

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**“MANEJO DEL EMBARAZO ECTOPICO”**

**(Estudio retrospectivo de 10 años en el Departamento  
de Ginecología del Hospital San Juan de Dios)**

**MIRIAM ROSALINDA MONTEJO FERNANDEZ**

## PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. CONCEPTOS GENERALES SOBRE EMBARAZO ECTOPICO
  - Definición de embarazo ectópico
  - Frecuencia
  - Clasificación anatómica
  - Cuadro clínico
  - Diagnóstico diferencial
  - Métodos auxiliares diagnósticos
  - Tratamiento quirúrgico conservador
3. JUSTIFICACION DEL TRABAJO
4. OBJETIVOS
  - Generales
  - Específicos
5. MATERIAL DE LA INVESTIGACION
6. RECURSOS Y METODOLOGIA
7. PRESENTACION DE RESULTADOS
8. CONCLUSIONES
9. DISCUSION Y RECOMENDACIONES
10. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

Se considera que el diagnóstico precoz y seguro del Embarazo Ectópico asociado con un adecuado control de las pacientes con riesgo de presentarlo, tal es el caso de pacientes con antecedente de cirugía tubárica reconstructiva, resecciones en cuña, procesos infecciosos de pelvis o vecinos a la misma, o antecedentes de un ectópico, disminuirán considerablemente la morbi-mortalidad de éste proceso. Cuando nos referimos a un adecuado control queremos dar a entender que el principal objetivo, cuando estas pacientes presentan amenorrea, será demostrar con un buen examen clínico y el uso de los auxiliares diagnósticos tales como Ultrasonido, Laparoscopia, cuantificación de la unidad Beta de la Hormona Gonadotropina Coriónica; la presencia de un embarazo intrauterino, o si éste fuera un embarazo extrauterino, darle el tratamiento quirúrgico conservador apropiado (20,21,22,23,24,25,26) para los casos que así lo ameriten.

Los primeros dos métodos diagnósticos mencionados en el párrafo anterior están al alcance del personal médico del Hospital San Juan de Dios, pudiéndose efectuar el diagnóstico del Embarazo Ectópico, antes de romperse, factor que obviamente favorecería el futuro obstétrico de las pacientes ya que como está bien establecido el tratamiento para el embarazo ectópico roto es la Salpingectomía "Sin embargo éste procedimiento cuando se realiza en una paciente infertil puede ser catastrófico para su futuro potencial reproductivo"(23). Por esta razón se pretende en el presente trabajo de tesis dar a conocer el manejo y tratamiento de las pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico, en un estudio retrospectivo de 10 años realizado en el Departamento de Ginecología del Hospital San Juan de Dios y despertar con el mismo, interés sobre la importancia del diagnóstico temprano e individualizado para cada paciente, tomando en cuenta aspectos como paridad, edad, deseo de la paciente de tener hijos, criterios que deben tenerse presentes en el momento de la operación y si

todo es aceptable (embarazo ectópico no roto) conducir el acto quirúrgico lo más conservador posible con el máximo respeto a la fertilidad de la mujer; aunque estamos conscientes que con este tratamiento conservador las probabilidades de que se repita un nuevo embarazo ectópico están aumentadas; de la misma forma al conservarle ambas trompas también se le aumenta su fertilidad.

## CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EMBARAZO ECTOPICO

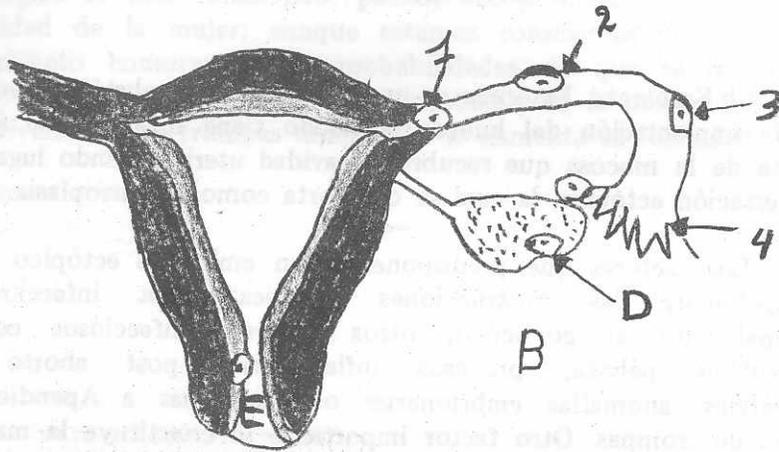
El Embarazo Ectópico es una entidad gineco-obstétrica en la cual la implantación del huevo fecundado tiene lugar en un área distinta de la mucosa que recubre la cavidad uterina, dando lugar a una gestación ectópica, la cual se comporta como una neoplasia.

Los factores que predisponen a un embarazo ectópico son principalmente las obstrucciones tubáricas post infecciones, principalmente al gonococo, otros procesos infecciosos como tuberculosis pélvica, procesos inflamatorios post aborto o puerperales, anomalías embrionarias o secundarias a Apendicitis, cirugía de trompas. Otro factor importante lo constituye la mayor respuesta decidual de la mucosa tubárica al huevo fecundado, histológicamente demostrada. También debe de tomarse en cuenta que las resecciones en cuña de los ovarios son factores que aumentan la formación de adherencias peri-tubo-ováricas y por ende aumentan las posibilidades de un embarazo ectópico.

### FRECUENCIA

Se ha reportado una frecuencia de 1 caso de embarazo ectópico por cada 300 embarazos, otros estudios dan una incidencia más alta, de 1 por cada 118 partos, 1 en 84 partos(11). Con respecto al grupo etario más afectado se reporta al grupo de 20 a 29 años(9), otros estudios más específicos reportan las edades de 26 a 30 años(11) y en cuanto a antecedentes gestacionales se ha reportado más frecuente en pacientes con tres gestaciones anteriores.

## CLASIFICACION ANATOMICA DEL EMBARAZO



### A. EMBARAZO TUBARICO

1. Intersticial
2. Istmico
3. Ampular
4. Infundibular

### B. ABDOMINAL

5. Primario
6. Secundario

### C. EMBARAZO TUBO-OVARICO

### D. EMBARAZO OVARICO

### E. EMBARAZO CERVICAL

## SINTOMAS Y SIGNOS

La sintomatología del embarazo ectópico es variada y dependerá de si el huevo está intacto o se ha roto; pero en la mayoría de casos la paciente refiere falta de uno o más períodos menstruales por aumento de las gonadotropinas coriónicas y éste período va a depender del lugar de la implantación del embarazo, es de menor tiempo a nivel del istmo y a nivel cervical y de mayor tiempo a nivel ampular e infundibular. El embarazo abdominal puede llegar a los nueve meses de amenorrea.

El dolor que es encontrado con bastante frecuencia, generalmente es referido al propio lugar del órgano. Cuando el embarazo se rompe y empieza a caer sangre abdominal se vuelve de tipo generalizado y puede irradiarse al hombro por irritación del nervio frénico.

La hemorragia se origina por la perforación que produce el huevo al implantarse y la cantidad va a depender de los senos venosos que perfora, siendo ésta la mayor causa de morbi-mortalidad en este grupo de pacientes.

Los signos físicos pueden variar desde una paciente en buenas condiciones generales hasta el estado de shock, piel pálida, sudorosa, ligera elevación de la temperatura o la misma puede ser subnormal. A la palpación abdominal dolor agudo ya sea localizado o generalizado. Al examen vaginal hemorragia escasa, negruzca cuello y cuerpo uterino normales. Se palpa masa pélvica anexial correspondiente al crecimiento del producto.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico debe establecerse descartando varias entidades generales; pero las que más provocan confusión son la Apendicitis, Salpingitis, ruptura del cuerpo lúteo, aborto uterino, Torsión de un quiste del ovario, etc.

## METODOS AUXILIARES DIAGNOSTICOS:

Los métodos de ayuda diagnóstica; aunque son un valioso auxiliar no podrán sustituir a un buen examen clínico; ya que la mayoría de signos y síntomas encontrados son los que generalmente conducen a la sospecha del Embarazo Ectópico; los métodos auxiliares ayudarán a reforzar el diagnóstico; entre ellos podemos mencionar la punción del saco de Douglas, la cual se hace con el objetivo de que si se aspira sangre se piensa más seguramente en embarazo ectópico roto, si no se aspira puede ser negativa o insatisfactoria pero no significa que no exista embarazo ectópico.

Una técnica que ha sido reportada por la literatura como de gran ayuda diagnóstica lo constituye el uso de radioinmunoensayo para el estudio de las Beta Subunidades de la Hormona Gonadotropina Coriónica basada en que el tejido trofoblástico del embarazo ectópico secreta menores cantidades de dicha hormona que los embarazos normales a la misma edad de gestación (12,13,14). Estudios reportan que la detección temprana de embarazos ectópicos por medio de este método ha sido posible en un 76o/o (14).

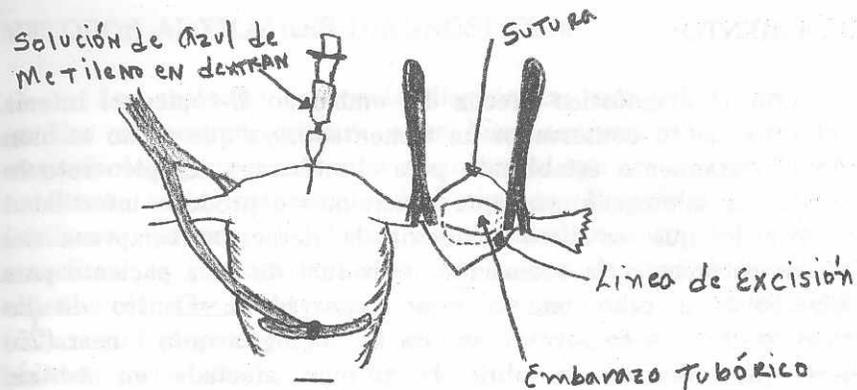
La Laparoscopia constituye uno de los procedimientos más usados y en manos de personas con experiencia nos da resultados concluyentes.

Otro método importante es el Ultrasonido, el cual realizado con las mejores técnicas estudios reportan diagnósticos confirmados en un 77o/o (18), otros estudios dan una efectividad del 93.2o/o de diagnósticos que luego fueron confirmados con Laparotomía (17,19). Los criterios diagnósticos tomados con éste método son la presencia de una masa anexial inmediatamente adyacente a un útero vacío y la demostración de un eco uterino normal.

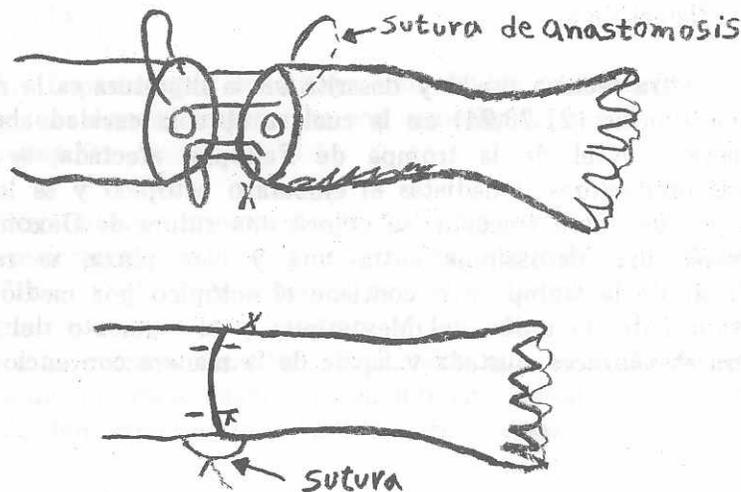
## TRATAMIENTO:

Con el diagnóstico precoz del embarazo Ectópico el interés por el tratamiento conservador ha aumentado, ya que como es bien sabido el tratamiento establecido para el embarazo ectópico roto lo constituye la salpingectomía, que generalmente produce infertilidad (23). Por lo que se hace necesaria la detección temprana del embarazo ectópico y la evaluación individual de cada paciente para decidir llevar a cabo una técnica conservadora. Dentro de las técnicas quirúrgicas conservadoras está la Salpingostomía Linear (25) técnica que consiste en abrir la trompa afectada en sentido longitudinal sobre el área que contiene el producto, seguida de extracción del embarazo con uso de curetaje o no; luego se sutura el área de la incisión con catgut 5 ceros y aguja traumática en un solo plano. Otra técnica sigue el procedimiento anterior y luego de la extracción del producto se deja un cateter de polietileno justificando su uso en que impide cicatrizaciones y adherencias de las paredes lesionadas, el cual se extraerá a través de uno de los extremos ya sea por la herida abdominal o por el útero a través del cervix; además indican el uso de corticosteroides como anti-inflamatorios.

Otra técnica usada y descrita en la literatura es la resección y anastomosis (21,23,24) en la cual se abre la cavidad abdominal, se llega a nivel de la trompa de Fallopio afectada, se colocan pinzas prensadoras inmediatas al embarazo ectópico y se levanta la trompa con suave tracción, se coloca una sutura de Dexon 5 ceros a través del Mesosalpins entre una y otra pinza, se realiza la excisión de la trompa que contiene el ectópico por medio de una incisión entre la unión del Mesosalpins y el segmento del tubo; la sutura es entonces ajustada y ligada de la manera convencional.



Luego se prueba la permeabilidad del segmento uterino inferior utilizando una jeringa (como se observa en el dibujo anterior) con la cual se inyecta a través de la cavidad uterina una solución de azul de metileno en cantidad de 50 mililitros al 60/0 y dextrán. Luego se prueba la permeabilidad de la porción proximal inyectando solución a través de la fimbria.



La reanastomosis se lleva a cabo usando sutura de nylon 6-0 con puntos colocados a las 8, 12 y 4 de acuerdo al reloj, alrededor de la trompa. El nylon es usado en una sutura de colchonero. Al terminar la reanastomosis la permeabilidad se confirma por reinyección dentro de la cavidad uterina y notando derrame fimbrial.

Previo al cierre abdominal se instilan unos 30 ó 40 mililitros de Dextrán en la pélvis y se dejan libres los cuales temporalmente protegen a la trompa de Fallopio. Al 5 día post-operatorio se realiza una nueva hidrotubación con 50 mililitros de Dextrán y un gramo de ampicilina con la tentativa de abrir algunas adherencias producidas durante el proceso inflamatorio.

Los seguidores de esta técnica refieren que utilizan una suma de 15 a 20 minutos a los requeridos para efectuar una Salpingectomía no complicada, considerando además que con ésta técnica el área de patología tubárica es eliminada siendo mínima la posibilidad de recurrencia de Embarazo Ectópico.

Otra técnica utilizada es la combinación de Laparoscopia y una Minilaparotomía en pacientes con sospecha de embarazo ectópico (16), llevadas a cabo bajo anestesia general, relajantes musculares, intubación endotraqueal y ventilación asistida, se realiza la Laparoscopia con el método convencional, observándose la trompa afectada y la contralateral; si se confirma la sospecha de embarazo tubárico no roto, se retira el Laparoscopio y la incisión es extendida a aproximadamente 0.5 a 3 cms. luego se separan las vainas de los rectos y se va disecando por presión digital, el peritoneo es expuesto y abierto verticalmente, luego utilizando prensadores se trata de llevar el útero lo más cercano a la incisión, desplazándose lateralmente para exponer la trompa afectada, siendo tomada con pinzas a más o menos 0.5 cms. de la porción proximal y distal que contiene el saco de la gestación. Se coloca una sutura con Dexon en el Mesosalpins anudándose uno de los extremos, se excide el área tubárica afectada y se ajusta la sutura. Se coloca una

sutura haciendo anastomosis tubárica y luego es devuelta hacia la cavidad abdominal. Si hay sangre libre lo cual se ha observado anteriormente con el Laparoscopio se realiza lavado con solución salina. Se lleva a cabo posteriormente el cierre del peritoneo y la pared abdominal con puntos subcutáneos con Dexón 2 ceros.

Existen otras técnicas quirúrgicas que en poco varían a las mencionadas; pero la mayoría de reportes brindan resultados satisfactorios en cuanto a que las pacientes han llevado a cabo gestaciones intrauterinas normales, además que la incidencia de embarazos ectópicos repetidos es igual que cuando se realiza salpingectomía (23,24).

En cuanto a complicaciones operatorias no se reportan problemas, ya que casi siempre se tiene una paciente en buenas condiciones, ya que se trabaja un embarazo ectópico no roto, el post-operatorio es normal permaneciendo las pacientes 2 ó 3 días más que lo usual en aquellos casos que ameritan les sea realizada pruebas de permeabilidad previas a su egreso.

## JUSTIFICACION DEL TRABAJO

El presente trabajo surge ante las observaciones durante mi práctica hospitalaria sobre el manejo y tratamiento del embarazo ectópico para el cual parece existir un patrón ya establecido constituyéndolo la Salpingectomía y en algunos casos con ligadura contralateral de trompa; mientras que en la revisión de la literatura reciente sobre el tema, se considera el manejo quirúrgico conservador del embarazo ectópico el principal problema; obteniéndose buenos resultados obstétricos para la paciente cuando se hace el diagnóstico temprano del mismo ya que permite el uso de cirugía conservadora, encaminando el acto quirúrgico con el máximo respeto de la función generativa de la mujer principalmente aquella que por diferentes causas inicia su vida reproductiva con una gestación ectópica.

## OBJETIVOS

### GENERALES:

- Conocer el manejo y tratamiento de las pacientes con Embarazo Ectópico en el Departamento de Ginecología del Hospital San Juan de Dios.
- Despertar interés en el médico, para realizar la detección precoz del Embarazo Ectópico.
- Despertar interés en el manejo de la Cirugía Conservadora en el tratamiento del Embarazo Ectópico.

### ESPECIFICOS:

- Demostrar que el tratamiento del embarazo Ectópico en el Hospital San Juan de Dios es la Salpingectomía y en algunos casos con ligadura de trompa contralateral.
- Conocer cuáles son los métodos auxiliares utilizados para hacer diagnóstico de Embarazo Ectópico.
- Conocer cuál es el grupo etario más afectado por Embarazo Ectópico.
- Conocer cuáles son los antecedentes obstétricos de las pacientes a quienes se les practica Salpingectomía.
- Detectar la incidencia anatómica del Embarazo Ectópico.
- Cuál es el seguimiento de las pacientes que han presentado Embarazo Ectópico.

## MATERIAL DE LA INVESTIGACION

El material de la presente investigación lo constituyen las Historias Clínicas de las pacientes que recibieron tratamiento en el Departamento de Ginecología del Hospital San Juan de Dios por Embarazo Ectópico durante el período de 10 años comprendido entre 1970 a 1979.

## RECURSOS

### HUMANOS:

- Médico Asesor y Revisor
- Personal de Archivos

### NO HUMANOS

- Historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico
- Ficha elaborada para recolección de los datos
- Biblioteca Central USAC
- Biblioteca del IGSS
- Biblioteca del INCAP
- Biblioteca del Hospital Roosevelt
- Equipo de Escritorio

## METODOLOGIA

Método: Inductivo-deductivo

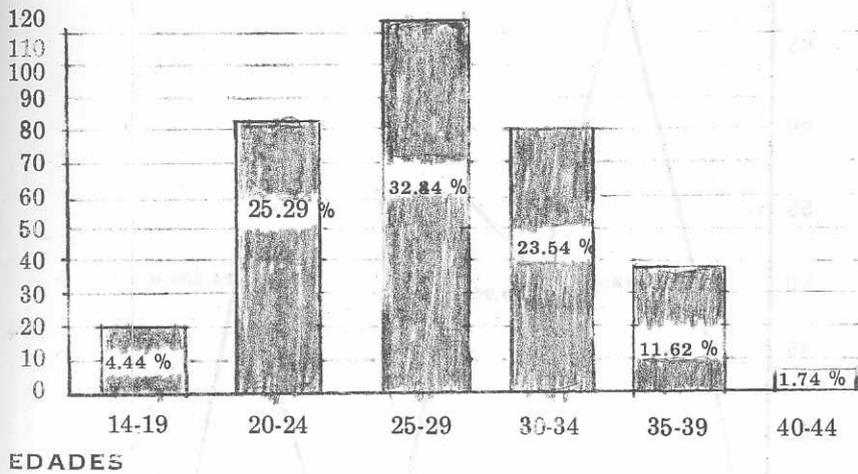
### Fases de la Investigación:

- Elaboración y presentación del protocolo
- Estudio teórico del problema sobre manejo del Embarazo Ectópico con revisión de literatura nacional y extranjera.
- Revisión de libros de egreso del Departamento de Ginecología del Hospital San Juan de Dios para localizar las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico durante 1970 a 1979.
- Revisión de las historias clínicas y recolección de los datos en la ficha elaborada para el efecto, luego
- Tabulación de los datos obtenidos, análisis de los datos, elaboración de las gráficas, conclusiones, comentarios y recomendaciones del trabajo.

## PRESENTACION DE RESULTADOS

En el presente estudio retrospectivo realizado en el Departamento de Ginecología del Hospital San Juan de Dios, durante 1970 a 1979 (10 años) se encuentran reportados 344 casos confirmados por Laparotomía Exploradora de Embarazos Ectópicos, de los cuales en la siguiente gráfica se hace una distribución de acuerdo a edades de las pacientes con dicho diagnóstico.

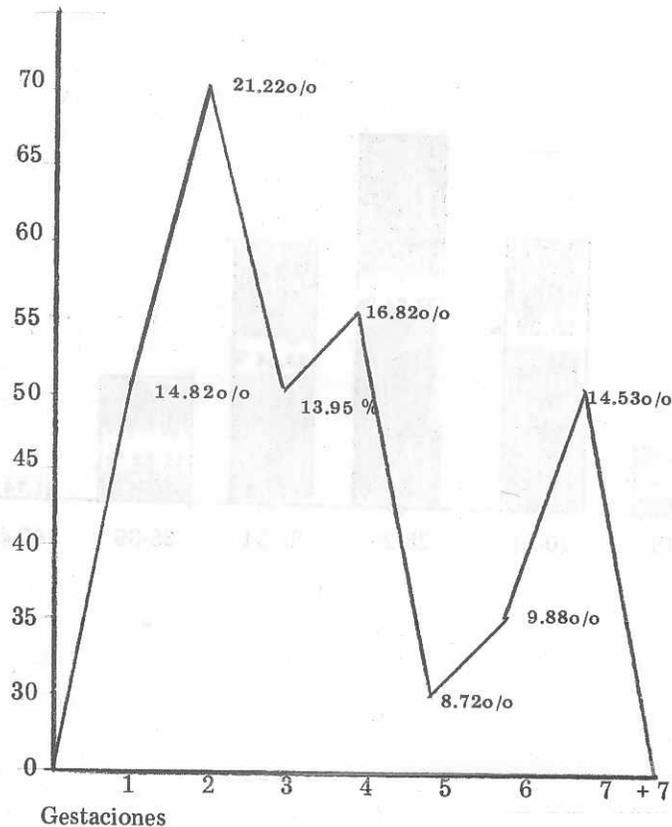
GRAFICA NUMERO 1



Se observa en la gráfica que el 32.84o/o del total de embarazos ectópicos, se presentaron en pacientes de 25 a 29 años; siguiéndole las pacientes 20 a 24 años con el 25.29o/o, luego el 23.54o/o de embarazos ectópicos correspondió a pacientes de 30 a 34 años.

GRAFICA NUMERO 2

ANTECEDENTES GESTACIONALES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO



Analizando la gráfica anterior, del total de 344 pacientes estudiados el 21.22o/o de las mismas tenían antecedente de dos gestaciones con el actual ectópico, siguiéndole las pacientes con cuatro gestaciones que representan el 16.86o/o del total. Llamando la atención que hay 51 casos que constituyen el 14.82o/o en las cuales la primera gestación es la actual que constituye un embarazo ectópico.

CUADRO NUMERO 1  
ANTECEDENTES DE PARIDAD Y ABORTOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

	PARTOS							ABORTOS					CESAREAS				
	0	1	2	3	4	5	6	total	1	2	3	4	5	total	1	2	total
	No. de pacientes	68	87	54	60	21	22	26	338	60	47	8	1	1	117	4	2
o/o	20.11	25.73	15.97	15.75	6.21	6.50	7.69	100	51.28	40.17	2.36	0.85	0.85	100	66.5	33.5	100
	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o

Se observa en el cuadro número 1 que un 25.73o/o de las pacientes tenían un parto anterior, siguiéndole las pacientes con 0 partos constituyendo el 20.11o/o del total de partos (338) luego siguen las pacientes con 3 partos que representan el 11.75o/o. Con respecto a abortos se observa alta incidencia de los mismos ya que 107 pacientes que constituyen el 35.02o/o del total refirieron haber presentado abortos y de éstas pacientes el 51.28o/o tenían el antecedente de un aborto, mientras que el 40.17o/o de dos abortos. El mayor número de abortos reportados fue de 5 en una paciente.

CUADRO NUMERO 2

		No. de Casos	Porcentaje
Antecedentes Gineco-Obsté- tricos	Infeción Pélvica	17	4.94
	Embarazo Ectópico	13	3.77
	Cesáreas	8	2.32
	Legrados	52	15.11
	Resección quiste ovario	4	1.16
	Plastía de trompas	1	0.29
	Leucorrea	1	0.29
Antecedentes Médicos	Enfermedades de la infancia	17	4.94
	Infecciones respiratorias	6	1.74
	Amigdalitis	12	3.48
	Amebiasis	2	0.58
	Hepatitis	3	0.87
	Otros	16	4.65
Antecedentes Quirúrgicos	Hernioplastías	9	2.61
	Apendicectomías	9	2.61
	Laparotomía exploradora	2	0.58
	Colecistectomía	4	1.16
	Amigdalectomía	3	0.87
	Otros	3	0.87

En el análisis de los antecedentes generales, únicamente 17 pacientes que representan el 4.94o/o del total de pacientes; refirieron infecciones pélvicas anteriores. Llama la atención que 13 pacientes habían tenido un embarazo ectópico anterior, lo que proporciona una incidencia de embarazos ectópicos repetidos del 3.77o/o. El 15.11o/o de las pacientes refirieron se les había practicado legrados por aborto. Al 1.16o/o se le había practicado resección de quiste de ovario. Con respecto a antecedentes médicos el 4.94o/o de las pacientes refirieron enfermedades de la infancia siguiéndole las pacientes con problema de amigdalitis que son el 3.4o/o, luego las enfermedades respiratorias que son el 1.74o/o. Sobre antecedentes quirúrgicos se observa que el 2.61o/o del total de las pacientes tenían antecedentes de hernioplastías, igual porcentaje de pacientes refirieron apendicectomías.

CUADRO NUMERO 3

METODOS AUXILIARES UTILIZADOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO ECTOPICO

	Positivas	Negativas	Total	Porcentaje
Punción Saco Douglas	57	2	59	17.15
Laparoscopia	49	4	53	15.40
Ultrasonido	0	0	0	0
Colpotomía	1	0	1	0.29

De 334 pacientes con Embarazo Ectópico se utilizó como ayuda diagnóstica en 59 pacientes la punción del saco posterior; siendo la Laparoscopia utilizada en 53 pacientes lo que representa un 15.4o/o de utilidad diagnóstica siendo concluyente en un 92.45o/o. A una paciente se le practicó colpotomía. El sistema de Ultrasonido no fue reportado ser utilizado en algún caso.

CUADRO NUMERO 4

REPRESENTA LA FRECUENCIA ANATOMICA DEL EMBARAZO ECTOPICO

Embarazo Tubárico Derecho	Corneal	Itsmi-co	Ampu-lar	fim-bria	?	total	Embarazo Tubárico Izquierdo		Aborto tubárico	Total Embarazos Tubáricos	Embarazo Ovárico	Embarazo Abdominal	Embarazo Intraligamentario
							Itsmi-co	Ampu-lar					
	0	4	27	2	154	187	Itsmi-co	2	19	340	2	1	1
							Ampu-lar	40		98.8	0.58	0.29	0.29
							fim-bria	2		0/o	0/o	0/o	0/o
							?	90		0/o	0/o	0/o	0/o
							total	134					

Analizando el cuadro número 4 en donde se hace una distribución de los casos de embarazo ectópico en cuanto a su localización anatómica, se observa que es más frecuente a nivel tubárico derecho reportándose 187 casos. Y al analizar las diferentes partes de la trompa de Fallopio es más frecuente a nivel ampular en 67 casos de 77 reportados ya que en el resto no se especificó a qué nivel de la trompa se encontraba.

La implantación tubárica en general según el estudio; representa el 98.8o/o del total de las gestiones ectópicas, la gestación ovárica el 0.58o/o y el embarazo abdominal y el intraligamentario representan el 0.29o/o cada uno.

### GRAFICA NUMERO 3

#### ESTADO DEL EMBARAZO ECTOPICO AL MOMENTO DEL ACTO



	No. de Casos	Porcentaje
Roto	213	61.91
Aborto Tubárico	19	5.52
No roto	30	8.72
Organizado	40	11.62
No se especificó	41	11.91

Se observa en la gráfica anterior que 213 embarazos ectópicos que constituyen el 61.99o/o del total se encontraron rotos, el 5.2o/o eran abortos tubáricos; 40 embarazos se encontraron organizados y únicamente 30 casos que constituyen el 8.71o/o del total se encontraron intactos durante el momento de la operación. En 41 casos no se encontró reportado el estado del embarazo.





En el 99.12o/o de las pacientes se observó una evolución post-operatoria inmediata (primeros dos días) satisfactoria; mientras que en el 0.87o/o presentó complicaciones, éstas fueron 3 pacientes, una paciente con cuadro de vómitos, una con cuadro de infección respiratoria superior y la tercera presentó hipotensión leve de causa desconocida.

## CONCLUSIONES

- En el presente estudio sobre manejo del Embarazo Ectópico se encontró que el grupo etario más afectado es el comprendido entre los 25 y 29 años, que es casi similar al reportado en otros estudios quienes dan las edades de 26 a 30 años como el grupo de más alta incidencia.(11)
- En cuanto a antecedentes gestacionales, las pacientes presentan en un 21.22o/o dos gestaciones; siguiéndole en un 16.86o/o las que presentan cuatro gestas con la actual. Llama la atención que hay también alta incidencia de pacientes que inician su vida reproductiva con una gestación ectópica, las cuales representan el 14.87o/o por lo tanto tienen paridad de 0, incidencia que aumenta al sumarse las pacientes que aunque tengan antecedentes de gestas anteriores éstas han sido abortos, aumentando dicha incidencia al 20.11o/o.
- La frecuencia reportada por el estudio sobre abortos en las pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico alcanza el 35.02o/o.
- La incidencia de embarazos ectópicos repetidos fue del 3.77o/o porcentaje que comparado con otros estudios (29); se encuentra por debajo de las cifras reportadas, misma que puede ser baja dado a que a las pacientes no se les ha seguido lo suficiente para comprobar este dato.
- La infección pélvica ha sido considerada como factor importante en la etiología del Embarazo Ectópico (12), más sin embargo en nuestra serie se encontró una incidencia baja, refiriéndola el 4.94o/o de las pacientes estudiadas.

- En cuanto a la implantación más frecuente del embarazo ectópico fue a nivel de las trompas de Fallopio en el 98.88o/o y más frecuente en la del lado derecho en un 58.25o/o siendo la porción ampular de las mismas la más afectada.
- La Laparoscopia como método de ayuda diagnóstica fue utilizada en el 15.40o/o de las pacientes, obteniéndose buenos resultados con la misma ya que fue concluyente en el 92.45o/o de los casos.
- Aunque el Hospital San Juan de Dios cuenta con el sistema de Ultrasonido éste no fue utilizado en ninguna paciente con sospecha de Embarazo Ectópico ya que en la mayoría de ellos se sospechó ectópico roto.
- En la actualidad lo más importante del Embarazo Ectópico; es realizar el diagnóstico precoz, antes de que el mismo se rompa y con esto el interés de la cirugía conservadora ha aumentado (20,21,22,23,24,25,26); pero de acuerdo a los resultados obtenidos es la Salpingectomía el procedimiento más empleado, mientras que la cirugía conservadora fue aplicada en el 0.29o/o de los casos (1 caso) constituyendo una conducta de poco interés en nuestro medio.
- Después de la Salpingectomía se encontró que el procedimiento quirúrgico más utilizado fue la Salpingooferectomía en un 14.24o/o, siguiéndole la combinación, ya sea de la Salpingectomía pura o la Salpingooferectomía con ligadura contralateral de trompa, procedimiento realizado en el 7.54o/o de las pacientes; pero el mismo fue aplicado en un 69.23o/o en pacientes que reportaron tener antecedente de más de tres partos y en dos pacientes que tenían 0 partos.

- La mayoría de diagnósticos de embarazo ectópico se realizan cuando ya se han roto; encontrándose en nuestro estudio que el 61.21o/o de los mismos en el momento de la Laparotomía estaban rotos.
- La apendicectomía profiláctica es un procedimiento poco realizado cuando se practica laparotomía exploradora para resolver un embarazo ectópico, ya que la misma fue practicada solamente en 14 pacientes constituyendo el 4.06o/o.
- En lo referente a la evolución inmediata post-operatoria tomando los primeros dos días fue satisfactoria en el 99.12o/o y complicada en un 0.58o/o, que fueron tres pacientes, una con problema respiratorio, la segunda con cuadro de vómitos y la tercera con hipotensión de causa desconocida.

## DISCUSION Y RECOMENDACIONES

Los reportes sobre tratamiento quirúrgico conservador del Embarazo Ectópico invaden cada día más la literatura mundial (20,21,22,23,24,25,26); siendo lo más importante para efectuar el tratamiento quirúrgico conservador, hacer el diagnóstico precoz del Embarazo Ectópico, teniendo siempre presente y en mente los grupos de pacientes con riesgo como son: Las pacientes con antecedentes de embarazo ectópico anterior, pacientes con historias bien documentadas de infecciones pélvicas, pacientes con cirugía peritubo-ovárica reciente, resección en cuña, etc. A este grupo de pacientes debe dárseles un adecuado plan educacional el cual debe incluir el consejo de la búsqueda inmediata del hospital al presentar amenorrea; para que en el mismo con una buena historia, examen clínico y el uso adecuado de los medios que actualmente el médico tiene a su alcance se demuestre:

- 1o. La presencia de un embarazo si éste se sospecha, y
- 2o. Interesarse por demostrar la presencia intra o extrauterina de dicho embarazo. Para tal hecho contamos con la valiosa colaboración de dos procedimientos diagnósticos que han demostrado su seguridad en el auxilio del embarazo ectópico, tales procedimientos son el Ultrasonido que es bien sabido que con una técnica adecuada y el personal capacitado puede hacer diagnóstico de embarazo intrauterino, a las seis semanas de amenorrea.

Al no demostrarse la presencia de saco embrionario en una paciente con sospecha de embarazo ectópico y siendo paciente de alto riesgo de tener una gestación ectópica debería procederse agresivamente con el siguiente paso el cual es la Laparoscopia diagnóstica; efectuada por una persona con suficiente experiencia en el diagnóstico de este tipo de problemas.

Es importante mencionar otro auxiliar diagnóstico para el embarazo ectópico; pero que desafortunadamente en nuestro medio no contamos con él, siendo la detección por radioinmunoensayo de las Beta Subunidades de la Hormona Gonadotropina Coriónica, ya que se sabe la placenta en caso de embarazo ectópico secreta menos gonadotropina coriónica que la que normalmente se secreta en un embarazo que se anida dentro de la cavidad uterina a la misma edad de embarazo (12,13,14). Creemos que con el conjunto de estos tres auxiliares y una buena evaluación clínica realizada a las pacientes de riesgo y dado a que el 20.11o/o de las pacientes según lo demuestra el estudio aún no habían tenido ningún hijo se podrá contribuir a conservar su fertilidad con el tratamiento conservador del embarazo ectópico; obviamente éste es aplicable cuando el embarazo aún no se ha roto o quizás en algunos casos muy especiales de embarazos ectópicos rotos.

Existen diferentes técnicas para efectuar un tratamiento quirúrgico conservador (descritas en consideraciones generales sobre embarazo ectópico) y que realizadas meticulosamente pueden brindar resultados satisfactorios.

Esperamos que este trabajo sirva de estímulo para realizar un seguimiento adecuado de las pacientes de riesgo e incitar a los médicos a efectuar el diagnóstico temprano del embarazo ectópico, lo cual además redundaría en beneficio para la salud general de la paciente ya que la morbi-mortalidad del embarazo ectópico está relacionada en parte con la diferencia que existe entre el apareamiento de los signos y síntomas y la cirugía (15), evitándoles a las pacientes una laparotomía exploradora de emergencia, a la vez que se le ayudará a conservar su fertilidad.

## BIBLIOGRAFIA

1. Consideraciones sobre Embarazo Ectópico. Guzmán Carlos Enrique. Tesis Facultad de Medicina 1954.
2. Embarazo Ectópico. Hospital Roosevelt. Figueroa Micheo Virgilio. Tesis, Facultad de Medicina 1958.
3. Embarazo Eutópico-Ectópico y ectópico doble. Toledo Castellanos Julio César. Tesis, facultad de Medicina 1973.
4. Embarazo Ectópico. Actualizaciones. de Ledón Santizo, César Augusto. Tesis, Facultad de Medicina 1973.
5. Embarazo Ectópico. Low Chuy Manuel. Tesis, Facultad de Medicina 1976.
6. Embarazo Ectópico. Hospital Nacional de Escuintla. Figueroa Gilbert Aníbal. Tesis, Facultad de Medicina 1979.
7. Embarazo Ectópico. Hospital Nacional de Coatepeque. González Medina Antonio. Tesis, Facultad de Medicina 1979.
8. Embarazo Ectópico. Consideraciones Generales. Hospital Nacional de Quetzaltenango. Alegría Paz Ana María. Tesis, Facultad de Medicina, 1979.
9. Tratado de Ginecología. Dr. Edmundo Novak, Dra. Seegar Jones, Dr. Howard Jones. Novena Edición. Editorial Interamericana. Pag. 551-569.
10. Embarazo Ectópico. Obstetricia, Williams Helman, Luis y Pritchard Jacka. 14 edición 1973. Salvat Editores, S. A. Pag. 466-489.

11. A 21 Years Survey of 654 ectopic pregnancies. American J. Obstet and Gynecol. Volumen 106 Número 7.
12. Barjaktarovic SS: Diagnose der Extrauterin Graviditat. Asherm-Zondekschen Schwangersechaftsreaktion. 78:742-743, 1954.
13. Wide L: An immunologic method for the assay of HGC. Endocrinol 41 (Suppl) 70-72. 1962.
14. A rapid modification of the Beta-HCG radioimmunoassay. Use as an aid in the Diagnosis of Ectopic pregnancy. Obstetrics and Gynecology Vol. 50 nov. 1977.
- 15.- Human Chorionic Gonadotropin (B-Subunit) in the early. Diagnosis of ectopic pregnancy. Obstetrics and Gynecology 1978 51/6 (725-726).
16. Combined Laparoscopy and Minilaparotomy in the Management of unruptured tubal pregnancy: A preliminary Report. Fertility and Sterility Vol. 32 No. 5 noviembre 1979.
17. Grey Scale Ultrasonography in the diagnosis of ectopic pregnancy. Kansas City, Kans 66103 USA. Radiology 1978.
18. Ectopic Pregnancy. Criterion and Accuracy of Ultrasound Diagnosis. Med. Cent Washington D.C. 20037. USA Am J Roentgenol 1978 131/1 1530-1560.
19. Grey scale Ultrasound in tubal Pregnancy. Hollywood Fla. 330 21 USA. Radiology 1978 127/3 757-761.
20. The conservative surgical management of Unruptured. Ectopic Pregnancy. Obstetrics and Gynecology Vol. 54 Oct. 1979.

21. Immediate reconstructive surgery in the treatment of ectopic pregnancy. Gynecol Obstet Vandois 1011 Laussanne SWI. J. Gynecol Obstet Biol reprod 1978 7/7 (1261-1267)
22. Conservative Surgical Treatment of 51 cases of tubal pregnancy (Indications Technic and Results). O1 Minerva Ginecol (30) (1-2): 99-103 Jan.-Feb. 78.
23. Conservative surgical management of tubal pregnancy. Obstet and Gynecology Volumen 48 No. 2. 1976.
24. Conservative operative treatment of tubal pregnancy with post operative early hidrotubations. Acta. Obstet Gynecol Scand 51:169-170 1972.
25. Salpingotomy For tubal pregnancy. William B. Strommf. M.D. Obstetric and Gynecology Vol. 1 No. 4 1973.
26. Conservative operative treatment of tubal pregnancy. Gynecol and Obstetric Vol. 15 1965.
27. Fertility after tubal pregnancy. Surgery, Gynecology Volumen 135 1972.
28. Intrauterine device and ectopic pregnancy. Obstetrical and Gynecological survey 16:569 1977.
29. Tubal pregnancy and infertility. Obstetrics and Gynecology. Volumen 28 No. 3 March 1975.
30. Repeat ectopic pregnancy. A 16 year clinical survey. Obstetric and Gynecology vol. 45. no. 5 May 1975.

Br.   
Miriam Rosalinda Montejo Fernández



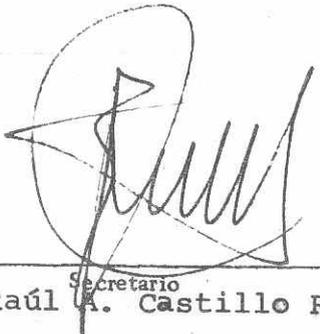
Asesor.  
Dr. Haroldo López Villagrán



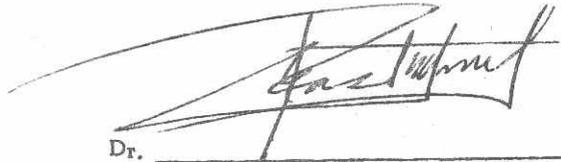
Dr.   
Revisor.  
Dr. Estuardo Calvo Aparicio



Director de Fase III  
Héctor Nuila



Dr.   
Secretario  
Dr. Raúl A. Castillo R



Bo.   
Dr.   
Decano.  
Dr. Rolando Castillo Montalvo