

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL  
NACIONAL DE ESCUINTLA.

(Revisión de 25 casos en el Departamento de  
Ginecología y Obstetricia en el período  
1o. de Enero 1977 al 31 de Enero 1979)

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas  
de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

GILBERTO ANIBAL FIGUEROA

Previo a Optar al Título de

MEDICO Y CIRUJANO

## **PLAN DE TESIS**

I INTRODUCCION

I OBJETIVOS

I JUSTIFICACION

V CONSIDERACIONES GENERALES

V MATERIAL Y METODO

I PRESENTACION DE RESULTADOS

I ANALISIS DE RESULTADOS

I CONCLUSIONES

X RECOMENDACIONES

X BIBLIOGRAFIA

## I N T R O D U C C I O N

El presente trabajo comprende la revisión de 25 casos de Embarazo Ectópico diagnosticados y tratados en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Escuintla a partir del 10. de Enero de 1977 al 31 de Enero de 1979.

Deseo poner en manos del Médico General, los resultados de este trabajo y despertar interés en el mismo; para si instituir un mejor manejo de las pacientes afectadas del problema de Embarazo Ectópico; tomando en cuenta que en nuestro medio y en otras regiones, dicha entidad patológica requiere de un diagnóstico y tratamiento precoz, ya que cualquier retraso en el mismo puede llevar a grandes riesgos a la paciente.

Es por ésto que en la práctica Gineco-Obstétrica, la entidad antes mencionada, representa una verdadera emergencia.

Expongo ante Ustedes la mejor voluntad en esta investigación, esperando así cumplir los objetivos que me he propuesto en la realización de este trabajo.

## O B J E T I V O S

### GENERALES.

- 1.- Mejorar el criterio Diagnóstico de Embarazo Ectópico.
- 2.- Conocer la Frecuencia de Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional de Escuintla.

### ESPECIFICOS.

- 1.- Disminuir el error Diagnóstico en Casos, de Embarazo Ectópico.
- 2.- Estandarizar criterios Diagnósticos en el Personal Médico del Hospital Nacional de Escuintla.
- 3.- Reducir las complicaciones del Embarazo Ectópico.
- 4.- Presentar un estudio que cumpla los propósitos de la Facultad de Ciencias Médicas, considerando el Método de Investigación.

## J U S T I F I C A C I O N

El Embarazo Ectópico constituye una entidad patológica que se presenta más frecuentemente durante el primer trimestre del Embarazo.

Dado que no se conocen estudios globales sobre dicha patología en Areas Departamentales, y considerando que en la mayoría de los casos se presenta como una emergencia Quirúrgica, se procedió a realizar la presente Investigación que analiza los cuadros clínicos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos en el Hospital Nacional de Escuintla.

## **CONSIDERACIONES GENERALES**

### **DEFINICION:**

Se define Embarazo Ectópico como la implantación del huevo fecundado en un tejido distinto de la mucosa que recubre la cavidad uterina.

### **CLASIFICACION:**

Dependiendo de la Localización del Embarazo Ectópico, se hace 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.

La más común de todas las localizaciones es la Tubaria (90%) subdividiéndose:

- a- Interstitial o Intramural (1 a 3%)
- b- Istmico (10%)
- c- Ampular (75%)

Se pueden observar casos en el cual 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.

### FRECUENCIA

La frecuencia de Embarazo Ectópico es variable tomando en cuenta los estudios efectuados en diferentes regiones.

Mc Lennan da una incidencia de 1 caso por 200 Embarazos.

Novak da 1 caso por cada 300 Embarazos.

Schwarts y Willians 1 caso por cada 100 a 150 nacimientos.

Kaser da una incidencia de 1 por cada 200 nacimientos.

En Jamaica reportan 1 caso por cada 28 Embarazos.

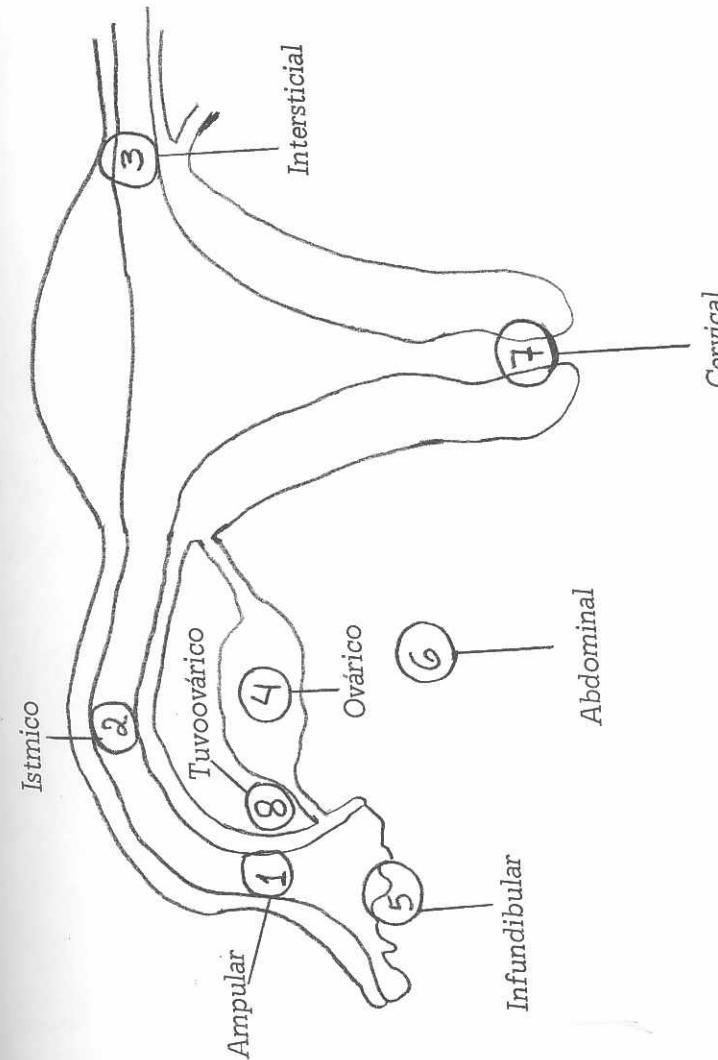
Es más frecuente en mujeres con antecedentes de infecundidad.

La frecuencia es mayor en grupos Socio-Económicos Bajos atribuyen diversos autores su predisposición a enfermedades inflamatorias de la Trompas.

La edad promedio en que las mujeres presentan Embarazo Ectópico es de 31 años.

Se considera de importancia el factor racial, reportándose una gran incidencia en mujeres de raza negra.

Sitios de Implantación del Embarazo Ectópico



## ETIOLOGIA

siguientes trastornos pueden originar Embarazo Ectópico:

Endosalpingitis que origina aglutinación de los pliegues de la mucosa, y formación de divertículos ciegos.

Anomalías de las Trompas:

- a- Divertículos.
- b- Orificios Accesarios.
- c- Hipoplasia.
- d- Trompas infantiles
- e- Cuerno Uterino Rudimentario.

Adherencias peritubarias después de infección puerperal o apendicitis.

Tumores que deformen la Trompa.

Operaciones anteriores en las Trompas:

- a- Para restaurar su permeabilidad.
- b- Ligadura o Resección Tubarias.

Migración externa del óvulo, en la cual haya tiempo suficiente para que se desarrolle el blastocisto invasor mientras este aun dentro de la Trompa (solamente teórico).

El Reflejo Menstrual y la Fecundación tardía del óvulo pueden combinarse para enlentecer la progresión del blastocisto e incluso sacarlo de la Trompa, arrastrándolo, antes de la implantación.

Endometrio Ectópico en la mucosa de la Trompa (caso poco frecuente).

**AIDS/JOITA**  
Una reacción decidual en la trompa de Falopio es la respuesta corriente a la implantación, y no es indicación de endometriosis verdadera.

### ANATOMIA PATHOLOGICA

Una vez que el huevo fecundado se ha implantado en la mucosa tubárica, las primeras modificaciones propias de la nidación son muy semejantes a las que se observan en el embarazo uterino, excepción hecha de la ausencia de la notable reacción decidual del endometrio.

La acción erosiva del trofoblasto veloso provoca la perforación de la pared tubárica, proceso que puede extenderse a través de la muscularis.

La hemorragia que tiene lugar en el interior de la trompa convierte a esta en un Hematosalpinx.

Microscópicamente lo patognomónico del Embarazo Tubárico es el hallazgo de vellosidades corionicas.

Una imagen Anatomopatológica que se observa en la desidua es lo que se conoce como fenómeno de Arias Stella, que consiste en alteraciones del epitelio glandular y puede simular un Adenocarcinoma.

El fenómeno de Arias Stella ocurre una multiplicación celular exagerada con pluriestrificación de las células del epitelio glandular con hipercromasia nuclear y algunas mitosis anormales. Este no es un signo patognomónico, pero su presencia nos induce a sospechar que se trate de un Embarazo Ectópico (1), o un Embarazo Molar (2).

### TERMINACIONES POSIBLES DEL EMBARAZO ECTOPICO

El Embarazo Ectópico puede evolucionar a:

- 1- Regresión Espontánea.
- 2- Rotura Tubárica.
- 3- Aborto Tubárico.
- 4- Embarazo Abdominal Secundario.
- 5- Embarazo del Ligamento Ancho o Intraligamentoso.
- 6- Momificación del Feto.
- 7- Embarazo Abdominal a término.

### SINTOMAS Y SIGNOS

Antes de que se rompa el Embarazo Tubárico por Aborto o Rotura, la paciente puede creer que está embarazada normalmente por tener algún retardo en el comienzo de la fecha calculada de la menstruación pero a menudo no sospecha que esté embarazada, por lo que las manifestaciones de un Embarazo Tubárico no son características. De ahí que los síntomas y signos de Embarazo Tubárico suelen referirse al cuadro clínico encontrado en la Rotura o en el Aborto.

Los síntomas varían según el momento en que sea atendida la paciente, antes de la rotura, durante ella o después de la misma.

#### Antes de la Rotura.

El dolor es sordo, talvez entrañe solo molestias indefinidas, adolorimiento, o cólicos muy moderados, no hay fiebre ni leucocitosis pues no hay irritación peritoneal por sangre en el abdomen.

**Los síntomas son engañosos y el diagnóstico es difícil.**

La masa en el sitio de Ectópico a menudo es tan pequeña, que no se puede palpar.

#### Durante la Rotura.

El dolor es mucho más intenso y localizado en Hipogastrio o Fosas Iliacas.

Tiene importancia particular en la Sintomatología las exacerbaciones de dolor seguidas de alivio completo.

El cuello uterino es extraordinariamente sensible al movimiento.

El Fornix posterior de la vagina puede abombarse a causa de la presencia de sangre en el Fondo de Saco de Douglas.

El sangrado vaginal por goteo es constante o intermitente.

En este momento cabe palpar fácilmente una masa a un lado del Utero o posterior a tensión, con sensibilidad exquisita y dolorosa a la palpación.

#### Después de la Rotura.

Suele ser fácil por los antecedentes de dolor atroz en un lado de la cavidad abdominal y signos de Hemorragia Intensa, seguidos de Choque, con pulso filiforme, sudor, frío, palidez, respiración superficial, disnea, inquietud y ansiedad extraordinaria.

En el lado afectado de la pared abdominal puede estar hipersensible y rígido.

El color que irradia al extremo del hombro y a un lado

del cuello es muy común y se ha atribuido a la irritación diafragmática por la sangre, en la cavidad abdominal.

Se palpa una masa en el 70% de las pacientes, y en su mayor parte puede ser Hematoma alrededor del sitio de la gestación, o un Ovario, un Asa Intestinal o Epiplón Adheridos.

La hemorragia Intraperitoneal masiva en una mujer delgada o en otra con una Hernia Umbilical, puede producir una zona negra-azulosa en la piel peri umbilical, conocida como signo de Cullen.

Se observan elevaciones térmicas de 38°C en el 33% de las pacientes con Embarazo Tubárico Sangrante, que puede ser relacionado con el hemoperitoneo.

Es muy posible que el número de leucocitos sea normal, si bien la hemorragia repentina y masiva puede provocar una leucocitosis de 15,000 células o mayor.

Otros signos coadyuvantes al diagnóstico son:

Signo de Solowij: Abdomen con sensación de nieve en bolsa de plástico.

Signo de Ménadez de Delaföey: Salida del molde desidual.

#### DIAGNOSTICO

Cuando se nos presenta un paciente con antecedentes de hemorragia ligera, en manchas que comienza algunos días después de haber faltado el período esperado, con dolor pélvico lateral y cuando al examen pélvico nos revela tumoración pélvica sensible y unilateral, en lo primero que debemos pensar es en Embarazo Tubárico.

Suelen tener valor los siguientes recursos para el diagnóstico:

1- **COLPOCENTESIS:** Punción del fondo de Saco de Douglas. Puede demostrar la presencia de sangre Intraperitoneal. El líquido de aspecto hemático que no coagula es una pista diagnóstica.

2- **COLPOTOMIA:** Incisión quirúrgica del Fondo de Saco Posterior de la vagina.

Permitirá la extracción o salida de sangre libre si ha habido rotura Tubárica, lo que facilita el diagnóstico y permite ocasionalmente resolverlo por esta vía.

3- **LAPAROSCOPIA:**

Según Willians la Laparoscopía no parece ofrecer muchas ventajas sobre el uso apropiado de Colpoctesis, Colpotomia y Laparotomia.

La Laparoscopía eficaz exige un equipo bastante refinado, un operador experto, una sala de Operaciones y Anestesia Quirúrgica.

4- **SONOGRAMA.**

No es específico para la identificación de los productos de la concepción en la Trompa de Falopio, pero si están localizados en el útero, es casi siempre posible detectarlos en una fase precoz del Embarazo.

5- **RADIOLOGICO.**

La Histerosalpingografía es posible demostrar el Embarazo tubario pero el método es peligroso en esta situación, pues la Trompa puede romperse y agravar la hemorragia.

La Flebografía y la Arteriografía Pélvica puede ayudar a diferenciar un Embarazo Intrauterino de un Embarazo Ectópico.

La presencia de un Embarazo Abdominal avanzado puede demostrarse mediante un estudio radiográfico. La Placa

Simple de Abdomen puede revelar el feto en posición Transversa u Oblicua con actitud y localización poco habitual.

Una proyección Lateral puede mostrar las partes fetales sobre las vértebras maternas.

Otro método diagnóstico útil para descartar Embarazo Abdominal es la Histerografía.

6- **PRUEBAS BIOLGICIAS.**

Las pruebas con gonadotropina coriónica no son especialmente útiles pues son positivas solo en 35 a 40 por 100 de los casos.

Una prueba negativa no excluye la posibilidad de Embarazo Ectópico rodeado por un hematoma.

7- **QUIRURGICO (Laparotomía Exploradora).**

Su valor es realmente considerable en relación con su seguridad diagnóstica.

8- **HEMATOLOGIA.**

Es un parámetro confiable para observar la evolución de un Embarazo Ectópico.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Muchos trastornos comparten los signos y síntomas del Embarazo etópico, y los más comunes son:

- 1- Apendicitis
- 2- Salpingitis.
- 3- Aborto Uterino.
- 4- Folículo Ovario Roto o Quiste de Cuerpo Amarillo.
- 5- Quiste Ovario.
- 6- Infección de Vías Urinarias.

- 7- Mioma en un Cuerno del Utero.
- 8- Hidrosalpinx
- 9- Piosalpinx.
- 10- Pancreatitis.

### **TRATAMIENTO.**

Una vez hecho el Diagnóstico de Embarazo Tubárico el tratamiento es netamente Quirúrgico.

La simultánea transfusión de sangre es, por supuesto, una necesidad si existe hipovolemia o Anemia manifiesta.

La técnica Quirúrgica es la incisión en cuña de la Trompa afectada con Salpingectomía de la misma y peritonización del Mesosalpinx correspondiente.

La Ooforectomía es únicamente necesaria si quedó el ovario incluido en la masa Gestacional.

### **PRONOSTICO.**

El Pronóstico es Bueno en pacientes tratadas adecuadamente y con diagnóstico precoz.

La mortalidad por Embarazo Ectópico es de 0.50/o

Debe tenerse presente que la paciente deberá ponerse en condiciones quirúrgicas aceptables antes de su intervención.

La tasa de mortalidad podría reducirse aún más mediante un reconocimiento más rápido de la situación de urgencia y evitando todo retraso en la hospitalización, Operación y Transfusión de Sangre.

Más del 50o/o de las pacientes que han tenido un Embarazo han logrado tener Embarazos Normales.

La recurrencia en Embarazos Ectópicos subsiguientes se calcula entre el 10 y el 20o/o.

### **TIPOS RAROS DE EMBARAZO ECTOPICO.**

#### **EMBARAZO INTERSTICIAL (CORNUAL).**

Ocurre cuando el huevo se implanta en la porción de la Trompa que recorre la pared del útero.

La zona Intersticial de las Trompas es muy delgada y cuando hay nidación del huevo en ella, se rompe casi inmediatamente y vacía su contenido en la musculatura de la pared uterina. Resiste la rotura en la cavidad abdominal por mucho mayor tiempo que la Trompa libre, pero rara vez resiste la segunda rotura en la cavidad peritoneal, después del cuarto mes del embarazo.

Por el abundante riego sanguíneo en el sitio de la implantación, la hemorragia después de la rotura puede ser masiva y llevar a la paciente a la muerte antes de que sea llevada a un centro hospitalario.

Por fortuna en este sitio ocurren solamente el 1o/o de todos los Embarazos Tubáricos.

Los síntomas son similares a los del Embarazo Tubárico.

El diagnóstico es difícil y muy probablemente se confunda con un Mioma blando o con un Aborto Intra Uterino.

La rotura de un Embarazo Intestinal suele producir un

defecto Anatómico masivo que exige Histerectomía.

### EMBARAZO OVÁRICO

Es extraordinariamente raro, hasta hace pocos años se dudaba de su existencia.

Los criterios diagnósticos que generalmente se aceptan para comprobar su existencia son los que originalmente postuló Spiegelberg:

- 1- Que la Trompa incluyendo la fimbria ovárica, se encuentre intacta y separada netamente del ovario.
- 2- Que el saco gravídico ocupe definitivamente la posición normal del ovario.
- 3- Que el saco esté unido al útero por el Ligamento ovárico.
- 4- Que pueda demostrarse la existencia, sin lugar a duda, de tejido ovárico en las paredes del saco.

Se han señalado casos de embarazo ovárico en pacientes que llevaban anticonceptivo intrauterino. Esto no significa necesariamente que el D.I.U. origine embarazo Ectópico en particular Ovárico, la proporción tan alta se debe al hecho que el D.I.U. evita el embarazo Uterino más eficazmente que el Tubárico u Ovárico.

El embarazo Ovárico suele ser confundido con el Embarazo Tubárico o un Quiste Ovárico, y solo se hace el diagnóstico exacto en la laparotomía Exploradora.

### EMBARAZO CERVICAL

Aunque extremadamente rara, la posibilidad de un Embarazo Cervical está fuera de duda.

Como en la Placenta Previa el huevo puede implantarse en la boca Interna del Cuello, en circunstancias raras lo hacen en la mucosa cervical.

Las paredes del cuello cervical se adelgazan y se distienden notablemente, pero el orificio interno permanece cerrado.

La masa en expansión puede erróneamente ser tomada por un tumor.

Por el peligro de hemorragia, las gestaciones Cervicales se tratan mejor por Histerectomía Abdominal; las de menor edad pueden ser evacuadas por vía vaginal por sutura de las arterias cervicales y taponamiento para cohibir la hemorragia; este último procedimiento causa a veces una hemorragia profusa e incluso la muerte de la paciente.

Solo en Nulíparas muy ansiosas de conservar la fertilidad hay que intentar los procedimientos vaginales conservadores.

### EMBARAZO ABDOMINAL

El embarazo abdominal incluye solo las gestaciones libres en la cavidad peritoneal, excluyendo aquellas localizadas entre las hojas del ligamento ancho o en una Trompa de Falopio considerablemente dilatada.

Casi la totalidad de los casos son secundarios a la Rotura precoz o al Aborto de un Embarazo Tubárico en la cavidad peritoneal.

Por lo que se subdividen:

a- Embarazo Abdominal Primario.

b- Embarazo Abdominal Secundario.

Studiford estableció los siguientes criterios en los que debe descansar la prueba de Embarazo Abdominal Primario.

- 1- Trompas y ovarios normales sin evidencia de lesión reciente o remota.
- 2- Ausencia de cualquier evidencia de Fístula Utero Placentaria.
- 3- Presencia de un Embarazo exclusivamente relacionado con la superficie peritoneal y lo bastante reciente para eliminar la posibilidad de implantación secundaria después de nidación primaria de la Trompa.

Puesto que la rotura precoz de un Embarazo Tubárico es la causa habitual de Embarazo Abdominal (Secundario), es posible obtener en la mayoría de casos una historia sugestiva del accidente.

Muy a menudo existe una historia de pérdidas menstruales pequeñas y precoces, hemorragias irregulares o dolor.

Es probable que la gestación sea molesta a causa de irritación peritoneal.

Se pueden encontrar cada uno de los síntomas de náuseas, vómitos, flatulencia, constipación, diarrea y dolor abdominal en grados variables.

Las pacientes multiparas suelen afirmar que su embarazo no parece ir bien.

En fase posterior del mismo, los movimientos fetales son a veces muy dolorosos.

Cerca del término, el útero vacío frecuentemente origina un falso trabajo de parto.

El estado del feto en el Embarazo Abdominal es muy precario y la inmensa mayoría sucumben.

Algunos autores informan una incidencia de malformaciones congénitas en los niños de hasta el 50%, aunque otros están en desacuerdo.

Si el feto muere después de alcanzar un tamaño demasiado grande experimenta supuración, momificación, calcificación o formación de adiposera.

Las bacterias piogenas pueden llegar al saco gestacional, en particular cuando éste está adherido a los intestinos y originar supuración de su contenido.

#### Diagnóstico:

A la palpación Abdominal, la anormal proporción del feto a menudo situado transversalmente puede ser fácilmente confirmada.

Las contracciones de Braxton Hicks, faltan por supuesto y un suave masaje de los productos del Embarazo a través de la pared abdominal no provoca la firmeza del utero, como a menudo sucede en el Embarazo Intra Uterino.

El útero está perfilado en unos pocos casos y la palpación de los Fonix revela ocasionalmente partes pequeñas o la cabeza fetal claramente fuera del útero.

Dixon y Stewart recalcaron el valor diagnóstico de un soplo uterino normal, que se ausculta sobre una pequeña zona del abdomen inmediatamente medial a la espina Iliaca en el lado en que esta localizada la placenta.

Croos y colaboradores han recalcado la prueba de la Oxitocina como una ayuda valiosa en el diagnóstico precoz del Embarazo Abdominal.

El examen Radiológico revela a menudo la presencia del feto en posición Transversa u Oblícuas con actitud y localización poco frecuente.

En proyección Lateral puede ser particularmente útil mostrando partes Fetales sobre las Vértebras maternas.

Otros métodos Diagnósticos útiles es la Histerografía y Sonografía.

#### Tratamiento.

El tratamiento es eminentemente Quirúrgico.

El niño ha de ser simplemente extraído, el Cordón Ligado y el Abdomen sin drenaje, ya que al pretender efectuar Exploración de los Órganos circundantes, existe el riesgo de provocar una Hemorragia masiva y de Pronóstico Reservado, o Fístulas Intestinales.

#### Pronóstico.

La pérdida Perinatal es tan grande que los esfuerzos por salvar al feto son casi siempre infructuosos.

La mortalidad materna es del 60%. Esto nos indica que el Embarazo Abdominal es aun una de las complicaciones más graves de la Obstetricia.

## MATERIAL Y METODO

### MATERIAL

- a.- 1.- Departamento de Estadística y Archivo del Hospital Nacional de Escuintla.
- 2.- Fichas Clínicas.
- 3.- Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Escuintla.
- 4.- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.

### METODO.

- 1.- Revisión Bibliográfica Actualizada de Embarazo Ectólico.
- 2.- Selección de Registros Clínicos de Pacientes a estudiar.
- 3.- Elaboración de Ficha para redactar datos.
- 4.- Recolección de Datos: se tomaron los siguientes parámetros.
  - Edad
  - Grupo Social.
  - Estado Civil.
  - Profesión u Oficio.
  - Antecedentes Ginecológicos.
  - Antecedentes Obstétricos.
  - Antecedentes Quirúrgicos.

## PRESENTACION DE RESULTADOS

- Sintomatología.
- Hallazgos Clínicos.
- Métodos Diagnósticos.
- Diagnóstico Pre-Operatorio.
- Operación Planeada.
- Operación Realizada.
- Hallazgo Quirúrgico
- Localización del Ectópico.
- Complicaciones Post-Operatorias
- Mortalidad.
- Tratamiento Post-Operatorio.
- Días de Hospitalización.

5.- Análisis de Resultados.

6.- Conclusiones.

7.- Recomendaciones.

### CUADRO No. 1

Edad Años	No. de Pacientes	o/o
15 - 20	2	8o/o
21 - 25	10	40o/o
26 - 30	5	20o/o
31 - 35	3	12o/o
36 - 40	4	16o/o
41 - 44	1	4o/o
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100o/o</b>

### CUADRO No. 2

Estado Civil.	No. de Pacientes	o/o
Casada	6	24o/o
Unida	14	56o/o
Soltera	3	12o/o
Divorciada	2	8o/o
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100o/o</b>

### CUADRO No. 3

#### Profesión u Oficio.

El 100 o/o de las pacientes (25) realizan Oficios Domésticos.

**CUADRO No. 4****Grupo Social.**

El 100% de las pacientes estudiadas pertenecen al Grupo Socio-Económico Bajo.

**CUADRO No. 5****Antecedentes Quirúrgicos**

	No. de Pacientes	%
Apendicectomía	1	4%
Salpingectomía	2	8%
C.S.T.P.	1	4%
No referidos	21	84%
Total	25	100%

**CUADRO No. 6****Antecedentes Obstétricos.**

	No. de Pacientes	%
Multiparas	17	68%
Nulíparas	2	8%
Secundigestas	4	16%
No referidos	3	12%

**CUADRO No. 7****Antecedentes Ginecológicos.****CUADRO No. 7 a.****Menarquía.**

Edad Años	No. de Pacientes	%
11 - 12	1	4%
13 - 14	7	28%
15 - 16	3	12%
No referidos	14	56%
Total	25	100%

**CUADRO No. 7 B.****Ciclos Menstruales.**

	No. de Pacientes	%
Regulares	6	24%
Irrregulares	3	12%
No Referidos	16	64%
Total	25	100%

**CUADRO No. 7 c.**

	No. de Pacientes	%
Tensión Menstrual	2	80/0
Toma de Anticonceptivos		
Anterior a Embarazo	1	40/0
Ectópico Anterior	1	40/0

**CUADRO No. 7 d**

	Aborto	
Aborto No.	No. de Pacientes	%
0	15	60/0
1	9	36/0
2	0	0/0
3	1	40/0

**CUADRO No. 8**

	No. de Pacientes	%
Dolor Hipogástrico	10	40/0
Dolor Abdominal Generalizado	6	24/0
Dolor en Fosa Ilíaca Derecha	3	12/0
Dolor en ambas Fosas Ilíacas	3	12/0
Dolores de Parto	2	8/0
Dolor en Fosa Ilíaca Izquierda	1	4/0
Dolor Irradiado a Hipocondrio		
Izquierdo y región Precordial	1	4/0

**CUADRO No. 9****Hemorragia Vaginal**

	No. de Pacientes	%
Hemorragia en poca cantidad	6	24/0
Abundante	5	20/0
Persistente	7	28/0
Fétida	1	4/0
Total	19	76/0

**CUADRO No. 10****Otros Síntomas.**

	No. de Pacientes	%
Anorexia	3	12/0
Náuseas	2	8/0
Vómitos	2	8/0
Escalofríos	2	8/0
Fiebre	2	8/0
Ausencia de Movimientos Fetales	1	4/0

**CUADRO No. 11****Amenorrea**

Tipo de Evolución (Semanas)	No. de Pacientes	%
Menos de 6	2	8/0
7 - 12	13	52/0
13 - 18	0	0/0
19 a más	1 "	4/0
No establecida	9	36/0
Total	25	100/0

" Embarazo de 44 Semanas por U.R.

**CUADRO No. 12****Hallazgos Clínicos**

	No. de Pacientes
Utero Aumentado de Tamaño	13
Dolor a la Palpación Profunda en Fosa Ilíaca Derecha	13
Masa Anexial Unilateral	11
Fondo de Saco Doloroso	10
Dolor al Tacto Vaginal	10
Signo de Rebote Positivo	9
Dolor a la Palpación Profunda en Hipogastrio	8
Dolor a la Palpación Profunda en Fosa Ilíaca Izquierda	5
Signo de Chadwick	3
Fondo de Saco Posterior Abombado	2
Anexos Dolorosos	2

**CUADRO No. 13**

	No. de Pacientes	%
Diagnóstico de Ingreso		0/0
Embarazo Ectópico Roto	8	32/0
Embarazo Ectópico	6	24/0
Infección Pélvica	3	12/0
Absceso Pélvico	2	8/0
Metrorragia Disfuncional	1	4/0
Metrorragia de Etiología a Determinar	1	4/0
Embarazo a Término y Trabajo de Parto Activo	1	4/0
Ovito Fetal	1	4/0
Amenaza de Aborto	1	4/0
Apendicitis Aguda	1	4/0
Total	25	100/0

" Un caso de Embarazo Ectópico Roto Ingresó en estado de Shock Hipovolémico.

**CUADRO No. 14****Métodos Diagnósticos**

	No. de Pacientes	%
Punción Abdominal	8	32/0
Punción Saco de Douglas	5	20/0
Laparoscopía	3	12/0
Colpotomía	1	4/0
Gravindex	2	8/0
No realizados	6	24/0

**CUADRO No. 15**

	No. de Pacientes	%
Diagnóstico Pre-Operatorio Embarazo Ectópico	12	48/0
Embarazo Ectópico Roto	6	24/0
Embarazo Abdominal	1	4/0
Embarazo Ectópico Roto Derecho	2	8/0
Embarazo Ectópico Roto Izquierdo	2	8/0
Apendicitis Aguda	1	4/0
Ovito Fetal en Situación Transversa.	1	4/0
Total	25	100/0

**CUADRO No. 16**

	Operación Planeada	No. de Pacientes	%
Laparotomía Exploradora	21	84/0	
Salpingectomía Derecha	1	4/0	
Apendicectomía	1	4/0	
C.S.T.P.	1	4/0	
Colpotomía	1	4/0	
Total	25	100/0	

**CUADRO No. 17****Operación Realizada**

<b>Tipo de Cirugía</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>%</b>
Salpingo Ooforectomía Unilateral	11	44%
Salpingectomía Unilateral	6	24%
Salpingo Ooforectomía y		
Salpingectomía Contralateral	2	8%
Salpingectomía Bilateral	1	4%
Ooforectomía	1	4%
Ooforectomía y Ligadura de Trompa Contralateral	1	4%
Salpingectomía, Ligadura de Trompa Contralateral y Extracción de Embarazo Abdominal	1	4%
Colpotomía	1	4%
Extracción de Embarazo Abdominal	1	4%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**CUADRO No. 18 a**

<b>Localización</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Izquierda	7	28%
Derecha	17	68%
No determinada	1	4%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**CUADRO No. 18 b**

<b>Localización Anatómica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ampular	7	28%
Tubario *	6	24%
Tubo-Ovárico	4	16%
Istmo	4	16%
Ovárico	1	4%
Abdominal "	2	8%
No Determinada	1	4%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

" Los dos Embarazos Abdominales encontrados fueron secundarios a una Rotura Tubárica Anterior.

\* Tubario: Se da esta localización por no estar definido en record operatorio, la parte específica de la Trompa de Falopio afectada, definiendo en dicho record.

**CUADRO No. 18 c**

<b>Embarazos Ectópicos Rotos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
	19	76%

**CUADRO No. 18 d**

<b>Cantidad de Sangre en cc</b>	<b>No. de Casos</b>
500 - 1000	5
1000 - 2000	12
2000 - 3000	1

**CUADRO No. 18 e****Revisión de Cavidad Peritoneal.**

	No. de Casos
Adherencias	9
HematoSalpins Contralateral	4
Obstrucción de Trompa No Afectada	1
Fibrosis de Trompa Contralateral	1
Salpingitis	1

**CUADRO No. 19****Tratamiento Post-Operatorio**

Antibiótico	Frecuencia	o/o
Penicilina	14	56o/o
Cloranfenicol	8	32o/o
Ampicilina	3	12o/o
Gentamicina	1	4o/o
Lincomicina	1	4o/o
Tetraciclina	1	4o/o
Gantrisin	1	4o/o
Eritromicina	1	4o/o

**CUADRO No. 20**

Complicaciones Post-Operatorias	No. de Pacientes	o/o
Anemia	9	36o/o
Infección de Herida Operatoria	4	16o/o
Distensión Abdominal	2	8o/o
Hipotensión	1	4o/o
Shock	1	4o/o
I.R.S.	1	4o/o
Infección Urinaria		

**CUADRO No. 21**

Días de Hospitalización	No. de Pacientes	o/o
0 - 7	4	16o/o
8 - 14	17	68o/o
15 - 21	3	12o/o
Más de 21 días	1	4o/o

**CUADRO No. 22**

La mortalidad fue de 0o/o.

## ANALISIS DE RESULTADOS

- 1.- El grupo Etario que predominó fue el comprendido entre los 21 y 35 años en un 72o/o; de las pacientes estudiadas el 56o/o su estado civil era "unida"; todas las pacientes tenían como ocupación principal Oficios Domésticos (100o/o); siendo el 100o/o de estado Socio-Económico Bajo.
- 2.- El 68o/o de las pacientes eran multíparas y solamente el 8o/o Nulíparas.
- 3.- Solo en el 16o/o se encuentran Antecedentes Quirúrgicos anotados el 84o/o no los tenían referidos.
- 4.- Se encontró un 28o/o con menarquía de 13-14 años, con regularidad en sus ciclos menstruales 24o/o e Irregulares 12o/o, No referidos 64o/o.  
Se encontró Abortos anteriores en el 40o/o de las pacientes; en el 4o/o de las pacientes se encontró Embarazo Ectópico Anterior.
- 5.- Los Síntomas más frecuentes que hicieron consultar a las pacientes fueron: Dolor Abdominal (100o/o); Hemorragia Vaginal (76o/o). Solo 1 paciente ingresó en estado de Shock.
- 6.- Se encontró Amenorrea en el 64o/o de las pacientes estudiadas.
- 7.- Los Hallazgos Físicos más importantes encontrados al examen de Ingreso fueron: Utero Aumentado de Tamaño (13 casos), Dolor a la Palpación Profunda en Fosa Ilíaca Derecha (13 Casos), Masa Anexial Unilateral (11 Casos), Fondo de Saco Doloroso (10 Casos), Dolor al Tacto Vaginal (10 Casos).

- 8.- El 56o/o de las pacientes Estudiadas Ingresaron con Diagnóstico de Embarazo Ectópico, encontrándose el resto 44o/o con error Diagnóstico a su Ingreso.
- 9.- El Diagnóstico Pre-Operatorio de las pacientes fue de Embarazo Ectópico en un 92o/o.
- 10.- En el 84o/o la Operación Planeada fue Laparotomía Exploradora.
- 11.- La localización Anatómica por Hallazgo Quirúrgico más Frecuente fue Ampular 28o/o, Tubárico 24o/o, Tubo-Ovárico 16o/o.
- 12.- En las pacientes en las cuales se encontró Embarazo Ectópico Roto (76o/o); tenían Hemoperitoneo con cantidades comprendidas entre 500 y 3000 cc de sangre.
- 13.- Los Métodos Diagnósticos más ocupados fueron Punción Abdominal 32o/o, Punción Saco de Douglas 20o/o, Laparoscopía 12o/o.
- 14.- El tipo más frecuentemente de Cirugía realizada fue Salpingo-Ooforectomía Unilateral 44o/o, Salpingectomía Unilateral 24o/o, Salpingo-Ooforectomía y Salpingectomía Contralateral 8o/o.
- 15.- Los Antibióticos más ocupados en el Tratamiento Post-Operatorio fueron: Penicilina 56o/o, Cloranfenicol 32o/o, Ampicilina 12o/o.
- 16.- Las Complicaciones Post-Operatorias más frecuentes fueron: anemia 36o/o, Infección de Herida Operatoria 16o/o.
- 17.- La estadía Hospitalaria de las pacientes estudiadas estuvo comprendida en un 68o/o de los 8 a 14 días.
- 18.- El resultado fue satisfactorio en el 100o/o de los casos.

## C O N C L U S I O N E S

- 1- El Embarazo Ectópico es una entidad Patológica, que al presentarse en su mayoría de casos Rotos (76%), constituye una emergencia Quirúrgica.
- 2- En las pacientes en el cual el Diagnóstico se hace precozmente y se efectúa tratamiento adecuado el pronóstico es satisfactorio; de las pacientes estudiadas en este trabajo no se reportó ningún caso de Mortalidad.
- 3- En la gran mayoría de casos estudiados el Diagnóstico Pre-Operatorio fue acertado (92%); los Diagnósticos Diferenciales encontrados fueron Infección Pélvica, Absceso Pélvico, Apendicitis Aguda, Aborto.
- 4- Los Síntomas y Signos que presentaban las pacientes estudiadas son similares a los reportados en la Literatura Gineco-Onstética Actual; lo mismo se afirma con la localización Anatómica del Embarazo Ectópico.

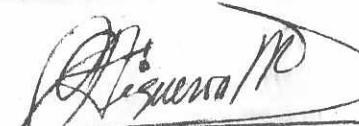
## R E C O M E N D A C I O N E S

1. En toda paciente de sexo Femenino que consulta por Dolor Abdominal especialmente si es Hipogastrio o Fosas Iliacas, debe realizarse Examen Ginecológico completo.
2. En toda paciente que se sospeche Embarazo Ectópico Roto debe efectuársele Punción de Fondo de Saco de Douglas como método Diagnóstico, y de comprobarse se debe proceder a realizar Laparotomía Exploradora.
3. Dado que actualmente las piezas Operatorias no son estudiadas microscópicamente se recomienda que todas las muestras sean enviadas para confirmación del Diagnóstico por Anatomía Patológica.
4. No se deben de usar antibióticos en el Período Post-Operatorio sin antes tener certeza de contaminación o proceso Infeccioso inminente.
5. Que se mejore la elaboración de las Fichas Clínicas y Record Operatorio, y que dado la presencia de Estudiantes de Externado Materno-Infantil las evoluciones se han llevadas adecuadamente según el método de L. Weed.

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

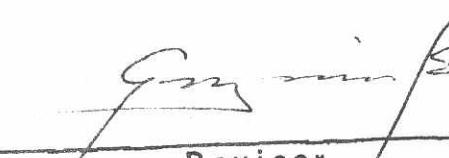
- 1- Ectopic Pregnancy. Bell. R. L. et Al J. Tenn. Med. Assoc. 69 (11) 788. Nov. 76.
- 2- Ectopic Pregnancy (Letter). Iffyl. Acta Obstet Gynecol Scand 56 (1) Jan 1977.
- 3- Ectopic Pregnancy and First Trimester Abortion (Letter). Obstetrics and Gynecology. 73-75. January. 1977.
- 4- Figueroa Micheo, Virgilio. Embarazo Ectópico en el Hospital Roosevelt. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Febrero 1968.
- 5- Lou Chy, Manuel. Embarazo Ectópico. (Revisión de 35 casos en el Departamento de Obstetricia. Hospital Roosevelt). Agosto 1973-Agosto 1974). Tesis. Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos. Noviembre 1976.
- 6- Maternal Mortality due to Ectopic Pregnancy a review of 102 deaths. Schneider J. et al Obstet Gynecol 49 (5): 557-61. May 1977.
- 7- Mc Lennan, Charles E. Compendio de Obstetricia. México. Nueva Editorial Interamericana. 1977.
- 8- Novak E. Tratado de Ginecología. 9a. Ed. México, Editorial Interamericana, 1977.
- 9- Ortiz Cabrera. Embarazo Ectópico: Correlación clínico patológica Ginecología y Obstetricia. México 40 (241): 355-61. Nov. 1976.

- 10- Quiroa Méndez, Rigoberto. Consideraciones sobre Embarazo Ectópico en Hospital General San Juan de Dios. Tesis. Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos. Mayo 1978.
- 11- Robbins. Patología Estructural y Funcional. Nueva Editorial Interamericana México, (1) 1a. Edición en Español. 1975.
- 12- Schwarcz R. O Obstetricia. 3a. Ed. Buenos Aires. El Ateneo 1970.
- 13- Willians. Obstetricia. Salvat Editores, S.A. Mallorca, 43. Barcelona. Impreso en México. 1973.

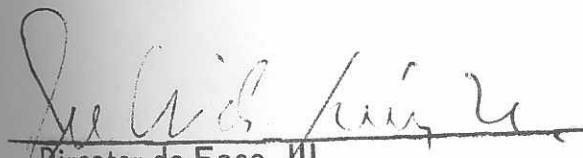
  
Br: Gilberto Aníbal Figueroa

  
Asesor

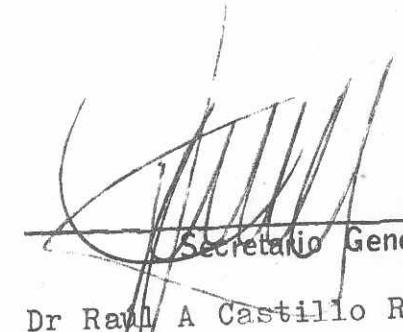
Dr Mario Estrada G

  
Revisor

Dr Guillermo F. Guzman S.

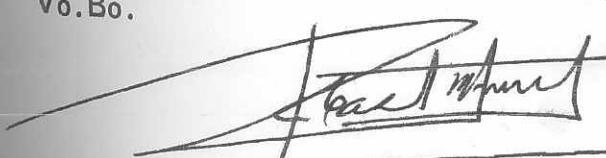
  
Director de Fase III

Dr Julio de León M.

  
Secretario General

Dr Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.

  
Decano

Dr Rolando Castillo Montalvo