

EMBARAZO ECTÓPICO EN TINGO MARÍA.

Dr. Godofredo Arauzo Chuco (*)

RESUMEN

Es unánime la aceptación de que el embarazo ectópico se encuentra con mas frecuencia en las trompas. En la práctica se usa los términos de embarazo ectópico y embarazo tubarico como sinónimos. Se investiga los resultados de 39 embarazos ectópicos atendidos en el Hospital de Tingo María entre el 1º de Enero de 1971 al 31 de Diciembre de 1985. Se halló un ectópico por cada 530 recién nacidos vivos; el 53.84% tenían 15 a 29 años; 100% presentaron dolor; sangrado vaginal 94.87% y shock, 5.12%; hubo 12.82% de error diagnóstico; las multiparas pagaron mayor tributo (71.79%), presentaron los síntomas antes de las 9 semanas de gestación, 92.30%; como pruebas de ayuda diagnóstica, se uso culdocentesis y dosaje de B-HCG prueba inmunológica simple cualitativa, además de análisis de rutina; la salpinguestomía se utilizó como tratamiento en 94.87%. La totalidad de los embarazos ectópicos se halla en las trompas. No tuvimos ninguna muerte materna. La frecuencia de embarazo ectópico en Tingo María es reducida.

SUMMARY

As ectopic pregnancy occurs more frequently in the fallopian tube both terms are sometime in used as synonymous. The end result of 39 ectopic pregnancies attended Tingo María Hospital Perú between January 1, 1971 and December 31, 1985 is investigated. We found 1 ectopic pregnancy for every 530 live born patients with ectopic pregnancy were 15-29 year old (53.84%); 100% had pain; vaginal bleeding, 94.87% and shock 5.12%. We had 12.82% diagnostic error; 71.79% were multiparae the majority (92.30%) presented symptoms before 9 weeks gestation. Culdocentesis and B-HCG qualitative immune, rest were routinely used salpingectomy was performed in (94.87%). All ectopic pregnancy is were in the fallopian tube, we had no maternal mortality. Frequency of ectopic pregnancy in Tingo María hospital is very low.

INTRODUCCION

Se denomina embarazo ectópico a la implantación del huevo fecundado fuera de la cavidad uterina. Es exclusivo de la especie humana. El término de ectópico es mas amplio que extra uterino, y es unánime la aceptación de tal definición. Desde que el embarazo ectópico es mas frecuente en las trompas, en la práctica los términos de embarazo tubario y embarazo ectópico son usados como sinónimos (7, 8, 19, 20, 28, 29, 35).

El agente etiológico mas importante del embarazo ectópico se ha dicho es la infección de las trompas por TBC, gonococo en el puerperio o secundario a peritonitis pelviana derivado de apendicitis, reconociendo que los procesos inflamatorios de la pelvis son las causas mas frecuentes del embarazo ectópico, se explica que aumenta su frecuencia con el incremento de los abortos legales e ilegales, como lo sucedido en Grecia.

Mientras que la historia natural del embarazo ectópico no ha cambiado a través de los siglos, su diagnóstico y tratamiento ha sufrido modificaciones (52).

Hoy se diagnostica el embarazo ectópico en sus estadios iniciales por contar con mejores medios de auxiliares: determinación de la concentración de la fracción beta de la hormona coriónica gonadotrofina (B-HCG) sonografía, laparoscopia, tomografía computarizada, imagen con reso-

nancia magnética, estudio histológico de la decidua para la objetivización de la reacción de Arias Stella, aunque no es patognomónica (1, 3, 9, 11, 13, 16, 18, 22, 23, 25, 32, 38, 40, 48, 49, 51, 53, 58, 62, 69, 71, 76, 80).

Se ha desarrollado pruebas diferentes para detectar la hormona coriónica gonadotrofina en su fracción beta: sensibilidad simple inmunológica, radioinmunoensayo, radioreceptor, anticuerpo monoclonal (18, 51, 80). La determinación de la fracción B-HCG por radioinmunoensayo en el suero de la madre la prueba más sensible de que se dispone y su aparición es a partir de los 6 días de la fecundación, aún antes de la nidación (1, 9, 46, 53, 69). En un estudio, la concentración más reducida de la fracción B-HCG que se ha detectado en la sangre de la madre por radioinmunoensayo fue de 141 MUI/ML y el diámetro del saco embrionario intrauterino más pequeño detectado por ultrasonido intravaginal fue de dos milímetros (9).

La determinación de la fracción B-HCG no nos indica lugar de implantación del embarazo, pero su determinación seriada es útil para evaluar el embarazo incipiente. En embarazo intrauterino normal la concentración de la fracción B-HCG se duplica cada 1.7 días a 3.5 días (promedio dos días) (59). Si no se produce duplicación de su concentración, puede diagnosticarse que el embarazo es ectópico o terminará en aborto (11, 16, 22). También, las pacientes con embarazo ectópico tiene concentraciones bajas (38, 71); además, la concentración de la fracción alfa-HCG es más alta en pacientes con embarazo ectópico que con embarazo intrauterino (38).

(*) Hospital de Tingo María.

Se realiza la investigación del embarazo ectópico atendido en el Hospital de Tingo María, para evaluar los resultados. El Hospital se encuentra en la ciudad de Tingo María, situado en el trópico, a 670 metros sobre el nivel del mar, a 520 kilómetros de la capital, cuenta con 130 camas; es Hospital de convergencia.

MATERIAL Y METODOS

Se hace estudio retrospectivo de las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital de Tingo María durante años de actividad -1º de Enero de 1971 al 31 de Diciembre de 1985. Se obtuvo los casos del libro de registros de sala de operaciones y se revisó las historias clínicas. Se tomó como parámetros de estudio: frecuencia, edad, síntomas, tipo de tratamiento y variedad de embarazo ectópico. La frecuencia se determinó comparando el número de ectópicos y el número de nacidos vivos.

RESULTADOS

En el periodo de 15 años, en el Hospital de Tingo María se atendió 39 embarazos ectópicos y nacieron 20,670 infantes de mas de 1000 gramos de peso, 35 cms. de talla y 28 semanas o más de gestación, hallándose una frecuencia de 1 embarazo ectópico por 530 nacidos vivos.

El mayor porcentaje de pacientes con embarazo ectópico se encuentra entre los 25-29 años (30.77%) y el 53.84% tuvo entre 15-29 años. No se halló embarazo ectópico en pacientes mayores de 39 años ni en menores de 17 años. Promedio de edad 28.05 años (Tabla No. 1).

TABLA No. 1

EDAD DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL DE TINGO MARIA. 1971-1985

| EDAD | No. | % |
|---------|-----|-------|
| 15 - 19 | 5 | 12.82 |
| 20 - 24 | 9 | 23.07 |
| 25 - 29 | 12 | 30.77 |
| 30 - 34 | 8 | 20.51 |
| 35 - 40 | 5 | 12.82 |

Menor edad 17 años; mayor 39 años

Promedio edad: 28.05 años

La totalidad de las pacientes presentó dolor en hipogastrio y/o fosas ilíacas; otra sintomatología, en orden de frecuencia, fue sangrado vaginal ausencia de menstruación o/o; lipotimia; tumor y shock (Tabla No. 2)

TABLA No. 2

SINTOMAS Y SIGNOS DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL DE TINGO MARIA, 1971 - 1985

| SINTOMAS Y SIGNOS | No. | % |
|--------------------|-----|-------|
| Dolor | 39 | 100 |
| Sangrado Vaginal | 37 | 94.87 |
| Ausencia Menstrual | 35 | 89.74 |
| Lipotimia | 25 | 64.10 |
| Tumor | 13 | 33.34 |
| Shock | 2 | 5.12 |

En el preoperatorio se diagnosticó 44 embarazos ectópicos, y en el acto operatorio, se comprobó que 5 no eran ectópicos: error diagnóstico, 12.82% (2 hematomas rotos del cuerpo amarillo, 1 salpingitis, 1 salpingooforitis y 1 quiste de ovario. Los dos hematomas rotos del cuerpo amarillo fueron considerados como embarazos ectópicos ováricos, en el acto operatorio pero el estudio histológico lo descartó.

El 71.79% con embarazo, ectópico eran multiparas (28 casos); las primíparas y grandes multiparas 10.26% (4 casos) respectivamente, y nulíparas solamente 7.69% (3 casos) promedio de paridad 3.34, mayor paridad 9.

El mayor porcentaje de pacientes con embarazo ectópico (38.46%) iniciaron su sintomatología a las 6 semanas de gestación y el 92.30% iniciaron antes de la novena semana de gestación. Promedio de edad gestacional, 7.28 semanas. Menor tiempo de gestación, 6 semanas, y mayor, 12 semanas. (Tabla No. 3).

Al 100% de las pacientes se les hizo hemoglobina y numeración y fórmula, Rh y Pregnosticon (46.15 positivo y 53.84 negativo); al 87.74%, tiempo de coagulación y sangría y culdocentesis (74.36% positivo y 25.64 negativo).

TABLA No. 3

EDAD GESTACIONAL PACIENTE CON EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL DE TINGO MARIA, 1971 - 1985

| EDAD GESTACIONAL | No. | % |
|------------------|-----|--------|
| 6 semanas | 15 | 38.46 |
| 7 semanas | 10 | 25.64 |
| 8 semanas | 8 | 20.51 |
| 9 semanas | 3 | 7.69 |
| 10 semanas | 1 | 2.56 |
| 11 semanas | 1 | 2.56 |
| 12 semanas | 1 | 2.56 |
| | 39 | 100.00 |

Menor edad gestacional: 6 semanas
 Mayor edad gestacional: 12 semanas
 Promedio edad gestacional: 7.28 semanas

La salpinguectomía fue el método de tratamiento en el 94.87%, salpigotomía 2.56% y expresión de aborto tubario 2.56% (Tabla No. 4).

Los embarazos ectópicos atendidos en el Hospital de Tingo María, en su totalidad, estaban localizados en las trompas, (itsmo 2.56% y el resto en la ampolla y fimbria, 97.43%). No roto se halló 5.12% y aborto tubárico, 33.34% (Tabla No. 5).

TABLA No. 4

TIPO DE TRATAMIENTO EMBARAZO ECTOPICO
 TIPO DE TRATAMIENTO EMBARAZO ECTOPICO
 EN EL HOSPITAL DE TINGO MARIA, 1971 - 1985

| TIPO DE TRATAMIENTO | No. | % |
|---------------------|-----|--------|
| Salpinguectomía | 37 | 94.87 |
| Salpigotomía | 1 | 2.56 |
| Expresión | 1 | 2.56 |
| | 39 | 100.00 |

TABLA No. 5

LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO
 EN EL HOSPITAL DE TINGO MARIA, 1971 - 1985

| LOCALIZACION | NO ROTO | | ROTO | | ABORTO | |
|------------------|---------|------|------|-------|--------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Intersticial | 0 | | 0 | | 0 | |
| Itsmico | 1 | 2.56 | 0 | | 0 | |
| Ampollar | 1 | 2.56 | 24 | 61.53 | | |
| Ampollar-Fimbria | | | | | 13 | 33.34 |
| | 2 | 5.12 | 24 | 61.53 | 13 | 33.34 |

COMENTARIOS Y DISCUSION

La frecuencia de embarazo ectópico a nivel mundial está en aumento, debido principalmente al aumento de las infecciones de las trompas, al tratamiento temprano con curación semioclusiva (7, 20, 28, 51) y el desarrollo de mejores medios de diagnóstico (10, 37, 39, 45, 50, 72, 78). De Cherney, considera que, efectivamente, está incrementándose en los últimos años, pero no con la magnitud que algunos autores consideran. La mayor parte de los informes lo hacen tomando como referencia el número de nacidos

vivos, sin considerar los abortos espontáneos y provocados intrauterinos y los abortos tubáricos con reabsorciones espontáneas de los ectópicos (22). Se ha establecido que la tercera parte de los embarazos ectópicos son reabsorbidos espontáneamente. (Hallat 1982).

La difusión de los DIU, como método transitorio del control de la natalidad, ejerce notable influencia en el aumento de la frecuencia del embarazo ectópico. LEHFELDT y col. estudiaron 30,000 mujeres con DIU, superior a 45,000 años mujer, según datos obtenidos del Programa Estadístico Cooperativo de Población, y hallaron 1046 embarazos con DIU in-situ, incluyendo 1 ectópico por cada 23 intrauterinos con DIU y 1 ectópico ovárico por cada 9 ectópicos, comprobados por las normas de definición de embarazo ectópico ovárico de Spelberger (19, 20, 46, 48, 78). Pero, Parsson refuta esta afirmación. En estudio realizado en Taiwan, en pacientes con DIU no encontró incremento de embarazo ectópico (58).

Más alarmante es la prueba reciente de que el aborto inducido puede acrecentar el riesgo de embarazo ectópico. En investigación realizada en Grecia, donde el aborto es ilegal, Panayotou encontró que se había duplicado el riesgo de embarazo ectópico, después de abortos inducidos, en comparación con los controles. Esta afirmación lleva a un incontrolada especulación, acerca del impacto potencial que los abortos selectivos pueden ejercer sobre el porvenir reproductivo de las mujeres en lugares donde el aborto es legal y se emplea como método de control de la natalidad (46).

Las pacientes anovulatorias, estimuladas con gonodotrofinas con la finalidad de concebir, tienen alta incidencia de embarazos ectópicos, que puede ser explicado por las alteraciones hormonales. Las evidencias indican que el transporte de los espermatozoides, óvulos y huevo por las trompas está controlado por factores hormonales y que el cambio hormonal puede alterar el funcionamiento de las cilias y la actividad contráctil de los músculos de las trompas (23, 27, 43, 44, 61); pero, Pullkinnen demostró que una paciente con las cilias inmóviles -síndrome de Kartagener- llegó a tener 16 embarazos intrauterinos, ningún ectópico. Por esta razón, han lanzado la hipótesis que la actividad eléctrica de la pared de los oviductos jugaría papel importante en el transporte del huevo (60, 65).

La fecundación in vitro aumenta el riesgo de embarazo ectópico. Cartec refiere embarazo ectópico ovárico y otro tubárico, de óvulos obtenidos por estimulación con gonodotrofina menopáusica humana, foliculo estimulante y hormona luteinizante, fertilizado in-vitro e implantado en el fondo del útero (12).

Ultimas investigaciones han demostrado que buen porcentaje de embarazos que siguen a los fracasos de la esterilización tubárica, especialmente por electrocoagulación en el intervalo o post-parto, terminan en embarazo ectópico (38, 42, 65, 80).

La ducha vaginal aumenta el riesgo de inflamación pelviana, condición que predispone al embarazo ectópico. Desde 1974, la venta de productos comerciales para ducha vaginal se ha triplicado y se ha demostrado que las pacientes.

que usan ducha vaginal tienen 4.4 veces más de riesgo de tener embarazo ectópico, que las pacientes que no la usan. (15-65).

La frecuencia de embarazos ectópicos en Tingo María es reducido: 1 ectópico por 530 nacidos vivos. Interpretamos que se deba: 1.- Escasa incidencia de infecciones de la pelvis, uso reducido del DIU, etc., 2.- A la muerte de la paciente fuera del Hospital y 3.- A la alta incidencia de embarazos ectópicos que son reabsorbidos. Nos inclinamos por la primera y tercera hipótesis.

Douglas reporta 1 por 609 (19) y Westrom 1 por cada 24 ectópicos repetidos (Tabla No. 10).

La edad de máxima aparición del embarazo ectópico está entre los 20, 40 años (10), que concuerda plenamente con el presente trabajo; hallamos 87.17% entre 20-40 años. El 52.10% se presenta en madres de 25-35 años (54), similar al encontrado por el autor: 51.58%. Westrom reporta que se presenta en madres de 15-39 años (78), idénti-

TABLA No. 6

FRECUENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO

| INSTITUCION | NACION | AUTOR | AÑO | FRECUENCIA |
|------------------------------------|-----------|-----------|-------|------------|
| Harlem Hospital | USA | Borrow | 1962 | 1/357 |
| Lyin-In Hospital New York | USA | Douglas | 32-71 | 1/213 |
| Parkland Memorial Hospital | USA | Pritchard | 50-70 | 1/123 |
| Universidad de Lund | Suecia | Westrom | 60-64 | 1/200 |
| | USA | Dorman | 1970 | 1/300 |
| University Kentucky Medical Center | USA | Harrolson | 1973 | 1/230 |
| | USA | Taylor | 1973 | 1/300 |
| | Finlandia | Timonen | 1967 | 1/67 |
| Freedman Hospital | USA | Clark | 1975 | 1/85 |
| Kinstong | Jamaica | Douglas | 1976 | 1/28 |
| Providency Lyin-In Hospital | USA | Douglas | 1976 | 1/609 |
| Hospital de Tingo María | Perú | Arauzo | 1988 | 1/530 |
| Universidad de Lund | Suecia | Westrom | 75-79 | 1/100 |
| | USA | Dorfman | 1980 | 1/100 |
| Universidad de Melbourne | Australia | Mac Bain | 1980 | 1/333 |
| Universidad de Melbourne | Australia | Mac Bain | 1980 | 1/333 |
| At Women College Hospital | Canada | Bryson | 1983 | 1/82 |
| Toronto General Hospital | Canada | Bryson | 1983 | 1/230 |
| Hosp. Central Univ. Helsinki | Helsinki | Seppala | 1975 | 1/50 |
| Hosp. Central Univ. Helsinki | Helsinki | Seppala | 1982 | 1/30 |
| Hosp. Central Univ. Helsinki | Suecia | Westrom | 1975 | 1/24 DEE |

co al que se halló en la presente investigación con respecto a la edad promedio de madres con embarazo ectópico, Gerbie anota 25 años (28); en Tingo María, se halló 28.08 años de promedio.

El diagnóstico de embarazo ectópico sin complicaciones es muy difícil y rara vez posible. No tiene dificultades cuando se complica y acompaña de hemorragia interna (61). Jefcoat refiere que el cuadro clínico del embarazo ectópico complicado puede simular prácticamente cualquier patología abdominopelviana (35).

Esquemáticamente, hasta la mitad de la gestación, las complicaciones son mas frecuentes y menos graves y, después, son menos frecuentes y mas graves (54). El 75% a 80%, no complicados, no presenta síntomas (28); la triada clásica de dolor, hemorragia y masa anexial se presenta en el 75% (46); mientras que Bryson asegura que se presenta en solamente 30% a 40%.

Todas las pacientes atendidas en el Hospital de Tingo María por embarazo ectópico presentaron dolor en el hipogastrio y/o fosas iliacas. La totalidad de los autores también comprobaron que el dolor es el síntoma más frecuente: Jefcoat refiere dolor 85% a 95% (35); Gerbie 95% (28); Douglas 98.5% (19). El sangrado vaginal se halló en el 94.87%; Jefcoat reporta 80% a 85% (35); Gerbie 70% a 80% (28); Rechkmmer 90% (64) y Weskstein 50% a 80% (80). El atraso menstrual en Tingo María 89.74%; Jefcoat informa 80% a 85% (35); Gerbie 70% a 80% (28); Rechkmmer 50% (64) y Weskstein 75% a 95% (80); la lipotimia presentaron en Tingo María 64.10%; Gerbie publica 20% (28); Douglas 49.9% (19); Weskstein 20% a 35% (80). Pacientes en estado de shock, por embarazo ectópico, llegaron al Hospital de Tingo María 5.12%; Crespingni publica 11% (13); Douglas 12.8% (19) y Gerbie 15% (28). Las formas agudas cataclísmicas, con hemorragia masiva, se observa en solamente 5% (48). El tumor hallamos en el 33.34%; Gerbie reporta 50% (28) y Weskstein 50% (80).

Se hizo diagnóstico de embarazo ectópico en 44 pacientes, pero se comprobó que solamente 39 tenían esta patología: error diagnóstico de 12.82%. Novak refiere error de 15% a 35% (48); Douglas 6.5% (19) y Weskstein 50% (80). En el acto operatorio, dos casos fueron erróneamente considerados como ectópicos ováricos; se confirmó que no eran tales por estudio histológico.

La multiparidad paga alto tributo en el embarazo ectópico: De Queiros reporta multipara 77%, Woodhouse 78.6% y Kagami 83.15% (54-67). En Tingo María, hallamos multíparas 92.31%. Es más común en pacientes previamente infértiles; en el 68%, se presenta en mujeres que no han tenido hijos y llevan más de tres años de casadas, sin descendencia (10).

Para diagnosticar embarazo ectópico, el interrogatorio y el examen clínico no han sido substituidos por las pruebas auxiliares (28-35-57). Para la determinación cualitativa de la fracción B-HCG, utilizamos en Tingo María la prueba simple inmunológica en el 100% de pacientes con sospecha de ectópico; hallamos positivo en 46.15%. Jefcoat (35).

Kesrner (36), Novak (48) y Psychrembel (57), respectivamente, informaron haber encontrado en el 50% positivo: Gierbie anota 33% (28) y Douglas 25% (19). Interpretamos que los autores anotados han dosado la fracción B-HCG por radioinmunoensayo.

La culdocentesis es la prueba auxiliar mas importante y fácil de ejecutar, pero no es útil para comprobar que el embarazo ectópico está roto o no. Informan que ha sido utilizada entre 65% a 95% (22-46-80). Wsekstein (80) reporta que utilizó en el 66.39 de pacientes con sospecha de ectópico y halló positivo en 81%. En Tingo María se utilizó en el 89.74% y se halló positivo en el 74.36%.

El ultrasonido es limitado (28), requiere amplia experiencia: aún en manos experimentadas fue alta la incidencia de los falsos positivos y negativos (76). Brinda utilidad práctica cuando se usa simultáneamente con la dosificación de la fracción B-HCG, por exclusión, demostrando la ausencia o presencia del embarazo intrauterino, como lo recomendara desde 1965 Ian Donald (13). Si no se detecta saco gestacional en la cavidad uterina, con más de 6,500 mui/ml se sospechará embarazo ectópico (11). Si con menos de 6500 mui/ml no se detecta saco gestacional en cavidad uterina, para confirmar o descartar, repetir las pruebas (B-HCG y Sonografía) cada dos días, porque se ha demostrado que el huevo crece a razón de 2 mms por día y la fracción B-HCG aumenta cada dos días, término medio 100% (1, 11, 16, 38, 59, 69). Se ha detectado el saco gestacional más pequeño por sonografía vaginal de 2 mms de diámetro (9). La probabilidad de embarazo extrauterino e intrauterino es de 1 ectópico por 30,000 intrauterinos; cuando con el ultrasonido se detecta saco gestacional intrauterino, el ectópico puede excluirse de plano (22).

En Tingo María se halló el 100% de los embarazos ectópicos en las trompas. La totalidad de los autores concuerdan que el embarazo ectópico tiene localización más frecuente en las trompas. Hallat refiere que halló en 98% (33); Douglas 96.7% (19); Page 90% (56); Matingli 95% (46); Psychrembel 99% (97); Barbet 95% (7); Pérez 95.38% (54); Pritchard 95% (55) y Elías 95% (24).

El ectópico ovárico es raro (17); ocurre 1 en 25,000 a 40,000 embarazos intrauterinos y de 0.4% a 0.7% de los ectópicos. El primer caso de embarazo ectópico ovárico fue reportado por Saint Maurice Perigod, en 1682. A pesar de su rareza, ha nacido un infante vivo, femenino, sin malformaciones, a las 41 semanas de gestación, con peso de 3597 gramos de peso (81); otro niño nació sano localizado en el ligamento ancho, diagnóstico en el acto operatorio (77).

Los embarazos ectópicos que se presentaron en Tingo María, 94.87% fueron resueltos por salpinguectomía 2.56% por salpingotomía y 2.56% por expresión tubaria. El tratamiento por salpinguectomía desmejora grandemente la fertilidad de la paciente, agravada por las adherencias post-operatorias (34). Desde que en 1883 recomendara Robert Tait la salpinguectomía como tratamiento de elección del embarazo tubárico (3, 19, 21, 46, 52, 73), se ha desarrollado otros métodos de tratamiento, usados de acuerdo al estado de la trompa opuesta, edad de la paciente.

capacidad reproductiva, naturaleza de la lesión y del diagnóstico temprano (6, 30, 32, 35, 36). Si se utiliza salpinguectomía, para evitar recidiva por transmigración externa y se desea mejorar la fertilidad de la paciente se recomendó salpingooforectomía simultánea (35, 36). Entre los métodos de tratamiento desarrollados en las últimas décadas tenemos:

1.- Tratamiento expectante. El clásico informe de Lund, Helsinki (1955) de 387 pacientes con embarazos ectópicos, 45% fueron tratadas por salpinguectomía por presentar episodios agudos y 55% tuvieron tratamiento inicial expectante; posteriormente, 42% fueron intervenidas y 58% fueron tratadas de manera expectante: desaparecieron los síntomas, la fracción B-HCG se negativizó y la tumoración desapareció después de un mes de hospitalización. Todas las pacientes fueron estudiadas hasta la menopausia. Resultado final: 45% con ambos métodos de tratamiento (salpinguectomía y expectante) lograron embarazos intrauterinos; 16% de las tratadas por cirugía, tuvieron huevo ectópico; y 15% de las tratadas por expectación, desarrollaron nuevo ectópico (32). Desde esa fecha, han aparecido varios trabajos que aseguran que el tratamiento expectante es eficaz (1, 14, 19, 32, 35, 50, 75).

2.- Tratamiento con metotrexato.— La utilización del metotrexato se inició en los embarazos ectópicos intraabdominales, cervical e intersticial, con éxito demostrados por histerosalpingografía y/o laparoscopia. Futuros estudios serán necesarios para la generalización del metotrexato como método de tratamiento en determinados embarazos ectópicos (3, 4, 5, 15, 23, 34, 50, 73, 74).

3.- Tratamiento conservador quirúrgico mediante salpingotomía, salpingostomía y expresión manual de las trompas (3, 4, 6, 10, 13, 19, 21, 22, 23, 31, 32, 35, 50, 52, 58, 70, 73, 74, 75). Se cree que el tratamiento quirúrgico conservador y con el metotrexato serán los métodos de elección de tratamiento del embarazo ectópico del futuro (31, 39).

4. Tratamiento ambulatorio.— Puede realizarse tratamiento ambulatorio por cirugía radical o conservadora, por minilaparatomía o laparoscopia (14, 73, 75); la paciente es dada de alta después de la recuperación de la anestesia (39).

Parry (1876) informó que la mortalidad materna por embarazo ectópico era de 67% (32, 46); desde esa fecha se aprecia evidente descenso. La mortalidad materna varía de 0% (7) a 18% (66) (embarazo ectópico abdominal) (7, 10, 20, 28, 32, 46, 50, 54, 56, 58, 66, 70). En Tingo María no tuvimos ninguna muerte materna por embarazo ectópico.

La hemorragia materno fetal asociada al embarazo ectópico puede sensibilizar a la paciente Rh negativa. El Colegio Americano de Obstétricas y Ginecólogos, la OMS y el Servicio de Salud de EEUU, recomiendan que toda mujer Rh negativo insensibilizada que ha tenido embarazo ectópico debe protegerse con Rh. inmunoglobulina (26).

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de embarazo ectópico en Tingo María es reducido.
2. En su totalidad, estuvieron localizados en las trompas.
3. Tuvimos cinco errores de diagnóstico.
4. Solamente dos pacientes presentaron shock.
5. El 94.780/o de los embarazos ectópicos tubáricos fueron tratados por salpinguectomía.
6. Se hizo auto transfusión de dos pacientes.
7. La mayoría tuvo 25-29 años y fueron multiparas.
8. Todas las pacientes con embarazo ectópico presentaron dolor.
9. El 92.300/o se presentó antes de las 9 semanas de gestación.
10. No tuvimos ninguna muerte materna.
11. Los Médicos requieren cursos de actualización y capacitación y estímulos para la confección de trabajos de investigación.
12. Auditorías frecuentes por profesionales competentes.

BIBLIOGRAFIA

1. BEVENISTE R. and SCOMMEGNA A.: Human Chorionic gonadotropin Alfa-Subunit in Pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynec.* 141: 952, 1981.
2. BRYSON S.C.P.: Beta Subunit of human chorionic gonadotropin. Ultrasound and Ectopic Pregnancy: A Prospective Study. *Am. J. Obstet. Gynec.* 146:163, 1983.
3. BATÉS G.W.: Ectopic pregnancy and Metro thexato Therapy. A Discussion. *Am. J. Obstet. Gynec.* 154: 1303, 1986.
4. BRANDES M.C., YOUNGS D.D., GOLDSTEIN D.P. and PARMLEY T.M.: Treatment of Cornual Pregnancy with Metrothexato: A case Report. *Am. J. Obstet. Gynec.* 155: 655, 1986.
5. BROWN C.M., LAVIGNE W.E. and PADILLA S.: Unruptured pregnancy in a Heterotopic Fallopian Tube: Evidence for transperitoneal sperm migration. *Am. J. Obstet. Gynec.* 156: 88, 1987.
6. BAKERS, D.P.: Surgical Disease in Adolescent Gynecology. *Surg. Clin. of N.A.* 52: 271, 1972.
7. BARBET A., GIBELLI G.R., RICCI F. y M. DE SAN MARTIN: Embarazo Extrauterino. *Obstetricia de León*: 216-250, II tomo. Gumerindo Fernández, Buenos Aires, 1967.
8. BENSON B.C.: Extrauterine Pregnancy. I Current Obstetrics and Gynecology and Treatment. Benson: 599-608. Lang Medical Publication Los Altos, California, 1976.
9. BERNASCHEK G., RUDELSTOFER R. and CSAICSICH P.: Vaginal Sonography Versus Human Chorionic Gonadotropin in early detection in pregnancy. *Am. J. Obstet.* 158: 608, 1988.
10. BOTELLA LLUSIA J. y CLAVERO NÚÑEZ J.: Embarazo ectópico. *Tratado de Ginecología*, II tomo 12ava. Ed.: 393-413 Editorial Científico Médico, Barcelona, 1981.
11. BAYLES R.B.: Non tubal ectopic pregnancy. *Clin. Obstet. Gynec.* 10-1: 173-180, 1987.
12. CARTER J.E. and JACOBSON A.: Reimplantation of A Human Embryo with Subsecuente Ovarian Pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynec.* 155: 282, 1986.
13. CRESPIGNI L.D.CH.: The Value of Ultrasound in ectopic pregnancy. *Clin. Obstet. Gynec.* 30-1: 136-147, 1987.
14. CASPI E. and SHERMAN D.: Tubal Abortion and Infundibular ectopic pregnancy. *Clin. Obstet. Gynec.* 30:1; 155-163, 1987.
15. CHOW W.H., DALING J.R., WEISS N.S., MOORE D.E. and SODERTROM R.: Vaginal Douching as a Potential Risk Factor for Tubal Ectopic Pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynec.* 153-727, 1985.
16. CHASE J.S., CHECK J.H., NOWROSKY K. and WU C.H.H.: Firth Trimestre Serum Level of B-Subunit of Human Chorionic Gonadotropin in Tubal Molar Pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynec.* 157: 910, 1987.
17. CHECK J.H. and CHASE J.S.: Ovarian Pregnancy with Contralateral Corpus Luteum.: A Case Report. *Am. J. Obstet. Gynec.* 154: 155, 1986.
18. DAYS S.: Human Chorionic Gonadotropin Increase in Normal Early Pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynec.* 156: 186, 1987.
19. DOUGLAS R.G. and STROMME W.B.: Ectopic Pregnancy. In *Operative Obstetrics* Third Ed.: 222-255. Appleton-Century-Crofts, 1976.
20. DORFMAN S.F.: Epidemiology of Ectopic Pregnancy. *Clin. Obstetrics and Gynecology* 30-1; 173-180, 1987.
21. DIAMONT M.P. and DE CHERNEY A.H.: Surgical Technique in the Management of Ectopic Pregnancy. *Clin. Obstet. Gynec.* 30-1: 200-209, 1987.
22. DE CHERNEY A.H. and JONES E.E.: Ectopic Pregnancy. *Clin. Obstet. Gynec.* 30-1: 365, 1985.
23. DE CHERNEY A.H.: Ectopic Pregnancy Fore word. *Clin. Obstet. Gynec.* 30-117, 1987.
24. ELIAS S., LEBEAU M., SIMPSON J.L. and MARTIN A.O.: Chromosome Analysis of Ectopic Human Conceptions. *Am. Obstet. Gynec.* 141: 698, 1981.
25. FRANHENHEIN H.: Laparoscopy in Diagnostic Gynecology. In *Endoscopy*. Ed. George Berci: 503, Appleton-Century-Crofts, 1976.
26. GRIMES D.A., GEARY F.H. and HATCHER R.E.: RH Immunoglobulin Utilization after Ectopic Pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynec.* 140: 246, 1981.
27. GEMZELL G., GUILLOME J. and CHUN FU WANG: Ectopic Following treatment with Gonadotropin. *Am. J. Obstet. Gynec.* 143: 761, 1982.
28. GERBIE A.B.: Ectopic Pregnancy. In *Sciarr's Obstetrics and Gynecology*, tomo II chapter 29 Harper and Row, 1986.
29. GREENHILL J.P. and FRIEDMAN A.E.: Ectopic Pregnancy. In *Biological Principles and Modern Practice of Obstetrics* W.B. Saunders Co., 1974.
30. HOLM J.F., TYREY E.L. and HAMOND C.H.B.: A Contemporary Approach to Suspectec Ectopic Pregnancy with Use of quantitative and Qualitative Assays for the Beta Subunit of Human Chorionic Gonadotropin and Sonography. *Am. J. Obstet. Gynec.* 150: 151, 1984.

NOTA: Hay 50 referencias más que por razones de espacio no se publican.