encuentren intactas y separadas del ovario.
2. Que el saco gravídico ocupe definitivamente la posición

normal del ovario.

3. Que el saco está unido al útero por el ligamento ovárico.
4. Que pueda demostrarse la existencia sin lugar a dudas de tejido ovárico en las paredes del saco. (2-10).

EMBARAZO ABDOMINAL PRIMARIO

Studdiford en 1942 presentó el primer caso y postuló los criterios diagnósticos, que mencionamos a continuación:

1. Que ambas trompas y ovarios son normales
2. Ausencia de cualquiera fístula útero-peritoneal.
3. Presencia de un embarazo referido exclusivamente a la superficie peritoneal y bastante reciente para eliminar la posibilidad de una implantación secundaria subsiguiente a una nidación primaria en la trompa. (12-15).

EMBARAZO CERVICAL

Resnik encontró en toda la literatura únicamente 65 casos de embarazo ectópico cervical recientemente, debe mencionarse que el tratamiento de elección en éste tipo de embarazo es la histerectomía. (12)

EMBARAZO COMBINADO

Se refiere a la existencia simultánea de embarazo ectópico e intrauterino simultáneamente, es indudable que existen, en la Ginecología y Obstetricia de México de marzo de 1970 presentan el caso de embarazo abdominal y un intrauterino a termino simultáneamente. (9)

Se puede mencionar que existen embarazos post-histerectomía pero no se ha llegado a determinar la fisiopatología de éste proceso.

MORTALIDAD

La mortalidad materna es más o menos de 2 a 4 por 1000 casos de embarazo ectópico, según el estudio de Jan Schneider y colaboradores, en una revisión de 102 casos en el departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Michigan Medical School. (8).

En el estudio realizado por Jorge Lerner en la Maternidad Concepción Palacios de Venezuela la mortalidad fue de 0.43o/o. (4,5).

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Revisándose los archivos del Hospital General San Juan de Dios y el departamento de Patología, se pudo encontrar en el transcurso del tiempo comprendido del 1ero. de enero de 1968 al 31 de diciembre de 1977, 148 casos de embarazo ectópico, confirmado su diagnóstico con resultado de anatomía patológica, vale la pena mencionar que aunque existe otro número de pacientes tratados con el diagnóstico de embarazo ectópico, no fue confirmado éste con anatomía patológica, por lo que fueron excluidos del presente estudio; asimismo se encontró que el número de embarazos a término en el Hospital General San Juan de Dios fue de 33,015 en los 10 años mencionados arriba.

De lo anterior se deduce que la incidencia del embarazo ectópico en el Hospital General San Juan de Dios es de 1 sobre 223.7 nacidos vivos.

En relación a los datos obtenidos en la historia clínica, encontramos los siguientes:

EMBARAZO ECTOPICO HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS 1968 - 1977 ORIGEN

LUGAR	PACIENTES	o/o
Capital	53	35.82
Provincia	95	64.18
Total	148	100.00

El grupo que se origina de la provincia o del interior de la república, le corresponden el 64.18o/o y el de la capital el 35.82o/o, de éstos la mayoría residen en la capital, lo que nos demuestra la inmigración interna hacia la capital de Guatemala.

EDAD	EDAD PACIENTES	o/o
15-19	3	2.03
20-24	44	29.73
25-29	40	27.02
30-34	35	23.65
35-39	21	14.19
40-44	5	3.38
Total	148	100.00

Como muy bien puede apreciarse, entre los 20 y 34 años ocurre el 80.40o/o de los embarazos ectópicos, ya que definitivamente es el período de mayor procreación.

La edad máxima fue el grupo de 40 a 44 años con el 3.38o/o y la mínima el grupo de 15 a 19 años con el 2.03o/o de los embarazos ectópicos.

RAZA	RAZA PACIENTE	o/o
Ladina	148	100.00
Indígena	0	0.00
Total	148	100.00

El 100o/o de las pacientes con embarazo ectópico es de raza ladina, no encontrando ningún caso de mujer indígena que es el otro grupo predominante racial en Guatemala.

ESTADO CIVIL	ESTADO CIVIL PACIENTES	o/o
Soltera	14	9.46
Casada	7	4.73
Unida	127	85.31
Total	148	100.00

OCUPACION	OCUPACION PACIENTES	o/o
Ama de casa	139	93.92
Comerciante	2	1.35
Otros	7	4.73
Total	148	100.00

Llama la atención que la mayoría de pacientes, el 85.81o/o su estado civil sea unido, encontrando además el 9.46o/o de pacientes solteras y únicamente el 4.73o/o de pacientes casadas.

Respecto a la ocupación de las pacientes el 93.92o/o se dedican a los oficios domésticos.

ANTECEDENTES MEDICO-QUIRURGICOS

ANTECEDENTES	PACIENTES	o/o
Aborto	44	29.63
Emb. Ectópico	5	3.38
L.U.I.	3	2.03
Infertilidad	3	2.03
Inf. Pélvica	3	2.03
Cesarea	2	1.35
Total	60	40.45

Resalta que el aborto representa el 29.63o/o entre los antecedentes que mencionaron éstas pacientes. El aborto es un factor predisponente muy importante para el embarazo ectópico. El embarazo ectópico constituye por si mismo el 3.38o/o de los antecedentes. Valga decir que solo 60 pacientes o sea el 40.45o/o mencionaron antecedentes, mientras que 88 que representan el 59.55o/o no lo hicieron o al efectuar la historia clínica no se investigó.

En el departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de California, se investigaron 100 mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico y 7 de ellas tenían esterilización quirúrgica previa, ya sea ligadura uni o bilateral. (6).

AÑOS	MENARQUIA PACIENTES	o/o
10-15	135	91.22
16-18	13	8.78
Total	148	100.00

RITMO	RITMO MENSTRUAL PACIENTES	o/o
Regular	144	97.30
Irregular	4	2.70
Total	148	100.00

Se observa que las pacientes con embarazo ectópico presentaron su menarquia a una edad considerada como normal, la mayoría de ellas el 97.30o/o tienen un ritmo menstrual regular y solo el 2.70o/o presentan un ritmo menstrual irregular.

No. DE EMBARAZOS	PARIDAD PACIENTES	o/o
0	13	8.78
1-4	95	64.19
5-9	36	24.33
10-14	4	2.70
Total	148	100.00

Los embarazos en éste trabajo no incluyen el actual o sea el ectópico, por lo que se encontró un 8.78o/o de pacientes que no habían estado nunca embarazadas. La mayor incidencia de

embarazo ectópico está en pacientes con embarazos previos, que representa en su totalidad el 91.92o/o.

HIJOS VIVOS

No. DE HIJOS	PACIENTES	o/o
0	23	15.54
1 - 4	102	68.92
5 - 9	22	14.86
10-14	1	0.68
Total	148	100.00

SINTOMAS REFERIDOS

SINTOMA	PACIENTES	o/o
Amenorrea	148	100.00
Hemorragia vaginal	90	60.81
Dolor abdominal	143	96.62
Nauseas	28	18.92
Vómitos	28	18.92
Lipotimias	25	16.89
Fiebre	8	5.41

En el cuadro anterior vemos que en la sintomatología presentada la amenorrea ocupa el primer lugar con el 100o/o, es de aclarar que no es estrictamente amenorrea sino podría determinarse como falta menstrual u oligomenorrea, pero en éste estudio todas las pacientes presentaron algún atraso en su menstruación, como vemos en el cuadro siguiente:

TIEMPO	PACIENTES	o/o
1 a 30 días	49	33.11
1 a 2 meses	40	27.03
2 a 3 meses	41	27.70
3 a 4 meses	18	12.16
Total	148	100.00

En orden descendente de frecuencia sintomatológica encontramos el dolor con el 96.62o/o, luego la hemorragia vaginal con el 60.81o/o. Estos tres son los síntomas preponderantes del embarazo ectópico en la mayoría de estudios, aunque en algunos cambian el orden de frecuencia a lo encontrado aquí. Luego vemos nauseas, vómitos, lipotimias y en el 5.41o/o de las pacientes se encontró fiebre, la cual se tomó como temperatura arriba de 37.5 grados centígrados.

EXAMEN FISICO DE INGRESO

SIGNO	PACIENTES	o/o
Dolor a la palpación	148	100.00
Hemorragia vaginal	90	60.81
Choque	53	35.81
Abombamiento Douglas	53	35.81
Masa y dolor anexial	48	32.43
Fiebre	12	8.11

Al examen físico el dolor abdominal se manifestó de una u otra manera a la palpación abdominal en el 100o/o de pacientes, hemorragia vaginal en el 60.81o/o. Es de notar que un número elevado de pacientes comparado con otros estudios, revelan que ingresaron en estado de choque y con abombamiento del fondo de saco de Douglas, constituyendo el 35.81o/o para cada uno. El hecho de que hayan muchas pacientes que ingresan en choque es debido a que, según Hallat, el 69o/o de todas han sido vistas por un médico antes de que se les efectúe cirugía y se les diagnostica embarazo normal u otra entidad, acertándole al diagnóstico hasta que hay pérdida considerable de sangre, ya sea interna o externa. El abombamiento del fondo de saco posterior no es un signo constante en el embarazo ectópico, se observa en el 35.81o/o de las pacientes y llama la atención que es el mismo número de pacientes con choque.

DIAGNOSTICO DE INGRESO

DIAGNOSTICO	PACIENTES	o/o
Embarazo Ectópico	79	53.38
Aborto Incompleto	18	12.16
Aborto Séptico	4	2.70
Infección Pélvica	18	12.16
Quiste de ovario	18	12.16
Apendicitis aguda	10	6.76
Fibromatosis uterina	1	0.68
Total	148	100.00

En el 53.38o/o de pacientes que ingresaron, al hacerlo se diagnosticó embarazo ectópico, mientras que en el 46.62o/o se dieron diagnósticos diversos, considero que podría decirse que es un margen aceptable de error, tanto por las dificultades diagnósticas de ésta entidad y la similitud con otros estudios.

METODO DIAGNOSTICO EMPLEADO

METODO	PACIENTES	o/o	o/o POSITIVOS
Punción Douglas	110	74.86	90.91
Laparoscopia	3	2.03	100.00
Colpotomía posterior	2	1.35	100.00
Punción abdominal	2	1.35	100.00
Laparatomía Exploradora	41	27.70	100.00

La punción del fondo de saco posterior fue el método más usado para el diagnóstico de embarazo ectópico, se efectuó en 110 pacientes, 100 de las cuales o sea el 74.86o/o fueron positivas, mientras que 10 que representan el 9.09o/o fueron negativas.

Se sabe que la laparotomía exploradora no es método diagnóstico, pero se coloca aquí ya que en 29 pacientes que

constituye el 19.59o/o se les intervino con diagnóstico de apendicitis aguda, quiste de ovario y fibromatosis uterina, mientras que 12 o sea el 8.11o/o se le hizo cirugía con diversos diagnósticos, encontrándose el cirujano con la sorpresa de un embarazo ectópico; pacientes a las que no se les había hecho ninguna de las pruebas mencionadas en el cuadro anterior por no haber pensado en éste diagnóstico. En total encontramos 41 pacientes que se les hizo laparotomía exploradora.

Vale la pena mencionar que la colpotomía posterior no se puede incluir como método diagnóstico de embarazo ectópico, sin embargo en éste estudio se encontraron dos casos de pacientes que se les efectuó éste procedimiento, para drenar un absceso del fondo de saco posterior, encontrándose al efectuarlo material compatible con embarazo ectópico, por lo que secundariamente se les hizo laparotomía exploradora.

Es importante señalar que el diagnóstico pre-operatorio se mejoró notablemente respecto al diagnóstico de ingreso, ya que el primero llegó al 72.30o/o.

HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO

HEMOGLOBINA	PACIENTES	o/o
No dice	7	4.73
5 a 10 gr.	89	60.14
11 a 15 grs.	52	35.13
Total	148	100.00

VELOCIDAD DE SEDIMENTACION

	PACIENTES	o/o
No dice	7	4.73
Aumentada	136	91.89
Normal	5	3.38

Vemos que el 60.14o/o la hemoglobina era bastante baja en las pacientes, mientras que en el 35.14o/o la hemoglobina es normal. La velocidad de sedimentación generalmente está aumentada, encontrándola así en el 91.89o/o de las pacientes.

LOCALIZACION

	PACIENTES	o/o	
Ampular: Izquierdo	64	43.24	91.89o/o
Derecho	72	48.65	
Istmico: Izquierdo	3	2.03	6.08o/o
Derecho	6	4.05	
Intestinal Izquierdo	1	0.68	0.68o/o
Abdominal	2	1.35	1.35o/o
Total	148	100.00	100.00

El embarazo ampular fue el más frecuente de todos con el 91.89o/o y de éste el del lado derecho con el 48.65o/o. Se encontraron dos casos de embarazo abdominal que representan el 1.35o/o.

CIRUGIA EFECTUADA

TIPO	PACIENTES	o/o
Salpingectomía unilat.	85	57.43
Salpingectomía bilat.	12	8.11
Salpingooforectomía	48	32.43
Histerectomía	3	2.03
Total	148	100.00

La salpingectomía unilateral fue el tipo de cirugía que efectuaron en el mayor número de casos, salpingectomía bilateral e histerectomía las efectuaron en 12 y 3 pacientes respectivamente, debido a presencia de múltiples adherencias,

pacientes mayores de 40 años y con hijos.

PRONOSTICO

	PACIENTES	o/o
<i>Con emb. posteriores</i>	13	8.78
<i>Sin emb. posteriores</i>	135	91.22
<i>Total</i>	148	100.00

13 pacientes que constituye el 8.78o/o, presentaron embarazos posteriores al tratamiento por embarazo ectópico, los cuales fueron dectados en los registros clínicos, dichas pacientes llevaron control pre-natal y fueron asistidas en la maternidad del Hospital General; el resto de pacientes o sea el 91.22o/o no presentaron embarazos posteriores evidentes, pero existe la posibilidad de que los hayan presentado y fueron atendidos en otro centro.

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

DIAS	PACIENTES	o/o
<i>De 6 a 10 días</i>	105	70.95
<i>Más de 10 días</i>	43	29.05
<i>Total</i>	148	100.00

Como se puede observar la mayoría de pacientes no estuvo en el hospital más de 10 días, correspondiéndoles el 70.95o/o y 43 pacientes con el 29.05o/o que permanecieron más de 10 días en el hospital, el motivo o causa de haber permanecido en el hospital más de 10 días no está anotado en los registros clínicos, ya que complicaciones unicamente se encontraron anotadas en dos pacientes, ésto se debe a que los registros clínicos no estan completos.

COMPLICACIONES

Los registros clínicos solo nos dieron información respecto a dos complicaciones, una de ellas de una hepatitis infecciosa y la otra una infección de la herida operatoria, constituye ésto el 1.35o/o de complicaciones. Se encontraron en general los registros clínicos incompletos, faltándoles notas médicas, exámenes de laboratorio, etc.

MORTALIDAD

En las 148 pacientes estudiadas durante los 10 años no se registró ninguna muerte, por lo que la mortalidad por embarazo ectópico en ésta serie fue de cero.

CONCLUSIONES

1. *La incidencia de embarazo ectópico en el Hospital General San Juan de Dios es de 1 por cada 223.7 nacidos vivos.*
2. *El mayor porcentaje (64.18o/o) de pacientes tienen como lugar de origen la provincia, manifestando la inmigración interna hacia la capital en Guatemala.*
3. *El embarazo ectópico es más frecuente de los 20 a los 34 años, o sea en la época de mayor procreación.*
4. *El 70.95o/o de pacientes permanecieron en el hospital de 6 a 10 días, sin complicación alguna; el 29.05o/o estuvo más de 10 días, los registros clínicos no indican la causa.*
5. *El 100o/o de pacientes en ésta serie es de raza ladina*
6. *El aborto es antecedente importante en las pacientes con embarazo ectópico.*
7. *El embarazo ectópico en la trompa contralateral recidivó en un 3.38o/o.*
8. *El embarazo ectópico es más frecuente en multiparas.*
9. *La mayoría de pacientes tienen una menarquia y un ritmo menstrual normal.*
10. *Los síntomas presentados con mayor frecuencia son: aménorrea, hemorragia vaginal y dolor abdominal.*
11. *El diagnóstico de embarazo ectópico es difícil, sólo un 53.38o/o de todas las pacientes se les acertó en el diagnóstico de ingreso.*

12. *El diagnóstico pre-operatorio se mejoró respecto al diagnóstico de ingreso, llegando al 72.30o/o.*
13. *El método diagnóstico más fácil de usar es la punción del fondo de saco de Douglas.*
14. *La punción del fondo de saco de Douglas tiene el 9.09o/o de error como método diagnóstico en el presente estudio.*
15. *La hemoglobina se mantuvo dentro de límites normales en el 35.13o/o y baja en el 60.14o/o.*
16. *La velocidad de sedimentación está aumentada en el embarazo ectópico. Por lo que éste dato de laboratorio no tiene valor para poder diferenciar entre ésta entidad y la infección pélvica.*
17. *El embarazo ectópico es ampular en el 91.89o/o, con predominio del lado derecho.*
18. *La salpingectomía unilateral cuneiforme es el tratamiento quirúrgico de elección.*
19. *Las complicaciones fueron de 1.35o/o, es decir no se encontraron mayores datos en los registros clínicos.*
20. *La mortalidad por embarazo ectópico en ésta serie es de cero.*
21. *Los registros clínicos en el Hospital General San Juan de Dios están incompletos.*
22. *La Laparoscopia da un diagnóstico exacto respecto al embarazo ectópico.*
23. *Los datos encontrados son similares a otros estudios extranjeros.*

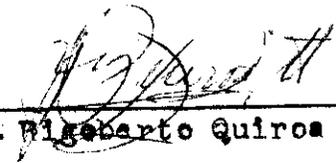
RECOMENDACIONES

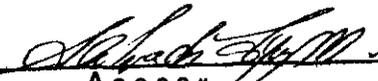
1. *Mejorar los registros clínicos, para así poder obtener datos concretos, que sean efectivos para futuros trabajos de investigación.*
2. *En toda paciente que se encuentre en el primer trimestre del embarazo y presente dolor abdominal difuso debe tenerse en mente la posibilidad de un embarazo ectópico.*
3. *Se recomienda como método diagnóstico fidedigno la laparoscopia.*
4. *Incrementar el uso de la subunidad beta HCG.*

BIBLIOGRAFIA

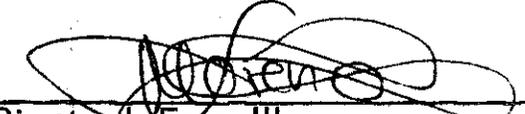
1. A. Mildwidsky, A. Adoni, S. Segal and Z. Palti, *Chorionic Gonadotropin and Progesterone levels in Ectopic Pregnancy. Clinical Obstet. and Gynecology. Vol. 50, Number 2, August 1977. Pag. 145-147.*
2. Donna Rengachay, Jamil A. Fayes and Jarry S. Jonas, *Ovarian Pregnancy. Clinical Obstet. and Gynecology. Supplement to Vol. 49, Number 1, January 1977. Pag. 76s-78s.*
3. Leonar A. Schomberg, *Ectopic Pregnancy and first trimester abortion. Clinical Obstet. and Gynecology, Supplement to Vol. 49, Number 1, January 1977. Pag. 73s-75s.*
4. Jorge Lerner Villegas y Freedy Cabello. *Embarazo ectópico en la maternidad "Concepción Palacios". Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Vol. XXIV, No. 4, 1974, Págs. 411-422.*
5. Jorge Lerner, *Reingresos por embarazo ectópico en la maternidad "Concepción Palacios". Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Vol. XXIV, No. 4, 1974, Págs. 423-430.*
6. Paul F. Brenner, Thomas Benedetti and Daniel R. Mischell, *Embarazo ectópico seguido de esterilización tubárica quirúrgica. Clinical Obstet. and Gynecology, Vol. 49, Number 3, March 1977, Pag. 323-324.*
7. Drs. Rafael Esperanza Aguilar, Eduardo Martínez Ríos y Eva Carrasco Vásquez, *Embarazo ectópico. Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 32, No. 190, agosto 1972. Págs. 181-188.*

8. Jan Schneider, Charles J. Berger and Craig Cattell, *Maternal Mortality Due to ectopic Pregnancy. Clinical Obstet. and Gynecology, Vol. 49, Number 5, May 1977. Pag. 557-561.*
9. Drs. R. Rivera M. y R. Tamayol. *Embarazo abdominal a intrauterino a término simultáneos. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 27, 1970. Págs. 355-358*
10. I. Mendoza A. *Embarazo ovárico, un caso raro en obstetricia. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 27, 1970. Pág. 53.*
11. J.P. Greenhill, *Ectopic Pregnancy, Obstetrics, 13 edición, 1965. Págs. 537-557.*
12. Edmund R. Novak, *Embarazo ectópico, Tratado de Ginecología. México, Ed. Inter. 9a. edición, 1977, Pág. 551.*
13. Ricardo Schwarcs. *Embarazo ectópico. Obstetricia. México Ed. Inter. Tercera edición, 1973. Pág. 512.*
14. Robins, Stanley L. *Embarazo ectópico. Tratado de Patología. México, Editorial Interamericana. Tercera edición. 1968. Pág. 1051.*
15. Williams, *Ectopic Pregnancy, Obstetrics. Fourteenth edition, 1971, Págs. 535-562.*


 Br. Roberto Quiroa Méndez

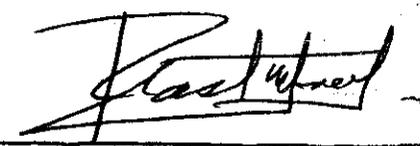

 Asesor
 Dr. Salvador López Mendoza


 Revisor
 Dr. Enrique Duarte Monroy


 Director de Fase III
 Dr. Julio De León M.


 Secretario General
 Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.


 Decano
 Dr. Rolando Castillo Montalvo