

ARTICULO ORIGINAL

Embarazo ectópico
Ectopic pregnancyGladys Romina Espinola Castiglioni¹**RESUMEN**

Introducción: Se define al embarazo ectópico como la implantación del blastocisto en cualquier lugar distinto de la cavidad endometrial. La trompa de Falopio es el lugar más común, siendo responsable del 95% de los embarazos ectópicos. Su frecuencia ha experimentado un incremento en los últimos 20 años y se ha estimado en 14,3 a 16 embarazos ectópicos por cada 1000 embarazos informados. **Objetivo:** determinar la prevalencia de casos de embarazo ectópico y sus características clínicas. **Materiales y método:** estudio descriptivo retrospectivo, de corte transversal, basado en las historias clínicas de pacientes que consultaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción en el año 2011. Fueron estudiadas la edad, motivo de consulta, edad gestacional al momento del diagnóstico, sitio de implantación del embarazo, tratamiento empleado y días de internación hasta el momento del alta. **Resultados:** la prevalencia de embarazos ectópicos hallada fue 1,47%. La edad media fue 29±5 años. El motivo más frecuente de consulta fue dolor abdominal. La edad gestacional promedio al momento de la consulta fue 6,5±1,8 semanas. El sitio más frecuente de localización fue el tubárico (84%). El tratamiento de elección fue el quirúrgico recurriendo al tratamiento médico en sólo tres oportunidades. La media del tiempo de internación fue 3,6±3 días. **Conclusión:** la prevalencia de embarazo ectópico fue 1,47% en el año 2011. La edad media fue 29 años, se presentó en las trompas de Falopio en 87% y requirió un promedio de 3,6 días de internación.

Palabras claves: embarazo ectópico, embarazo tubario, metotrexate, salpingectomía, laparoscopia.

ABSTRACT

Introduction: Ectopic pregnancy is defined as implantation of the blastocyst in any place other than the endometrial cavity. The fallopian tube is the most common, accounting for 95% of ectopic pregnancies. Its frequency has been increasing in the last 20 years, and has been estimated at 14.3 to 16 per 1000 ectopic pregnancies reported. **Objective:** To determine the prevalence of ectopic pregnancy and their clinical characteristics. **Materials and Methods:** A retrospective, cross-sectional study was performed, based on the medical records of patients who consulted at the Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine, National University of Asunción in 2011. We studied the age, chief complaint, gestational age at diagnosis, site of implantation of pregnancy, treatment used and length of hospitalization until the time of discharge. **Results:** The prevalence of ectopic pregnancy was 1.47%. Mean age was 29 ± 5 years. The most common chief complaint was abdominal pain. The mean gestational age at the time of the consultation was 6.5 ± 1.8 weeks. The most common anatomical site was the tubal location (84%). The treatment of choice was surgery, recurring to medical treatment in only three chances. The mean length of stay was 3.6 ± 3 days. **Conclusion:** The prevalence of ectopic pregnancy was 1.47% in 2011. Mean age was 29 years, located in the fallopian tubes in 87% and required an average 3.6 days hospitalization.

Keywords: ectopic pregnancy, tubal pregnancy, methotrexate, salpingectomy, laparoscopy

INTRODUCCION

Se define al embarazo ectópico como la implantación del blastocisto en cualquier lugar distinto de la cavidad endometrial. La trompa de Falopio es el lugar más común, siendo responsable del 95% de los embarazos ectópicos¹.

La frecuencia del embarazo ectópico ha experimentado un incremento en los últimos 20 años, y se ha estimado en 14,3 a 16 embarazos ectópicos por cada 1000 embarazos informados. Esta frecuencia se relaciona con la edad materna, y se eleva con el aumento de la misma. También se modifica de acuerdo a la población estudiada; así la de raza negra tiene una frecuencia mucho mayor que la de raza blanca. En los países desarrollados la incidencia aumentó tres a cuatro veces en los últimos 20 años. En África hubo un incremento, a pesar de mantener tasas menores que la de países industrializados, aumentando 2 a 4 veces en un período de 10 años. En Chile, en 2003, hubo 3.694 egresos por embarazo ectópico, con una tasa de 1,4%². La tasa de mortalidad varía según los autores, pero es de aproximadamente 4,9 por cada 10.000 embarazos ectópicos. En la actualidad con los métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles la tasa de mortalidad tiende a disminuir, pero se eleva la tasa de morbilidad³.

1. Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo, Paraguay
Correo Electrónico: rocastiglioni1@gmail.com
Artículo recibido: 31 de Octubre de 2012. Aprobado: 13 de Noviembre de 2012

Se lo puede dividir topográficamente en 2 grupos:

- 1) Los intrauterinos, consistentes en el embarazo cornual y el cervical
- 2) Los extrauterinos, situados en la trompa, el ovario o la cavidad abdominal.

Entre las diversas variedades de gestación ectópica, la tubárica es la más frecuente y se encuentra en el 95% de los casos. El embarazo abdominal es muy raro 1/10,000- 1/15,000 embarazos normales; el ovárico es aún menos frecuente 1/25,000 y son contados los casos de embarazo cervical.

Se denomina primario a la variedad en la cual el huevo prosigue su evolución en el sitio de implantación original; es secundario si la evolución continúa en el sitio de reimplante ovular, después de haberse desprendido de su ubicación inicial⁴.

El embarazo heterotópico es aquel en el que existe tanto implantación intrauterina como extrauterina de forma simultánea. Su incidencia aumenta en pacientes que fueron sometidas a técnicas de reproducción asistida y varía entre 1/7000 embarazos.

Se conocen diversos factores de riesgo para el daño y disfunción de las trompas. Las operaciones para restaurar su libre tránsito o para su esterilización con llevan el máximo riesgo de obstrucción. Después de ocurrido un embarazo ectópico las posibilidades de que surja de nuevo varían entre 7 al 15%. Uno de los factores frecuentes de tal peligro es la salpingitis (enfermedad inflamatoria pélvica) en una fecha anterior. Cuadros como adherencias peritubarias que surgen después de infección posterior a aborto o en fase puerperal, apendicitis o endometriosis, pueden acodar las trompas y ocluir su luz interna, y con ello aumentar el riesgo de embarazo tubario. Se ha señalado un incremento en la incidencia relativa de embarazo ectópico con el consumo de anticonceptivos a base de progestágenos solamente; estrógenos post ovulatorios en altas dosis (píldora del día después) y después de inducir la ovulación⁵.

No se ha dilucidado del todo la razón del incremento en el número y frecuencia de embarazos ectópicos en Estados Unidos. Posiblemente algunos factores son:

- 1) Prevalencia de infección tubaria transmitida por contacto sexual y daño de las trompas.
- 2) Identificación más temprana de algunos embarazos ectópicos que en otras circunstancias estaban condenados a la resorción espontánea.
- 3) Técnicas de esterilización de las trompas que incrementan la posibilidad de embarazo ectópico
- 4) Uso de técnicas de reproducción asistida.
- 5) Empleo de cirugías en trompas que incluyen la salpingostomía en caso de embarazo tubario y la recanalización tubárica para tratar infertilidad.

Las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico son diversas y dependen de que haya ocurrido o no rotura. Acudir más tempranamente al médico y contar con tecnología diagnóstica más precisa son factores que han permitido identificar el cuadro antes de la rotura en muchos casos. En la práctica actual los síntomas y signos del embarazo ectópico suelen ser sutiles o incluso no aparecer. La triada clásica de signos y síntomas incluye historia de pérdida intermenstrual seguida por sangrado vaginal anormal, dolor abdominal o pélvico y masa anexial dolorosa. Esta triada se ve en menos del 50% de las pacientes.

El sangrado irregular ocurre luego de la falta de un periodo o menstruación previa muy escasa. Es usual entre la 6ª y la 8ª semana a partir de la fecha de última menstruación. El dolor abdominal es tipo cólico, intermitente. Puede asociarse a síncope y es seguido de una irritación diafragmática debida a una hemorragia intraperitoneal. La masa anexial se la puede palpar en 20% de las mujeres aproximadamente, a menudo de consistencia blanda y elástica. Es casi siempre posterior o lateral al útero. Otro signo y síntoma incluye el atraso menstrual, aunque el hecho de que no haya faltado un periodo menstrual no excluye el diagnóstico pues la mujer pudo confundir la hemorragia uterina común en el embarazo ectópico con un periodo menstrual verdadero. La tensión arterial y pulso varían según la magnitud de la hemorragia. Si es moderada puede no haber cambios u observarse una ligera elevación de la tensión arterial, o de lo contrario una respuesta vasovagal con bradicardia e hipotensión. Las temperaturas mayores a 38°C son raras en ausencia de infección. Un dato muy útil para el diagnóstico diferencial entre una rotura de embarazo ectópico y una salpingitis aguda. El examen físico debe incluir una determinación cuidadosa de los signos vitales de la paciente y un examen de abdomen y pelvis ante la sospecha de un embarazo ectópico complicado. La exploración física pone de manifiesto dolor abdominal o pélvico en el 97% de los casos. El dolor es generalizado en el 45% de las pacientes con embarazo ectópico, se localiza bilateralmente en los cuadrantes inferiores del abdomen en el 25% de los casos y unilateralmente en un cuadrante inferior en el 30%. El abdomen puede estar tenso con o sin signo de rebote. El útero tiene un tamaño semejante a lo que sería un embarazo intrauterino. Se puede palpar una masa en 20% de los casos. Cuando se produce la ruptura de un embarazo ectópico con hemorragia intraabdominal, la paciente muestra taquicardia e hipotensión. El abdomen se encuentra distendido y con tendencia al signo de rebote. Al realizar el examen genital se constata dolor a la movilización cervical, signo de irritación peritoneal que sugiere un posible embarazo ectópico en ausencia de infección o torsión ovárica. Así mismo el fondo de saco de Douglas se encuentra abombado y muy doloroso. Otros signos adicionales son el dolor de hombros que se cree secundario a la irritación peritoneal por hemoperitoneo; el signo de Cullen consistente en equimosis periumbilical por sangrado intraperitoneal que es un hallazgo raro, y febrícula en menos del 10%.

El diagnóstico de embarazo ectópico no complicado está basado en la sospecha clínica, apoyado en la ultrasonografía transvaginal (USTV) y la cuantificación de los niveles plasmáticos de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (B-HCG).

El diagnóstico mediante USTV se realiza al visualizar un saco gestacional extrauterino que contenga el saco vitelino o al embrión, sin embargo, estos hallazgos solamente se presentan en una proporción menor de embarazos ectópicos. La observación mediante USTV de la presencia de masa anexial y útero vacío, en conjunto con una prueba de embarazo positiva, son los hallazgos más frecuentes en los ectópicos no complicados. El rendimiento de la USTV para el diagnóstico de embarazo ectópico al visualizar útero vacío y masa anexial y/o un saco gestacional extrauterino, tiene una sensibilidad de 73,9% y una especificidad del 99%.

La B-HCG puede ser detectada en plasma u orina a partir del octavo día después del pico de LH si se ha producido el embarazo. El nivel plasmático de B-HCG, sobre el cual se debería observar el saco gestacional al interior de la cavidad uterina mediante ultrasonografía es la llamada zona discriminatoria, cuyos valores fluctúan en la mayoría de los centros entre 1500-2000 UI/L para la USTV y sobre 6500 UI/L mediante ecografía abdominal. En un estudio representativo, el 98% de los embarazos intrauterinos fueron detectados mediante USTV en mujeres que presentaron valores de B-HCG sobre las 1500 UI/6

Después de la hemorragia, el volumen sanguíneo disminuido tiende a normalizarse por hemodilución durante un día o más. Incluso después de una hemorragia profusa, inicialmente la hemoglobina o el hematocrito muestran solo una disminución leve. Por consiguiente, después de una hemorragia aguda, la disminución de la hemoglobina o del hematocrito en el transcurso de horas constituye un índice más útil que orienta hacia la pérdida de sangre que la primera lectura. Aproximadamente en la mitad de las mujeres en que se ha roto el embarazo ectópico, pueden existir grados diversos de leucocitosis incluso con la presencia de hasta 30.000 leucocitos/microlitro.

Con el fin de mejorar la capacidad diagnóstica de un embarazo ectópico sobre la base de una determinación hormonal única, se ha intentado medir los valores séricos de progesterona. En general la progesterona sérica en pacientes con embarazo ectópico es un poco más elevada que la de un embarazo intrauterino. Una progesterona sérica menor a 5,0 ng/mL es altamente sugestiva de embarazo anormal pero no es 100% predictiva. En muchos casos, los niveles de progesterona varían de 5 a 25 ng/mL y no son concluyentes.

La culdocentesis es una técnica simple que debe practicarse cuando se comprueba en el saco de Douglas la existencia de una colección líquida que debe ser investigada. Para ello se expone el cuello uterino con un espéculo; hecha la antisepsia, se toma el labio posterior con una pinza Erina y se lo tracciona hacia la sínfisis del pubis para presentar en toda su extensión el fornix posterior. Previa anestesia local, se lleva a cabo la punción mediante una jeringa con aguja de calibre 16 o 18. Se introduce la misma en el Douglas a través del fornix siguiendo una dirección paralela a la cara posterior del útero, para evitar de esta forma una posible lesión del intestino. De la punción se puede obtener:

- Líquido seroso: debido generalmente a la presencia de ascitis.
- Líquido serohemático: que con frecuencia acompaña a un proceso neoplásico maligno de ovario o un tumor ovárico torcido.
- Sangre; si es roja y escasa puede provenir de un vaso vaginal. Si la cantidad es mayor y coagula lentamente indica una hemorragia reciente. Si es oscura y con pequeños coágulos denota una hemorragia de más tiempo, ocasionado por un embarazo ectópico complicado y más raramente por una rotura folicular. También la obtención de líquido que contiene fragmentos de coágulos viejos o líquido hemático que no coagula es compatible con el diagnóstico de hemoperitoneo por embarazo ectópico.
- Secreción purulenta: en tal caso se debe realizar un examen bacteriológico, para identificar el germen causal.

La culdocentesis puede no dar resultados satisfactorios en mujeres con salpingitis y peritonitis pélvica previas debido a la posibilidad de que el fondo de saco este obliterado. Por tanto el hecho de no obtener sangre no excluye el diagnóstico de hemoperitoneo ni la presencia de un embarazo ectópico.

Legrado: Útil para diferenciar un aborto en curso o un aborto incompleto de los embarazos ectópicos. Si el legrado proporciona tejido placentario o fetal, el embarazo ectópico simultáneo es improbable. Si por el contrario proporciona un tejido decidual pero no vellosidades, es necesario un seguimiento con determinaciones seriadas de B-HCG y ecografía. La ausencia de vellosidades coriales en la decidua y la presencia de alteraciones citológicas en el endometrio grávido caracterizadas por anomalías nucleares y citoplasmáticas que se conocen con el nombre de atipia endometrial gravídica de Arias Stella, son hallazgos útiles en el diagnóstico de embarazo ectópico.

Los diagnósticos diferenciales son:

- Salpingitis aguda: en la salpingitis por lo general no existe falta menstrual. El dolor y la sensibilidad al examen físico suelen ser bilaterales. Además, este cuadro suele cursar con temperatura aumentada y leucocitosis marcada.
- Aborto: en este caso la hemorragia suele ser más profusa. El dolor es rítmico y en hipogastrio. Al examen físico se constata orificio cervical externo dilatado y anexos libres.
- Rotura de cuerpo amarillo o quiste folicular: la hemorragia intraperitoneal suele ser difícil de diferenciar de un ectópico, por lo que es imprescindible el dosaje de B-HCG pre quirúrgico.
- Torsión de un quiste ovárico y apendicitis aguda: en ambos casos la paciente niega retraso menstrual, no se constata masa pélvica al examen físico. En ambos casos los valores de B-HCG suelen ser negativos.

En el pasado el tratamiento del embarazo ectópico era siempre quirúrgico. Con el advenimiento de nuevas técnicas diagnósticas y de procedimientos terapéuticos, su conducta ha cambiado mucho y se ha favorecido la conservación de las trompas. Se pueden considerar 2 grandes grupos: el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico.⁷

El tratamiento médico consiste en la administración de sustancias capaces de causar la muerte del blastocisto o embrión. Existen diferentes criterios de selección de estas pacientes.⁸

1. Estar en presencia de un embarazo ectópico no complicado, hemodinámicamente estable, con función hepática y renal normales.
2. Embarazo menor de 6 semanas; saco gestacional sin latidos cardiacos.
3. Masa anexial menor de 3, 5 cm de diámetro.
4. Dosis bajas de B-HCG (menos de 15.000 mUI/mL)

Entre los fármacos usados está el metotrexate: Tanaka y otros⁹ recomendaron el empleo del metotrexate para el embarazo intersticial y Miyazaki y Ory en 1983 y 1988, respectivamente, comunicaron los primeros estudios clínicos que utilizaron este fármaco

como tratamiento para los embarazos ectópicos.^{9,10} Se ha utilizado con éxito en los casos de embarazo cervicales ante el riesgo de hemorragia profusa, y como alternativa a la histerectomía anteriormente considerada como única opción terapéutica. De estas comunicaciones iniciales se han realizado numerosas publicaciones que describen tratamientos exitosos para el embarazo ectópico, con la utilización de diferentes regímenes de metotrexate tanto con leucovorina (ácido folínico) como sin ella. El tratamiento más empleado se realiza por vía intramuscular, administrando una dosis única de 50mg/m² de metotrexate. El esquema de dosis variable consiste en administrar 1mg/kg/día de metotrexate y 0,1 mg/kg/día de leucovorina. Este esquema se continúa hasta que exista una disminución del 15% o más en 2 días consecutivos de los títulos de B-HCG¹¹.

Otros fármacos han sido usados en el tratamiento medicamentoso: prostaglandinas, glucosa hiperosmolar, cloruro de potasio, cloruro de sodio, actinomisín-D, ectoposido, mifepristona, trichosantín, danazol y anticuerpos anti-HCG. Algunos han tenido más éxitos que otros. Pueden ser usados por la vía parenteral o por la vía local ya sea por inyección laparoscópica directa o por la vía trasvaginal dirigida por ultrasonido o salpingografía retrograda.

La salpingocentesis es una técnica que consiste en inyectar agentes como cloruro de potasio, metotrexate, prostaglandinas o solución glucosada hiperosmolar en el embarazo ectópico por la vía transvaginal bajo orientación ultrasonográfica mediante canulación tubaria transcervical o por laparoscopia. Estos procedimientos son menos efectivos en la eliminación del ectópico tubario. Cuando se combinan estos medicamentos, elevan su eficacia. El uso del metotrexate sistémico oral contra prostaglandinas y glucosa hiperosmolar bajo guía laparoscópica fue un estudio multicentro que demostró la eficacia de estas combinaciones¹².

Después del tratamiento mediante estos fármacos se puede estar en presencia de tres tipos de embarazo ectópico:

1. Resolución espontánea: algunos ectópicos se resuelven por reabsorción o aborto tubario, lo que elimina la necesidad de tratamiento médico o quirúrgico. Los criterios relacionados a la resolución espontánea de un embarazo ectópico son:

- Niveles de b-HCG seriados que disminuyen progresivamente.
- Sitio ectópico limitado a la trompa de Falopio.
- Ausencia de evidencias de hemorragia intrabdominal o ruptura tubárica en la ecografía transvaginal.
- Diámetro del ectópico no mayor de 3,5 cm.

2. Embarazo ectópico persistente: cuando la paciente ha sido sometida a tratamiento conservador y persiste el tejido trofoblástico viable. Desde el punto de vista histológico no hay embrión identificable, las vellosidades coriónicas residuales suelen estar confinadas a la capa muscular, la implantación del tejido trofoblástico en el peritoneo puede ser la causante de la persistencia. Su incidencia se ha incrementado con la introducción de técnicas que conservan la trompa. Su diagnóstico se realiza cuando las concentraciones de B-HCG alcanzan una meseta después de la cirugía conservadora.

3. Embarazo ectópico crónico: es el trastorno en el cual el embarazo no se reabsorbe por completo durante la conducta expectante: Hay persistencia de las vellosidades coriónicas con hemorragia hacia la pared tubaria que se distiende con lentitud y se rompe. También puede originarse una hemorragia crónica a partir del extremo fimbriado con taponamiento subsecuente de la misma. Este trastorno se trata por medios quirúrgicos¹³.

En el pasado el tratamiento siempre era quirúrgico y destinado a eliminar el anexo y el órgano afectado. Actualmente se puede considerar 2 tendencias: la cirugía por laparoscopia y la cirugía por laparotomía. En el momento de seleccionar la técnica quirúrgica, laparoscopia o una laparotomía, se debe tener en cuenta el estado de la trompa (rota o no), la localización del embarazo: intersticial, ístmico, ampular; el tamaño del tumor (varía entre 3 y 8 cm); accesibilidad operatoria (presencia de adherencias); las dificultades para lograr la hemostasia y los deseos de mantener la fertilidad por parte de la mujer¹⁴.

Con el uso de técnicas diagnósticas y procedimientos quirúrgicos novedosos para conservar las trompas dañadas se tiene la esperanza de poder lograr embarazos posteriores. Entre las técnicas conservadoras está la salpingostomía, también llamada salpingostomía lineal. Se utiliza para eliminar un embarazo pequeño menor de 2 cm de longitud (no complicado) y en el tercio distal de la trompa. Se realiza una incisión lineal en el borde antimesentérico, los sitios de hemorragias son controlados por puntos de aguja electroagujador o láser. La salpingotomía se realiza con una incisión longitudinal sobre el borde antimesentérico de la trompa de Falopio. El producto es aspirado o eliminado y se irriga la trompa con soluciones para identificar los sitios de hemorragias y poder controlarlos. El cierre es recomendado en un plano^{14,15}.

La resección segmentaria o salpinguectomía parcial, con anastomosis, es recomendable para un embarazo ístmico sin rotura. Una vez expuesto el segmento de la trompa se hace una incisión en el mesosalpinx y se reseca el istmo tubárico que contiene el ectópico. Se sutura el mesosalpinx de manera de aproximar los muñones tubáricos. Los segmentos de la trompa son anastomosados uno al otro en planos a puntos separados. Se utilizan tres suturas en la muscular y tres en la serosa. El plano seroso fortalece el primer plano. La evacuación por las fimbrias se puede realizar en los ectópicos fimbriados por ordeño o aspiración. Actualmente no es recomendado porque se asocia con una tasa 2 veces mayor de recurrencia de ectópicos y de reexploración quirúrgica por hemorragia recurrente del trofoblasto persistente. La salpinguectomía es una técnica radical que puede también ser practicada por laparoscopia; con embarazos ectópicos con y sin rotura.

Cuando se diagnostica un embarazo cervical hay que pensar en la alta incidencia de hemorragia. Casi siempre el diagnóstico se realiza cuando la paciente se está sometiendo al legrado y sobreviene la hemorragia. Existen diversas técnicas para controlar la hemorragia: el taponamiento, colocación de puntos cervicales laterales, inserción de sonda de Foley intracervical con globo insuflado (30 mL). Puede emplearse embolización angiográfica o ligaduras de las arterias uterinas, hasta ser necesario practicar la histerectomía. En el embarazo abdominal se debe practicar siempre laparotomía y tener disponibilidad de sangre por el alto riesgo de hemorragia, esta suele aparecer por la falta de constricción de los vasos sanguíneos hipertrofiados y abiertos. La eliminación de la

placenta implica riesgo de una hemorragia, los vasos deben ser ligados antes de su extirpación. Si existiera desprendimiento parcial espontáneo hay que localizar el sitio exacto. La placenta debe dejarse in situ y ligar el cordón lo más próximo a ella.¹⁵ Los riesgos de dejar la placenta in situ son: infección; abscesos; obstrucción intestinal; dehiscencia de heridas. Después de dejar la placenta, hay que seguir su evolución mediante el ultrasonido y monitorización de las concentraciones decrecientes de B-HCG. En muchos casos la función placentaria declina rápidamente y la placenta es reabsorbida¹⁶. El uso de metotrexate en estos casos es controversial. Se ha recomendado su uso para acelerar la involución placentaria, pero puede destruirla muy rápidamente acumulando tejido necrótico, favoreciendo infecciones y formación de absceso.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de casos de embarazo ectópico en la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción.

Describir el motivo de consulta más frecuente de las pacientes con este diagnóstico, la edad gestacional más común al momento del diagnóstico, la forma de tratamiento más utilizada para esta patología en el servicio, el sitio más frecuente de localización de embarazo ectópico y la edad promedio de las pacientes que concurren a nuestro servicio con este diagnóstico.

MATERIALES Y METODO

Diseño: estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, retrospectivo.

Población de estudio: pacientes con que consultaron en la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción, a cargo del Prof. Dr. Vicente Bataglia en el año 2011.

Criterios de inclusión: para el diagnóstico de embarazo ectópico se requirió confirmación ecográfica o quirúrgica.

Variabes: edad, motivo de consulta, edad gestacional al momento del diagnóstico, sitio de implantación del embarazo, tratamiento empleado y días de internación hasta el momento del alta.

Asuntos éticos: se respetaron los Principios de la Bioética. Se mantuvo el anonimato de las pacientes.

RESULTADOS

De las 1702 embarazadas admitidas en la institución en el transcurso de ese año, 25 correspondieron a embarazos ectópicos, obteniendo así una prevalencia de 1,47%.

La edad promedio de las pacientes con este diagnóstico fue 29 ± 5 años, con un rango etario entre 19 y 41 años.

El motivo de consulta más frecuente fue dolor abdominal en 14 pacientes (56%), seguido de sangrado genital en 9 casos (36%) y alteración del sensorio en 2 mujeres (8%). La edad gestacional promedio al momento de la consulta fue de $6,5 \pm 1,8$ semanas (rango 4 y 11 semanas).

El sitio de localización más frecuente fue el tubárico: 21 pacientes (84%), siendo el lado derecho el más frecuente (15 pacientes). Se constató además tres casos de embarazos ectópicos ováricos, uno en ovario derecho y dos izquierdo. En un solo caso se describió la presencia de embarazo ectópico a nivel de fondo de saco de Douglas.

El tratamiento de elección fue el quirúrgico (22 casos); recurriendo al tratamiento médico en solo tres oportunidades. En todos los casos el tratamiento quirúrgico se realizó mediante laparotomía exploradora, no constatándose ningún caso por cirugía video laparoscópica. La salpingectomía fue la técnica quirúrgica más empleada, registrándose en el 59,1% de los casos (13 pacientes). Otras técnicas fueron la salpingostomía en 18,2% y la anexectomía en 22,7% de los casos (4 y 5 pacientes respectivamente).

Con respecto a las tres pacientes que recibieron tratamiento médico se constató que todas fueron tratadas con metotrexate vía intramuscular. En un solo caso se debió utilizar tres dosis de esa droga.

Al analizar los días de internación se encontró un promedio de $3,6 \pm 3$ días por paciente. Así mismo se constató que las pacientes que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico requirieron en promedio 2 días de internación, mientras que las pacientes con tratamiento médico permanecieron internadas entre 5 y 13 días, dependiendo de la evolución de las mismas.

Como dato llamativo de valor se puede resaltar que solo 9 de las 25 pacientes ingresaron al Servicio con diagnóstico de embarazo ectópico complicado. De éstas, 3 pacientes ingresaron con signos hemodinámicos inestables y requirieron de transfusión sanguínea en su internación.

DISCUSION

Considerando en primer término la frecuencia de embarazo ectópico en la población general, se puede observar que los valores registrados en la literatura coinciden con la frecuencia encontrada en el Servicio^{1,2}.

Así mismo, el promedio de 29 años de edad se encuentra dentro de lo esperado, según la bibliografía con rangos que varían entre los 20 a 29 años, o incluso entre los 20 a 40 años, correspondiendo con el momento más fértil de la mujer. Esto podría deberse a que en este periodo de la vida de la mujer es cuando más se utilizan los métodos anticonceptivos, se incrementa la actividad sexual y por ende aumentan las enfermedades de transmisión sexual¹⁷⁻²².

Al analizar los motivos de consulta, se puede observar también concordancia con la bibliografía revisada, constatándose que la mayoría de las pacientes consultó por dolor abdominal y genitorragia. La alteración del sensorio, encontrada en solo 2 casos, de hecho son fenómenos mucho menos frecuentes²²⁻²⁵. Las manifestaciones clínicas clásicas ocurren generalmente entre las 6 y 8 semanas después de la fecha de la última menstruación, en concordancia también con lo hallado en este estudio²⁶.

Con respecto al sitio más frecuente de localización del embarazo ectópico, se describe que la forma tubárica es la más frecuente y se encuentra en el 95% de los casos. Mientras que en la evaluación de casos de la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia se registró un porcentaje menor (84%) aunque constituyó la localización más frecuente; se observó así mismo en coincidencia con la literatura que la trompa derecha es la más afectada. Llama la atención que el embarazo ovárico, descrito por varios autores en tan solo 0,5% de los casos, en este Servicio se constató en el 12% de los embarazos ectópicos^{27,28}.

Al analizar el tratamiento de elección para el embarazo ectópico se ha demostrado que con el desarrollo de la Medicina se ha descrito la terapia con metotrexate para algunas formas clínicas, en especial para los estadios iniciales no complicados; sin embargo, la cirugía continúa siendo el tratamiento de elección, la cual se ha ido perfeccionando hasta alcanzar la modalidad videolaparoscópica que actualmente se aplica en todo el mundo. En concordancia con la literatura, esta casuística constató que la mayoría de las pacientes recibieron tratamiento quirúrgico, utilizándose el tratamiento médico con metotrexate en solo 3 de las 25 pacientes.

A diferencia de la tendencia actual de utilizar de preferencia la vía laparoscópica para el tratamiento, en esta revisión no se constató ningún caso resuelto por esta vía. Las resecciones laparoscópicas representan un costo-beneficio muy favorable, ya que la invasión quirúrgica a los afectados es mínima, la recuperación y la evolución generalmente son satisfactorias y la estadía hospitalaria posoperatoria es breve, hasta menos de 24 horas, con una rápida reincorporación social y laboral del paciente. La cirugía por vía laparoscópica es menos costosa, pues la pérdida de sangre y el empleo de analgésicos son significativamente menores²⁹⁻³².

Con respecto al empleo del tratamiento médico, en concordancia con la literatura, en los 3 casos en que se utilizó metotrexate, fue necesario repetir la dosis en un solo caso^{34,35}.

Al considerar los días de internación la literatura describe menor tiempo de estadía hospitalaria en los casos de resolución quirúrgica, especialmente si esta es realizada vía laparoscópica. En nuestro Servicio se puede observar un mayor tiempo de internación de aquellas pacientes que recibieron tratamiento médico, de acuerdo a la bibliografía³⁶⁻³⁸.

El embarazo ectópico constituye una patología cada vez más frecuente en nuestro medio. El avance de la ciencia ha permitido que el diagnóstico de la misma se realice antes de la ocurrencia de complicaciones que anteriormente podían significar la muerte de la paciente. Así mismo las nuevas técnicas de tratamiento están orientadas a preservar la funcionalidad del órgano afectado, permitiendo de esta forma prolongar la vida fértil de la mujer. La tendencia actual se orienta al empleo de métodos menos invasivos, recurriendo en la mayoría de los casos a la cirugía por video laparoscopia en cualquiera de sus formas. Estas han demostrado una relación costo beneficio favorable ya que la evolución post operatoria suele ser satisfactoria, disminuyendo de esta forma la estadía hospitalaria. Sin embargo debe ser realizada por personal entrenado para tal efecto, ya que en casos de mala técnica o extracción incompleta del trofoblasto la tasa de recurrencias se eleva.

CONCLUSIONES

La prevalencia de embarazo ectópico fue 1,47% en el año 2011. La edad media fue 29±5 años, se presentó en las trompas de Falopio en 87% y requirió un promedio de 3,6 días ±3 de internación. El tratamiento fue predominantemente quirúrgico, siendo la salpingectomía la técnica más utilizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Paredes G, Embarazo Ectópico. Acosta A y col, Ginecología y Obstetricia. Editorial Silver, 2004. P 505-513.
2. Urrutia M, Poupin L, Alarcon P, Rodriguez M Stouven 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) : 154-159
3. Gori J, Lorusso A y col. Embarazo Ectópico. Ginecología de Gori. Editorial El Ateneo, 2ª ed, 2008. P 256-264.
4. Najun E. Embarazo Ectópico. Bagnati E, Gurucharri C, Mattera L y col. Manual de Ginecología. Editorial Ascune, 2004. P 187-193
5. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. Embarazo Ectópico. Obstetricia de Williams. Editorial McGraw Hill Interamericana, 2006. P 253-272.
6. Cabrera Samith 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
7. Enriquez B, Fuentes L, Gutierrez N, Leon M. Tendencias actuales en el tratamiento del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003; 29(3)
8. Byrjalsen C, Toft B. Medical treatment of ectopic pregnancy. Ann Chir Gynaecol 1991;80:381.
9. Tanaka T. Treatment of interstitial ectopic pregnancy with methotexate. Report of a successful case. Fertil Steril 1989; 37:85.
10. Williams. Éxito y fracaso reproductivo. Embarazo ectópico: Obstetricia, 20 Ed. New York: Appleton Century Crofts; 1998:569-89.
11. Preyost R. Metrotexate for treatment of unruptured ectopic pregnancy. Clin Pharm 1992; 11(6):529-32.
12. Landstrom G. Embarazo ectópico. Local medical treatment versus oral metrotexate therapy, a multicentric study. Abstracts of the 14 the Annual Meeting of the ESHRE. Galeburg 1998:1-70.

13. Korhonen J, Stenman U, Ylaslala P. Low dose oral metrotexate, with expectant management of ectopic pregnancy. *Obstet Gynaecol* 1996;80:775-8
14. Rodríguez HN. Embarazo ectópico. *Editorial Rev Cubana Obst Ginec* 1995;21(1-2):3-7.
15. Angtuaco TL, Shan HR, Neal MR; Quirk JG. Ultrasound evaluation of abdominal pregnancy (review). *Crit Rev Diagn Imag* 1994;35:1.
16. Belfar HC, Kurtz AB, Wapner RJ. Long-term follow-up after removal of an abdominal pregnancy ultrasound invaluation of the evolution placenta. *J Ultrasound Med* 1986; 5:521.
17. Martínez M, Martínez O, Wattiez C, López R. Embarazo Ectópico. *Rev Cubana Obste tGinecol* 1998;24(1):13-7
18. Doyle MB. Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1991;18(1):1-17.
19. Ibarra CH y col. Embarazo ectópico En: 6to. Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia. vol.II; Editorial EFACIM,514-22.
20. Rodríguez Y, Altnaga M. Factores Epidemiológicos en Embarazo Ectópico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2010;36(1) 36-43
21. Fernández Arena C, Guerra Castro M, Soler Cárdenas DF. Comportamiento del embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, Mar 2011; 37 (1): 84-99
22. Falcone T. A study of the risk factors for rupture tubal ectopic pregnancy. *J Women Health*. 2004;7:459-63.
23. Casanova C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital gineco obstétrico. *Rev Cubana Enfermer* 2003; 19 (3)
24. Toiraclamarque A. Clínica de las gestaciones ectópicas. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1982;8(4):491-500.
25. Wong E, Suat SO. Ectopic pregnancy. A diagnostic challange in the emergency department. *Eur J Emerg Med* 2000;7(3):189-94.
26. Alsuleiman SA, Grimes EM. Ectopic pregnancy: a review of 147 cases. *J Reprod Med* 1982;27:101-6.
27. Faneite P, Amato R, Faneite J, Ivera C, Palacios L. Embarazo ectópico. 2000-2007. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2008;68(3):155-159
28. Gupta N, Gupta A, Pantofel Y, Garon J, Lampley C, Blankstein J. Accurate Preoperative Diagnosis of Ovarian Pregnancy with Transvaginal Scan. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2012; 2012: 934571.
29. Hajenius PJ, Mol F, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, Van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy (Review). *The Cochrane Library* 2009, Issue 1
30. Murphy AA, Nagerc W, Wujer JJ, Kettel LM, Torp VA, Chin HG. Operative laparoscopic versus laparotomic for the management of ectopic pregnancy: a prospective trial. *Fertil Steril* 1992; 57: 1180-5.
31. Sultana CJ, Easley K, Collins RL. Outcome oflaparoscopic versus traditional surgery for ectopic pregnancies. *Fertil Steril* 1992; 57: 285-9.14.
32. Alvarez M, Nanning C. Rol de la Cirugía endoscópica en el manejo actual del embarazo ectópico tubárico. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005: 70(1); 15-20.
33. Schwarcz R, Sala S, Duverges C. Embarazo Ectópico. *Obstetricia*. Ed. Ateneo 2000: 512-518.
34. Lozeau A, Potter B. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. *American Family physician*. 2005;72(9):1707-1714
35. Bueno F, Saez J, Ocaranza M, Conejeros C . Tratamiento Médico del Embarazo Ectopico. *Rev Chil Ginecol Obstet* 2002; 67(3):173-179
36. Yuen P, Rogers M, Chang A. A review of laparoscopic and laparotomy in the management of tubal pregnancy. *Hong Kong Medica Journal*;1997, 3:153-157
37. Fernandez H, Capella Alloue S, Pauthier S, Friedman R. Randomize trial of conservative laparoscopic treatment and methotrexate administration in ectopic pregnancy and subsequent fertility. *Human Reproduction* 1998; vol 3(11): 3239-3243
38. Suzuki T, Izumi S, Nakamura E, Goya K, Kika G, Sugiyama T et al. Persistent Ectopic Pregnancy after Laparoscopic Salpingotomy: A Manageable Complication to Preserve Reproductive Tubal Function. *Tokai J Exp Clin Med* 2009; 34(3): 112-116,