

## TITULO

"EMBARAZO ECTÓPICO, CORRELACIÓN  
CLÍNICO, QUIRÚRGICA Y PATOLÓGICA".

## SUB – TITULO

Estudio descriptivo - retrospectivo, que establece la correlación clínica, quirúrgica y patológica, de pacientes con diagnóstico de Embarazo ectópico, atendidas en el Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), durante el período de 1,995 a 1,999.

## **I.- INTRODUCCIÓN:**

El Embarazo ectópico continúa siendo un cuadro sumamente grave, encontrándose hoy en día, entre las principales causas de consulta a la emergencia. Su variedad tubárica es la más frecuente y su tratamiento de primera elección, es el quirúrgico; el cuál en nuestro medio se realiza después de una exploración quirúrgica, muchas veces en situaciones de emergencia.

La decisión de efectuarla se basa en la información obtenida por un buen interrogatorio, un rápido y adecuado examen físico, aplicación de ayudas diagnósticas y por los hallazgos operatorios. Además el diagnóstico depende finalmente del examen histopatológico de la pieza anatómica afectada.

El presente, es un estudio descriptivo-retrospectivo realizado en el Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en todas aquellas pacientes con sospecha o impresión clínica de Embarazo ectópico y que además fueron intervenidas quirúrgicamente, durante los años de 1,995 a 1,999.

Dicho estudio evalúa el grado de correlación, entre la impresión clínica inicial; los hallazgos operatorios y el diagnóstico anatomopatológico final de las piezas estudiadas de pacientes atendidas por Embarazo ectópico.

Como principales hallazgos operatorios: el Hemoperitoneo presento mayor frecuencia ( 82.2%), seguido de la perforación tubárica y la presencia de masa anexial, con 42.2 y 40% respectivamente. El estudio anatomo-patológico de las piezas confirmo el diagnóstico definitivo en un 90.2%.

Además se establece los síntomas y signos más frecuentes; métodos diagnósticos, de los cuales el Ultrasonograma transabdominal y la Subunidad beta de HCG continúan siendo de gran utilidad para el diagnostico, ( 88.8 y 91.8% ). Entre los segmentos anatómicos más afectados, se encontro mayor frecuencia a nivel de la ampolla e itsmo, con 37.7 y 28.3% para cada uno de ellos.

## II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.-

El embarazo ectópico, es considerado como una urgencia médico-quirúrgica, que coloca en peligro la vida de la paciente si no se sospecha rápidamente y si además no se toman las medidas adecuadas del caso. Su incidencia crece de modo alarmante en países industrializados en donde se reporta un 2 – 3% de los casos; a nivel nacional se registra entre las principales causas de consulta a la emergencia, con una incidencia de 1 caso por cada 220 nacimientos, y con un continuo incremento. Del total de los casos, el 95% a 98% son localizados a nivel de las trompas de falopio. En la actualidad existen técnicas conservadoras que pueden utilizarse si se cuenta con los recursos adecuados, sin embargo la salpingectomía ha sido el tratamiento de elección en situaciones de urgencia médica. (6) (9) (14).

Toda mujer en edad reproductiva o sexualmente activa puede estar propensa a éste cuadro, máxime en aquellas personas que presentan: irregularidad menstrual (65%), sangrado vaginal (80%), dolor abdominal o pélvico (98%) y una masa anexial palpable (50%), elementos indispensables para sospechar en un embarazo ectópico (26).

Sin embargo éste cuadro clínico puede confundirse con otras patologías como: enfermedad inflamatoria pélvica, quiste ovárico con torsión del pedículo, anexitis aguda, amenaza de aborto y apendicitis aguda entre otras (12).

Su alta incidencia está correlacionada con el aumento de enfermedades de transmisión sexual, uso de DIU, intervenciones médicas como: administración de estrógeno o gestágenos, inducción de la ovulación y aborto inducido; embarazo ectópico previo o infertilidad. (14).

Hoy en día, con el afinamiento de métodos diagnósticos y su aplicación a mujeres de alto riesgo, pueden diagnosticar embarazos ectópicos con mayor precocidad, sin embargo en nuestro medio aún se tienen ciertas limitaciones para su aplicación. En base a la práctica se toman de inmediato las manifestaciones clínicas iniciales y la decisión urgente de intervenir a la paciente para evitar el riesgo de muerte, causada por la hemorragia intraperitoneal.

Por lo anterior, la certeza diagnóstica se podrá llevar a cabo si se realiza una buena correlación entre los síntomas iniciales y los hallazgos operatorios, siendo de suma importancia el diagnóstico anatomopatológico de las piezas extirpadas durante el procedimiento quirúrgico. Macroscópicamente pueden ser parecidas a las de embarazo ectópico, pero secundarias a otras entidades, por lo que el estudio anatomopatológico indicará el diagnóstico definitivo.

### **III.- JUSTIFICACIÓN.**

El Embarazo ectópico continúa considerándose como una urgencia médico-quirúrgica, debido a que la decisión de la conducta terapéutica, se debe tomar de inmediato para salvaguardar la vida de la paciente.

En la actualidad, es una entidad que va en aumento y de ella, la variedad tubárica es la más frecuente.

Para brindar un tratamiento oportuno y eficaz, debe efectuarse una adecuada impresión clínica, apoyada en el grado de sospecha, que se confirmará con el procedimiento quirúrgico y finalmente con la ayuda del estudio anatomopatológico.

En tal sentido y ante la observación de una alta incidencia de casos manejados durante los últimos años, surge la inquietud de efectuar el presente estudio en el Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

El estudio pretende determinar el porcentaje de correlación clínico, quirúrgica y patológica, dentro del total de casos que fueron atendidos durante el período de revisión.

Por otro lado, se da a conocer la experiencia que tiene el Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), en cuanto al manejo de esta entidad tan importante y al mismo tiempo reconocer el grado de correlación clínico, quirúrgica y patológica que se tiene en dicho departamento para establecer un diagnóstico clínico inmediato.

#### **IV. OBJETIVOS.**

##### **A.- GENERALES:**

- 1.- Cuantificar el porcentaje de correlación entre la impresión clínica inicial, los hallazgos operatorios y el diagnóstico anatomopatológico final de las piezas estudiadas, de las pacientes atendidas por Embarazo ectópico, en el Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), durante el periodo de 1,995 a 1,999.

##### **B.- ESPECÍFICOS:**

- 1.- Identificar el motivo de consulta, así como los síntomas y signos observados y referidos por las pacientes con sospecha de Embarazo ectópico.
- 2.- Identificar los métodos diagnósticos que se utilizaron como ayudas diagnósticas.
3. - Determinar los grupos etáreos afectados.
4. - Describir los principales lugares anatómicos de Embarazo ectópico.
5. - Describir los hallazgos más frecuentes durante la exploración quirúrgica de pacientes intervenidas por Embarazo ectópico.
6. - Identificar las entidades con las que se hizo diagnóstico diferencial de Embarazo ectópico, por medio del examen anatomopatológico.

## **V.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

### **A.- TROMPAS DE FALOPIO.-**

#### **1. - consideraciones anatómicas:**

Las trompas uterinas o de falopio, son dos conductos que se extienden a lo largo de los ligamentos anchos en su borde superior y de los ángulos laterales del útero, a la superficie del ovario. Su longitud es de 10 a 14 cm. Y su trayectoria recta horizontalmente en su tercio interno, para luego tornarse ondulada, formando una concavidad sobre el entorno ovárico.

La trompa uterina se mantiene en su posición por medio de la unión de su extremo interno al útero, su extremo externo se fija al ovario por el ligamento tubo-ovárico, a lo largo de su recorrido es cubierta por el peritoneo formando el mesosalpíx que la fija al borde superior del ligamento ancho.

Cada trompa se divide en cuatro porciones o segmentos:

#### **a. - intersticial o Intramural:**

Está situada en el espesor de la pared uterina, posee una longitud de 1 cm. Y su diámetro interior alcanza 0.5 mm. Inicia por un estrecho orificio, el ostium uterinum, atraviesa la pared del útero y se continúa en el vértice del ángulo del útero con el istmo de la trompa.

#### **b.- Istmo:**

Continúa de la porción intersticial a nivel de los ligamentos redondo y útero-ovárico dirigiéndose horizontalmente hasta el polo inferior del ovario, éste segmento es casi cilíndrico y de consistencia firme. Mide de 3 a 4 cm. De longitud y de 3 a 4 mm. De diámetro.

#### **c.- Ampolla:**

Mide de 7 a 8 cm. De longitud y de 7 a 8 mm. De diámetro, siguiendo el borde anterior del ovario hasta el polo superior donde se dobla hacia atrás y abajo, formando una concavidad que rodea dicho polo para luego continuarse con el pabellón.

#### **d.- Pabellón o infundíbulo:**

Posee un vértice, una base, una superficie exterior y otra interior. El vértice corresponde a

un orificio de 2 a 3 mm. De diámetro (ostium abdominal), que comunica con la ampolla. La base es el borde libre y presenta 10 a 15 franjas de bordes dentados, dispuestas en dos líneas de las cuales la interior es de franjas más cortas constituyendo una corona irregular; de la franja más larga parte el ligamento tubo-ovárico. (17) (27) (28).

Esta franja es conocida como franja ovárica o tubo-ovárica, debido a sus conexiones con el ovario, además se conoce como franja de Richard.

## 2.- **Histología:**

La constitución histológica de la trompa consta de tres capas:

### a.- **Serosa:**

Formada por el peritoneo que recubre la superficie externa de la trompa y consta de células mesoteliales y lámina de tejido conectivo laxo.

### b.- **Muscular:**

Formada por células de músculo liso bien desarrollado, dispuestas en dos capas, una interna en sentido circular o espiral y otra externa en sentido longitudinal. La capa muscular es la más gruesa y varía de espesor en cada segmento siendo mayor en el istmo.

### c.- **Mucosa:**

Compuesta por un estrato epitelial de células cilíndricas ciliadas intercaladas con otra no ciliadas que son secretoras de elementos nutritivos (para el oocito y espermatozoide), la altura de estas células varía en relación con los cambios cíclicos, en los niveles de secreción de hormonas por los ovarios. Este epitelio descansa sobre un corión de tejido conjuntivo mezclado con algunas fibras de músculo liso. La capa mucosa forma varios repliegues de carácter primario, secundario y terciario, siendo estos más desarrollados en la ampolla. (7) (27) (29) (32).

## 3. - **Irrigación:**

La irrigación de la trompa de Falopio surge de la arteria tubárica externa, rama de la ovárica y de la arteria tubárica interna, rama de la uterina; ambas formadas en el mesosalpíx, proporcionan ramos ascendentes para la trompa y descendentes para el ovario. Las venas nacen de redes capilares de la capa muscular desembocando a las útero-ováricas.

Los linfáticos se unen a los colectores del ovario, ascendiendo con ellos a lo largo de los vasos ováricos y vaciándose en su mayor parte en los ganglios latero-aórticos.

## 4.- **Inervación:**

Los nervios acompañan a los vasos en especial a las arterias, proceden del plexo intermesentérico por el plexo de la arteria ovárica y del plexo hipogástrico por el plexo de la arteria uterina. (17) (27) (28).

#### 5. - **Consideraciones funcionales:**

La trompa de falopio tiene básicamente dos funciones: servir como conducto para el transporte del oocito, desde su liberación del ovario hasta el interior de la cavidad uterina; Si llegase a registrarse la fecundación de dicho oocito normalmente ésta debe darse a nivel de la ampolla y es así como su segunda función consiste en dar albergue a éste paso y favorecer la fase de división del cigoto para que éste llegue hasta el endometrio donde debe implantarse.

La primera de las funciones de la trompa se consigue por medio de dos factores que se combinan; como lo son las contracciones de la capa muscular tanto en las fibras longitudinales como en las circulares, lo que produce un movimiento peristáltico similar al del intestino.

El otro factor, es el movimiento de los cilios de las células de la mucosa; dando así como resultado el desplazamiento del cigoto.

La segunda de las funciones es favorecer la división del cigoto, por medio de las secreciones nutritivas formadas de las células mucígenas, las que proporcionan un ambiente propicio para tal fase. (7) (27) (31).

### **B.- EMBARAZO ECTÓPICO.**

#### 1. - **Definición:**

El embarazo ectópico se ha considerado como una forma rara de fecundación y su definición ideal, es la implantación o anidación del embrión fetal y su posterior desarrollo fuera de su sitio natural, que es la mucosa o endometrio que recubre la cavidad del útero. (12) (16) (22) (27) (29) (31) (32).

#### 2. - **Etiología:**

Los factores que se han considerado causa de embarazo ectópico pueden clasificarse en los siguientes grupos:

- a.- Procesos que interfieren o retrasan el paso del huevo fertilizado hacia la cavidad endometrial.

- i.- **Endosalpingitis:** produce aglutinación de los pliegues de la mucosa tubárica, originando fondos de saco y reduciendo la luz. Esto se ha señalado por algunos como causa más frecuente. (13) (14).
- ii.- Operaciones quirúrgicas sobre la trompa de falopio: tales como la ligadura laparoscópica, reconstrucción microquirúrgica y a veces el mismo tratamiento conservador de un embarazo ectópico, dejan un conducto que no garantiza un buen acceso al útero. (15) (34).
- iii.- Uso de dispositivos intrauterinos: los cuales impiden la implantación en el endometrio y retienen el huevo en el oviducto. (3) (12) (14) (34).
- iv.- Adherencias peritubáricas: Sub-siguientes a una infección post-parto o puerperal, o una apendicitis producen acodamiento de la trompa y estrechamiento de su luz. (13) (27).
- v.- Malformaciones congénitas o embrionarias: además, tumores de la trompa; tales como divertículos, miomas, quistes o hipoplasia. (3) (12) (19) (22).
- vi.- Migración externa del huevo: lo que en teoría aumenta las propiedades invasoras del blastocisto durante su recorrido en el oviducto.
- vii.- Circunstancias que se dan en la mujer, como la tendencia a retrasar la ovulación y la fecundación tardía; lo que produce concentraciones hormonales insuficientes para suprimir la menstruación, la cuál deja irritada la mucosa uterina, que favorece el reflujo del embrión. (14)
- b.- Factores que favorecen la receptividad del huevo fertilizado por parte de la mucosa tubárica.
  - i.- Focos de endometriosis en la trompa: ya que existe una gran afinidad entre este tejido y el embrión.
  - ii.- Intervenciones médicas: tales como la inducción de la ovulación, administración de estrógenos o gestágenos, el aborto inducido. Además, el uso de gonadotropinas menopáusicas humanas y citrato de clomifeno, las que producen hiperestimulación para mantener concentraciones estrogénicas elevadas que tienen que ver con la regulación de la actividad contráctil y ciliar del músculo liso de la trompa. La inducción de liberación de oocitos, los afecta en diferentes etapas de su desarrollo, aumentando la densidad del complejo cumulus corona que favorece su estancamiento dentro del oviducto. (3) (14) (34).
- c.- Factores propios del huevo fertilizado:

En la gestación ectópica, es común encontrar desarrollo embriológico anormal y

defectos cromosómicos notables, lo cuál puede comprobarse en pacientes que han sufrido un embarazo ectópico y tienen trompas de falopio normales, sin otro factor al que se pueda atribuir su causa. Sin embargo estos estudios son aún escasos. (16) (27).

3. - **Frecuencia:**

La frecuencia del embarazo ectópico varía de acuerdo al centro donde se realice el estudio y al denominador que se utilice (total de embarazos registrados, total de nacimientos registrados); sin embargo a nivel mundial los reportes concuerdan en que su incidencia va en aumento, cerca de un caso por cada 100 a 300 embarazos. A nivel nacional, los estudios encontrados retrospectivamente a partir de 1,990 reflejan un rango de 2.16 a 4.5 casos por cada 1,000 nacimientos, o sea 1 caso por cada 220 a 460 nacimientos. La distribución topográfica de los embarazos ectópicos se esquematizan así: el 98% son de asiento tubárico, 1% se desarrollan en el ovario y 1% más se implantan primaria y secundariamente en el abdomen. Un número insignificante lo hace en el cérvix uterino, el ligamento ancho, en un cuerpo uterino rudimentario y en otras localizaciones excepcionales. (6) (9) (14) (16) (20) (25).

4. - **Morbilidad y mortalidad materna:**

Las principales consecuencias para la mujer consisten en el riesgo de muerte causada por la hemorragia intraperitoneal y además la pérdida o disminución de la fertilidad. Informes internacionales indican que las tasas de mortalidad materna absoluta y relativa causadas por esta patología han ido descendiendo en los dos últimos decenios a pesar del aumento en la incidencia del mismo. Han pasado de ser de 35 muertes por 10,000 casos en 1,970 a 4.2 muertes por 10,000 casos en 1,985.

Esto es atribuible al diagnóstico precoz y eficiente del embarazo ectópico y a la aplicación de modernos métodos de tratamiento. La tasa de mortalidad materna ligada al embarazo abdominal varía mucho de unas instituciones a otras, pero se han dado cifras de hasta el 20%, lo cuál es fácil de comprender si tomamos en cuenta el riesgo de hemorragia catastrófica, trastornos de la coagulación, sepsis y fístulas intestinales postoperatorias. A pesar que existen hoy en día avances modernos en el diagnóstico y tratamiento, las mujeres que han tenido un embarazo ectópico previo, presentan fertilidad disminuida, por lo que cerca del 30 – 50% llegan a tener embarazos a término. (6) (10) (14).

5. - **Mortalidad y viabilidad embrionofetal:**

Con el afinamiento de los métodos diagnósticos y su aplicación a los grupos de mujeres de alto riesgo por embarazo ectópico, se pueden diagnosticar hoy en día embarazos ectópicos con mayor precocidad y seguir muy de cerca su evolución. De esta forma se ha establecido, que es mucho más alto el número de embarazos precoces que sin dar manifestaciones clínicas o con sintomatología muy ligera, sufren un proceso de aborto tubárico espontáneo.

Actualmente en muchas instituciones se tiende a conjurar mediante el tratamiento

inmediato, todos los riesgos para la vida y fertilidad ulterior de la madre, mediante la intervención quirúrgica o farmacológica del embrión. Estos procedimientos impiden obtener datos modernos de la evolución espontánea del embarazo ectópico y la viabilidad del embrión, son excepcionales los casos en que los fetos alcanzan la viabilidad y son menos todavía los que son extraídos vivos, de éstos, apenas una cuarta parte superan la etapa perinatal en razón de las graves anomalías relacionadas con el Oligohidramnios.

Desde el punto de vista estadístico, la viabilidad embriofetal es un factor poco relevante en el juicio del Embarazo ectópico. (10) (14).

#### 6.- **Anatomía Patológica:**

La implantación del embrión en la pared tubárica o en el endometrio, es por medio de las vellosidades coriónicas, las que microscópicamente presentan en la superficie dos capas de epitelio trofoblástico: la capa interna (capa de Langhans o citotrofoblasto), contiene células individuales cuboides y pálidas; la capa externa constituida por la fusión de sus células en una sola masa, lo que le da el aspecto de ser más oscura, multinucleada y sin límites celulares. Ambas se encuentran entre un espacio constituido por tejido laxo.

Cercano al sitio de la implantación a nivel de los vasos tubáricos, se observan cambios semejantes a los de aterosclerosis, análogo a lo observado en los vasos uterinos, luego de una implantación normal. Además existe una reacción decidual fragmentaria e incompleta y debido a que las células trofoblásticas que invaden la pared tubárica comúnmente se confunden con las deciduales especialmente donde es notable el citotrofoblasto; dicha reacción decidual es poco notoria y se ha observado células deciduales en la pared tubárica en presencia de embarazo ectópico. Por otra parte, la acción invasora trofoblástica en la pared tubárica provoca perforación y erosión de vasos sanguíneos originando hemorragia dentro del conducto (formando hematosalpix), o bien hacia la cavidad peritoneal (hemoperitoneo), cambios macroscópicos que hacen sospechar fuertemente en embarazo ectópico. (1) (2) (20) (29) y (33).

#### 7.- **Evolución:**

La mayoría de embarazos ectópicos, suelen terminar con ruptura a la cavidad peritoneal alrededor de la 12<sup>a</sup> semana, específicamente si la implantación es a nivel del istmo (en el intersticio éste evento es más tardío). Posteriormente el embrión tiene dos caminos: permanecer junto a la placenta dentro de la trompa y ser solamente sangre lo que drene a la cavidad peritoneal, produciendo un hemoperitoneo, lo que ocasionará irritación y por consiguiente dolor; o bien ser expulsado con ésta a la cavidad donde su destino depende del daño que hubiese padecido en el momento de su expulsión y de la duración de la gestación.

En tal sentido, un embrión de pocos días puede reimplantarse en cualquier otro punto estableciendo una adecuada circulación de modo que pueda sobrevivir y crecer, pero esto es muy raro, por lo que los productos de la concepción, si son pequeños serán

reabsorbidos y de ser mayores pueden permanecer en el fondo del saco como una masa encapsulada o calcificarse y formar un Litopedión. Si en el momento de la ruptura solo es expulsado el feto, el futuro de éste dependerá del daño padecido por la placenta, la cuál si estuviera muy dañada, la muerte del feto será inevitable, pero si no, la trompa puede cerrarse sobre la placenta formando un saco; y la periferia de ésta en crecimiento, establecerá conexiones con los órganos pélvicos circundantes, logrando una buena irrigación para la manutención de un embarazo abdominal secundario.

Si la implantación del oocito se dirige hacia el mesosalpíx, la ruptura será en la porción de la trompa que no está recubierta de peritoneo, siendo expulsado al ligamento ancho, formándose un embarazo intraligamentoso, que bien puede terminar: con la progresión de éste, o con la formación de un hematoma del ligamento ancho y por consiguiente la muerte del embrión. Los embarazos tubouterinos resultan de un huevo inicialmente implantado en el intersticio que luego se extendió a la cavidad uterina. El embarazo tuboabdominal, deriva de un huevo implantado en la extremidad fimbriada que se extendió hacia la cavidad peritoneal. El embarazo tuboovárico es cuando El saco fetal está compuesto en parte de la trompa y del tejido ovárico. (5) (9) (20).

Tomando en cuenta lo anterior, se presentan diferentes variedades de embarazo ectópico, siendo las siguientes:

- a.- Embarazo ovárico: constituye uno de los lugares menos frecuentes, en un 1%.
- b.- Embarazo tubárico: es la forma mas frecuente y puede localizarse a cualquier nivel de ésta.
- c.- Embarazo intraligamentario: es cuando se implanta en el margen de la trompa, en el tejido que la sostiene.
- d.- Embarazo abdominal: se desarrolla entre las distintas vísceras, a las cuales se adhiere. Presenta muchos riesgos pero es la única que puede llegar al embarazo término en algunas ocasiones.
- e.- Embarazo cervical: está localizado a nivel del inicio del cuello uterino y se complica en las primeras semanas del desarrollo del embarazo. Es común que El embarazo ectópico no llegue a la segunda mitad del desarrollo (cuarto mes), pero puede evolucionar de diferentes maneras:
  - i.- Resorción temprana del huevo por déficit de nutrición o por alteraciones congénitas. Ocurre antes del primer mes, pasa inadvertido y solo se piensa en un pequeño retraso menstrual.
  - ii. Hematosalpíx: En éste caso el huevo más o menos alterado queda encerrado en la trompa, dentro de coágulos sanguíneos al haber ruptura.
  - iii.- Rotura de la trompa: Al aumentar de tamaño la trompa, el tejido se vuelve fino y

frágil, con la consecuente ruptura, expulsión y muerte del huevo. Constituye una complicación grave generalmente durante el tercer mes de embarazo, por lo que si no es operado de inmediato, causa hemorragia abundante y dolor abdominal.

- iv.- Aborto tubárico: Está condicionado por el desprendimiento y expulsión del huevo a través del orificio tubárico, hacia el abdomen y se da durante la sexta a treceava semana.
- v.- Embarazo ectópico avanzado: Es raro a nivel de las trompas, pero frecuentemente cuando es a nivel abdominal ya que al adherirse la placenta a las vísceras, tienen mayor nutrición y espacio para su desarrollo. Generalmente no llega a término y debe efectuarse cirugía inmediata para obtener un niño vivo. (12) (18) (22) (31).
- 8.- **Signos y síntomas:**

Las primeras manifestaciones clínicas de un embarazo ectópico no son características, pues generalmente los pacientes creen que se trata de un embarazo normal o que están abortando o no sabían que estaban embarazadas. Los principales signos y síntomas registrados coinciden con la ruptura o aborto, razón por la que puede verse un cuadro variado.

Las manifestaciones clásicas que caracterizan un embarazo ectópico son: Amenorrea en un 65%, dolor abdominal (98%), el cuál es súbito e intenso en fosas ilíacas, hipogastrio, mesogastrio o flancos, de carácter brusco y desgarrador o punzante, pudiendo ser acompañado desde vértigo hasta un verdadero síncope, lo cuál es debido a la hemorragia secundaria a la ruptura.

Hemorragia vaginal (80%), acompañada además con náuseas y vómitos, pudiendo referir algunas pacientes dolor en el cuello o en los hombros secundario a la irritación diafragmática causada por la hemorragia intraperitoneal. (9) (12) (29) (23).

En el exámen físico inicial, deberá corroborarse los signos vitales con cambios al ponerse de pie, inestabilidad hemodinámica (hipotensión y taquicardia), por lo que es recomendable realizar la prueba de Tilt. Además de apreciar palidez y debilidad generalizada, la temperatura suele ser normal o levemente baja oscilando entre 37 a 38.3 grados centígrados.

Puede apreciarse hipersensibilidad a la palpación abdominal, siendo unilateral, bilateral o generalizada, además se registra que el 50% de éstas pacientes, es posible palpar una masa hacia alguna de las trompas, el útero suele estar crecido y en el 75% se aprecia dolor a la movilización del cuello y fondo del saco, cuando hay sangrado en la cavidad abdominal.

Para que se presenten signos de shock hipovolémico o choque, las pérdidas por hemorragia intraperitoneal deben superar un 20% de la volemia total, siendo los mismos: Palidez, taquicardia, piel fría y pegajosa y dificultad respiratoria. Para ellos debe hospitalizarse de inmediato a la paciente, ya que de lo contrario hay muerte a

corto plazo. (9) (12) (20) (22) (23).

9.- **Diagnóstico clínico:**

La detección temprana del embarazo ectópico, antes de la ruptura de la trompa y de la presencia de hemorragia es verdaderamente difícil, máxime en nuestros servicios de emergencia en las que aún existen algunas limitaciones para su aplicación. Sin embargo una paciente que presente un cuadro con los signos y los síntomas descritos y además se encuentren en edad reproductiva y sexualmente activa, deben despertar en el médico con suficiente experiencia un alto grado de sospecha. Por tanto el diagnóstico clínico del embarazo ectópico en la actualidad se basa en una buena historia, un adecuado examen físico los cuales serán reforzados con la aplicación de varios procedimientos y el uso de avances tecnológicos que han contribuido en la actualidad a aumentar el porcentaje de certeza. (16) (20) (23).

10. - **Diagnóstico diferencial:**

Los trastornos que fácilmente pueden confundirse con embarazo ectópico y de los cuales debe diferenciarse son:

- i.- Folículo sangrante: la paciente puede o no presentar un retraso menstrual, sangrado leve y dolor en la parte baja del vientre, pero generalmente la prueba de embarazo es negativa, por la salida del óvulo del ovario.
- ii.- Anexitis aguda: hay dolor en la parte baja del vientre, a veces sangrado leve, pero con prueba de embarazo negativa frecuente en pacientes portadoras de dispositivos intrauterinos, asociándose además con secreción vaginal.
- iii.- Amenaza de aborto: existe dolor tipo cólico, a veces intenso, con sangrado vaginal variable y prueba de embarazo positiva. La diferencia debe establecerse por ultrasonido.
- iv.- Inflamación pélvica tumoral: en éste cuadro el dolor generalmente es bilateral aunque el aumento de tamaño es unilateral. Puede haber hemorragia, pero es raro, la fiebre es alta, hay leucocitosis y elevación de la velocidad de eritrosedimentación.
- v.- Torsión o rotura de quiste ovárico: existe dolor intenso pero raramente sangrado y el ultrasonido y prueba de embarazo son negativos. Los quistes rotos, sobre todo los de cuerpo amarillo. Generalmente no se acompañan de amenorrea duradera. Los quistes foliculares en cambio tienden a romperse a mitad del ciclo. En ambas se necesita exploración quirúrgica para cohibir la hemorragia presente.
- vi.- Otros cuadros con los que se puede crear confusión son: apendicitis aguda y perforación de vesícula biliar, en los que el tratamiento siempre será quirúrgico. Generalmente la Salpingitis y la apendicitis suelen presentarse con signos de infección y sin amenorrea o hemorragia irregular. (8) (9) (12) (22) (23) (31).

11. - **Ayudas diagnósticas:** Las pruebas y procedimientos que se utilizan con el propósito de comprobar la existencia de un embarazo ectópico y descartar otra entidad son las siguientes:
- i.- **Culdocentésis:** cuando hay una emergencia de abdomen agudo y/o sospecha de shock hemorrágico, se debe confirmarse si existe sangrado abdominal con ésta técnica, que no es más que la punción del fondo del saco de Douglas, utilizando una jeringa estéril con aguja larga de calibre 16 o 18, con lo que se aspira en busca de sangre intraperitoneal no coagulada con hematocrito de más de 5-10%. Se ha observado que ésta prueba es positiva en cerca del 80 a 95% de los casos de embarazo ectópico roto.
  - ii.- **Colpotomía:** consiste en la incisión quirúrgica del fondo de saco de Douglas, que permite la salida de sangre libre en la cavidad peritoneal, teniendo también la ventaja de visualizar directamente, con laparoscopia, los órganos pélvicos y de resolver un embarazo ectópico, si existe. Al igual que la culdocentésis, su porcentaje de certeza es bastante alto; pero su aplicación requiere de sala de operaciones, anestesia general y médicos experimentados.
  - iii.- **Determinación de subunidad beta de gonadotropina coriónica humana (HCG):** cuando se sospecha este diagnóstico debe practicarse una prueba de sensibilidad al embarazo, para determinar la presencia de HCG, si es positivo, deberá obtenerse un estudio cuantificado. Si los títulos exceden de 4,000 u/ml. Y con presencia de embarazo intrauterino, debe visualizarse mediante ultrasonografía, de preferencia con la técnica más sensible del detector vaginal; en estas condiciones se excluye el diagnóstico a menos que presente un embarazo intrauterino y ectópico simultáneos. Por el contrario si los valores de HCG son menores a 4,000 u/ml. No será aparente un embarazo intrauterino, por lo que se realizarán cuantificaciones cada tercer día. Idealmente en un embarazo normal los valores se duplican cada 48 horas, durante este lapso del embarazo. Si no se observa esta duplicación se puede afirmar el diagnóstico. En un 87% de los casos se han observado concentraciones mayores de 6,500 u/ml. Por otra parte una prueba negativa no excluye el diagnóstico, pues podría tratarse de un embarazo ectópico roto, rodeado de un hematoma. (20) (31).
  - iv.- **Ultrasonido:** la utilización de aparatos de alta resolución ha aumentado el porcentaje de certeza en el diagnóstico; con un buen equipo, un embarazo se detecta a las 6 semanas con ultrasonido transvaginal, viéndose si es intra o extrauterino. Además detecta la presencia de sangre libre en el abdomen.
  - v.- **Laparoscopia:** éste procedimiento requiere de quirófano, anestesia general, personal experto, equipo especial moderno y de buenas condiciones generales de la paciente. Por tal razón, se reserva para aquellos casos que continúen siendo dudosos, después de haber realizado por lo menos dos pruebas. (9) (16) (31).
  - vi.- **Histerosalpingografía:** es un método radiológico que puede identificar un

embarazo tubárico, pero que ya no es utilizado por el riesgo de causar ruptura de la trompa, si aún no ha ocurrido, debido al aumento de presión al inyectar el medio de contraste. Antes de aplicarse se descarta la posibilidad de embarazo intrauterino.

- vii.- **Laparotomía exploradora:** la exploración quirúrgica de la cavidad pélvica y abdominal permite establecer con alto grado de seguridad el diagnóstico, sin embargo se recomienda realizar otras pruebas antes, a no ser que el estado general de la paciente requiera una conducta urgente y agresiva pues esta vía permite iniciar rápidamente el tratamiento. (9) (16) (20).

Los procedimientos para el diagnóstico del embarazo ectópico se han perfeccionado en los últimos años, permitiendo también comprender cada vez mejor las posibilidades evolutivas del mismo, su variado curso clínico, determinar el estado de viabilidad del embrión y diagnosticar su muerte; además de tener una mejor individualización del tratamiento que deberá instituirse a cada paciente.

Estas técnicas deben formar parte de los servicios que prestan los hospitales hoy en día. Junto con los datos del estado general y hemodinámico de la madre, dan una sólida base a la actitud expectante que, hace compatible el máximo respeto a la vida del embrión con la protección de la vida de la madre. (14).

## 12. - **Tratamiento:**

El primer principio moral que se impone al médico es respetar la vida humana desde su comienzo, según se proclama en la declaración de Oslo, de la asociación médica mundial, sobre el aborto terapéutico. Respetará al embrión ectópico vivo adoptando la actitud clásica de tratamiento expectante, que practicará con la ayuda de la tecnología moderna; tendrá en cuenta los datos epidemiológicos, vigilará la evolución del embarazo ectópico mediante las dosificaciones seriadas de marcadores hormonales de la viabilidad embriofetal o el diagnóstico ecográfico. Cuando aparezcan las primeras manifestaciones de inestabilidad hemodinámica, que señalan no sólo una urgencia clínica sino aseguran la muerte del embrión, prestará la ayuda de urgencia. Es un tratamiento de calidad profesional, pero que también tiene sus costos por mantener una situación de alarma que puede durar horas, días o semanas hasta la hospitalización de la paciente. (14).

La aceptación de la extirpación de la trompa que contenía un embrión vivo es basado en la aplicación del principio del doble efecto, que requiere que la acción primaria y la intención del médico estén dirigidas a eliminar el órgano patológico o dañado, que amenaza la vida de la mujer gestante. Si la pared tubárica se encuentra adelgazada, constituye una amenaza a la vida de la madre por lo que lícitamente puede ser extirpada; en ésta condición una trompa ocupada por un embarazo ectópico es equiparada a un tumor maligno que ha de ser eliminado para salvaguardar la vida de la madre. Hoy en día en nuestros centros hospitalarios, establecido el diagnóstico se recomienda el tratamiento quirúrgico, aún en pacientes con síntomas ligeros, debido a la posibilidad de hemorragia por ruptura que puede comprometer la vida de la

paciente. Si esto ha ocurrido repondrá la sangre perdida con transfusiones sanguíneas, tratando de evitar las molestias por hipocalcemia para lo cuál se ha recomendado la administración de 1 gramo de gluconato de calcio por cada 500 cc de sangre transfundida.

Los objetivos del tratamiento del embarazo ectópico son: evacuar los productos de la gestación evitando su crecimiento y futura ruptura de la trompa; si ésta ya ocurrió entonces controlar la hemorragia. Para tales fines podemos mencionar algunas de las técnicas descritas:

- i.- **Salpingectomía:** con o sin ooforectomía del mismo lado: cuando el daño sufrido es irreparable o muy extenso se recomienda la extirpación total de la trompa o bien cuando en un intento por conservarla surge hemorragia incontrolable. La decisión de realizar ooforectomía ipsilateral debe ser reservada para la paciente que presente un severo compromiso de la irrigación sanguínea de dicho ovario, ya que no se ha comprobado que el dejar el ovario (el cuál sigue ovulando), favorezca significativamente al origen de otro embarazo ectópico por migración externa del óvulo.
- ii.- **La técnica conservadora:** las modernas técnicas de cirugía conservadora y los ensayos farmacológicos en curso, que eliminan directamente el embrión y a sus envolturas, se fundamentan en la consideración de que, antes de la ruptura de la trompa, el elemento amenazador de la vida de la madre no es la pared tubárica que contiene el embarazo ectópico, sino el embrión ectópico con sus envolturas. Eliminando uno y otras, no solo se resuelve la amenaza contra la vida de la madre, sino que los tejidos tubáricos se reparan de modo tal que en buena parte de los casos puede conservarse una buena función tubárica y así misma la fertilidad de la mujer. (4) (14) (20).

Los avances tecnológicos han añadido al médico un objetivo de primer orden, como lo es, el asegurar la ulterior fertilidad de mujer. Para ello se hace uso de intervenciones quirúrgicas que no solo son precoces sino mínimamente traumatizantes; en países industrializados y con equipos modernos se ha desechado la salpingectomía, por ser demasiado agresiva mutilante, por lo que aplican procedimientos quirúrgicos conservadores, por laparotomía o por laparoscopia, tal como la resección parcial de la trompa, la salpingotomía lineal, salpingostomía o la expresión infundibular, además se comienza a ensayar el valor de algunos tratamientos farmacológicos experimentales, tanto generales (metotrexato, RU - 486), como mediante inyección en el saco gestacional intratubárico, que favorece la involución del saco y su resolución espontánea reforzada con otros ciclos (metrotexate, cloruro potásico, prostaglandinas). (14) (31). En cualquiera de las formas en que se aborde terapéuticamente el embarazo ectópico, la selección de la técnica deberá considerar los siguientes factores:

- Localización dentro de la trompa.
- Posibilidad de restauración del daño.

- Recursos de institución.
- Edad y constitución de la paciente.
- Deseo de la necesidad de conservar la fertilidad.
- Posibles factores etiológicos.

**13. - Pronóstico:**

El pronóstico de ésta patología ha mejorado, ya que la tasa de mortalidad ha disminuido significativamente como efecto del diagnóstico temprano y al rápido tratamiento que son posible gracias a la tecnología moderna; sin embargo aún existen regiones que no tienen acceso a tales avances o aún a la atención médica apropiada para el manejo de esta patología, por lo que quizás continúa siendo mortal. En cuanto a las implicaciones sobre la fertilidad se considera que un 30% de las pacientes que cursaron con un embarazo ectópico, no pueden en un futuro llegar a tener hijos. En el 10% de las pacientes, recurre el embarazo ectópico en el lado opuesto.

**VI.- MATERIALES Y MÉTODOS.-**

**A.- Metodología:**

1. - Tipo de estudio:

Descriptivo-Retrospectivo.

2. - Unidad de análisis:

Se seleccionó como sujeto de estudio, los expedientes clínicos de las pacientes atendidas en el hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGGS), con sospecha o impresión clínica de embarazo ectópico y que además fueron intervenidas quirúrgicamente, durante un periodo de 5 años, comprendidos de 1,995 a 1,999.

3. - Criterios de inclusión y exclusión:

a.- Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico clínico inicial o sospecha de Embarazo ectópico al ingreso.
- Pacientes de sexo femenino.
- Pacientes ingresadas por el Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona en el departamento de Ginecología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGGS).

B.- Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico no relacionado con el de embarazo ectópico.

4. - Variables de estudio:

Se describen en los cuadros. (páginas:20,21).

5. - Ejecución de la investigación:

Revisar de sala de operaciones de Gineco Obstetricia Pamplona del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGGS), los números de afiliación y registros clínicos de aquellas pacientes que ingresarán al Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona, con diagnóstico clínico o de sospecha de Embarazo ectópico.

Se solicitó al archivo general del hospital, los expedientes clínicos proporcionando el número de afiliación y registro, para obtener de cada uno de ellos los datos, (variables), de interés a la presente investigación, además se revisó en cada expediente clínico el informe anatomopatológico y en conjunto se anotó en la boleta de recolección de datos.

6. - Presentación de resultados:

Se tabularon los datos (variables) y se elaboraron cuadros estadísticos. Haciendo un análisis general en forma descriptiva de acuerdo a la frecuencia y porcentaje de cada una de ellas. Posteriormente se procedió a formular las conclusiones y recomendaciones respectivas.

**B.- Recursos:**

1. - **Materiales físicos:**

- Expedientes clínicos del archivo general del Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Libros de archivos de sala de operaciones.
- Boleta de recolección de datos.

2. - **Humanos:**

- Estudiante responsable de llevar a cabo ésta investigación.
- Médicos, asesor y revisor, docente de unidad de tesis.

3. - **Institucionales:**

- Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).
- Universidad de San Carlos de Guatemala.

4.- **Economicos:**

|   |                           |                |
|---|---------------------------|----------------|
| - | Fotocopias                | Q 75.00        |
| - | Material de Oficina       | Q100.00        |
| - | Papel                     | Q100.00        |
| - | Gastos de Computadora     | Q400.00        |
| - | Transporte                | Q250.00        |
| - | Alimentación              | Q200.00        |
| - | <u>Impresión de Tesis</u> | <u>Q900.00</u> |
|   | Total                     | Q2025.00       |

C.- **Aspectos éticos de la investigación:**

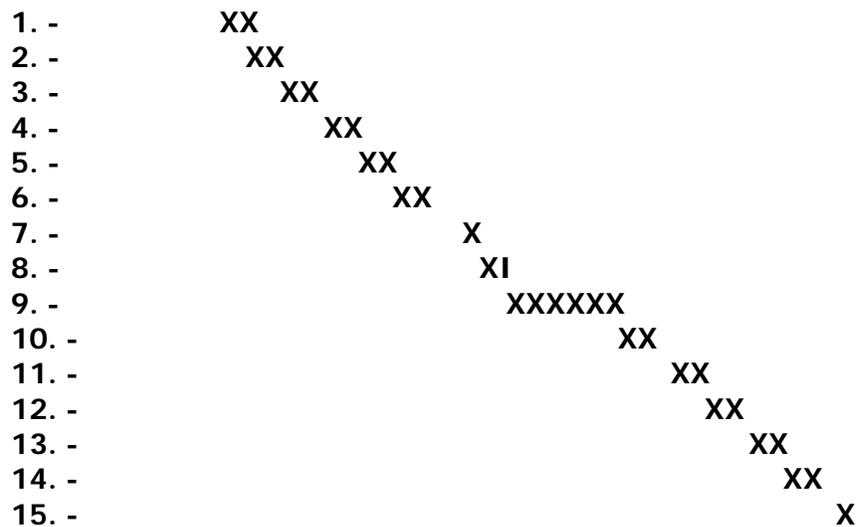
La presente investigación por ser un estudio descriptivo retrospectivo, solamente recabó la información necesaria de los expedientes clínicos en aquellas pacientes con sospecha de Embarazo ectópico en un periodo de 5 años. En tal sentido no perjudica en absoluto a las pacientes tomadas dentro del estudio.





**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES  
GRÁFICA DE GANNT.**

**ACTIVIDADES:**




---

1. -----32 SEMANAS.

- 1. - Selección del tema del proyecto de investigación 04/10/99.
- 2. - Elección del asesor y revisor 04/10/99.
- 3. - Recopilación del material bibliográfico 05/10/99.
- 4. - Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor 11/10/99.
- 5. - Aprobación del proyecto por el comité de investigación del Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) 15/10/99.
- 6. - Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis 14/03/2000.

7. - Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información 07/20/2000.
8. - Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información 03/04/2000.
9. - Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas 12/06/2000.
10. - Análisis y discusión de los resultados 03/07/2000.
11. - Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen 07/07/2000.
12. - Presentación del informe final para correcciones 01/08/2000.
13. - Aprobación del informe final. 12/10/2000.
14. - Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. - Exámen público de defensa de tesis.

## **VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.**

Cuadro 1

Rango de edad de las Pacientes a quienes se les intervino quirúrgicamente por Embarazo Ectópico  
Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del IGSS, período 1995 - 1999

| Rango de Edad ( años ) | No. de Pacientes | Porcentaje |
|------------------------|------------------|------------|
| 15 a 19                | 2                | 1.1%       |
| 20 a 24                | 42               | 23.3%      |
| 25 a 29                | 57               | 31.6%      |
| 30 a 34                | 56               | 31.1%      |
| 35 a 39                | 18               | 10%        |
| 40 a 44                | 5                | 2.7%       |
| 45 o más               | 0                | 0%         |
| Total                  | 180              | 100%       |

Fuente: Boleta de recolección de datos

**ANÁLISIS:**

Podemos apreciar que el rango de edad para el presente cuadro fue comprendido en intervalos de 15 – 44 años en mujeres en edad reproductiva. La mayoría de las pacientes afectadas se encontraron entre los rangos de 25 – 29 años y 30 – 34 años, representando un 62.7 % del total de los casos; comparado con un 63. % en estudios anteriores ( 25 ) . Además el rango de 20 – 24 años obtuvo un significativo porcentaje de 23.3%, en este al igual que los anteriores, un embarazo ectópico puede tener grandes implicaciones para la fertilidad ulterior de la mujer, no solo por las complicaciones de la ruptura si no porque puede favorecer otro posteriormente, reduciendo de tal manera las posibilidades de que la paciente pueda procrear nuevamente.

Cuadro 2

Factores de Riesgo en Pacientes a quienes se les intervino quirúrgicamente por Embarazo Ectópico. Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del IGSS, período 1995 - 1999.

| Factor de Riesgo                            | No. de Pacientes | Porcentaje |
|---|------------------|------------|
| Embarazo Ectópico Anterior                  | 42               | 23.3%      |
| Plastía y/o Ligadura Tubárica               | 26               | 14.4%      |
| Historia de Enfermedad Inflamatoria Pélvica | 23               | 12.7%      |
| Uso actual o reciente de DIU.               | 20               | 11.1%      |
| Uso de Anovulatorios Orales                 | 16               | 8.8%       |
| Legrado Intrauterino reciente               | 10               | 5.5%       |
| Tratamiento hormonal por Infertilidad       | 4                | 2.2%       |
| Total                                       | 141              | 78.3%      |

Fuente: Boleta de recolección de datos

**ANÁLISIS:**

En cuanto a los factores de riesgo descritos, es de hacer notar que en el 78.3 % de las pacientes se detectó por lo menos uno de ellos, siendo los tres mas importantes:

a) Embarazo Ectópico anterior ( 23.3 %), producto de la formación de adherencias peritubáricas o procesos inflamatorios que ocasionan el acodamiento de la trompa o la reducción de su luz, impidiendo que la fecundación sea apropiada. b) Plastia o Ligadura tubárica anterior ( 14.4 %). c) Historia de Enfermedad Inflamatoria Pélvica ( 12.7 %). En conjunto constituyen el 50.4 % de este grupo. Los 2 últimos factores son igualmente explicables al primero, el resto de las pacientes ( 39 ), no presentaron ningún factor de riesgo asociado . Comparado a otros estudios presentaron una misma frecuencia ( 25 ).

Cuadro 3

Motivo de consulta de las Pacientes a quienes se les intervino quirúrgicamente por Embarazo Ectópico. Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del IGSS, período 1995 - 1999.

| Motivo de Consulta               | No. de Pacientes | Porcentaje |
|----------------------------------|------------------|------------|
| Dolor Pélvico Súbito             | 80               | 44.4%      |
| Sangrado Vaginal y Dolor Pélvico | 63               | 35%        |
| Referidas por USG compatible     | 22               | 12.2%      |
| Desfallecimientos y Amenorrea    | 15               | 8.3%       |
| TOTAL                            | 180              | 100%       |

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**ANÁLISIS:**

Del motivo de consulta; el dolor pélvico se encontró en el 79.4 % de las pacientes, dentro del mismo un 35 % de las pacientes presentaron sangrado vaginal asociado, por lo que ambos pueden considerarse indicativos para utilizar ayudas diagnosticas, entre ellas el Ultrasonograma transabdominal para descartar la sospecha de Embarazo Ectópico; puede confirmarse que estos síntomas, como motivo de consulta, son mayores, ya sea que se encuentren aislados o asociados a otro. Sin embargo las pacientes los consideran como las principales maolestias al momento de consultar.

Cuadro 4

Signos y Síntomas en pacientes a quienes se les intervino quirúrgicamente por Embarazo Ectópico. Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del IGSS, período 1995- 1999

| Signos y/o Síntomas                   | No. de Pacientes | Porcentaje |
|---------------------------------------|------------------|------------|
| Dolor Pélvico                         | 178              | 98.9%      |
| Sangrado Transcervical                | 162              | 90%        |
| Masa Anexial Palpable                 | 154              | 85.5%      |
| Hipotensión ó Prueba de Tilt positiva | 72               | 40%        |
| Náuseas, vómitos ó Rebote             | 50               | 27.8%      |
| Movilización del cérvix dolorosa      | 28               | 15.5%      |
| Febrícula                             | 24               | 13.3%      |

n = 180

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**ANÁLISIS:**

En relación a los signos y síntomas presentados se puede establecer que el cuadro clínico en un importante número de pacientes, estaba principalmente constituido por:

- a) Dolor pélvico ( 98.8 % ), producido por la presencia de hemoperitoneo ocasionando irritación peritoneal y por consiguiente dolor.
- b) Sangrado transcervical ( 90% ) , por sangrado hacia la cavidad abdominal.
- c) Masa anexial palpable ( 95.5 % ). Estos porcentajes concuerdan a lo encontrado en la literatura a diferencia del último que se reporta en un 50%, debido a que en un gran porcentaje de casos no terminaron en ruptura ( 37% ) . ( 9 ) ( 12 ) ( 29 ) .

Cuadro 5

Paridad de las pacientes a quienes se le intervino quirúrgicamente por Embarazo Ectópico.  
Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del IGSS, período 1995 - 1999.

| Paridad      | No. de Pacientes | Porcentaje |
|--------------|------------------|------------|
| Primigesta   | 34               | 18.8%      |
| Secundigesta | 48               | 26.6%      |
| Multigesta   | 98               | 54.4%      |
| Total        | 180              | 100%       |

Fuente: Boleta de recolección de datos

**ANÁLISIS:**

En relación a la paridad de las pacientes estudiadas observamos que el mayor porcentaje ( 54.4 % ) , se encontraban entre el tercer a quinto embarazo actual, favorecido posiblemente

a cuadros de endometriosis, uso de DIU o anovulatorios orales ( 3 ). El menor porcentaje ( 18.8 % ), lo constituyeron aquellas pacientes en su primer embarazo. Un primer embarazo Ectópico representa una reducción considerable en la fertilidad de la paciente, pudiendo favorecer la formación de adherencias peritubáricas o procesos inflamatorios, que con el tiempo podrian provocar otro nuevamente.

Cuadro 6

Semanas transcurridas desde la última menstruación al momento de consulta en pacientes a quienes se les intervino quirúrgicamente por Embarazo Ectópico. Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del IGSS, período 1995 - 1999.

| Semanas transcurridas | No. de Pacientes | Porcentaje |
|-----------------------|------------------|------------|
| Cuarta                | 10               | 5.50%      |
| Quinta                | 11               | 6.10%      |
| Sexta                 | 20               | 11.10%     |
| Séptima               | 21               | 12%        |
| Octava                | 22               | 12.20%     |
| Novena                | 25               | 14%        |
| Décima                | 14               | 7.70%      |
| Décimo Primera        | 5                | 2.70%      |
| Décimo Segunda        | 12               | 7%         |
| Décimo Tercera        | 5                | 2.70%      |
| Décimo Cuarta         | 5                | 2.70%      |
| Décimo Quinta         | 4                | 2.20%      |
| Décimo Sexta          | 10               | 5.50%      |
| Décimo Séptima        | 5                | 2.70%      |
| Décimo Octava         | 3                | 1.60%      |
| Décimo Novena         | 1                | 0.50%      |
| Trigésimo Séptima     | 1                | 0.50%      |
| Trigésimo Octava      | 1                | 0.50%      |
| Desconocidos          | 5                | 2.70%      |

|       |     |      |
|-------|-----|------|
| Total | 180 | 100% |
|-------|-----|------|

Fuente: Boleta de recolección de datos

**ANÁLISIS:**

Aquí se observa el tiempo en semanas transcurrido desde la última menstruación considerada por las pacientes como normal hasta el momento en que consultaron. El 60 % de ellas se encontraba entre la cuarta a novena semanas, esto debido a que existe mayor incidencia de casos acompañados de ruptura durante las primeras seis a ocho semanas. ( 31 ).

El 38 % entre la décimo a décimo novena semanas, período donde la implantación es más frecuente a nivel de la porción intersticial. Además se reportaron embarazos a término ( 37 – 38.5 semanas ), ambos de localización abdominal. Finalmente un 2.7 % de las pacientes no recordaron la fecha de su última menstruación.

Cuadro 7

Métodos de ayuda diagnóstica en pacientes a quienes se les intervino quirúrgicamente por Embarazo Ectópico. Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del IGSS, período 1995 - 1999

| Prueba o Procedimiento                                  | Total de Afectados |       | Compatibles |      | No Compatibles o Normales |      |
|---|--------------------|-------|-------------|------|---------------------------|------|
|   | No.                | %     | No.         | %    | No                        | %    |
| Ultrasonograma Transabdominal                           | 153                | 85%   | 136         | 88.8 | 17                        | 11.1 |
| Subunidad Beta Gonadotropina<br>Coriónica Humana Sérica | 171                | 95%   | 157         | 91.8 | 14                        | 8.1  |
| Gravindex   | 37                 | 20.5% | 27          | 72.9 | 10                        | 27   |
| Culdocentésis   | 42                 | 23.3% | 35          | 83.3 | 7                         | 16.6 |
| Laparoscopia  | 27                 | 15%   | 22          | 81.4 | 5                         | 18.5 |

Fuente: Boleta de recolección de datos

**ANÁLISIS:**

Los métodos o procedimientos que se utilizaron como auxiliares para establecer el diagnóstico clínico en su mayoría ( cuatro de cinco ), son sencillos y fáciles de aplicar, siendo utilizados por esta institución por su disponibilidad. En cuanto a la certeza de cada prueba, observamos que el Ultrasonograma transabdominal y la determinación de la subunidad beta de gonadotropina coriónica humana sérica (HCG), tienen buenos porcentajes: 88.8 % y 91.8 % respectivamente, Estos porcentajes fueron compatibles con Embarazo Ectópico. Además la cirugía Laparoscópica que ha permitido su mayor aplicación en los últimos años se encontró con un 81.4 % de certeza. En comparación a la clínica, también tienen buenos porcentajes de correlación por lo que fueron de gran ayuda diagnóstica.

#### Cuadro 8

Hallazgos Durante la Exploración Quirúrgica en pacientes a quienes se les intervino quirúrgicamente por Embarazo Ectópico. Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del IGSS, período 1995 – 1999

| Hallazgo Operatorio       | No. De Pacientes | Porcentaje |
|---------------------------|------------------|------------|
| Hemoperitoneo             | 148              | 82.2%      |
| Perforación Tubárica      | 76               | 42.2%      |
| Masa Anexial              | 72               | 40%        |
| Adherencias Peritubáricas | 37               | 20.5%      |
| Hemosalpíx                | 26               | 14.4%      |
| Hidrosalpíx               | 8                | 4.4%       |
| Quistes Ováricos Rotos    | 15               | 8.3%       |
| Feto o Embrión            | 7                | 3.8%       |
| Apendicitis Aguda         | 5                | 2.7%       |
| Piosalpíx                 | 2                | 1.1%       |
| Endometriosis             | 2                | 1.1%       |

n = 180

Fuente: Boleta de recolección de datos

#### **ANÁLISIS:**

Los hallazgos reportados en los records operatorios de las pacientes, indican que los mas frecuentes son:

a) Hemoperitoneo: observado en el 82.2%, producto del sangrado causado por acción erosiva ó

inflamatoria sobre los vasos de la trompa aún cuando esta no se hubiese perforado.

b) Masa tubárica: clásica en embarazo ectópico, se reporto un 40% de los casos, posiblemente a que el resto el saco gestacional no tuviera el tamaño suficiente para dilatar la pared o por encontrarse libre en la cavidad peritoneal, en caso contrario, la ruptura, reportada en el 42 % de los casos.

c) Adherencias peritubáricas: en un 20.5 % producto de procesos inflamatorios de la cavidad pélvica, o bien por el mismo embarazo ectópico.

d) Embrión o feto: reportado un 3.8 % como resultado de la exploración quirúrgica entre la quinta a novena semanas, período donde es de visualizar y fácil de pasar por alto al aspirar la sangre libre encontrada.

e) Entre otros: Apendicitis aguda, asociada con un embarazo ectópico; quistes ováricos rotos en el 8.3 % ambos confirmados tras el procedimiento quirúrgico.

Cuadro 9

Localización del Embarazo Ectópico en pacientes a quienes se le intervino quirúrgicamente por Embarazo Ectópico, Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del IGSS, período 1995 - 1999

| Localización       |             | Trompa  |       |           |       |
|--------------------|-------------|---------|-------|-----------|-------|
|                    |             | Derecha |       | Izquierda |       |
|                    |             | No.     | %     | No.       | %     |
| Segmento Anatómico | Intersticio | 10      | 5.5%  | 6         | 3.3%  |
|                    | Itsmo       | 27      | 15%   | 24        | 13.3% |
|                    | Ampolla     | 41      | 22.7% | 27        | 15%   |
|                    | Fimbrilla   | 16      | 8.8%  | 10        | 5.5%  |
|                    | Ovario      | 2       | 1.1%  | 0         | 0%    |
| Abdominal          |             | 1       | 1.1 % | 1         | 1.1%  |
| No reportado       |             |         |       | 15        | 8.3 % |
| Total              |             | 97      | 53.8% | 83        | 46.1% |

n = 180

Fuente: Boleta de recolección de datos.

**ANÁLISIS:**

En relación a la localización del embarazo ectópico el mayor porcentaje de trompas afectadas fueron derechas ( 53.1 % ), debido quizás a su proximidad con el apéndice el cual puede experimentar períodos inflamatorios sub-clínicos, pero que si, forman adherencias que favorecen a la inmovilidad y acodamiento de la trompa. El segmento más afectado fue difícil de establecer pero la ampolla y el itsmo tuvieron más frecuencia. Lo que al correlacionarlo con la literatura concuerda siendo los lugares donde ocurre la fecundación ( 31 ) ( 32 ). Además se reporto un 2.2 % ( 2 pacientes ), de embarazos abdominales. El 8.3 % del resto de las pacientes no presentaron una localización específica ó porque el procedimiento quirúrgico no demostro tal entidad.

Cuadro 10

Diagnóstico Histopatológico del Embarazo Ectópico en pacientes a quienes se les intervino quirúrgicamente. Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del IGSS, período 1995 - 1999

| Diagnóstico reportado                    | Número | Porcentaje |
|--|--------|------------|
| Embarazo Ectópico no Roto                | 66     | 37%        |
| Embarazo Ectópico Roto                   | 55     | 30.5%      |
| Embarazo Ectópico Organizado             | 41     | 22.7%      |
| Quiste Hemorrágico Roto                  | 10     | 5.5%       |
| Congestión Hemorrágica y Edematosa       | 3      | 1.6%       |
| Salpingitis Crónica                      | 3      | 1.6%       |
| Reacción Inflamatoria Aguda y Supurativa | 2      | 1.1%       |

Fuente: boleta de recolección de datos

**ANÁLISIS:**

En el presente cuadro se puede apreciar que el 90.2 % de las pacientes intervenidas quirúrgicamente confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico, mediante el estudio anatomopatológico de las piezas estudiadas, de las cuales se identificó presencia de vellosidades corónicas.

La correlación clínico, quirúrgica y patológica fue bastante aceptable; la clínica demuestra que síntomas como: dolor pélvico ( 98.9 % ), sangrado transcervical ( 90 % ), y masa anexial ( 85.5 % ), hacen sospechar fuertemente la presencia de embarazo ectópico, el cual puede asegurarse con pruebas diagnósticas como el ultrasonograma transabdominal y la determinación de subunidad beta, con 88.8 y 91.8 % de certeza. La exploración quirúrgica de los casos presentó una correlación del 82.2 %, por la presencia de hemoperitoneo, ocasionado por acción erosiva de la trompa o por ruptura de tal entidad.

Por lo anterior el diagnóstico histopatológico de las piezas estudiadas confirmó definitivamente el diagnóstico de embarazo ectópico con un buen porcentaje ( 90.2 % ), el resto correspondió a entidades como: Salpingitis crónica, congestión hemorrágica y edematosa y otras que se describen en el presente cuadro.

Cuadro 11

Correlación Quirúrgica y Patológica en pacientes a quienes se les intervino quirúrgicamente por Embarazo Ectópico. Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del IGSS, período 1995 – 1999.

| Hallazgo Operatorio       | F   | %      | Diagnóstico Histopatológico              | Positivo | Negativo o no reportado |
|---------------------------|-----|--------|--|----------|-------------------------|
| Hemoperitoneo             | 148 | 48.2 % | Embarazo ectópico tubarico               | 135      | 13                      |
| Perforación Tubárica      | 76  | 42.2 % | Embarazo ectópico roto                   | 55       | 21                      |
| Masa Anexial              | 72  | 40 %   | Embarazo ectópico no roto                | 66       | 6                       |
| Adherencias Peritubáricas | 37  | 20.5 % | Embarazo ectópico organizado             | 41       | 2                       |
| Quistes Ovaricos Rotos    | 15  | 8.3 %  | Quiste hemorragico roto                  | 10       | 5                       |
| Apendicitis Aguda         | 5   | 2.7 %  | Apendicitis aguda                        | 3        | 2                       |
| Piosalpix                 | 2   | 1.1 %  | Salpingitis crónica                      | 2        | 1                       |
| Endometriosis             | 2   | 1.1 %  | Reacción inflamatoria aguda y supurativa | 2        | 0                       |

Fuente: Boleta de recolección de datos

#### ANÁLISIS:

La correlación entre los hallazgos operatorios y las piezas anatomopatológicas fue bastante eficaz para el diagnóstico final de embarazo ectópico. Como se mencionó anteriormente, los hallazgos macroscópicos pueden ser parecidos al de embarazo ectópico, pero secundarios a otras entidades, es por ello que el estudio anatomopatológico demostró una certeza diagnóstica del 90.2 %.

En comparación a los hallazgos operatorios clásicos de tal entidad, se encontró la presencia de masa anexial y perforación tubárica. El hemoperitoneo, producto de la acción erosiva ó inflamatoria sobre los vasos de la trompa aún cuando esta no se ha perforado; se presentó en un 82.2 % y se confirmó en un 75 % de los casos, positivos para embarazo ectópico luego del estudio anatomopatológico. La comparación quirúrgica y patológica del resto de hallazgos operatorios confirmaron un gran número de casos positivos tras el estudio anatomopatológico.

### VIII. CONCLUSIONES:

1. En el 90.2% de las piezas extirpadas, logró confirmarse el diagnóstico de Embarazo Ectópico por medio del examen histopatológico de las mismas; de donde surge el diagnóstico definitivo.
2. Los rangos de edad más afectados se establecieron entre los 25 – 29 años ( 31.6 % ), y 30 – 34 años (31.1 % ).
3. El 78.3% de las pacientes presentó al menos un factor de riesgo; citando principalmente el hecho de haber sufrido un Embarazo Ectópico y Cirugía Tubárica anterior.
4. Los signos y síntomas más observados en las pacientes afectadas fueron: a) Dolor pélvico (98.8%); b) Sangrado Transcervical (90%); Masa Anexial (85.5%); constituyendo el primero el más frecuente.
5. Las manifestaciones clínicas, hicieron que a pacientes consultaran entre la cuarta y novena semanas desde su última mes

6. El Ultrasonograma transabdominal y la Determinación de la Subunidad Beta de HCG sérica presentaron buen porcentaje de certeza (88.8% y 91.8%).
7. Los Hallazgos operatorios mas frecuentes, según record operatorio de los pacientes fueron: a) Hemoperitoneo (82.2%); b) Perforación Tubárica (42.2%); c) Masa Anexial (40%).
8. La mayor parte de las trompas de Falopio extirpadas (53.1 %), fueron Derechas.
9. El segmento anatómico más afectado fue difícil de establecer pero los mayores porcentajes se registraron en la ampolla (37.7%) e Istmo (28.3%).

#### **IX. RECOMENDACIONES:**

- 1.- Seguir utilizando en forma rutinaria la utilización del Ultrasonograma y determinación de Subunidad beta de HCG Sérica, en toda paciente a quien se sospeche de Embarazo Ectópico, como parte del manejo intrahospitalario.
- 2.- Fomentar la realización de la Laparoscopia, en aquellas pacientes en quienes el diagnóstico de Embarazo Ectópico persista dudoso, siempre que su estado general lo permita.
- 3.- Buscar la manera apropiada, para que puedan archivarse adecuadamente los libros de sala de operaciones, para que estos sean fáciles de encontrar y así facilitar estudios futuros.

## **X. RESUMEN:**

“Embarazo Ectópico, Correlación Clínico Quirúrgica y Patología”, Estudio Descriptivo, que establece la correlación entre la impresión clínica inicial, los hallazgos operatorios y el diagnóstico Anatomopatológico final de pacientes atendidas por Embarazo Ectópico en el Hospital de Gineco Obstetricia Pamplona del IGSS, durante el período de 1995 a 1999.

Fueron revisados los expedientes clínicos de todas las pacientes intervenidas quirúrgicamente durante los años de 1995 a 1999, el total de expedientes clínicos fue de 180.

Se determinó que los signos y síntomas más frecuentes fueron: Dolor pélvico (98.8%), Sangrado Transcervical (90%), Masa Anexial (85.5%). Constituyendo los dos primeros el motivo de consulta más frecuente. El 78.3% de las pacientes presentaron al menos un factor de riesgo, principalmente Embarazo Ectópico y Cirugía Tubárica previa.

El 60.9% de las pacientes se encontraban entre la cuarta y novena semanas desde la última menstruación considerada normal. El Ultrasonograma transabdominal y la determinación de Subunidad Beta de HCH fueron las principales ayudas diagnósticas, con buen porcentaje de certeza (88.8 y 91.8%). En cuanto los hallazgos operatorios los mas frecuentes fueron: Hemoperitoneo (82.2%), Perforación tubárica (42.2%), Masa anexial (40%), Adherencias peritubáricas (20.5%).

El objetivo del estudio fué cuantificar el porcentaje de correlación entre la impresión clínica

inicial, los hallazgos operatorios y el diagnóstico anatomopatológico, final de las piezas estudiadas en aquellas pacientes ingresadas con impresión clínica o sospecha de Embarazo Ectópico.

La correlación quirúrgica y patológica fue bastante eficaz para el diagnóstico final de embarazo ectópico. La correlación quirúrgica demostró un 75 % de certeza diagnóstica en aquellos hallazgos quirúrgicos, compatibles con embarazo ectópico, mientras que el diagnóstico anatomopatológico final de las piezas estudiadas, confirmó definitivamente el diagnóstico de embarazo ectópico en un 90.2 % de los casos.

#### XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. - **Alcántara A.: Rodríguez H.** "Principios De Patología"  
3ª. Edición, editorial panamericana, México 1990  
Pág. 641
2. - **Anderson W.A.: Kissane J.** "Patología De Anderson"  
8ª. Edición, Editorial médica panamericana, buenos aires 1988  
Pag. 1800.
- 3.- **Atputharajah V.** "Tubal Pregnancy A Review Of Etiological Factors In 117 Cases" Journal of Obstetrics and Gynecology 1992.  
Mar. 13 (1): 78-81.
4. - **Bernstein D.: Dreval D.; Katz A.** "Managenet Of Tubal Pregnancy"  
Pregnancy", "British Journal of Obstetrics and Gynecogy" 1990 jun. 96 (6): 725 – 728.
5. - **Caspi E. Sherman D.** "Tubal Abortion And Infundibular Ectopic Pregnancy" clinical obstetrics and gynecology 1994 mar. 30 155 – 163.
- 6.- **Cobos L.** "Embarazo Ectópico, Efectos Sobre La Fertilidad",  
Tesis (médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, facultad de ciencias médicas, Guatemala. 1989 Pág. 9 – 29.
7. - **Cormack D. H.** "Histología De Ham", 9ª. Edición, editorial Haria,

México, 1988      Pág. 776 – 777.

8. - **Collado, Mercedes Vides de.** "Embarazo Ectópico Roto. Urgencia Quirúrgica" reporte de 50 casos operados en el servicio de emergencia del Hospital General. Tesis (médico y cirujano), universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de ciencias médicas, Guatemala. 1958. Pag. 5 - 32.
9. - **Decherny A. H.; Jones E.** "Ectopic Pregnancy" clinical obstetrics and gynecology. 1992 jun. 28 (2): 365 – 374.
10. - **Dorfman S. F.** "Epidemiología Del Embarazo Ectópico". Clinical obstetrics and gynecology. 1987. (1): 165-168.
11. - **Frank H. Netter, M. D.** "Atlas Of Human Anatomy", 5ª. Edición, Edi. Ciba Geigy, Corporation Summit; New jersey, 1996 pag. 348 – 350.
12. - **Guadamuz N.** "Ectopic Pregnancy", el nuevo diario, Managua Nicaragua, 24 nov. 1988. Pag. 1 – 3.
13. - **Guderian A. M.;** "Residues Of Pelvic Inflammatory Disease" American Journal of obstetrics and gynecology 1994 mar. 154 (3) 494 – 503.
14. - **Gonzalo Herranz,** "Informe Sobre El Embarazo Ectópico" Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Buenos Aires, Ag. 1990. Pag. 1-5
15. - **Greisman B.** "Ectopic Pregnancy In Women With Previous Tubal Sterilizations At A Canadian Community", journal of reproductive medicine, 1991 mar. 36 (3): 206 – 209.
16. - **Hernández P.** "Metodología Diagnóstica Para Embarazo Ectópico" Tesis (médico y cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala. 1992. Pág. 6-15.
17. - **H. Rouvière; A. Delmas** "Anatomía Humana", 9ª. Edición editorial masson S. A. Barcelona, España. 1991. Tomo ii, Pág. 610 – 613.
18. - **James N. Martín:** "Dolor Abdominal Agudo Durante El Embarazo EMBARAZO". Clínicas de ginecología y obstetricia. Temas actuales, 2ª. Edición Interamericana Mcgraw Hill. México 1995 tomo ii. Pag. 53 – 54.
19. - **Jeffrey B.; Russel M.** "The Etiology Of Ectopic Pregnancy" clínicas Obstetrics and gynecology, 1992 mar. 30 (1): pag. 181 – 188.

20. - **Jones H. W.** "Tratado De Ginecología De Novak", 11ª edición, Interamericana, México, 1991. Pág. 636 – 657.
21. - **Johannes Huber, M. D.** "A New Diagnostic Method To Detect Ectopic Pregnancy At A Very Early Stage", American journal of obstetrics and gynecology, jul. 1995. 173 (1).
22. - **Katuizka R.:** "El Embarazo Ectópico", el nuevo diario, Managua Nicaragua, 24 nov. 1998. Pag. 1 – 3.
23. - **Louis N.;** Wischstein m. "Clinical Diagnostic Of Ectopic Pregnancy" clinical obstetrics and gynecology, 1987, mar. 30 (1): 236 – 243.
- 24.- **Mack K. Wong W.** "Combined Intrauterine And. Tubal Ectopic Pregnancy", australian and New Zealand, Journal of obstetrics and Ginecology, 1989. Feb. 29 (1): 76 – 77.
- 25.- **Oliva C. R.** "Embarazo Ectópico Tubárico, Manejo De Casos" Tesis (médico y cirujano) facultad de ciencias médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. 1991 pag. 9-12.
- 26.- **Ory S. J.** "Ectopic Pregnancy", current evaluation and treatment, mayo 1989. 64 (1): 874.
- 27.- **Pritchard J. A.** "Obstetricia De Williams", 3ª. Edición, editorial Salvat México, 1985 Pág. 424 – 444.
- 28.- **Quiroz G.** "Tratado De Anatomía Humana", 1ª. Edición, editorial porra, México 1988, tomo III Pág. 313 – 316.
- 29.- **Robins I.; Cotran S.** "Patología Estructural Y Funcional" 4ª. Edición editorial Interamericana, España, 1990.
30. - **Russel J: B:** "Etiología Del Embarazo Ectópico", clinic obstetrics and gynecology, 1987. (1): 173.
- 31.- **Sabinston David.** "Tratado De Patología Quirúrgica". 14ª. Edición Editorial interamericana Mcgraw-Hill, México 1991. Tomo ii Pág. 1593 -1595.
32. - **Schawarzc R. L.** "Obstetricia De Schawarzc", 4ª. Edición, editorial el ateneo, buenos aires, 1988. Pag. 159 – 164.
- 33.- **Tim H.; Parmley M.** "The Histopathology Of Tubal Pregnancy",

clinical obstetrics and gynecology, 1987, mar 30 (1) 119-127.

- 34.- **Tuomivara I.** "An Analysis Of Etiological Risk Factors Of Ectopic Pregnancy", acta obstétrica y ginecológica scandinavica, 1994 may 70 (7): 635 – 636.

## XII.- ANEXOS.

### "EMBARAZO ECTÓPICO, CORRELACIÓN CLÍNICO, QUIRÚRGICA Y PATOLÓGICA" HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA PAMPLONA . (IGGS). 1,995 – 1,999

#### BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

**Responsable: Marlon E. Contreras O.**

Nº. De caso: \_\_\_\_\_  
Nº de expediente clínico: \_\_\_\_\_  
Nº de Afiliación: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**1. - Edad de la paciente:** \_\_\_\_\_ años.

**2. - Motivo de la consulta:**

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| a.- Dolor pélvico súbito.          | b.-Sangrado vaginal.             |
| c.- Desfallecimientos y Amenorrea. | d.-Referidas por USG Compatible. |

e.- Otros: \_\_\_\_\_.

**3. - Antecedentes Gineco Obstétricos:**

- a.- Uso de DIU  
b.-Embarazo ectópico previo.  
c.- EIP previa  
d.-Cirugía tubárica previa  
e.- Paridad: primigesta: \_\_\_\_ secundigesta: \_\_\_\_ multigesta: \_\_\_\_  
f.- Otros: \_\_\_\_\_.

**4.- Signos y síntomas presentados:**

- a.- Dolor pélvico Transcervical. b.-Sangrado  
c.- Masa anexial palpable. d.-Signos de irritación peritoneal.  
e.- Hipotensión o prueba de Tilt positiva. f.- Shock.  
g.- Otros: \_\_\_\_\_.

**5. - Edad gestacional:**

a.- \_\_\_\_\_ semanas por FUR.

**6. - Métodos de ayuda diagnóstica utilizados:**

- a.- Subunidad beta HCG  
b.- Ultrasonido.  
c.- Culdocentesis  
d.- Laparoscopia  
e.- Gravindex  
f.- Otros: \_\_\_\_\_.

**7. - Hallazgos operatorios:**

- a.- Hemoperitoneo  
b.- Hematosalpix.  
c.- Masa tubárica.  
d.- Perforación Tubárica.  
e.- Otros: \_\_\_\_\_.

**8. - Localización: trompa derecha \_\_\_\_\_ Trompa izquierda \_\_\_\_\_.**

- a.- Intersticial  
b.- Itsmico.  
c.- Ampular  
d.- Infundibular.  
e.- Otros: \_\_\_\_\_.

**9.- Diagnóstico histopatológico reportado:**

---

---

---