



ARTÍCULO ORIGINAL
ORIGINAL PAPER

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

Resumen

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico. **Diseño:** Estudio descriptivo y retrospectivo. **Institución:** Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. **Participantes:** Mujeres con embarazo ectópico. **Intervenciones:** Revisión de 348 historias clínicas de pacientes con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico en el periodo 2006-2010. **Principales medidas de resultados:** Características de pacientes con embarazo ectópico. **Resultados:** Se encontró una frecuencia de un embarazo ectópico por cada 49 partos. La edad promedio fue $29,2 \pm 6,5$ años; 28,5% de las pacientes fue soltera, 65,6% presentó más de una pareja sexual y 25,9% fue nulípara. El 25,9% presentó antecedente quirúrgico de legrado uterino o aspiración manual endouterina; 54,3% tenía relaciones sexuales con las menstruaciones, 22,1% sufrió de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y 33,8% usó el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo. El tiempo promedio de amenorrea fue $6,8 \pm 2,1$ semanas y la sintomatología principal dolor abdominal (97,9%). La ecografía transvaginal demostró tumoración anexial en 70,7% de los casos. En más de 60% la complicación fue resuelta en menos de 6 horas. El 94,8% recibió tratamiento quirúrgico, 4% médico y 1,2% expectante. La salpinguectomía total (67,6%) fue el principal procedimiento realizado. La localización más frecuente fue la tubárica (94,5%), especialmente en la región ampular. **Conclusiones:** La frecuencia encontrada en esta población ha sido mucho mayor a la de estudios locales previos. Las pacientes que ingresan con diagnóstico de embarazo ectópico acuden en su mayoría tardíamente, presentando cuadros complicados que requieren manejo quirúrgico muchas veces radical.

Palabras clave: Embarazo ectópico, factores de riesgo, diagnóstico, manejo, salpinguectomía.

ÁNGEL IVÁN MARTÍNEZ GUADALUPE^{1,A},
YURI SANDY MASCARO RIVERA^{1,A}, SAMMY
WALTER MÉJICO MENDOZA^{1,A}, JUAN
FRANCISCO MERE DEL CASTILLO^{1,B}

¹ Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú

^a Médico Cirujano;

^b Médico Gineco-obstetra; Doctor en Medicina; Médico Jefe, Departamento de Ginecología y Obstetricia

Artículo recibido el 4 de marzo de 2013 y aceptado para publicación el 21 de junio de 2013.

Correspondencia:

Calle Coronel Inclán 581 Dpto. 301. Lima 18 Perú

Correo electrónico:
jfmeredelc@hotmail.com
yuri.mascaro@gmail.com

Rev peru ginecol obstet. 2013;59: 177-186

Epidemiological, clinical and surgical features in patients with ectopic pregnancy at Hospital Nacional Arzobispo Loayza

ABSTRACT

Objectives: To describe the epidemiological, clinical and surgical features of ectopic pregnancy. **Design:** Descriptive, retrospective study. **Setting:** Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Peru. **Participants:** Patients with ectopic pregnancy. **Interventions:** Medical records of 348 patients with final diagnosis of ectopic pregnancy during 2006-2010 were reviewed. **Main outcome measures:** Characteristics of women with ectopic pregnancy. **Results:** There was a frequency of one ectopic pregnancy for every 49 births. Mean age was 29.2 ± 6.5 years; unmarried patients accounted for 28.5%; 65.6% had more than one sexual partner and 25.9% were nul-

liparous; 25.9% presented a history of either uterine curettage or manual vacuum aspiration; 54.3% had sex during menstrual periods, 22.1% suffered of pelvic inflammatory disease and 33.8% used intrauterine device for birth control. Average time of amenorrhea was 6.8 ± 2.1 weeks. Main symptom was abdominal pain (97.9%). Transvaginal ultrasonography showed adnexal mass in 70.7% of cases. Over 60% were resolved in less than 6 hours. Surgery was performed in 94.8%, 4% had medical treatment and 1.2% expectant management. Total salpingectomy (67.6%) was the main type of procedure performed. The most common location was tubal (94.5%), especially in the ampullary region. **Conclusions:** The frequency of ectopic pregnancy was higher than in other local studies. Patients admitted with diagnosis of ecto-



pic pregnancy usually came late, presenting complications that required surgical management often radical in the emergency service.

Keywords: Ectopic pregnancy, risk factors, diagnosis, management, salpingectomy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) es definido como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina, siendo más frecuente en la región ampular de las trompas de Falopio⁽¹⁾.

La incidencia de esta patología ha aumentado en el mundo. Actualmente se presenta en 1 a 2% de todos los embarazos⁽²⁾. Este incremento ha sido observado en países en desarrollo como el nuestro⁽³⁾. Se ha descrito como factores independientes que incrementan el riesgo de embarazo ectópico a la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), el embarazo tubárico previo, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) y la cirugía tubárica previa⁽¹⁾.

El diagnóstico de EE no siempre es fácil por el amplio espectro de presentaciones clínicas, desde casos asintomáticos hasta abdomen agudo con *shock* hemodinámico. Una de las presentaciones más frecuentes incluye uno o todos los elementos de la triada clásica: dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal⁽¹⁾. Desde hace aproximadamente tres lustros, se hace uso de exámenes auxiliares que ayudan a precisar el diagnóstico de EE, tales como subunidad β de gonadotropina coriónica humana (β -hCG) y ultrasonografía transvaginal (USTV).

El EE puede ser manejado de manera expectante, médica o quirúrgica, siendo esta última muchas veces la más frecuente debido a la complejidad y gravedad del cuadro. En los últimos años se está optando por salvar tanto la vida de la paciente como preservar su fertilidad posterior, sobretodo en casos de mujeres nulíparas.

El objetivo de este estudio es brindar las características epidemiológicas y clínicas, así como el manejo abordado en pacientes con embarazo ectópico; de modo de actualizar los datos sobre esta entidad en nuestro hospital.

MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio descriptivo retrospectivo tipo serie de casos de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), durante los años 2006

a 2010; para ello se revisó las historias clínicas de las pacientes egresadas del Servicio de Ginecología con este diagnóstico.

Se incluyó en este estudio a las pacientes cuyo diagnóstico, además del cuadro clínico, presentaron β -hCG positivo más ultrasonografía o resultado de anatomía patológica.

Se encontró en el Departamento de Estadística del hospital 475 historias clínicas rotuladas bajo el diagnóstico de embarazo ectópico, de las cuales se excluyó las siguientes: 16 correspondían a un diagnóstico distinto al estudiado, 28 ingresaron con el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico pero resultaron siendo uno diferente, 59 no fueron ubicadas en los servicios de Archivo y 24 tenían datos incompletos. Por tal motivo, al final solo ingresaron al estudio 348 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

No hubo contacto con las pacientes, sino solo se revisó sus historias clínicas manteniendo una codificación para cada una de ellas, con la intención de preservar su identidad.

Los datos fueron recogidos siguiendo una plantilla elaborada por los autores, para luego codificarlas en una hoja de Microsoft Excel y ser analizados con la ayuda del programa IBM SPSS Statistics versión 21.

RESULTADOS

Entre los años 2006 al 2010 se atendió 18 067 partos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), con una frecuencia de embarazo ectópico de 2,1% de o uno por cada 49 partos. La edad de las pacientes osciló entre 17 y 47 años, con una media de $29,2 \pm 6,5$ años, y 98,3% ingresó por emergencia. El estado civil conviviente representó 48,3%; no obstante, 99 mujeres eran solteras (28,5%). Su principal procedencia fue de Lima Cercado (tabla 1).

Cien pacientes (28,7%) fueron nulíparas, 90 (25,9%) tuvieron un parto, 74 (21,3%) dos partos, 62 (17,8%) tres partos y 22 pacientes (6,3%) más de tres partos. Además, 26,2% inició su vida sexual antes de los 16 años; la edad promedio de inicio de vida sexual fue $18,3 \pm 3,1$ años y el número de parejas sexuales fue en promedio dos; 65,6% tuvo más de una pareja sexual.

En cuanto a los antecedentes ginecológicos, 189 mujeres referían relaciones sexuales con la



Tabla 1. Características socio-demográficas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico. Hospital Nacional Arzobispo Loayza Enero 2006 - Diciembre 2010

Número de pacientes (Porcentaje)			
Año de ingreso			
2006	78 (22,4)		
2007	59 (17,0)		
2008	62 (17,8)		
2009	69 (19,5)		
2010	81 (23,3)		
Modo de ingreso			
Emergencia	342 (98,3)		
Consultorio externo	6 (1,7)		
Edad			
15-19 años	21 (6,0)		
20-24 años	73 (21,0)	Media DS*	29,2 ± 6,5
25-29 años	88 (25,3)	Mediana	29
30-34 años	88 (25,3)	Mínimo	17
35-39 años	53 (15,2)	Máximo	47
40 años	25 (7,2)		
Estado civil			
Soltera	99 (28,5)		
Casada	81 (23,3)		
Conviviente	168 (48,3)		
Lugar de procedencia			
Cercado de Lima	91 (26,2)		
San Martín de Porres	29 (8,3)		
Comas	22 (6,3)		
San Juan de Lurigancho	21 (6,0)		
Independencia	17 (4,9)		
Rímac	17 (4,9)		
La Victoria	14 (4,0)		
Breña	11 (3,2)		
Provincia	11 (3,2)		
Otros distritos	115 (33,1)		

*DS: desviación estándar

menstruación (54,3%); las relaciones sexuales contranatura representaron el 36,2%, el antecedente de EPI 22,1% y dolor pélvico crónico en 7,8%. El antecedente quirúrgico abdominopélvico más realizado incluyó el legrado uterino y la aspiración manual endouterina (AMEU) por aborto, en 25,9%, seguido de la cesárea con 17,8% (tabla 2).

Se encontró 136 pacientes (39,1%) que usaron o estaban usando algún método anticonceptivo, siendo el más frecuente el dispositivo intrauterino (DIU), en 46 pacientes (33,8%).

En cuanto al cuadro clínico, se observó que 20,1% tenía 1 a 2 días de tiempo de enfermedad hasta la llegada al hospital; 97,9% presen-



Tabla 2. Antecedentes ginecológicos, médicos y quirúrgicos de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

	Número de pacientes (Porcentaje)
Ginecológicos	
Relaciones sexuales durante la menstruación	189 (54,3)
Dispareunia	157 (45,1)
Dismenorrea	157 (45,1)
Leucorrea	153 (44,0)
Relaciones sexuales contranatura	126 (36,2)
Enfermedad pélvica inflamatoria	77 (22,1)
Dolor pélvico crónico	27 (7,8)
Endometriosis	2 (0,6)
Terapia de reproducción asistida	2 (0,6)
Cervicitis crónica	1 (0,3)
Médicos	
Infección del tacto urinario	62 (17,8)
Tuberculosis pulmonar	13 (2,7)
Asma bronquial	7 (2,0)
Obesidad mórbida	5 (1,4)
Hipertensión arterial	4 (1,2)
Infecciones de transmisión sexual	
Infección por virus de inmunodeficiencia humana	2 (0,6)
Infección por virus Hepatitis B	1 (0,3)
Epilepsia	2 (0,6)
Diabetes mellitus tipo 2	1 (0,3)
Litiasis renal	1 (0,3)
Litiasis vesicular	1 (0,3)
Hipotiroidismo	1 (0,3)
Lupus eritematoso sistémico	1 (0,3)
Quirúrgicos abdomino-pélvicos	
Legrado uterino o AMEU*	90 (25,9)
Cesárea	62 (17,9)
Cirugía tubárica	
Embarazo ectópico previo	24 (6,9)
Bloqueo tubárico bilateral	7 (2,0)
Recanalización tubárica	1 (0,3)
Quistectomía ovárica	7 (2,0)
Apendicectomía	9 (2,6)
Colecistectomía	4 (1,2)
Resección intestinal por obstrucción intestinal	1 (0,3)
Hernioplastia inguinal	1 (0,3)

Nota: Algunas pacientes presentaron más de un antecedente mencionado.

*AMEU: Aspiración manual endouterina,



tó dolor abdominal, siendo el hipogastrio la localización más frecuente en 67,5%; asimismo, 275 pacientes (79%) tuvo sangrado vaginal y 56 (16,1%) mencionó a las náuseas como síntoma asociado más frecuente. El tiempo promedio de retraso menstrual fue de $7,0 \pm 1,9$ semanas, con un mínimo de 4 y máximo de 13 semanas. El 67,5% del total de pacientes presentó la triada dolor abdominal, amenorrea y hemorragia genital. Durante la evaluación clínica y ginecológica, el dolor pélvico y dolor en anexos fueron los de mayor frecuencia, con 184 (52,9%) y 181 (52%), respectivamente (tabla 3).

En los exámenes auxiliares, la β -hCG cualitativa fue positiva en 265 (98,1%) y negativa en 5 (1,4%); no figuraba en 78 historias clínicas. Del mismo modo, la β -hCG cuantitativa, cuando fue solicitada, fue positiva en las 170 pacientes. Se realizó USTV a 311 pacientes (89,4%), de las cuales 220 (70,7%) fueron informadas como presencia de masa heterogénea, 81 (26,1%) como saco gestacional y 10 (3,2%) sin tumoración heterogénea ni saco gestacional. Se observó actividad cardiaca en 64,2% de los sacos gestacionales detectados y se encontró líquido libre en fondo de saco posterior en 85,5%. La media del tamaño endometrial fue $8,2 \pm 4,4$ mm, con un mínimo de 2 mm y un

Tabla 3. Características clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

Tiempo de enfermedad	Número de pacientes (Porcentaje)	Sintomatología	Número de pacientes (Porcentaje)	Examen físico	Número de pacientes (Porcentaje)
		Amenorrea	301 (86,5)		
1d - 2d	70 (20,1)	Dolor abdominal	341 (97,9)	Funciones vitales	
3d - 5d	59 (16,9)	Hipogastrio	230 (67,5)	Taquicardia	146 (41,9)
6d - 8d	53 (15,2)	Fosa iliaca derecha	106 (31,1)	Hipotensión	78 (22,4)
9d - 15d	53 (15,2)	Fosa iliaca izquierda	95 (27,9)	Evaluación clínica	
>15d	51 (14,7)	Mesogastrio	10 (2,9)	Dolor pélvico	184 (52,9)
0-12h	40 (11,5)	Todo el abdomen	7 (2,1)	Rebote positivo	167 (47,9)
13h - 23h	22 (6,3)	Epigastrio	7 (2,1)	Palidez	160 (45,9)
		Cuadrante superior derecho	2 (0,6)	Resistencia abdominal	102 (29,3)
		Cuadrante superior izquierdo	1 (0,3)	Distensión abdominal	22 (6,3)
		Ginecorragia	275 (79,0)	Evaluación ginecológica	
		Síntomas asociados		Dolor en anexos	181 (52,0)
		Náuseas	56 (16,1)	Dolor a la movilización del cérvix	137 (39,4)
		Vómitos	39 (11,2)	Tumor anexial	114 (32,8)
		Lipotimia o síncope	30 (8,6)	Fondo de saco posterior abombado	98 (28,2)
		Sudoración	26 (7,5)		
		Escalofríos	23 (6,6)		
		Diarrea	6 (1,7)		

NOTA: Algunas pacientes presentaron más de una característica clínica



máximo de 27 mm. La culdocentesis, cuando fue necesaria, fue realizada en 79 pacientes (22,7%) siendo positiva en 92%.

La media de la hemoglobina de ingreso y de alta fue $10,5 \pm 1,9$ g/dL y $9,7 \pm 1,4$ g/dL, respectivamente. El 26,7% no presentó algún grado de anemia.

En cuanto al manejo, el tratamiento más frecuente fue de tipo quirúrgico, en 330 pacientes (94,8%), siendo 314 (90,2%) laparotomías, 13 (3,7%) laparoscopias y 3 (0,9%) cirugías postratamiento médico. Un pequeño grupo recibió manejo no quirúrgico, 4 (1,2%) tratamiento expectante y 14 (4%) tratamiento médico con metotrexato (tabla 4). El procedimiento quirúrgico más realizado fue la salpinguectomía total, en 67,6% (tabla 5).

La localización más frecuente de embarazo ectópico fue tubárico, en 94,5% de las pacientes intervenidas quirúrgicamente; fue en la ampolla en 66,4%. Adicionalmente, se encontró un embarazo heterotópico y un embarazo ectópico gemelar, los cuales fueron sometidos a tratamiento quirúrgico.

Dentro de los hallazgos operatorios, hubo 280 (84,9%) embarazos ectópicos rotos, 46 (13,9%) no rotos y 4 (1,2%) abortos tubáricos. Los principales hallazgos intraoperatorios adicionales al embarazo ectópico fueron síndrome adherencial y EPI. El estado de la trompa uterina contralateral fue detallado como indemne en la mayoría (tabla 6).

El valor de hemoperitoneo promedio de las pacientes intervenidas quirúrgicamente fue $808,2 \pm 651,7$ mL, con un máximo de 3 000 mL, siendo más frecuente el grado I (<750

Tabla 4. Tipos de tratamiento de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

Tipos	Número de pacientes (Porcentaje)
Tratamiento expectante	4 (1,2)
Tratamiento médico	14 (4)
Tratamiento quirúrgico	
Laparotomía	314 (90,2)
Laparoscopia	13 (3,7)
Cirugía postratamiento médico	3 (0,9)

mL) de hemorragia informado por el *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), presentado en 54,6%. El volumen de sangrado intraoperatorio promedio fue $110,7 \pm 71,1$ mL, con un mínimo de 100 mL y máximo de 400 mL. Además, de las pacientes intervenidas quirúrgicamente, 62,7% no recibió paquetes globulares, un paquete 13,0%, dos 18,8%, tres 5,2% y más de tres 0,3%.

Tabla 5. Tipos de procedimiento quirúrgico realizados en las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

Procedimiento	Número de pacientes (Porcentaje)
Salpinguectomía total	223 (67,6)
Derecha	125 (37,9)
Izquierda	98 (29,7)
Salpinguectomía parcial	54 (16,4)
Izquierda	31 (9,4)
Derecha	23 (6,9)
Salpingooforectomía	13 (3,9)
Izquierda	9 (2,7)
Derecha	4 (1,2)
Salpinguectomía + resección cornual	11 (3,3)
Izquierda	9 (2,7)
Derecha	2 (0,6)
Salpingostomía	8 (2,4)
Derecha	4 (1,2)
Izquierda	4 (1,2)
Ooforectomía	4 (1,2)
Salpinguectomía + legrado uterino	3 (0,9)
Salpingotomía	2 (0,6)
Salpinguectomía + bloqueo tubárico ipsilateral	2 (0,6)
Salpinguectomía + liberación de adherencias	2 (0,6)
Ooforotomía + rafia	2 (0,6)
Resección cornual	2 (0,6)
Técnica de ordeñamiento de trompa (milking-out)	2 (0,6)
Salpinguectomía bilateral	1 (0,3)
Histerectomía total	1 (0,3)



Tabla 6. Hallazgos operatorios en las pacientes intervenidas quirúrgicamente por diagnóstico de embarazo ectópico.

Hallazgos operatorios	Nº de pacientes (Porcentaje)
Estado del embarazo ectópico	
Roto	280 (84,9)
No roto	46 (13,9)
Aborto tubárico	4 (1,2)
Trompa contralateral	
Sin alteraciones significativas	266 (80,6)
Tortuosa + congestiva	19 (5,8)
Ausente	14 (4,2)
Congestiva	11 (3,3)
Tortuosa	9 (2,7)
Residual por cirugía previa	5 (1,5)
Hematosálpinx	3 (0,9)
Hidrosálpinx	3 (0,9)
Otros hallazgos	
No hallazgos adicionales	228 (69,1)
Síndrome adherencial	32 (9,7)
EPI*	18 (5,5)
Coágulos organizados en FSP**	16 (4,9)
EPI + síndrome adherencial	7 (2,1)
Quiste ovárico	6 (1,8)
Cuerpo lúteo	5 (1,5)
Miomatosis uterina	5 (1,5)
EPI + síndrome adherencial + miomatosis uterina	4 (1,2)
Quiste paratubárico	3 (0,9)
Endometriosis	3 (0,9)
Molde decidual	3 (0,9)

* EPI: Enfermedad pélvica inflamatoria

**FSP: Fondo de saco posterior

En la anatomía patológica, 141 casos (42,7%) concluyeron como embarazo ectópico confirmado, 10 (3%) tejido trofoblástico y en 166 (50,3%) no se encontró informe de patología en la historia clínica. El tiempo que se tardó en abordar quirúrgicamente a una paciente osciló entre 30 minutos hasta 3 días, dependiendo de la severidad, y el promedio fue $6,3 \pm 6,2$ horas; 60,4% fue intervenido antes de las 6 horas desde la llegada al hospital.

El diagnóstico preoperatorio de embarazo ectópico complicado fue confirmado en 98,6%; del mismo modo, en el no complicado, en 76,5%. El tiempo de hospitalización de las pacientes fluctuó entre 2 a 14 días y la media fue $4,7 \pm 1,7$ días. No hubo muertes en el periodo.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico es una patología que se está presentando con mayor frecuencia a nivel mundial. Actualmente, en Estados Unidos de América, el 2% de todos los embarazos del primer trimestre corresponden a este cuadro⁽²⁾. Nosotros encontramos una frecuencia de embarazo ectópico de 1/49 partos; sin embargo, en años previos, en el mismo HNAL Chávez reportó 1/111 partos⁽⁴⁾, Freundt 1/72 partos⁽⁵⁾, Cabrera 1/75 partos⁽⁶⁾ y Bautista 1/67 partos⁽⁷⁾. En otros estudios nacionales, como el del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Chávez menciona 1/129 partos⁽⁸⁾, Dextre 1/139 partos⁽⁹⁾ y Zanabria 1/152 partos⁽¹⁰⁾; y, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Trelles encontró una frecuencia de 1/298 partos⁽¹¹⁾ y Luggio 1/183 partos⁽¹²⁾. Este aumento significativo se reflejaría por cambios en el comportamiento de la vida sexual de nuestros jóvenes que afectan su salud reproductiva.

El 98,3% de las pacientes ingresaron por emergencia, demostrando el carácter agudo e importante de esta patología, ya que ocasiona 3 a 4% de las muertes asociadas a la gestación, de las cuales 90% es por hemorragia⁽¹³⁾. La edad media de las pacientes fue 29 años, similar a estudios previos en este mismo nosocomio^(5,7), así como en otros estudios de hospitales nacionales e internacionales^(12,14-17).

El aumento progresivo de embarazo ectópico se debe a factores de riesgo como la EPI⁽¹⁾. En nuestro estudio, lo presentó 22,1%, similar al estudio de Freundt⁽⁵⁾, con cifras mayores a las de trabajos anteriores en la población local^(7,18). Se ha hallado su relación con las menstruaciones y relaciones contranatura en tasas que llegan a más de 50%, conductas que podrían explicar la altísima frecuencia de esta patología. El embarazo ectópico previo constituye otro factor de riesgo importante para un cuadro posterior, con un OR de 2,98 según el estudio de Barnhart⁽¹⁹⁾; mientras que en nuestro estudio solo lo presentó un pequeño grupo.

A pesar de la alta prevalencia de tuberculosis en el Perú, no encontramos datos de tuberculosis genital, siendo esta patología causante de infer-



tilidad y factor de riesgo para embarazo ectópico⁽²⁰⁾. En años previos se encontró 2,8% y 16,3% de tuberculosis genital en el mismo hospital^(4,7).

Los diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos abdominopélvicos, constituyen antecedentes que pueden generar procesos inflamatorios o adherenciales, produciendo alteraciones anatómicas y/o funcionales de los oviductos. Entre ellos, el antecedente de legrado uterino o de AMEU estuvo presente en la cuarta parte de nuestras pacientes, siendo menor al de otros estudios^(7,11,17).

Tanto los porcentajes de inicio de la vida sexual antes de los 16 años y tener más de un compañero sexual coinciden con varios estudios locales^(12,17); asimismo, Cabrera comunica que 50,3% inició su vida sexual antes de los 18 años⁽⁶⁾. Esto también podría explicar la asociación entre la presencia de estas conductas sexuales de riesgo y el incremento en la frecuencia de embarazos ectópicos.

El 33,8% de las pacientes usó o usaba DIU al momento de su diagnóstico, cifra mayor a la de estudios previos, que oscilaron entre 18 y 26%^(5,6,10-12). El uso del DIU está relacionado con la presencia de embarazo ectópico ante la falla de este como método anticonceptivo⁽²¹⁾.

La principal sintomatología fue dolor abdominal, localizándose principalmente en hipogastrio. La triada de dolor abdominal, amenorrea y ginecorragia se presentó en 67,5%, a diferencia del estudio de Sánchez⁽²²⁾, en el que fue 35,1%. El tiempo promedio de amenorrea fue $7 \pm 1,9$ semanas, similar a estudios nacionales e internacionales^(14,17,23,24). Un 22,4% presentó hipotensión y 5,2% fue consignado como *shock* hipovolémico, semejante al estudio de Sánchez⁽²²⁾; pero menor a otros estudios que encontraron porcentajes mayores a 10%^(24,25).

El diagnóstico de embarazo ectópico al ingreso se basó en tres pilares: clínica, β -hCG y USTV. La β -hCG cualitativa positiva fue de gran utilidad (llegó a 98,1%) y cuando se realizó β -hCG cuantitativa todos los casos resultaron positivos; esta prueba es más accesible en la actualidad. La prueba ecográfica fue realizada en 89,4% de los pacientes, similar a otros estudios^(11,25), prueba que ha ido cobrando importancia en este nosocomio⁽⁶⁾. Esta mostró hallazgos sugerentes o confirmatorios de embarazo ectópico, siendo la masa heterogénea la más frecuente (70,7%) junto a la presencia de líquido libre en fondo de saco posterior (85,5%), semejante a los hallado por Cabrera⁽¹⁴⁾.

Cuando se realizó culdocentesis (22,7% de pacientes), fue positiva en 94%, demostrando el hemoperitoneo presente, pudiendo inferirse la tardanza en la llegada de las pacientes a nuestro nosocomio. Actualmente, ante la sospecha clínica de esta entidad y tratando de evitar la incomodidad de la culdocentesis⁽²⁶⁾ se solicita otros procedimientos, no esperando que se complique (rotura tubárica); por ello se ha observado en los últimos años una disminución de la realización de este procedimiento, con relación a estudios anteriores^(6,7,11), donde se realizaba en la mayoría de sus pacientes. Una explicación a esto podría ser la implementación de nuevas técnicas diagnósticas -como la USTV- que hoy son más accesibles.

El 73,3% ingresó con algún grado de anemia, dato similar al encontrado en otros estudios^(16,17), siendo así la principal característica asociada a embarazo ectópico. En nuestro estudio se encontró un valor de hemoperitoneo severo en 12,4% de los casos, inferior a lo mencionado por el estudio de Yglesias⁽¹⁷⁾. Asimismo, en 37,3% se utilizó paquetes globulares, cifra superior a la mencionada por Dos Santos⁽²⁷⁾.

La localización más frecuente del embarazo ectópico fue la tubárica, especialmente en la región ampular, del mismo modo que en otros estudios^(6,7,12,16,17,24). El tipo de tratamiento más frecuente fue el quirúrgico (94,82%), similar a trabajos previos^(5,3,7,12). El tratamiento médico realizado a catorce pacientes se basó en la administración intramuscular de metotrexato, de los cuales no hubo respuesta en tres pacientes, optándose por la cirugía. A cuatro pacientes se les realizó tratamiento expectante; por tal motivo se les solicitó β -hCG seriadas hasta observar un patrón en su reducción.

El procedimiento quirúrgico más realizado fue la salpingectomía total, seguida de la parcial, incluyendo ambos 277 casos (81,9%), similar al encontrado en otros estudios^(12,14,16,17,27). Esta opción terapéutica adoptada se debe, como ya se ha referido, a que la mayoría de embarazos ectópicos ingresan como cuadros complicados que comprometen la vida de la paciente. El 84,9% de los embarazos ectópicos estaban rotos, similar a lo encontrado por Faneite⁽¹⁶⁾. Tal estado conlleva a que la primera conducta a seguir sea de tipo quirúrgica.

El 80,6% de las pacientes intervenidas quirúrgicamente de embarazos ectópicos presentó trompa contralateral indemne, lo cual es favorable para la posibilidad de fertilidad posterior.



El tiempo de hospitalización promedio fue 4,8 días, coincidente con el encontrado por Casanova⁽²⁸⁾, a diferencia del estudio de Dos Santos donde era menor a 3 días⁽²⁷⁾. Más de 50% de nuestras pacientes no regresa a los controles para seguimiento y consejería de su salud sexual y reproductiva.

Concluimos que el embarazo ectópico es una patología que está en ascenso, no solo a nivel nacional sino también mundialmente y que, siendo el principal manejo de tipo radical, afecta la fertilidad posterior de dichas mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stovall T. Aborto precoz y embarazo ectópico. En: Berek J. Ginecología de Novak. 14a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 200:617-46.
2. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Embarazo ectópico. En: Williams Obstetricia. 23a ed. USA: McGraw Hill Education; 2010:757-79.
3. Khan K, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu A, Van Look P. WHO. Analysis of causes of maternal death: A systematic review. *Lancet*. 2006;367:1066-74.
4. Chávez CJ. Fertilidad posterior al embarazo ectópico: Un estudio de 208 casos atendidos en el Hospital Arzobispo Loayza entre los años de 1979 a 1985. [Tesis para optar el título de especialista en Ginecología y Obstetricia]. 1986. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima.
5. Freundt EJ. Embarazo ectópico en el Hospital Arzobispo Loayza entre los años 1992-1996. [Tesis para optar el Grado de Bachiller en Medicina]. 1998. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima.
6. Cabrera JP. Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 1997-2002. Estudio descriptivo retrospectivo. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. 2003. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima.
7. Bautista M. Incidencia y correlación clínico-patológica del embarazo ectópico en el Hospital Arzobispo Loayza 1985-1989. *Ginecol Obstet (Perú)*. 1991;37(11):36-42.
8. Chávez CJ. Fertilidad posterior al embarazo ectópico. Un estudio de 273 casos atendidos en el Hospital General Base Cayetano Heredia. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. 1982. Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima.
9. Dextre TE. Embarazo ectópico: Revisión de 26 años (1970-1995) en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima - Perú. [Tesis para optar el Grado de Bachiller en Medicina]. 1997. Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima.
10. Zanabria CJ. Embarazo ectópico: Experiencia de 11 años (1982-1992) en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. [Tesis para optar el Grado de Bachiller en Medicina]. 1994. Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima.
11. Trelles LN. Embarazo ectópico: Experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Junio 1995-Junio 2001. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. 2002. Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima.
12. Luglio J, Díaz L, Cáceres E. Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, entre 1998 y 2002. *Rev Med Hered*. 2005;16(1):26-30.
13. Berg CJ, Callaghan WM, Syverson C, Henderson Z. Pregnancy-related mortality in the United States, 1998-2005. *Obstet Gynecol*. 2010;116:1302-9.
14. Cabrera I, Perales I, Romero G. Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: Hospital Base de Los Angeles. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010;75(2):96-100.
15. Urrutia M, Poupin L, Alarcón P, Rodríguez M, Stuvén L. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2007;72(3):154-9.
16. Faneite P, Amato R, Faneite J, Rivera C, Palacios L. Embarazo ectópico. 2000-2007. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2008;68(3):155-9.
17. Yglesias E. Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010. *Rev Peru Epidemiol*. 2011;15(3):1-6.
18. Osoreo Ch, Vega L, Távara L. Futuro reproductivo de pacientes tratadas por embarazo ectópico. *Ginecol Obstet (Perú)*. 1994;40(1):40-4.
19. Barnhart KT, Sammel MD, Gracia CR. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *FertilSteril*. 2006;86(1):36-43.
20. Singh N, Sumana G, Mittal S. Genital tuberculosis: a leading cause for infertility in women seeking assisted conception in North India. *Arch Gynecol Obstet*. 2008;278(4):325-7.
21. Tejerizo A, Arbués-Gabarre J, Salazar FJ, Bajo JM. Embarazo ectópico. Concepto y clasificación. Estudio de sus diversas formas. En: Bajo JM, Melchor JC, Mercé LT. *Fundamentos de Obstetricia*. Madrid: Editorial SEGO; 2007:443-56.



22. Sánchez Y, Gonzales N, Valera C, Fernández F. Consideraciones diagnósticas del embarazo ectópico. Arch méd Camagüey. 1999;3(4).
23. Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. N Engl J Med. 2009;361(4):379-87.
24. De la Cruz PG. Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el Instituto Materno Perinatal [Trabajo para optar el título de especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia]. 2001. Instituto Materno Perinatal, Lima.
25. Cuero-Vidal O. Descripción del embarazo ectópico en el Hospital San Juan de Dios de Cali, Colombia, entre el 2005 y el 2006. Rev Col Obstet Ginecol. 2008;59(4):304-9.
26. Puga M, Reyes F, Larrea V, Marchant R, Díaz R, Cisternas D, et al. Embarazo tubario: revisión actualizada de factores de riesgo y diagnóstico. 2004;15(4):307-15.
27. Dos Santos FA, Costa MT, Romano OB. Aspectos epidemiológicos e clínicos das gestações ectópicas em serviço universitário no período de 2000 a 2004. Rev Assoc Med Bras. 2007;53(3):213-6.
28. Casanova C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital gineco-obstétrico. Rev Cubana Enfermer. 2003;19(3).