

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE REMEDIOS  
VILLA CLARA**

**EMBARAZO ECTÓPICO: FACTORES RELACIONADOS  
Y OTRAS CONSIDERACIONES.**

Por:

Dr. Ramón Olalde Cancio<sup>1</sup>, Dr. José Lorenzo Fong Seuc<sup>2</sup>, Dra. Nancy Catalina Rodríguez Hernández<sup>3</sup> y Dra. Belkis Ferrer Blanco<sup>4</sup>

1. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital de Remedios. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital de Remedios. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Jefa Programa Materno-Infantil, municipio de Remedios.
4. Especialista de Grado en Ginecología y Obstetricia. Policlínico de Remedios.

**Resumen**

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de 45 pacientes que tuvieron el diagnóstico operatorio de embarazo ectópico, el cual fue corroborado por Anatomía Patológica en el período comprendido desde el primero de enero de 1999 hasta el 31 de diciembre del 2001 en el servicio de Ginecología del Hospital General Docente de Remedios, provincia de Villa Clara, con el objetivo de conocer la incidencia y la relación de algunos factores epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos en esta entidad. El embarazo ectópico es muy frecuente en nuestro medio, fundamentalmente en el grupo de 20-24 años. Las interrupciones de embarazo, la inflamación pélvica y el embarazo ectópico fueron los principales factores epidemiológicos encontrados; el método de diagnóstico más utilizado fue la culdocentesis. Las principales complicaciones encontradas fueron la anemia y el choque hipovolémico.

**Descriptor DeCS:**

EMBARAZO ECTOPICO  
FACTORES DE RIESGO

**Subject headings**

PREGNANCY, ECTOPIC  
RISK FACTORS

**Introducción**

El embarazo ectópico, entidad en la cual un óvulo fecundado anida fuera de su lugar normal correspondiente a la cavidad uterina, ocasiona morbilidad y mortalidad relevantes, por las complicaciones que presenta.

Según la localización del embarazo ectópico, se puede afirmar que la evolución es tanto más favorable cuanto más se aleja del útero<sup>1</sup>.

Precisamente, corresponde a Albucassi la primera descripción realizada en el año 963 DC<sup>1,2</sup>. Busiere, en París, en el año 1693, reconoció la presencia de una gestación extrauterina en una mujer ejecutada en la guillotina<sup>1-3</sup>, y en 1883 Lawson Taint practicó la primera salpingectomía por embarazo ectópico, en la que sobrevivió la madre<sup>1-3</sup>.

La incidencia de esta entidad ha ido en aumento progresivo en los últimos años<sup>3,4</sup>, a pesar de los conocidos factores epidemiológicos que con más frecuencia se encuentran asociados a la misma, tales como: procesos Inflamatorios pelvianos agudos y crónicos, Infecciones postaborto y posparto, las cuales dejan alteraciones anatómicas del endosalpinx y alteran la fisiología ciliar<sup>4</sup>, así como la peristalsis tubárica, los dispositivos intrauterinos, infertilidad, presencia de

operaciones correctoras de las trompas, y el antecedente de gestaciones ectópicas, entre otras<sup>1-3</sup>.

La incidencia de esta enfermedad es diferente en varios países; en el año 1994 Finlandia informa 1 por 47 nacimientos, Suecia 1 por 66, Estados Unidos 1 por 34 y Cuba 1 por 25.<sup>1</sup> En el Reino Unido, cada año, alrededor de 11 000 mujeres tienen un embarazo ectópico (alrededor del 1 % de todas las embarazadas)<sup>5</sup>.

En estudios realizados sobre la frecuencia del embarazo ectópico en Cuba, en el Hospital Docente "Vladimir I. Lenin" de Holguín, durante los años 1975-1996, se observó un incremento marcado de 47 casos en 1995 a 208 en 1996. El Hospital "Carlos Manuel de Céspedes", en Bayamo, Granma, durante los años 1994-1996, tuvo una incidencia de 1 por 49 partos<sup>1</sup>.

El Hospital General Docente de Remedios –en especial el servicio de Ginecoobstetricia, al cual pertenecemos–, no ha escapado de los embates de esta entidad, y su frecuencia es cada día motivo de preocupación, así como su morbilidad y mortalidad. En nuestro país constituyó 11,9 % del total de las muertes maternas directas entre 1985 y 1995<sup>6</sup>, lo cual nos ha motivado a estudiar su incidencia y principales factores relacionados con el mismo, para identificar los principales factores de riesgo que más inciden en este medio, dirigir la terapéutica más adecuada y evitar episodios morbosos que pudieran ser consecuencia de esta enfermedad.

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 45 pacientes que tuvieron el diagnóstico de embarazo ectópico, corroborado por Anatomía Patológica en el período comprendido desde el 1º de enero de 1999 hasta el 31 de diciembre del 2001, en el servicio de Ginecología del Hospital General Docente de Remedios de la provincia Villa Clara. Para la recolección del dato primario se realizó una guía de revisión documental procedente de la historia clínica, y se analizaron las siguientes variables: edad, número de partos en ese período, factores epidemiológicos, medios diagnósticos, tipo de operación realizada y las complicaciones de las pacientes operadas de embarazo ectópico en el período de estudio. La información se procesó manualmente con ayuda de una calculadora de mesa; para el análisis de los resultados se utilizaron distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, y se emplearon como medidas de relación el por ciento y las razones, lo que facilitó su análisis e interpretación.

## Resultados

En la tabla 1 aparece la incidencia del embarazo ectópico por edades según cantidad de partos; sin embargo, consideramos nuestra frecuencia mayor, debido a que algunos casos son remitidos para realizarle la laparoscopia y son intervenidos en otros centros. Asimismo, el servicio de Cirugía opera en ocasiones estos casos en nuestro hospital, por lo que informamos una incidencia de 1 x 93 partos; las edades de mayor incidencia fueron las de 20-24 años con 1 x 73 partos y 25-29 años con 1 x 77 partos.

Tabla 1 Embarazos ectópicos por grupos de edades y cantidad de partos.

Edad (años)	Parto	Embarazo ectópico	Ectópico por parto
< 20	498	3	1 x 166
20 - 24	1091	15	1 x 73
25 - 29	1402	18	1 x 77
30 - 34	869	5	1 x 173
35 - 39	316	3	1 x 105
40 y más	28	1	1 x 28
TOTAL	4204	45	1 x 93

Fuente: Historia Clínica.

Un porcentaje considerable tenía antecedentes de interrupción de embarazo (44,4 %) seguida de la inflamación pélvica (17,7 %) y el antecedente de embarazo ectópico (13,3 %) (tabla 2).

Tabla 2 Embarazo ectópico. Factores epidemiológicos.

Factores epidemiológicos	No.	%
Interrupciones de embarazo	20	44,4
Inflamación pélvica	8	17,7
Antecedentes de embarazo ectópico	6	13,3
Esterilidad	3	6,6
Cesáreas anteriores	3	6,6
Dispositivos intrauterinos	2	4,4
Sin antecedentes	3	6,6
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica.

En la tabla 3 se observó que el medio diagnóstico más utilizado fue la clínica más la culdocentesis (62,2 %), seguido de la clínica más laparoscopia (22,2 %).

Tabla 3 Embarazo ectópico. Medios diagnósticos.

Medios diagnósticos	No.	%
Clínica y culdocentesis	28	62,2
Clínica y laparoscopia	10	22,2
Clínica y ecografía	5	11,1
Clínica y punción abdominal	2	4,4
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica.

En la tabla 4 se muestra el tratamiento quirúrgico de preferencia; la salpingectomía total fue el más utilizado (51,1 %), seguido de la bilateral (33,3 %), en relación con aquellas pacientes con maternidad satisfecha y estado hemodinámico adecuado. El resto de las técnicas quirúrgicas se realizaron de acuerdo con el tipo de embarazo ectópico, paridad de la paciente, o ambos, para tratar de conservar la fertilidad.

Tabla 4 Tratamiento quirúrgico realizado.

Tratamiento quirúrgico realizado	No.	%
Salpingectomía total	23	51,1
Salpingectomía bilateral	15	33,3
Resección en cuña y sutura	3	6,6
Salpingostomía y sutura	3	6,6
Exéresis intraligamentosa	1	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica.

Se demostró que la anemia y el choque hipovolémico fueron las complicaciones más frecuentes (55,5 % y 22,2 % respectivamente). Las demás complicaciones fueron mínimas (tabla 5).

Tabla 5 Embarazo ectópico. Complicaciones encontradas.

Complicaciones	No.	%
Anemia	25	55,5
Choque	10	22,2
Síndrome febril postoperatorio	3	6,6
Sepsis de herida quirúrgica	2	4,4
Sin complicaciones	5	11,1
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica.

## **Discusión**

La incidencia de embarazo ectópico está aumentando en muchas partes del mundo, y este aumento ha sido informado por muchos autores<sup>3-5,7-10</sup>. Todo ello se asocia cada vez más con el aumento de algunos factores de riesgo coadyuvantes que determinan la aparición de procesos inflamatorios agudos y crónicos del aparato genital femenino, los que se interrelacionan con el inicio de la madurez y las relaciones sexuales<sup>11,12</sup>.

Precisamente, en nuestro estudio la edad más común de aparición comprende entre los 20-30 años, lo cual coincide con la bibliografía consultada<sup>1,2,8,9</sup>.

Los principales factores de riesgo son prácticamente similares en todos los estudios. Martínez Cuevas<sup>2</sup> halló una incidencia de 38 % en pacientes con antecedentes de aborto; a su vez, Marrero Martínez y otros<sup>1,8</sup> señalan una alta incidencia en pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica, lo que se corresponde con nuestra investigación.

El diagnóstico del embarazo ectópico, a pesar de los grandes avances científico-técnicos alcanzados, continúa siendo una problemática<sup>13,14</sup>, dada la diversidad de cuadros abdominales con los que concommita y lo enmascaran; los medios diagnósticos más utilizados para corroborar su existencia, fundamentalmente cuando se encuentra complicado, son la culdocentesis<sup>1,2</sup> y la laparoscopia<sup>8</sup>, lo que se corresponde con nuestro estudio.

La terapéutica del embarazo ectópico es quirúrgica, fundamentalmente, al menos en casos complicados, y el tratamiento de elección es la salpingectomía total. No obstante, actualmente se le brinda atención especial al tratamiento conservador con metrotexate, con el objetivo de conservar la fertilidad para el futuro; múltiples estudios abogan a su favor.<sup>14-16</sup>

Las principales complicaciones encontradas en esta investigación fueron la anemia (55,5 %) y el choque hipovolémico (22,2 %). Guerra Verdecia<sup>1</sup>, en el Hospital "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, informa cifras similares.

La mortalidad en nuestro estudio no estuvo presente, debido quizás al diagnóstico certero y oportuno de esta entidad, que cada día azota más a nuestra población femenina.

## **Summary**

A descriptive retrospective study was carried out in 45 patients with operatory diagnosis of ectopic pregnancy confirmed by Pathological Anatomy from January 1<sup>st</sup>, 1999 until December 31<sup>st</sup>, 2001 at Gynecology service in Teaching General Hospital from Remedios, Villa Clara. The study was aimed at knowing the incidence and correlation of some epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutical factors at this unit. Ectopic pregnancy is very frequent in our environment, mainly in the age group between 20 and 24 years. Interruption of pregnancy, pelvic inflammation and ectopic pregnancy were the main epidemiological factors found. The most used diagnostic method was culdocentesis. The main complications found were anemia and hypovolemic stroke.

## **Referencias bibliográficas**

1. Guerra Verdecia C, Hernández Fonseca N, Guerra Vázquez N, Millán Vegas MM, Proenza Macías J. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1999;25(1):66-70.
2. Martínez Cuevas M, Martínez Nuzarello O, Wattiez CR, López Fernández R. Embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1998;24(1):13-7.
3. González Merlo H. Embarazo ectópico. En: Protocolo de consulta. Madrid: Salvat; 1994. p. 330-49.
4. Lugones Botell M, Quintana Reverón T. Embarazo ectópico y atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14(2):111-2.
5. Manejo del embarazo ectópico. Med Terap. 1999;18(4):15-8.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de salud materno infantil y planificación familiar. Embarazo ectópico. En: Procederes en obstetricia y ginecología para el médico de la familia. La Habana: Ciencias Médicas; 1998. p. 31-3.

7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Embarazo ectópico. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2000. p. 153-8.
8. Reyes Pérez A, Marrero Martínez JA, González García M, Bello Sarduy Y, Ponce González F, Eirín Rey E. Embarazo ectópico. Estudio de un año. Medicentro Electrónica [serie en Internet]. 2002 Sep [citado 21 Sep 2004 ]; 6(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v6n302/embarazo.htm>
9. Cabezas E. Embarazo ectópico. Rev Cubana Med Gen Integr. 1996;16(1):50-7.
10. Machado Rodríguez H, Rodríguez Ponz O. Dolor pelviano en la adolescente. En: Ginecología infanto-juvenil. La Habana: Científico Técnica; 1999. p. 122-32.
11. Burkman RT, Collins JA, Shulman LP, Williams JK. Current perspectives on oral contraceptive use. Am J Obstet Gynecol. 2001;185(2 suppl 1):84-12.
12. Van der Weiden RM, Blandenburg H. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. Am J Obstet Gynecol. 2001;185(2):522.
13. Biervliet FP, Lesny P, Magnines SD. Mechanisms for bilateral ectopics after embryo transfer. Fertil Steril. 2001;76(1):212-3.
14. Rodríguez Hidalgo N. Embarazo ectópico. En: Cirugía ginecológica y obstétrica vol. 1. La Habana: Pueblo y Educación; 1993. p. 294-304.
15. Pretzsch G, Einenkel J, Baierd A, Honn LC. Zernykale gravidiat kasuistak and literature bersick. Zentralbl Gynakol. 1997;119(1):25-34.
16. Martínez Camilo RV. Pérez Martínez M, Torrente Hernández B. Embarazo ectópico cervical. Tratado con metrotrexate. Reporte de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2000;26(2):87-90.