

# EMBARAZO ECTÓPICO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA CIUDAD DE LA PAZ. JUNIO 2004 A JUNIO 2005

Nelson Acuña Aguilar, Susan Aparicio Gutiérrez, Víctor H. Aranibar Paredes.

**ASESOR:** Dr. Jaime Sánchez Osinaga.  
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

## RESUMEN

El embarazo ectópico es una patología quirúrgica con una incidencia similar a la de otros países, el presente estudio de tipo descriptivo transversal analiza diversas variables con el objetivo de conocer su relación. Se realizó en el hospital de la Mujer de La Paz en el periodo comprendido entre junio de 2004 a junio de 2005. Con un total de 2840 pacientes internadas en el servicio de ginecología de esta institución.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico: tubárico, factores de riesgo.

## SUMARY

The ectopic pregnancy is a surgical disease, with a frequency equal to other countries, in this study, descriptive type, we analyze many variables to know their relation. It was done at Hospital de la Mujer in La Paz city, from June 2004 to June 2005. With 2840 patients, interned at the Gynecologic Service at that hospital.

**Key words:** Ectopic pregnancy: oviduct, risk factors.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la cavidad uterina, existen varios factores condicionantes que influyen en el incremento de esta patología como el aumento de enfermedades de transmisión sexual, uso de métodos anticonceptivos.

Esta patología presenta un incremento en el número de casos y sus respectivas complicaciones cada año por los factores ya mencionados, además de existir pocos trabajos y documentación sobre este tema, por lo que es importante contar con información clara y concisa que nos puedan dirigir a nuevas perspectivas de promoción y prevención de esta patología.

## MÉTODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo transversal donde, se realizó una detallada y minuciosa revisión de historias clínicas del servicio de Ginecología, tomando en cuenta a las pacientes que presentaron el diagnóstico de embarazo ectópico, abarcando el tiempo comprendido entre el mes de junio de 2004 a junio de 2005, tomando en cuenta las siguientes variables: edad, antecedentes

gineco-obstétricos, uso de métodos anticonceptivos, antecedentes quirúrgicos, manifestaciones clínicas más frecuentes, hallazgos al examen físico, método de diagnóstico, cirugía realizada, localización, lado afectado y complicaciones, todas ellas para observar su relación con esta patología.

## RESULTADOS

Del total de pacientes hospitalizadas (2840), sólo 42 (1,5%) presentaron el diagnóstico clínico-ecográfico de embarazo ectópico.

En relación a la edad, se vio que el grupo de 21 a 25 años es el más afectado con 13 casos (31%), seguido del



grupo de 26 a 30 años con 11 casos que representan el 26.2%.

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, gestaciones previas, menores a 2 tuvieron mayor relación con la incidencia de embarazo ectópico con un total de 23 pacientes (54.8%). Esta patología se presentó con mayor frecuencia en mujeres que no tuvieron antecedentes de abortos o cesáreas previas.

De las mujeres que declararon el uso de métodos anticonceptivos, las que usaban métodos hormonales, presentaron mayor incidencia de embarazo ectópico (7 pacientes, 16.7%), en contraste con las que no lo declararon (26 pacientes, 61.9%)



Dentro de la sintomatología, fueron los más frecuentes el dolor y la hemorragia genital con 22 pacientes, (52,4%). En el examen físico, en 18 pacientes (42,9%) se encontró signo de Proust positivo, aumento de volumen en el anexo afectado y dolor en fondo de saco.

En cuanto al diagnóstico, éste fue realizado por ecografía en 11 pacientes (26,2%), por clínica y ecografía en 10 pacientes (23,8%) y sólo por clínica en 9 pacientes (21.4%), la culdocentesis sola sirvió de medio de diagnóstico en sólo 6 pacientes (14,3%).



La cirugía realizada más frecuentemente fue la salpingectomía con 29 pacientes (69,0%), seguida de la salpingostomía y la salpingooforectomía realizada en 4 pacientes cada una (9,5%).

El embarazo ectópico se localizó más frecuentemente en la trompa uterina (38 pacientes, 90,5%) encontrándose sólo en dos pacientes embarazo ovárico y una paciente con localización abdominal y otra con localización intraligamentaria.

El lado más afectado fue el derecho con 26 pacientes (61,9%), seguido del izquierdo con 15 pacientes (35,7%), sólo en un caso se presentó en forma bilateral.

Sólo 12 pacientes cuentan con resultados de anatomía patológica, de las cuales 6 (50,0%) coincidían con el diagnóstico clínico-ecográfico, el resto no coincidió con el diagnóstico.

El hemoperitoneo se presentó como complicación de esta patología, en todos los casos.

### DISCUSIÓN

La frecuencia de esta patología (1,5%) es similar a la incidencia registrada en la bibliografía consultada (1.8%).

Existe un predominio de esta patología en mujeres de menor edad (21-30 años) en contraste con las encontradas en la bibliografía (35-44 años).

No existe una relación clara entre abortos previos y esta patología.

En relación al uso de métodos anticonceptivos no se encontró una relación causal clara con anticonceptivos hormonales y DIU, la mayoría de las pacientes no usaban estos métodos, sin embargo las que usaban anticonceptivos hormonales tuvieron mayor incidencia en relación a las usuarias de DIU.

Dentro de las manifestaciones clínicas los síntomas más frecuentes fueron el dolor la hemorragia genital y amenorrea que concuerdan con la literatura. Siendo los principales hallazgos al examen físico el aumento de volumen a la palpación bimanual del lado afectado y signo de Proust positivo.

El principal medio de diagnóstico fue la ecografía y la clínica, siendo la culdocentesis un método auxiliar de diagnóstico importante.

La cirugía fue realizada en todos los casos practicándose en primer lugar la salpingectomía aún considerando que la población afectada preponderante fue de mujeres jóvenes con gestaciones previas menores a 2.

La localización más frecuente fue la tubárica en su porción ampular, siendo el lado más afectado el derecho concordando con la literatura existente.

La complicación que se presentó en todos los casos fue el hemoperitoneo, por el curso de la enfermedad y el retraso en la consulta por las pacientes.

Los resultados de anatomía patológica demostraron que sólo un 50% de las pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente por embarazo ectópico, siendo el resto otras patologías.

Por lo anteriormente señalado se puede mencionar que la clínica y la ecografía siguen siendo los medios principales con los que se cuenta para llegar al diagnóstico, aunque no existe un método idóneo en nuestro medio en esta patología ya que se encontró que de todas las intervenciones sólo la mitad correspondieron al diagnóstico inicial.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Stovall T, McCord M. Pérdida temprana del embarazo y embarazo ectópico, 12va ed. México, Mc Graw Hill Interamericana, 1999; p 490 – 514.
2. Silva S. Embarazo ectópico. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río-Santiago de Chile 2003(consultado 01/06/2005). Disponible en <http://www.cedip.cl/Temas/Ectopico/EctopicoSilva.htm>
3. Briceño C. Embarazo cervical. Rev Obstet Ginecol Venez 2002; 62 (4) 27-33.
4. Bueno F, Sáez J, Ocaranza M, Conejeros C, Vaccarezza I, Bórquez P. Tratamiento médico del embarazo ectópico. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67 (3) 173-179.
5. Ankum W, Mol B, Van der Veen F, Bossuyt P. Risk factors for ectopic pregnancy:a meta-analysis. Fertil Steril 1996;65:1093-9.
6. González A. Consideraciones acerca del embarazo ectópico y su incidencia en San Cristóbal. Rev Obstet Ginecol Venez. 1954;14:362-372.
7. Suárez Herrera R. Embarazo ectópico en Maracaibo. Rev Obstet Ginecol Venez 1962;22:245-266.
8. Lerner J, Jiménez E, Cabello F. Embarazo ectópico en la Maternidad "Concepción Palacios". 1953-1959. Rev Obstet Ginecol Venez 1974;34:411-422.
9. Makinen J: Current treatment of ectopic pregnancy. Ann Med 1999; 31(3): 197-201.
10. Troncoso J, Alba F, Fuentes A, Devoto L, Vantman D: Embarazo ectópico: Alternativas terapéuticas no quirúrgicas. Rev Chil Obstet Ginecol 1996; 61(2): 108-15.