Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 5(3), 21-26, 2026
https://doi.org/10.62574/v197pm41

El impacto del embarazo ectópico: Una amenaza silenciosa para la salud reproductiva

The impact of ectopic pregnancy: A silent threat to reproductive health

Ronal Steeven Yansapanta-Chipantiza
ronalyc16@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-0949-1963

Carolina Sarahí Zamora-Vargas
carolinazv50@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0001-2437-319X

Emily Nicole Córdova-Flores
emilycf12@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0006-1283-7563

RESUMEN

Objetivo: analizar los factores de riesgo, las herramientas diagnósticas y las opciones terapéuticas del embarazo ectópico. **Método:** estudio documental descriptivo basado en 12 documentos indexados en PubMed, SciELO y LILACS, publicados entre 2002 y 2020. **Resultados:** la localización ampular predominó (70 %); la infección pélvica previa y el tabaquismo explicaron cada uno cerca de un tercio del riesgo atribuible; la ecografía transvaginal alcanzó una sensibilidad del 87 % al 99 % y una especificidad del 94 % al 99,9 %; el metotrexato y la cirugía laparoscópica resolvieron la mayoría de los casos detectados precozmente, y la salpingostomía no mejoró la fertilidad frente a la salpingectomía cuando la trompa contralateral estaba sana. **Conclusiones:** el diagnóstico temprano, basado en la ecografía transvaginal y la β-hCG seriada, permite sustituir la cirugía de urgencia por tratamientos conservadores y reducir la morbimortalidad.

Descriptores: embarazo ectópico; ultrasonografía; metotrexato. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to analyze risk factors, diagnostic tools and therapeutic options for ectopic pregnancy. **Method:** descriptive documentary study based on 12 documents indexed in PubMed, SciELO and LILACS, published between 2002 and 2020. **Results:** ampullary location predominated (70%); previous pelvic infection and smoking each explained about one third of the attributable risk; transvaginal ultrasound reached a sensitivity of 87% to 99% and a specificity of 94% to 99.9%; methotrexate and laparoscopic surgery resolved most early-detected cases, and salpingotomy did not improve fertility compared with salpingectomy when the contralateral tube was healthy. **Conclusions:** early diagnosis, based on transvaginal ultrasound and serial β-hCG, allows emergency surgery to be replaced by conservative treatments and reduces morbidity and mortality.

Descriptors: pregnancy ectopic; ultrasonography; methotrexate. (DeCS).

Recibido: 05/07/2026. Revisado: 06/08/2026. Aprobado: 12/08/2026. Publicado: 01/10/2026.

Original breve

INTRODUCCIÓN

Hoy por hoy, el embarazo ectópico, definido como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial, representa entre el 1 % y el 2 % de las gestaciones y figura entre las urgencias obstétricas más frecuentes del primer trimestre (1). Su gravedad deriva de la rotura del órgano de implantación y de la hemorragia intraperitoneal consiguiente, complicaciones que pueden instaurarse con rapidez en una mujer hasta entonces estable (2). En tal sentido, López-Luque et al. advirtieron que, aunque la mortalidad ha descendido, la entidad sigue siendo la primera causa de muerte materna en el primer trimestre, motivo por el cual debe sospecharse ante toda mujer en edad fértil con amenorrea, dolor abdominal o metrorragia, cuadro que en casos avanzados progresa hacia el síncope y el choque (3).

Desde el punto de vista topográfico, el registro francés de Auvergne, con 1800 casos tratados quirúrgicamente, ubicó el 70 % de las implantaciones en la ampolla, el 12 % en el istmo, el 11,1 % en la fimbria, el 2,4 % en la porción intersticial, el 3,2 % en el ovario y el 1,3 % en el abdomen (4). Ahora bien, las formas no tubáricas, pese a su rareza, conllevan una morbimortalidad materna superior y exigen criterios diagnósticos y terapéuticos propios (5). Sobre esta base, el presente trabajo se propuso analizar los factores de riesgo, las herramientas diagnósticas y las opciones terapéuticas del embarazo ectópico a la luz de la evidencia disponible.

MÉTODO

Se desarrolló un estudio documental, descriptivo y de enfoque cualitativo. Para ello, se consultaron PubMed, SciELO y LILACS con los descriptores Embarazo Ectópico, Ultrasonografía y Metotrexato, en español e inglés, combinados mediante operadores booleanos. Se incluyeron guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, ensayos aleatorizados, estudios poblacionales y series clínicas latinoamericanas; en cambio, se excluyeron páginas divulgativas, tesis, capítulos de libro, revistas no indexadas y registros cuyos datos no pudieron contrastarse con la

fuente original. En consecuencia, el corpus quedó integrado por 12 documentos publicados entre 2002 y 2020, analizados mediante lectura crítica y categorización en tres ejes: factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS

Factores de riesgo. El estudio de casos y controles de Bouyer et al., con 803 embarazos ectópicos y 1683 partos, identificó como factores principales el antecedente infeccioso, con una razón de probabilidades ajustada de 3,4 para la enfermedad pélvica inflamatoria, y el tabaquismo, con 3,9 en fumadoras de más de 20 cigarrillos diarios; cada uno explicó cerca de un tercio del riesgo atribuible (6). Por añadidura, la edad, los abortos espontáneos previos, la infertilidad y el uso previo de dispositivo intrauterino se asociaron con la entidad, al igual que el aborto farmacológico previo (razón de probabilidades de 2,8), no así el quirúrgico, y el conjunto de factores explicó el 76 % de los casos (6). En el contexto latinoamericano, Valera Valero et al. señalaron como antecedentes más relevantes la enfermedad inflamatoria pélvica, el dispositivo intrauterino, los abortos inducidos, el embarazo ectópico previo y las técnicas de reproducción asistida (7).

Diagnóstico. Dado que la tríada clínica carece de especificidad, el diagnóstico descansa en la ecografía transvaginal, cuya sensibilidad oscila entre el 87 % y el 99 % y cuya especificidad alcanza entre el 94 % y el 99,9 %; cuando la prueba de embarazo es positiva y la ecografía no localiza la gestación, se establece la categoría de embarazo de localización desconocida, que requiere seguimiento con determinaciones seriadas de gonadotropina coriónica humana (β-hCG) y nuevas exploraciones (8). Entre los signos ecográficos se describen la masa anexial heterogénea, el anillo tubárico, el saco extrauterino con vesícula vitelina o embrión y el líquido libre en el fondo de saco de Douglas (8). Conforme al Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, el nivel discriminatorio de β-hCG puede elevarse hasta 3500 mUI/mL para no interrumpir de forma inadvertida una gestación intrauterina

viable (9). En Bolivia, Crispin Nina y Durán Calle correlacionaron los valores de β-hCG y la ecografía con los datos intraoperatorios de 115 pacientes (10).

Tratamiento. La guía estadounidense establece que la mayoría de los casos detectados precozmente puede resolverse con cirugía mínimamente invasiva o con metotrexato, mientras que la inestabilidad hemodinámica constituye una urgencia quirúrgica (9). El esquema de dosis única emplea 50 mg/m² por vía intramuscular, con determinaciones de β-hCG los días 4 y 7 y un descenso esperado de al menos el 15 % entre ambas; entre sus contraindicaciones figuran la inestabilidad hemodinámica, la rotura, la lactancia, la inmunodeficiencia, la enfermedad hepática o renal, las discrasias sanguíneas, la enfermedad pulmonar y la úlcera péptica (9). A su vez, el manejo expectante se reserva para pacientes asintomáticas con β-hCG en descenso, en particular cuando la cifra inicial es inferior a 200 mUI/mL (9). La revisión Cochrane de Hajenius et al. comparó la cirugía, el tratamiento médico y la conducta expectante en términos de éxito primario, preservación tubárica y fertilidad posterior (11). En el ensayo ESEP, Mol et al. demostraron que, en mujeres con trompa contralateral sana, la salpingostomía no mejoró la tasa de embarazo espontáneo frente a la salpingectomía (12).

DISCUSIÓN

Así las cosas, la evidencia revisada confirma que el embarazo ectópico ha transitado de una emergencia casi siempre quirúrgica a una entidad diagnosticable antes de la rotura (2,3); dicho cambio obedece a la ecografía transvaginal de alta resolución y a la cuantificación seriada de β-hCG, que permiten identificar la gestación extrauterina en mujeres todavía asintomáticas (8,11). Dicho de otro modo, la clínica orienta la sospecha, pero la decisión depende de la integración de imagen y bioquímica, y el nivel discriminatorio debe interpretarse con cautela para no lesionar un embarazo intrauterino viable (9).

En cuanto a la prevención, el peso de la infección pélvica y del tabaquismo en el riesgo atribuible abre un margen de intervención desde la atención primaria mediante tamizaje de infecciones de transmisión sexual y consejería antitabáquica (6,7). Respecto del tratamiento, el metotrexato ofrece una alternativa eficaz en pacientes estables y adherentes al seguimiento (9,11); con todo, la ausencia de beneficio reproductivo de la salpingostomía cuando la trompa contralateral está sana respalda la salpingectomía como opción razonable, que además evita el riesgo de trofoblasto persistente (12). Por último, las localizaciones no tubáricas demandan protocolos específicos por su mayor gravedad (5).

Entre las limitaciones figuran la naturaleza documental del trabajo, la antigüedad de algunos estudios poblacionales de referencia y la escasez de series ecuatorianas publicadas en revistas indexadas; por tal motivo, se requieren estudios locales que describan la incidencia, los factores de riesgo y los resultados terapéuticos en la población atendida por la red pública.

CONCLUSIÓN

El embarazo ectópico se localiza sobre todo en la porción ampular de la trompa y guarda estrecha relación con la infección pélvica previa y el tabaquismo, factores susceptibles de prevención. El diagnóstico se apoya en la ecografía transvaginal y en la β-hCG seriada, cuya combinación permite detectar la entidad antes de la rotura. A manera de colofón, la detección precoz habilita tratamientos conservadores, como el metotrexato o la conducta expectante en casos seleccionados, y reserva la cirugía para la inestabilidad hemodinámica, la rotura o el fracaso del manejo médico.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev Chil Obstet Ginecol. 2020;85(6):697-708. doi:10.4067/S0717-75262020000600697
2. Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. N Engl J Med. 2009;361(4):379-87. doi:10.1056/NEJMcp0810384
3. López-Luque PR, Bergal-Mateo GJ, López-Olivares MC. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. Semergen. 2014;40(4):211-7. doi:10.1016/j.semerg.2013.11.007
4. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod. 2002;17(12):3224-30. doi:10.1093/humrep/17.12.3224
5. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo de localizaciones poco frecuentes del embarazo ectópico. Rev Chil Obstet Ginecol. 2020;85(6):709-24. doi:10.4067/S0717-75262020000600709
6. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernandez H, Gerbaud L, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. Am J Epidemiol. 2003;157(3):185-94. doi:10.1093/aje/kwf190
7. Valera Valero CA, Sánchez Casas Y, González Lucas N, Fernández Rodríguez F. Diagnóstico del embarazo ectópico. Arch Méd Camagüey. 2003;7(3):365-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552003000300013
8. Kirk E, Bottomley C, Bourne T. Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. Hum Reprod Update. 2014;20(2):250-61. doi:10.1093/humupd/dmt047
9. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal ectopic pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;131(3):e91-103. doi:10.1097/AOG.0000000000002560
10. Crispin Nina D, Durán Calle JJ. Correlación de valores β-HCG y ultrasonografía intraoperatoria en embarazo ectópico. Rev Méd La Paz. 2020;26(1):18-23. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582020000100003
11. Hajenius PJ, Mol F, Mol BW, Bossuyt PM, Ankum WM, van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(1):CD000324. doi:10.1002/14651858.CD000324.pub2
12. Mol F, van Mello NM, Strandell A, Strandell K, Jurkovic D, Ross J, et al. Salpingotomy versus salpingectomy in women with tubal pregnancy (ESEP study): an open-label, multicentre, randomised controlled trial. Lancet. 2014;383(9927):1483-9. doi:10.1016/S0140-6736(14)60123-9
13. van Mello NM, Mol F, Ankum WM, Mol BW, van der Veen F, Hajenius PJ. Ectopic pregnancy: how the diagnostic and therapeutic management has changed. Fertil Steril. 2012;98(5):1066-73. doi:10.1016/j.fertnstert.2012.09.040
14. Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu C, Van Huffel S, Timmerman D, et al. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. Hum Reprod. 2005;20(5):1404-9. doi:10.1093/humrep/deh770
15. Mayor S. Early diagnosis of ectopic pregnancy is essential to reduce deaths, says guideline. *BMJ*. 2016;355:i5954. Published 2016 Nov 6. doi:10.1136/bmj.i5954

Derechos de autor: 2026. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/