

HOSPITAL PROVINCIAL GINECOOBSTÉTRICO
"MARIANA GRAJALES"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

EMBARAZO ECTÓPICO. ESTUDIO DE UN AÑO

Por:

Dr. Abraham Reyes Pérez¹, Dr. José A. Marrero Martínez², Dr. Misael González García¹,
Enf. Yelenys Bello Sarduy³, Dr. Froilán Ponce González⁴ y Dr. Erick Eirin Rey⁵

1. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.
3. Enfermera General.
4. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. ISCM-VC.
5. Especialista de I Grado en MGI.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo de 145 pacientes a las que se diagnosticó embarazo ectópico en el período comprendido entre el 1ro. de abril de 1998 hasta el 1ro. de abril de 1999, en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara, con el objetivo de conocer la relación de algunos factores epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos de esta entidad. Se estudiaron variables como: edad, estadio del embarazo ectópico en el momento del diagnóstico, factores epidemiológicos, medios diagnósticos, motivo de consulta y tratamiento utilizado. El 40,0 % de los pacientes tenía entre 25 y 30 años. El 73,7 % acudió al hospital con un embarazo ectópico complicado. Los principales factores predisponentes fueron: inflamación pélvica, uso de dispositivos intrauterinos y abortos en el 36,5 %, 28,2 % y 26,2 % respectivamente. El método de diagnóstico más utilizado fue la laparoscopia, para un 86,2 %. El 62,06 % acudió a la consulta con la tríada típica: amenorrea-dolor-sangramiento, y el tratamiento que más se utilizó fue la salpingectomía parcial (93,10 %).

Descriptor DeCS:

EMBARAZO ECTOPICO/diagnóstico

Subject headings:

PREGNANCY, ECTOPIC/diagnosis

Introducción

Aunque al principio todos los embarazos comienzan siendo ectópicos, ya que la fecundación se produce en el tercio externo de la trompa, el útero es el único donde la implantación del huevo es normal, y a través de él un nuevo ser en el término de su desarrollo puede salir al exterior por las vías normales¹.

El embarazo ectópico fue descrito por primera vez por Albuccasis en el año 1063, y en el siglo XVII Mauriceau lo incluyó en su texto como complicación obstétrica. En 1863 Lawson practicó la primera salpingectomía por embarazo ectópico, de la que sobrevivió la madre².

El embarazo ectópico ha experimentado un aumento progresivo de su incidencia en los últimos años, y a pesar del conocimiento de factores epidemiológicos que favorecen su aparición, y de la ayuda de la tecnología avanzada que nos permite su diagnóstico precoz, aún queda por resolver la morbilidad que lleva aparejada la entidad para la mujer¹⁻³. La incidencia de esta enfermedad es

diferente en varios países; por ejemplo, en 1994 Finlandia lo informa en 1 por 47 nacimientos, Suecia en 1 por 66, Estados Unidos 1 por 34 y Cuba 1 por 25⁴⁻⁷.

Esta anomalía es la implantación y posterior desarrollo del producto de la concepción fuera de su lugar habitual: la cavidad uterina; según su localización, se puede afirmar que su evolución es más tranquila cuanto más se aleja del útero.

En los embarazos fímbricos, ováricos y abdominales primitivos, el crecimiento tiene lugar, por lo común, libremente en la cavidad peritoneal, por lo que el embarazo no entra en conflicto con su cápsula, y no se produce la crisis⁴⁻⁸.

La mayor localización del ectópico se encuentra en la trompa, y el resto se desarrolla en cualquier parte del trayecto restante: ovario, abdomen y cérvix. Numerosos son los autores que han puesto de manifiesto la importancia de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), el dispositivo intrauterino (DIU), los abortos y la operación de las trompas como factores responsables, en parte, del aumento de su incidencia, sin descartar la importancia del comportamiento sexual y social de la humanidad¹⁻⁹.

Dada la incidencia del embarazo ectópico y de sus complicaciones, que pueden llevar a la muerte de la mujer, nos hemos motivado a realizar un estudio al correlacionar factores epidemiológicos y analizar elementos de la clínica que nos permitan determinar cuáles son los de mayor incidencia en su aparición.

Métodos

Para la confección del presente trabajo se realizó un estudio descriptivo de todas las pacientes a las que se diagnosticó un embarazo ectópico en el Hospital Provincial Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara, en el período comprendido desde el 1ro de abril de 1998 hasta el 1ro de abril de 1999.

Se analizaron diferentes variables: edad, paridad, estadio del embarazo ectópico en el momento del diagnóstico, motivo de consulta, utilización de dispositivos intrauterinos, abortos, infertilidad, método de diagnóstico, tratamiento y complicaciones.

Se realizaron técnicas de procesamiento y análisis, como determinación de proporciones y por cientos. Los resultados obtenidos se reflejan en tablas de frecuencias, lo que facilita su análisis e interpretación.

Resultados

En nuestro estudio, la aparición del embarazo ectópico predominó entre los 25 y 30 años, en relación con el resto de los grupos etáreos (tabla 1).

Tabla1 Embarazo ectópico-edad.

Edad (años)	Nº	%
< 18	9	6,2
19-24	38	26,2
25-30	58	40,0
31-36	33	22,8
>36	7	4,8
TOTAL	145	100,0

Fuente: Historia clínica.

Al investigar el estadio del embarazo ectópico en el momento de su diagnóstico, se halló que 107 pacientes (73,7 %) presentaron un embarazo ectópico complicado, y en 38 (26,3 %) no hubo complicaciones.

Con relación a los factores epidemiológicos que más se asocian al embarazo ectópico, las

enfermedades inflamatorias pélvicas ocuparon el primer lugar, seguidos por el desconocimiento de un DIU colocado, y de pacientes que llevaron tratamiento en consultas de infertilidad (tabla 2).

Tabla 2 Factores epidemiológicos-embarazo ectópico.

Factores epidemiológicos	No.	%
EIP	53	36,5
DIU	41	28,2
Abortos	38	26,2
No antecedentes	28	19,3
Infertilidad	18	12,4

Fuente: Historia clínica.

EIP: Enfermedad inflamatoria pélvica.

DIU: Dispositivo intrauterino.

La tríada amenorrea, dolor abdominal y sangramiento fue el motivo principal de consulta (tabla 3), seguidos por el dúo amenorrea y dolor abdominal.

Tabla 3 Embarazo ectópico-motivo de consulta.

Motivo de consulta	No.	%
Amenorrea-dolor-sangramiento	90	62,06
Amenorrea-dolor	32	22,07
Sangramiento	9	6,21
Lipotimia	6	4,14
Dolor abdominal	4	2,76
Choque	4	2,76
TOTAL	145	100,00

Fuente: Historia clínica.

La primacía absoluta para el diagnóstico del embarazo ectópico en nuestro medio lo constituye la laparoscopia, y la conducta a seguir es aún la radical (tablas 4 y 5).

Tabla 4 Embarazo ectópico-medio diagnóstico.

Medio diagnóstico	No.	%
Laparoscopia	125	86,22
Ultrasonido abdominal	4	2,76
Punción abdominal	8	5,51
Punción de Douglas	8	5,51
TOTAL	145	100

Fuente: Historia clínica.

Tabla 5 Embarazo ectópico-tratamiento.

Tratamiento		No.	%
Operación radical	Salpingectomía parcial	135	93,10
	Ooforectomía	6	4,14
Operación conservadora	Metrotexate	3	2,06
	Salpingostomía y sutura	1	0,70
TOTAL		145	100

Fuente: Historia clínica.

Discusión

Referente a la edad de aparición del embarazo ectópico, es necesario reflexionar que la plena madurez sexual y reproductiva se alcanza en la etapa de 25-30 años, a lo cual se suman algunos factores de riesgo que favorecen la aparición de esta afección, muy bien identificada en la bibliografía consultada^{10,11}, como las infecciones de transmisión sexual y la promiscuidad.

Pensamos que el embarazo ectópico complicado se diagnostica con mayor frecuencia porque tiene un conjunto sintomático muy variado, y sólo con no pensar en él se comete el error de no hacer el diagnóstico correcto; además, no poseemos medios diagnósticos más modernos que faciliten el diagnóstico precoz, como la fracción β de la gonadotropina coriónica y el ultrasonido transvaginal¹⁰⁻¹², e incluso, contando con ellos, su diagnóstico es difícil.

En la mayoría de la bibliografía consultada^{2,9,13} se asegura que la amenorrea, con dolor abdominal y sangramiento, ofrecen un sólido criterio de embarazo ectópico, el cual debe sospecharse hasta no demostrarse la presencia de otra entidad nosológica. En nuestro trabajo los resultados coinciden de modo convincente.

A pesar de los avances científicos y técnicos, el embarazo ectópico continúa siendo un problema de diagnóstico^{14,15}, debido en parte a que los síntomas y signos aparecen de formas muy diversas, lo que conduce al diagnóstico tardío en la mayoría de los casos.

La intervención quirúrgica conservadora gana terreno cada vez más a escala mundial, debido a que se mantiene la capacidad reproductora de la mujer¹⁵; no obstante, la salpingectomía parcial es la conducta más empleada en nuestro medio.

Se concluye que los factores predisponentes que aparecieron en los primeros lugares correspondieron a la inflamación pélvica, uso de dispositivos intrauterinos y abortos. El método de diagnóstico más utilizado fue la laparoscopia diagnóstica, y el 62,06 % acudió a la consulta con la tríada típica amenorrea-dolor-sangramiento.

Summary

A descriptive study was performed in 145 patients diagnosed with ectopic pregnancy from April 1st, 1998 to April 1st, 1999 in the service of Gynecology at the Provincial Hospital "Mariana Grajales" in Santa Clara. The study was aimed at determining the relationship of some epidemiological, clinical, diagnose and therapeutic factors of this entity. Several variables were studied such as: age, state of ectopic pregnancy at the moment of diagnosis, epidemiological factors, diagnosis means, reason for consultation and treatment used. 40 per cent of patients were between 25 and 30 years of age. 73.7 per cent attended the hospital with a complicated ectopic pregnancy. The main predisposing factors were: pelvic inflammation, use of intrauterine devices and abortion in 36,5, 28.2 and 26,2 per cent respectively. The most used diagnosis method was laparoscopy for 86.22 per cent. 62.02 per cent came to the consultation with the typical triad: ammenorhea-pain-bleeding. The most used treatment was partial salpingectomy (93,10 per cent).

Referencias bibliográficas

1. Botella Llusia J, Clavelo Núñez LA. Embarazo ectópico. En: Tratado de Ginecología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1984. p. 393-413.
2. González Merlo H. Embarazo ectópico. En: Protocolo de consulta. Madrid: Salvat 1994. p. 330-49.
3. Barlow RE, Cooke ID, Odukoya O. The prevalence of Chlamydia trachomatis in fresh tissue specimens from patients with ectopic pregnancy or tubal factor infertility as determined by PCR and in-situ hybridization. *J Med Microbiol* 2001;50(10):902-8.
4. Cabezas E. Embarazo Ectópico. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996;6(1):50-7.
5. Luciano AA, Roy G, Solima E. Ectopic pregnancy from surgical emergency to medical management. *Ann N Y Acad Sci* 2001;943:235-54.
6. Khaleeque E, Siddiqui RI, Jafarey SN. Ectopic pregnancies: a three year study. *J Pak Med Assoc.* 2001;51(7):240-3.
7. Onega T. Clinic critically appraised topics. Ectopic pregnancy evaluating first-line diagnostic tools. *JAAPA.* 2001;14(8):21-4.
8. Archibong EI, Sobando AA. Ectopic pregnancy in Abha, Saudi Arabia. A continuing conundrum. *Saudi Med J* 2000;21(4):330-4.
9. Olofsson JI, Poromaa B, Ottander U, Kjellberg L. Clinical and pregnancy outcome following ectopic pregnancy; a prospective study comparing expectancy, surgery and systemic methotrexate treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;80(8):744-9.
10. Burkman RT, Collins JA, Shulman LP, Williams JK. Current perspectives on oral contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185(2 Suppl):S4-12.
11. Van der Weiden RM, Blandenburg H. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185(2):522.
12. Tews G, Ebner T, Yaman C. Beta-hCG-negative ectopic pregnancy in the right tube. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001;8(3):338-9.
13. Abrahamson L, Newton W. What is the optimal protocol for diagnosis of ectopic pregnancy?. *J Fam Pract* 2000;50(7):570.
14. Biervliet FP, Lesny P, Maguiness SD. Mechanisms for bilateral ectopics after embryo transfer. *Fertil Steril* 2001;76(1):212-3.
15. Lecuru F, Camatte S, Viens-Bitker C, Chasset S, Leonard F, Taurelle R. Hospital resources used for ectopic pregnancy treatment by laparoscopy and methotrexate. *JSLs* 2001;5(2):117-22.