

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CONSIDERACIONES SOBRE EL USO DE LAPAROSCOPIA  
EN EL DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO"

(Estudio retrospectivo del 1o. de Enero de 1978 al  
31 de Diciembre de 1980 en el Hospital General San Juan de Dios)

RODRIGO PEREZ TERCERO

# PLAN DE TESIS

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- JUSTIFICACION
- 3.- OBJETIVOS
- 4.- MATERIAL Y METODOS
- 5.- CONSIDERACIONES GENERALES
- 6.- PRESENTACION DE RESULTADOS
- 7.- GRAFICAS
- 8.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS
- 9.- CONCLUSIONES
- 10.- RECOMENDACIONES

## INTRODUCCION

La nidación de un huevo fertilizado fuera de la cavidad uterina es el principio de un embarazo ectópico, lo cual es fatal para el infante y una amenaza para la vida de la madre.

En años recientes se ha visto un aumento del incremento en su incidencia, un autor reporta incidencia de 1 embarazo ectópico en 241 nacimientos vivos y otro de 1 en 64.2 nacimientos vivos (3); este aumento de riesgo se debe al uso indiscriminado de antibióticos en infecciones genitales, aumento de promiscuidad sexual y al mayor uso de métodos anticonceptivos como el uso de dispositivos intrauterinos, ligadura (pomeroy) o fulguración de trompas y en algunas ocasiones a las famosas resecciones en cuña, proceso que en un buen número de casos predispone a la formación de adherencias perituboováricas.

La mitad de las mujeres (50 x 100) en que ocurre este cuadro clínico consultan una o más veces al médico antes de hacerles el diagnóstico y han recibido tratamiento equivocado (6); esto se debe a que no siempre presentan una sintomatología típica cuando no se ha roto, pero con el advenimiento de Laparoscopia, Sonografía y detección de hormona gonadotropina corionica por el método de radioinmunoensayo o de su subunidad beta, se ha hecho posible excluir o establecer la presencia de esta complicación del embarazo.

En el hospital General San Juan de Dios se cuenta con los dos primeros métodos mencionados para hacer un diagnóstico precoz y así evitar el riesgo a que se expone a estas mujeres cuando el embarazo ectópico se ha roto. Por lo que en el presente estudio donde se revisaron los casos de embarazo ectópico ocu-

rridos durante el 1o. de Enero de 1978 al 31 de diciembre de 1980, se dará a conocer el uso de los métodos auxiliares en el diagnóstico, antecedentes ginecológicos relacionados en su etiología y tratamiento quirúrgico realizado y se expondrá que la Laparoscopia es uno de los métodos más certeros en el diagnóstico y que utilizándolos se brindará un tratamiento adecuado para un mejor futuro obstétrico de estas mujeres.

## JUSTIFICACION

El presente estudio se realizó porque en este centro hospitalario el embarazo ectópico se diagnostica la mayoría de las veces cuando se ha roto y que un significativo grupo de pacientes refieren haber consultado y recibido tratamiento inadecuado; y que la baja incidencia de embarazos ectópico no rotos se debe a que no se está usando laparoscopia con libertad como un método diagnóstico en mujeres de alto riesgo de embarazo ectópico como lo son: Mujeres con embarazo ectópico anterior, con historia documentada de infecciones pélvica y que ha tenido cirugía peritubárica o resección en cuña reciente.

Por lo que se investigará el uso de ellos y se expondrá como son utilizados en el extranjero para hacer un diagnóstico precoz y así disminuir la morbilidad de este cuadro clínico.

## OBJETIVOS

### GENERALES

- 1.- Conocer el manejo de casos de embarazo ectópico y los métodos diagnósticos más empleados en el hospital General San Juan de Dios.
- 2.- Conocer la frecuencia de mortalidad materna.
- 3.- Dar o emitir consideraciones sobre ventajas y desventajas del uso de laparoscopia en el diagnóstico de embarazo ectópico.

### ESPECIFICOS

- 1.- Dar a conocer que la laparoscopia y sonografía son los auxiliares más certeros en el diagnóstico.
- 2.- Conocer los antecedentes quirúrgicos y ginecológicos relacionados con la etiología en este estudio.
- 3.- Conocer las complicaciones más frecuentes encontradas de Laparoscopia en embarazo ectópico en el hospital General San Juan de Dios.
- 4.- Saber las entidades clínicas que fueron más frecuentes incluidas en el diagnóstico diferencial.

- 5.- Detectar el grupo etéreo más afectado.

- 6.- Recomendar el hacer laparoscopia en mujeres con diagnóstico confuso y tienen historia de presentar o haber utilizado dispositivo intrauterino, cirugía abdominal e infección pélvica.

- 7.- Discutir tipo de tratamiento quirúrgico realizado en todos los casos.

METODOLOGIA

Método Descriptivo

Revisión bibliográfica en biblioteca de San Carlos de Lima

Elaboración de cuadros

Revisión de literatura en relación de los datos

Tabulación de los datos

Conclusiones y recomendaciones

## MATERIAL Y METODOS

### MATERIAL

Los casos que ingresaron con impresión clínica de embarazo ectópico o estaba incluidos en el diagnóstico diferencial durante el período del 1o. de Enero de 1978 al 31 de Diciembre de 1980.

### METODOLOGIA

#### Método Deductivo

- Revisión bibliográfica de literatura nacional y extranjera en bibliotecas del INCAP, de Medicina de la Universidad de San Carlos y del IGSS.
  
- Elaboración de protocolo.
  
- Revisión de libros de ingreso y papeletas para la recolección de los datos.
  
- Tabulación de los datos obtenidos, análisis de los resultados.
  
- Conclusiones y Recomendaciones.

## CONSIDERACIONES GENERALES

Embarazo ectópico, es la implantación del huevo fecundado en un lugar distinto de la mucosa que recubre la cavidad uterina.

La edad más afectada se encuentra entre 26 y 30 años, se ve una incidencia en la raza negra de 1 embarazo ectópico por cada 100 a 150 niños nacidos (1), otros estudios reportan 1 en 241 embarazos y 1 en 64.2 embarazos. (3, 4).

La repetición de embarazo ectópico es de 2 y 15 por ciento, en mujeres de baja paridad la incidencia de un embarazo ectópico es de 45.6 por ciento, el intervalo de repetición se da entre 1 y 5 años y no se debe tener probabilidad de reproducción en repetición de embarazo ectópico, una vez pasado un segundo.

### ETIOLOGIA

Su etiología se cree que pueda ser por factores que acrecientan la receptividad de la mucosa tubárica hacia el huevo fecundado, ya sea por focos ectópico endometriales o una respuesta decidua aumentada en la trompa de falopio. Factores que retardan o impiden el paso del huevo fertilizado a la cavidad uterina, como divertículos, bocas accesorias e hipoplasia, tumores que distorsionan la trompa, infecciones puerperales y postaborto, también el reflujo menstrual; Actualmente se ve una mayor incidencia de embarazos ectópicos en mujeres con historia de haber utilizado o en el momento tienen colocado un dispositivo intrauterino; al igual en mujeres con cirugía de esterilización como pomeroy que falla en 0.2-2 por

ciento y la fulguración bilateral tubárica entre 0.4-1.7 por cientos previa a quedar embarazadas.

## CONSIDERACIONES FUNCIONALES Y ANATOMICAS

El embarazo ectópico en un 95 por ciento, se encuentra en la trompa de falopio, mayor en la derecha que la izquierda; en la región ampular se presenta 75 por ciento, en el Istmio 10 a 12 por ciento, en la región infundibular 2 a 3 por ciento, y en la intersticial 1 por ciento; de estas formas primarias se desarrollan formas secundarias como tuboabdominal, tuboováricas e intraligamentoso. Su terminación puede ser aborto tubárico ó ruptura de la región en que se encuentra.

El útero experimenta el fenómeno llamado Arias Stella que son cambios en el endotelio y glándulas endometriales.

## SIGNOS Y SINTOMAS

Los síntomas antes de la ruptura no son característicos, esto se presenta cuando ha ocurrido el aborto o la ruptura. Presentan un retraso menstrual de 7 a 14 días o es reemplazada por una ligera hemorragia en manchas que se conoce como Spotting, se acompaña de dolor abdominal bajo, brusco, punzante la mayoría, de las veces unilateral con irradiación al hombro; al presentarse la ruptura se hace más intenso y se acompaña de palidez, vértigos, náuseas y vómitos, a veces describen la expulsión de un molde decidual.

Los síntomas subjetivos de embarazo no se encuentran debido a su corta duración. La hemorragia profusa ocurre solo

en 5 por ciento de los casos, se presenta en moderada cantidad y en forma repetitiva. Describen un cuadro de "ectópico crónico", con diversos tipos de hematocele pero sin síntomas agudos, puede infectarse y formar un absceso.

## AUXILIARES DIAGNOSTICOS

El embarazo ectópico es una causa importante de mortalidad materna, como consecuencia de una hemorragia masiva por su ruptura, antes que la paciente reciba asistencia médica adecuada. Dentro de las indicaciones para efectuar una laparoscopia diagnóstica se encuentra la sospecha de un embarazo ectópico, ya que más del 20 por ciento (26) de estas pacientes se les puede evitar una innecesaria laparotomía exploradora, además en las condiciones en las cuales los hallazgos al examen físico son insuficientes para decidir una laparotomía hacen descartar o identificar exactamente su etiología mediante una visión directa de los órganos pélvicos.

Desde un punto de vista general la laparoscopia tiene su más común indicación en mujeres infértiles, como también en el síndrome de dolor pélvico crónico y en la diferenciación de una apendicitis con una infección pélvica; es de mayor ayuda en sospecha de embarazo ectópico no roto para evitar el riesgo de muerte a que se expone a estas mujeres cuando se ha roto ya que si se encuentra intacto se les ofrecerá un tratamiento conservador para un mejor futuro obstétrico, ya que presenta la ventaja de ser un procedimiento benigno y si no requiere laparotomía es mínima la hospitalización. La aplicación de este procedimiento expone a riesgos como perforaciones de grandes vasos, de cámara gástrica, de intestino y hematomas abdominales, pero estos deben ser pesados en contra de la necesidad del procedimiento y la habilidad del operador.

La concentración de hormona Gonadotropina Corionica (HGC) en el suero y en la orina ayuda en el diagnóstico, la positividad depende de la sensibilidad de la prueba debido a la baja concentración de esta hormona en relación con embarazos intrauterino y su edad gestacional equivalente; pruebas por bioensayo con sensibilidad de 3000 UI/L de HGC son positivas de 33.3 a 66.7 por ciento; las de inhibición de aglutininas urinarias son sensibilidad de 750 a 1000 MUI/ml de HGC son de 62 a 92 por ciento positivas y el método receptor cualitativo con sensibilidad de 100 MUI/ml de HGC es de 89.4 por ciento; estas pruebas algunos autores no las creen conveniente utilizarlas, pero ahora existe el radioinmunoensayo de HGC o de su subunidad beta que tiene una sensibilidad de 5 MUI/ml de HGC y es casi siempre positiva en embarazo ectópico o sea que ayuda en el diagnóstico. (6)

La realización seriada de hemoglobina, hematocrito y recuento leucositario es un buen indicador.

La Culdocentesis (punción del fondo de saco de Douglas) es la técnica más simple de detectar hemoperitoneo, por que si se obtiene sangre que no coagula y presenta un hematocrito de 15 por ciento o mayor comprueba la sospecha, aunque si es negativa no lo descarta ya que presenta 12 por ciento de error diagnóstico, pero es de máximo valor en poblaciones donde la anemia y la infección pélvica son corrientes.

Sonografía es uno de los métodos confiables en la identificación de embarazo ectópico aunque de más ayuda en el diagnóstico de embarazo intrauterino para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias; Es un proceso que no tiene contraindicaciones y no se le conocen riesgos; Tiene limitaciones en casos cuando la hemorragia está dentro del ligamento ancho, hay adherencias neoplásicas, hidrosalpinx, leiomioma,

quiste o cuerpo luteínico y coexiste un embarazo ectópico.

El diagnóstico de embarazo ectópico se comprueba por patología encontrando vellosidades coriales en el tejido involucrado o puede hacerse durante un examen de piezas endometriales obtenidas por legrado donde se va a encontrar tejido decidual sin trofoblasto, por lo que se debe mandar a patología muestra de endometrio de pacientes que se les ha legrado por un aborto en el primer trimestre ya que bien nos puede dar el diagnóstico de un embarazo ectópico no sospechado.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los cuadros clínicos frecuentemente incluidos en el diagnóstico diferencial son salpingitis, amenaza de aborto o aborto inminente, apendicitis, torsión de quiste ovárico, ruptura de cuerpo lúteo o un quiste folicular con hemorragia intraperitoneal.

## PRONOSTICO

En Estados Unidos en 1975, fue reportado como el 12 por ciento (6) de causa de muerte en mujeres embarazadas, aunque la cifra total de muerte por embarazo ectópico ha disminuido en las últimas décadas esta no ha sido tan importante como la reducción de muerte de embarazadas por otras causas. El futuro obstétrico es malo ya que el 68 por ciento (3) de las mujeres que ha padecido este cuadro clínico no producirán un nacimiento vivo debido a la subsecuente inhabilidad de concebir o a la capacidad de producir abortos.

Con la anestesia y durante el acto quirúrgico la evolución siempre es satisfactoria.

## TRATAMIENTO

Establecido el diagnóstico, el tratamiento puede ser trans fusión sanguínea si es necesaria y obligatoriamente quirúrgico; la técnica frecuentemente aplicada es la salpingectomía con oforectomía ipsolateral o sin ella, lo mejor es respetar el ovario y hacer el corte del hasta para evitar un embarazo ectópico subsiguiente en el muñón tubárico. Cuando es un segundo embarazo ectópico lo mejor es la salpingectomía más histe rectomía, esto se debe realizar estando de acuerdo con la paciente y que presente buen pronóstico.

Actualmente algunos ginecólogos se han preocupado del futuro de mujeres que su primer embarazo ha sido ectópico y se les ha realizado salpingectomía, con la ayuda del laparoscopio en el diagnóstico de esta entidad clínica se están detectando precozmente, y se ha tenido la oportunidad de ofrecerles una cirugía conservadora como la salpingotomía Linear, o bien agregan a esta técnica la colocación de un cateter de polietileno en el área afectada para evitar cicatrización y adherencias de las paredes lesionadas, además se usa la resección y anastomosis o bien la combinación de laparoscopia con minilaparotomía; estos tratamientos han resultado aceptables, como lo muestra el estudio donde 6 casos se les realizó una salpingotomía Linear y solo un caso repitió embarazo ectópico y se encontró en la trompa contralateral. (10)

## PRESENTACION DE RESULTADOS

## Y GRAFICAS

CUADRO NUMERO 1

ANTECEDENTES DE PARIDAD EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

PARIDAD	No. de CASOS	PORCENTAJE
PRIMIGESTAS	13	12.0
MENOS DE 3 EMBARAZOS	55	50.9
MAS DE 3 EMBARAZOS	40	37.1
TOTAL	108	100.0

CUADRO NUMERO 2

FRECUENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO EN GRUPO ETAREO

EDADES	CASOS	PORCENTAJE
15 - 19 años	9	8.31
20 - 24 años	25	23.12
25 - 29 años	34	31.43
30 - 34 años	23	21.32
35 - 39 años	12	11.2
40 - 44 años	5	4.61
TOTAL	108	100.00

CUADRO NUMERO 3

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS  
MAS FRECUENTES

ANTECEDENTES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZOS ECTOPICOS ANTERIORES	8	7.40
ABORTOS	33	30.55
CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA	18	16.66
ANTECEDENTES DE INFERTILIDAD	11	10.18
INFECCION PELVICA PREVIA	6	5.55
USO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO	6	5.55
USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	6	5.55
CONSULTAS PREVIAS	43	39.81

CUADRO NUMERO 4

SINTOMAS MAS FRECUENTES PRESENTADOS

SINTOMAS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
AMENORREA	100	92.59
DOLOR DIFUSO	42	38.88
ABDOMINAL LOCALIZADO	63	58.33
HEMORRAGIA PROFUSA	4	3.70
VAGINAL ESCASA	66	61.11
LIPOTIMIAS	31	28.70

CUADRO NUMERO 5

DURACION DE LA AMENORREA

SEMANAS DE AMENORREA	PORCENTAJE DE CASOS
MENOS DE 8 SEMANAS	52 x 100
MAS DE 8 SEMANAS	48 x 100

CUADRO NUMERO 6

SIGNOS MAS FRECUENTE ENCONTRADOS

SIGNOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
ANEMIA	80	74.07
MASA ANEXIAL	56	51.85
HIPOENSION	38	35.18
LEUCOCITOSIS	25	23.14
TEMPERATURA MAYOR DE 38°C	11	10.18

CUADRO NUMERO 7

CUADROS CLINICOS INCLUIDOS EN EL  
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

CUADRO CLINICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
INFECCION PELVICA	37	34.25
ABORTO INCOMPLETO	20	18.51
INFECCION URINARIA	16	14.81
QUISTE OVARICO	14	12.96
QUISTE FOLICULAR HEMORRAGICO	7	6.48
APENDICITIS	5	4.62
SALPINGITIS	3	2.77

AUXILIARES DIAGNOSTICOS UTILIZADOS

METODOS DIAGNOSTICOS	TOTAL DE PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS	RESULTADO DE LA PRUEBA	No.	PORCENTAJE
CULDOCENTESIS	76	POSITIVA	60	79 x 100
		NEGATIVA	16	21 x 100
PRUEBA DE EMBARAZO	23	POSITIVA	11	47.8 x 100
		NEGATIVA	12	52.2 x 100
LAPAROSCOPIA	22	POSITIVA	17	77.3 x 100
		NEGATIVA	5	22.7 x 100
LAPAROTOMIA DIAGNOSTICA	19	POSITIVA	19	100 x 100
		NEGATIVA	0	0
PARACENTESIS	9	POSITIVA	9	100 x 100
		NEGATIVA	0	0
ULTRASONIDO	4	POSITIVA	0	0
		NEGATIVA	4	100 x 100
COMPROBADO POR PATOLOGIA		POSITIVA	56	91.8 x 100
		NEGATIVA	5	8.2 x 100

TRATAMIENTO QUIRURGICO REALIZADO

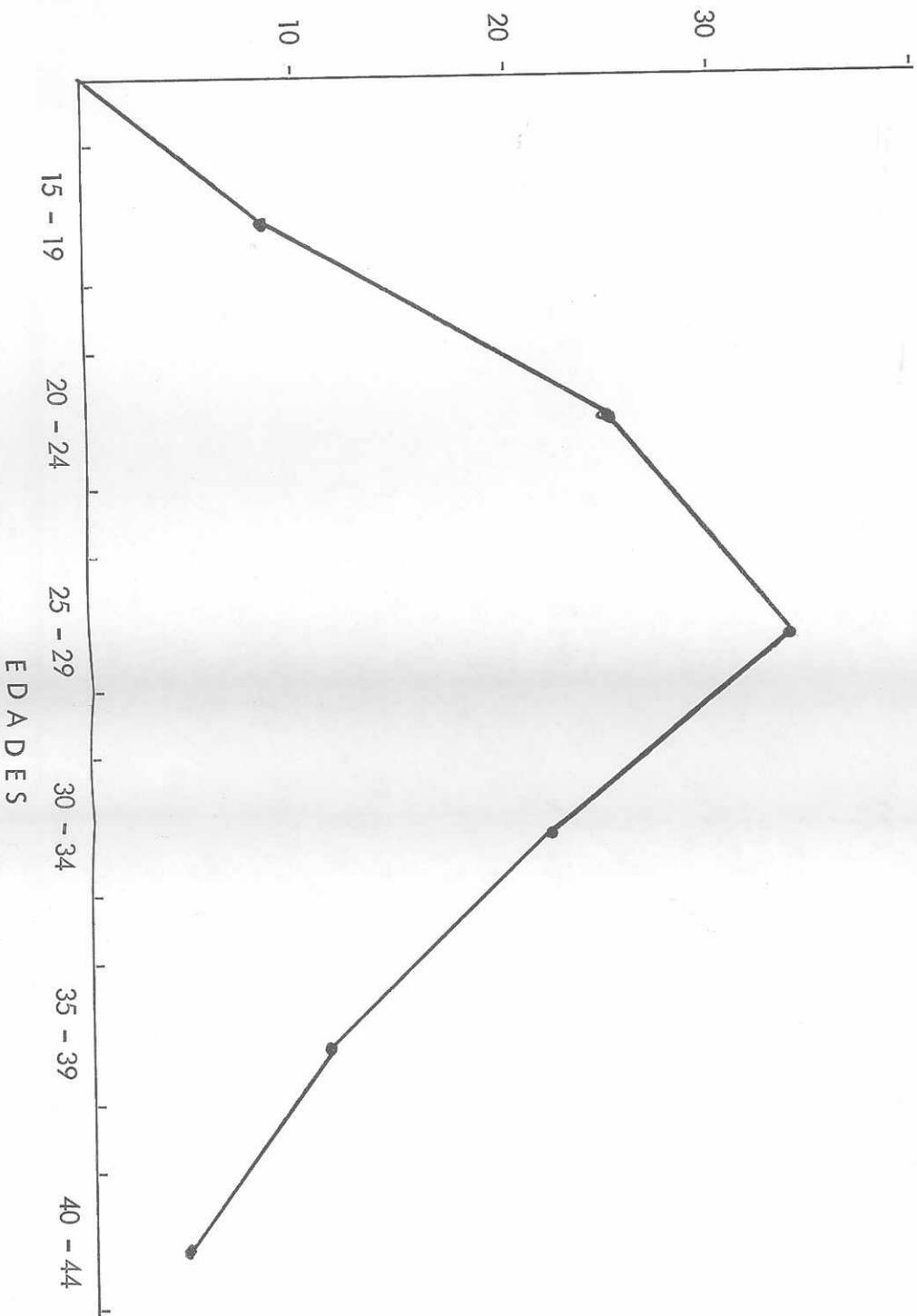
OPERACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
SALPINGECTOMIA	65	60.18 x 100
SALPINGOOFORRECTOMIA	19	17.59 x 100
SALPINGECTOMIA MAS POMEROY	5	4.63 x 100
SALPINGECTOMIA MAS RESEC/ EN CUÑA	9	8.34 x 100
SALPINGECTOMIA MAS HISTERECTOMIA	2	1.85 x 100
SALPINGECTOMIA MAS APENDISECTOMIA	2	1.85 x 100
SALPINGECTOMIA BILATERAL	2	1.85 x 100
FIMBRECTOMIA	1	.94 x 100
TOTAL	108	100 x 100

CUADRO NUMERO 10

ESTADO DEL EMBARAZO ECTOPICO AL MOMENTO  
DEL ACTO QUIRURGICO

ESTADO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO ROTO	61	56.48 x 100
ORGANIZADO	25	23.14 x 100
NO ROTO	16	14.82 x 100
ABORTO TUBARICO	6	5.56 x 100
TOTAL	108	100.00 x 100

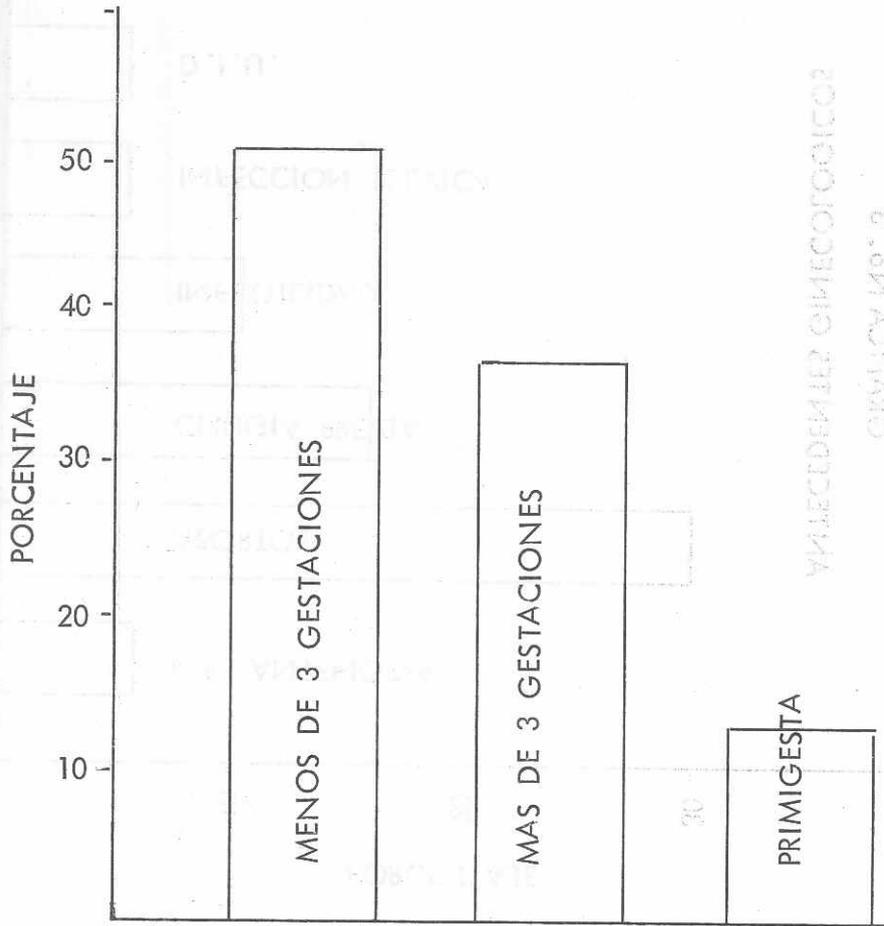
CASOS



GRAFICA No. 1  
DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN  
GRUPO ETAREO

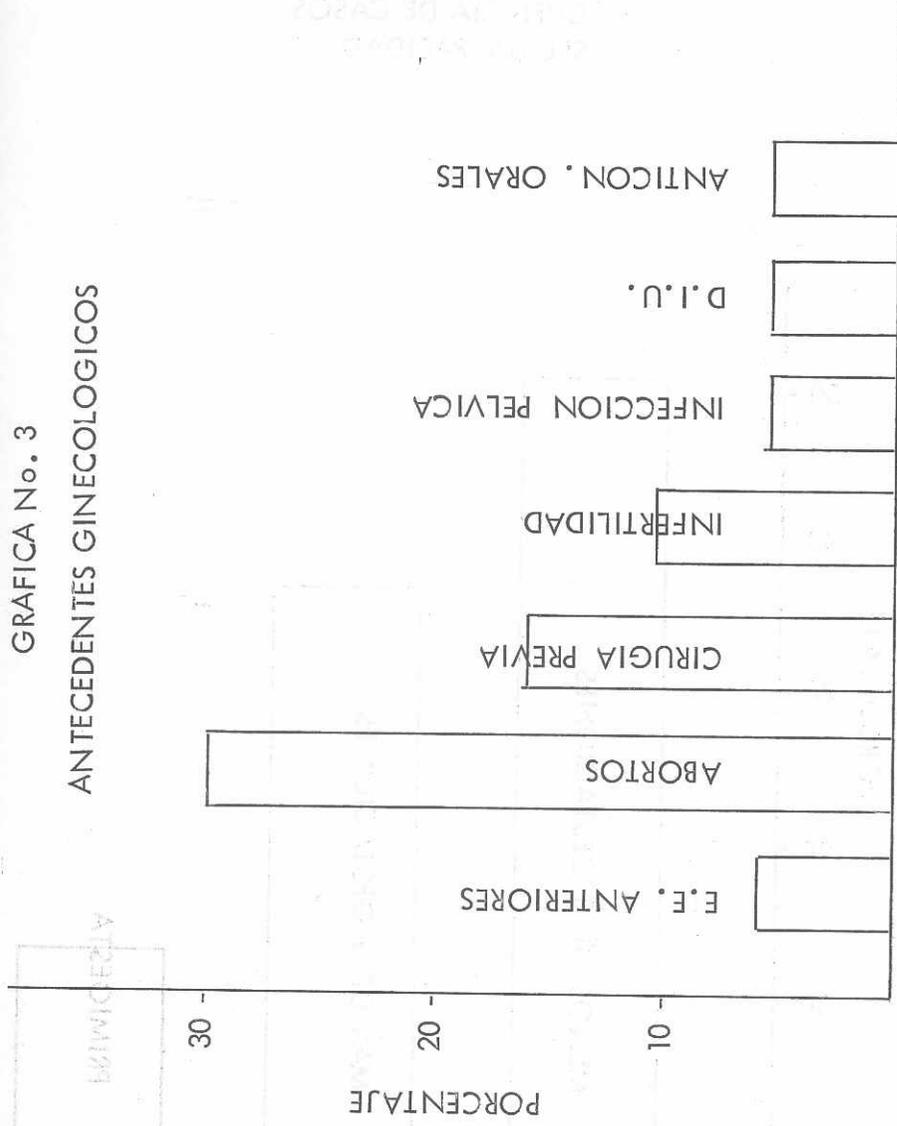
GRAFICA No. 2

FRECUENCIA DE CASOS  
SEGUN PARIDAD



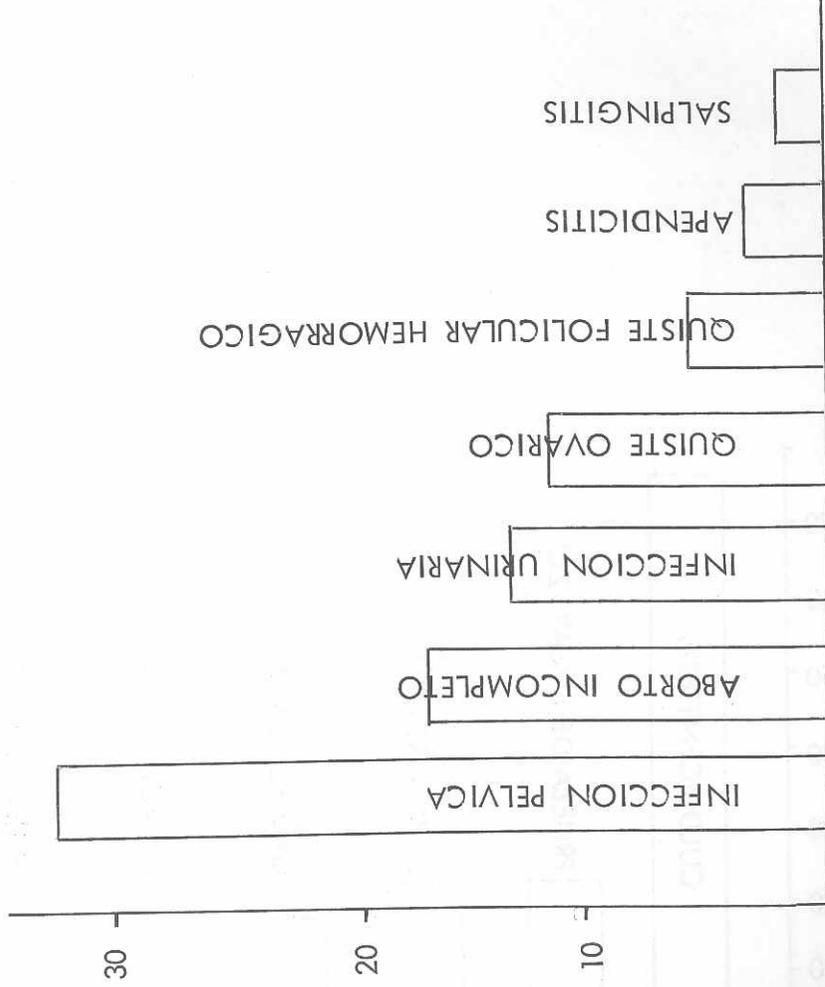
GRAFICA No. 3

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

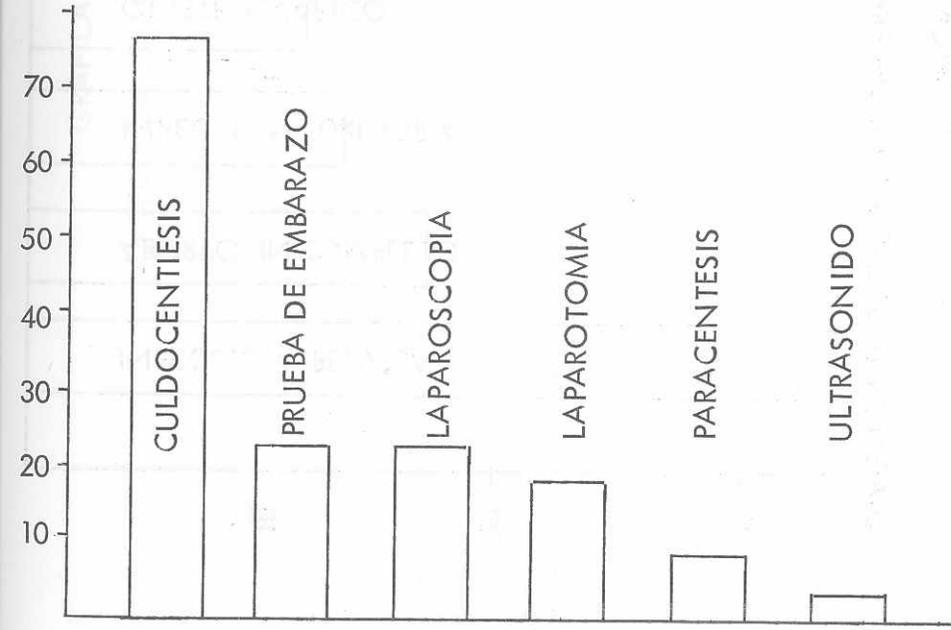


GRAFICA No. 4

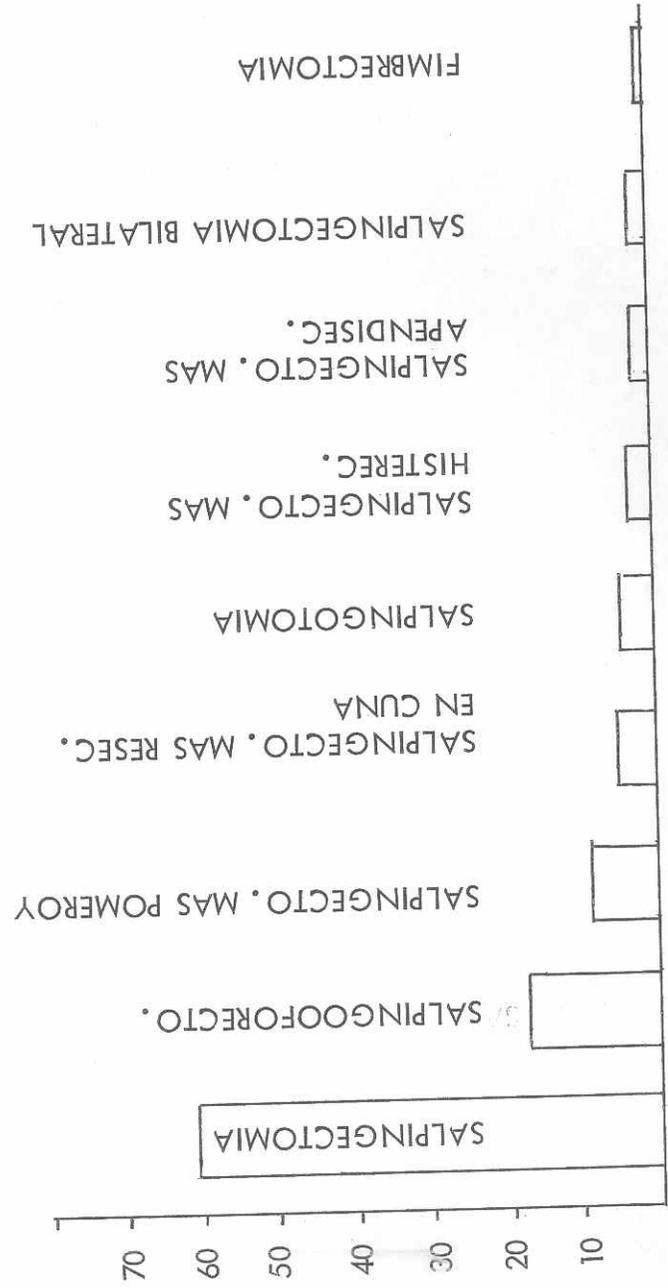
DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS



GRAFICA No. 5  
AUXILIARES DIAGNOSTICOS  
UTILIZADOS



GRAFICA No. 6  
TRATAMIENTO QUIRURGICO  
REALIZADO



En base a los cuadros anteriormente presentados se analiza lo siguiente.

Que la edad en que ocurre el embarazo ectópico, se encontró en el grupo de 25-29 años (31.4x100), donde no se encuentra ninguna diferencia con estudios realizados en Estados Unidos que reportan este mismo grupo etáreo afectado.

En cuanto a paridad se encontró en más de la mitad (50.9x100) de los casos se presentó en mujeres que han tenido menos de 3 gestaciones, aquí se incluyeron 4 mujeres que habían concebido por primera vez pero que terminaron en aborto, en primigesta se vio un bajo porcentaje (12 x 100) en relación al porcentaje presentado (23.1x 100) en estudio realizado en un hospital de Cleveland (3) en 347 casos, al igual al presentado en un estudio realizado en este mismo centro hospitalario, 20 x 100. (13)

Entre los antecedentes Ginecoobstétrico, abortos previos es el mayor encontrado, la literatura no reporta este antecedente, pero en nuestro medio si se debe tener en cuenta en la etiología ya que pudieron haberse acompañado de infección.

Cirugía abdominal previa, en la que encontraron cesáreas, apendisectomía y laparotomías, fue el segundo antecedente (16x100) más frecuente referido, aquí se incluyen 8 mujeres que habían habido ya embarazo ectópico y se les había realizado salpingectomía: La repetición de un embarazo ectópico, encontrada fue baja en 8 casos. El proceso inflamatorio pélvico no presenta un porcentaje significativo 5.5 x 100, como el que reportan en el extranjero estudios como el realizado en 300 mujeres donde el 36.3 x 100 (6) tenían este antecedente; esto es debido a que las pacientes niegan u

olvidan haber padecido este proceso.

Se demuestra que el antecedente de presentar o haber tenido un dispositivo intrauterino en nuestro medio se debe tener en mente como causa de este cuadro clínico, aunque el porcentaje (5.5 x 100) es bajo en comparación al 75 x 100 (6) encontrado en literatura extranjera.

Más de la tercera parte de los pacientes consultaron 1 ó más veces antes de hacerles el diagnóstico, 76.7 x 100 a médico particular y 24.1 a instituciones hospitalarias y habían recibido tratamiento como amenaza de abortos, infecciones urinarias y/o pélvicas; esto es debido a evaluación médica deficiente o no piensa que pueda tratarse de este cuadro clínico.

La mayor parte de los pacientes refirieron amenorrea y el 7.41 negaron cualquier atraso o referían la hemorragia presentada como su menstruación y se acompañaba de dolor abdominal localizado en alguna fosa ilíaca o en hipogastrio y la cuarta parte se acompañó de lipotimias; asociado a estas manifestaciones se les encontró masa anexial, anemia y temperatura menor de 38°C en la mayoría de los casos, hipotensión se encontró solo en el 35.18 x 100 de los casos debido a que va a variar conforme la intensidad y ritmo de la hemorragia presentada. Con lo presentado hasta ahora nos reafirma que con una buena evaluación médica, se puede evitar el riesgo de muerte a que se expone a estas mujeres, ya que se les hace el diagnóstico cuando es obvio.

No se encuentran manifestaciones de embarazo, debido a la corta duración de la gestación, ya que el 52 x 100 se resuelven a las 8 semanas o menos de gestación.

El diagnóstico preoperatorio de un embarazo ectópico está equivocado entre el 15 y 20 x 100 (1) de los casos; los cuadros clínicos que más se encontraron en diagnóstico diferencial fueron: Infección pélvica (34.2 x 100), aborto incompleto (18.51 x 100), Infección urinaria (14.8 x 100), torsión y/o quiste ovárico (12.9 x 100); son diferentes a las que se encuentran reportadas en la literatura como salpingitis, apendicitis y quiste folicular hemorrágico. Por lo anterior se pueden descartar con ayuda de los auxiliares diagnósticos que se tienen al alcance.

Los auxiliares diagnósticos frecuentes utilizados fueron, la Culdocentesis en 76 casos, de los cuales 79 x 100 fueron positivas; a 23 casos se les hizo prueba de embarazo (gravindex), 47.8 positivas, 22 casos se hizo laparoscopia 77.3 fueron positivas; esto demuestra que la culdocentesis es el método más utilizado debido a que más de la mitad (56.4 x 100) fueron diagnosticados cuando se habían roto y por eso es su alto índice de positividad; aquí se hace notar que en este centro hospitalario donde se cuenta con ultrasonido y laparoscopia que son los métodos diagnósticos más certeros no se utilizaron, aunque al hacer laparoscopia se exponen a riesgos a las pacientes en las 22 realizadas no se reportó ninguna complicación y se comprobó el diagnóstico en 77.3 x 100 de los casos, en el resto se encontraron hallazgos como órganos normales, quistes ováricos y perforaciones uterinas que evitaron una intervención quirúrgica innecesaria; El ultrasonido que es un proceso no invasivo y no se le conocen riesgos solo fue utilizado en 4 casos y en los mismos descartó el diagnóstico.

El que las pruebas de embarazo más de la mitad (52.2 x 100) fueron negativas se debe que para que sean positiva tienen que ser muy sensible la prueba como la detección de radioinmunoensayo de hormona gonadotropina coriónica o de

su subunidad beta. Se realizaron 19 laparotomías para hacer el diagnóstico lo que comprueba que no se utilizan las ayudas necesarias para el diagnóstico.

El 91.8 x 100 fueron comprobados por patología, el resto no tenían informe y un 8.2 x 100 reportaban trompa normal o con reacción inflamatoria.

Los tratamientos quirúrgicos realizados fueron un 60.1 x 100 la salpingectomía y en 17.5 x 100 salpingooforectomía, también salpingectomía más resección en cuña, más apendicectomía e histerectomía en un porcentaje bajo; la salpingotomía solo se realizó en tres casos lo que presenta un mínimo porcentaje (2.77 x 100), mientras que si se pensara en el futuro obstétrico de estas pacientes y con la ayuda del laparoscopia se detectaría precozmente el embarazo ectópico y se brindaría una cirugía conservadora como la salpingotomía de linear, la combinación de laparoscopia y minilaparotomía y otros.

## CONCLUSIONES

- En el presente estudio, se encontró una mayor incidencia de embarazo ectópico en el grupo etáreo de 25-29 años, mostrando que no afecta al final de la vida fértil.
- Los casos de embarazo ectópico cunado no se han roto son mal estudiados, lo demuestra las 19 laparotomías que se realizaron para hacer diagnóstico.
- La Culdocentesis es el método diagnóstico más utilizado, pero con la positividad que se mostró del ultrasonido y laparoscopia en los casos en que fueron aplicados se consideran los más certeros en el diagnóstico.
- Las pacientes con baja paridad son las más afectadas y entre ellas las primigestas presentan una baja incidencia de embarazo ectópico.
- El aborto fue el antecedente más frecuente referido en las mujeres con embarazo ectópico, puede ser debido a que la mayoría son manipulados y por ende causar infección.
- Amenorrea corta, hemorragia vaginal, dolor abdominal localizado, con las manifestaciones más frecuentes presentadas.
- Los métodos anticonceptivos de dispositivos intrauterinos se relacionan en la etiología de embarazo ectópico.
- Mujeres que presenten una infección pélvica, urinaria y

amenaza o aborto hay que descartar un embarazo ectópico.

- La mayoría (56.4 x 100) de embarazos ectópicos se diagnostican rotos.
- No es significativo el número (5.5 x 100) de embarazo ectópico que cursa con aborto tubárico.
- No se utiliza una cirugía conservadora como la salpingotomía, por que no se hace un diagnóstico precoz y se continúa realizando salpingectomía (60.1 x 100).
- No se encontró ninguna mortalidad materna relacionada con este cuadro clínico.
- La tercera parte (39.8 x 100) de las pacientes consultaron por lo menos 1 vez antes de hacerles el diagnóstico y en el 24.1 x 100 lo hicieron a una institución hospitalaria.
- En las 22 laparoscopías realizadas no se presentó ninguna complicación.

## RECOMENDACIONES

- Que a toda mujer que presente un diagnóstico confuso y entre ellos se piensa en embarazo ectópico, se realice prueba de hormona gonadotropina corionica, ultrasonograma y/o laparoscopia.
- Se debe sospechar embarazo ectópico en mujeres que presente dolor abdominal y han sido sometidas previamente a métodos de esterilización y a las pacientes de alto riesgo de embarazo ectópico.
- Toda mujer que al examen ginecológico se le encuentre masa pélvica y no se puede determinar su etiología se debe realizar laparoscopia ya que se deben pensar los riesgos a que se expone contra la necesidad del procedimiento.
- Realizar una mayor cirugía conservadora para un mejor futuro obstétrico de estas mujeres.
- Todo médico general debe tener en mente la posibilidad de un embarazo ectópico, más aún con el aumento del uso de dispositivos intrauterinos, infecciones pélvicas, ya que la mayoría de estas mujeres consultan por lo menos una vez antes de hacerles el diagnóstico.
- Que se lleve un adecuado seguimiento de estas pacientes, por que actualmente no se sabe si quedan infértiles o conciben un embarazo normal.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Williama Helman, Luis y Pritchard, Jacka, *Obstetricia*, 14 edición 1973, Editores Salvat, pag. 466-489.
- 2.- Edmundo Novak, Dra Seegar Jones, Hovar Jones, *Tratado de Ginecología*, 9a. edición, editorial Interamericana, pág. 551-569.
- 3.- Joanne A. Schoen, Richard J. Nowak, Repeat Ectopica pregnancy, *Gynecol and Obstetric*, pág. 542-545, may 75.
- 4.- Leonard S. Schonberg, Ectopic Pregnancy an First Trimester Abortion, *Gynecology and Obstetrics*, pág. 73s-75s, January 77 volumen 47.
- 5.- Paul F. Brenner, Tromas Benedetti, Ectopic Pregnancy Following tubal Sterilization Surgery, *Gynecology and Obstetrics*, pag. 323-324, March 77 vo. 49 No. 3.
- 6.- Dres Paul F. Brenner, Subir Roy y Daniel R. Mishell, Embarazo Ectópico, *JAMA*, pag. 379-384, Mayo 1980 vol. 3.
- 7.- Hans Axelsson and Bengt Wimblad, Dislocate IUD and -intrauterine ectopic prechancy with uterine rupture, *Gynecology and Obstetrics*, pag. 365, March 76, vol 47 No. 3.
- 8.- Stefan Semchyshyn and Ronald C. Strickler, Laparoscopy (is it replacing clinica acumes), *Gynecology and Obstetrics*, pag. 615-618, November 76, vol. 48 No. 5.

- 9.- Marie T. Kelly, Rigoberto Santos Ramos, The Value of Sonography in suspected ectopic pregnancy, *Gynecology and Obstetrics*, June 79, pag. 703-708, vol. 53.
- 10.- William B Stromnf, M.D., Salpingotomy For Tubal Pregnancy, *Gynecology and Obstetrics*, vol. 1 No. 4 1973.
- 11.- Gerhard C. Endler, and Kamran S. Mogshissi Md, Gas tric perforation during pelvic laparoscopy, *Gynecology and Obstetrics*, pag 40s-42s, January 76, vol. 47 No. 1.
- 12.- Otoniel Avilio Cardona Mauricio, *Laparoscopia en el hospital General San Juan de Dios*, Tesis de F.M. 1980
- 13.- Miriam R. Montejo Fernández, *Manejo de Embarazo Ectópico*, hospital San Juan de Dios, Tesis de F. M. 1980.
- 14.- Edna Floridalma Valle Alvarado, *Diagnóstico Laparoscópico en hospital de Ginecoobstetricia del IGSS*, tesis de F.M. 1979.
- 15.- Susana Montenegro de Camposeco, *Estudio de Laparoscopia*, hospital General de Occidente, tesis de F/M. 1977.
- 16.- Manuel Lou Chuy, *Embarazo Ectópico*, tesis de F. M. 1976.
- 17.- Conley G. Lacey, *Laparoscopy (Aclinical sign for intraperitoneal needle placement*, *Gynecology and Obstetrics*, May 76, 625-627 v. 47.

- 18.- C.J. Hutchins, FrCs, Laparoscopy and Hysterosalpingo-  
 -graphy in the assessente of tubal patency, Gynecolo-  
 -gy and Obstetrics, pag. 325-327, vol. 49.
- 19.- Jhoann Henrich, A 21 year Surve of 654 ectopic preg-  
 -nancy, American Journal de Obstetrics and Gynecolo-  
 -gy, vol. 106, No. 7.
- 20.- Ana María del Carmen Alegría, Incidencia de embarazo  
 -ectópico en el Hospital General de Occidente, tesis de  
 -F.M. 1979.
- 21.- Antonio González, Embarazo ectópico, hospital Nacio-  
 -nal del Coatepeque, tesis de F. M. 1979.
- 22.- Enrique Jop Yonzel, Embarazo Ectópico, Hospital Roose-  
 -velt tesis de F.M. 1980.
- 23.- I. Bokow Sky, Rlanger A. Herman, Conservative surge-  
 -ry for tubal pregnancy, Gynecology and Obstetrics, pag  
 -703-704, vol. 48.
- 24.- Bruce H. Thompson, Maj MC and Clifford R. Weeless,  
 -Failure of laparoscopy sterilization, Gynecology and -  
 -Obstetrics, June 75, pag 659-664, vol. 45 No. 6.
- 25.- Mattingly, R. F., Te Lindes's operative Gynecology, -  
 -Fifty Edition, 1977 J,b, Lippincott Company, pag 353  
 -354.
- 26.- Luis Gibic, MD, Gynecology laparoscopy diagnostic and  
 -operation, pag. 104-111, Copynght 1975, Febiger re-  
 -blished in Great Britain by Kimpton Publsixherse.

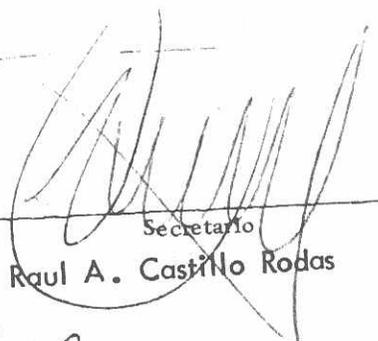
Br.   
 Br. Rodrigo Perez Tercero

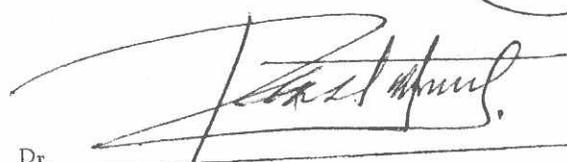


Asesor.  
 ésar A. Reyes

Dr.   
 Revisor.  
 Haroldo López Villagrán

  
 Director de Fase III  
 Carlos A. Nalaheim

Dr.   
 Secretario  
 Raul A. Castillo Rodas

Dr.   
 Decano.  
 Rolando Castillo Montalvo