

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

CARACTERIZACION DE EMBARAZO ECTOPICO

Dr. Hugo Ariel Matos Quiala¹, Dr. Osvaldo Rodríguez Lara¹, Dr. Gerardo Estrada Sánchez², Dra. Marilyn Martínez Enfedaque¹, Dra. Ana Saap Nuño³, Dra. Maritza Osorio Rodríguez³, Dr. José Ángel Beltrán Herrera², Efrén Denis Fernández.⁴

RESUMEN

Se realiza un estudio sobre el comportamiento del embarazo ectópico en el Hospital General Docente de Guantánamo "Dr. Agostinho Neto" durante el 2006. El universo estuvo constituido por 763 pacientes con embarazo ectópico en el período 2002-2006. La muestra fue de 175, todas del año 2006. Las variables estudiadas fueron: grupo de edades, síntomas al ingreso, medios diagnóstico, formas clínicas y operaciones realizadas. Se obtuvo discreto crecimiento en el número de embarazos ectópicos, con predominio del grupo de edades de 20-24 años. El síntoma más frecuente al ingreso fue el dolor bajo vientre y el sangramiento vaginal anormal. El medio diagnóstico más frecuente fue clínica más culdocentesis. La forma clínica predominante fue el embarazo ectópico complicado inestable y la operación más realizada, la salpingectomía total.

Palabras clave: EMBARAZO ECTOPICO/ epidemiología; EMBARAZO ECTOPICO/ cirugía.

INTRODUCCION

El embarazo ectópico es la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina. Esta anidación y desarrollo fuera de su lugar normal determina siempre trastornos a corto o largo plazo; constituye una urgencia obstétrica ya que ocasiona graves alteraciones con riesgo para la calidad de vida de las pacientes.

¹ *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.*

² *Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.*

³ *Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructor.*

⁴ *Estudiante de 4to Año de Medicina.*

Durante los últimos 20 años la incidencia del embarazo ectópico se ha duplicado o triplicado, principalmente en los países desarrollados. Este incremento se comporta de forma diferente en países, regiones o áreas poblacionales, y su incidencia varía según los diferentes grupos etarios, en edades fértiles entre 18 y 35 años, edad óptima de procrear.¹⁻⁴

El embarazo ectópico como causa de mortalidad materna ha disminuido ostensiblemente debido al entrenamiento de los técnicos facultados para hacer el diagnóstico certero y en tiempo oportuno desde los antecedentes o anamnesis, examen físico y medios complementarios disponibles para el pesquizado y positividad del diagnóstico (estudios inmunológicos, radiológicos hasta laparoscópicos); no obstante, sigue siendo responsable del 10-15 % del total de las muertes maternas.⁵⁻¹⁰

En nuestra provincia las infecciones de transmisión sexual van en aumento, lo que ha conllevado a otros investigadores a desarrollar estrategias para tratar de controlarlas y como se ha abordado anteriormente esta es una de las causas fundamentales de esta patología. El embarazo ectópico es considerado una de las urgencias obstétricas donde pelagra la vida de la madre y aunque la mortalidad no es un problema de salud por su bajo índice, no deja de ser una preocupación para los ginecobstetras. Es pertinente alertar a las direcciones de salud sobre el problema y buscar formas y métodos que ayuden a disminuir este flagelo que puede constituir una causa importante de infertilidad en mujeres que están en edades reproductivas, lo que coloca el tema en una posición privilegiada para los investigadores de la especialidad.

METODO

Se realiza un estudio sobre el comportamiento del embarazo ectópico en el Hospital General Docente de Guantánamo "Dr. Agostinho Neto" durante el 2006.

El universo de estudio es de 763 pacientes con embarazo ectópico desde el 2002 hasta el 2006. Se selecciona una muestra probabilística de 175 pacientes que son atendidas en dicho hospital durante el 2006.

Se diseñó un formulario por el autor y el tutor mediante un trabajo de mesa donde se seleccionaron las variables y las categorías a estudiar, que fueron: grupo de edades, procedencia municipal, síntoma de ingreso, examen físico y

ginecológico, medios clínicos y de diagnóstico, formas clínicas, sitios de implantación, localización más frecuente, operaciones realizadas, complicaciones postoperatorias, estado al egreso y factores de riesgo.

El dato primario se obtuvo de las historias clínicas y archivo del propio hospital. Para el procesamiento de la información se diseñó una base de datos con la ayuda del paquete estadístico SPSS versión 10.0. Las medidas de resumen utilizadas fueron las frecuencias absolutas y el porcentaje y los datos se mostraron en tablas de distribución de frecuencia y datos de asociación. Se aplicaron las técnicas de inferencia estadísticas de Chi Square y el Odds Ratio para buscar diferencias significativas y el grado de asociación entre algunas variables para el 95 % de probabilidad de error.

RESULTADOS Y DISCUSION

La ocurrencia del embarazo ectópico ha ido aumentando discretamente. La mayor frecuencia fue en el 2006, con una tasa de 3.5 (Tabla 1).

El aumento de esta entidad obedece a razones complejas y aún no muy aclaradas. El aumento de las infecciones pélvicas y tubáricas, fundamentalmente en las infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por *Chlamydia* (*Trachomatis*), el aborto, el desarrollo de la cirugía pélvica en mujeres infértiles, el aumento de la esterilización tubárica y las nuevas técnicas de fertilización asistidas, son también factores que explican el incremento de esta entidad.^{5,6}

La mayor frecuencia de los embarazos ectópicos se presenta fundamentalmente en las edades fértiles de la mujer entre los 20-29 años.^{5,6} Dicho grupo en este estudio constituye el 66.3 % (116 mujeres) (Tabla 2). El grupo de edades de 25-29 años fue el de mayor frecuencia con el 34.9 %, seguido por el de 20-24 con el 31.4 %, con 61 y 55 pacientes, respectivamente.

El 85.7 % de las pacientes acudió con los síntomas de dolor bajo vientre y sangramiento vaginal anormal, seguidas por las que presentaron dolor bajo vientre y amenorrea (78.3 %) (Tabla 3).

La literatura enmarca al embarazo ectópico como una gestorragia de la primera mitad del embarazo, con la tríada clásica de: amenorrea, dolor bajo vientre y sangramiento vaginal anormal.^{9,10} Válido esto para el manual de

procedimientos en obstetricia y perinatología^{11,12}, así como documentos del grupo nacional¹¹⁻¹³, sin excluir otras manifestaciones clínicas.

El diagnóstico más frecuente en este estudio fue la clínica más culdocentesis en el 41.8 % de los casos (Tabla 4), seguido por la clínica ecografía/culdocentesis en el 23.5 %, 41 pacientes.

La culdocentesis es fundamental en el diagnóstico para la confirmación de un hemoperitoneo de posible causa ginecológica. Su valor radica en que permite diagnosticar complicaciones graves para llegar con rapidez al tratamiento adecuado, aunque no permite establecer su localización.¹¹⁻¹³

El ultrasonido, realizado principalmente transvaginal, es también importante en el diagnóstico y localización del embarazo ectópico; aunque no es específico, se encuentra masa tumoral anexial compleja y líquido en fondo del saco pélvico.¹³⁻¹⁵

Según formas clínicas y estabilidad hemodinámica al ingreso (Tabla 5), se encontró que más de la mitad de los embarazos ectópicos se complicaron (58.3 %), 102 pacientes. Hubo predominio de los embarazos complicados inestables (49.7 %), seguidos por los embarazos ectópico no complicados estables con el 34.8 %, (61 casos).

En la literatura revisada los resultados obtenidos por los diferentes investigadores no coinciden con los nuestros, donde lo más frecuente es que lleguen hemodinámicamente estables y no inestables en el momento del diagnóstico.^{3,4,14-16}

Se considera que el 95 % de todas las implantaciones extrauterinas se produce en las trompas de Falopio y, dentro de esta, la localización ampular, donde se implanta el 55 % de los embarazos tubáricos.^{12,17} Con menos frecuencia ocurre la implantación en los ovarios, cuernos del útero, cuernos y cavidad peritoneal.^{12,16-18}

La operación más realizada en este período de estudio resultó ser la salpingectomía total (51.4 %), seguida en orden de frecuencia por la anexectomía (30.3 %) (Tabla 6).

Todo embarazo ectópico tubárico complicado o no debe ser operado urgentemente, la operación de elección es la salpingectomía total del lado

afecto, donde se respete el ovario y previo examen de la trompa y el ovario del lado opuesto. Existen otras alternativas de tratamiento quirúrgico, principalmente para el embarazo tubárico no complicado.

La cirugía conservadora, aspiración del contenido u ordeño tubárico se realizará sólo cuando la otra trompa esté dañada, obstruida o ausente y la paciente tenga necesidad de procrear, pero se corre el riesgo del sangramiento transoperatorio y postoperatorio, recidivas de embarazos en el mismo sitio y de que queden tejidos residuales. También existe el tratamiento del embarazo con citostáticos como alternativa de cirugía conservadora, además de laparotomía laparoscópica.¹⁹⁻²¹

En este estudio no se tuvo en cuenta estas variantes terapéuticas. Al observar la frecuencia de casos de embarazo ectópico que se complican y son inestables hemodinámicamente, en cuyo proceder está la necesidad de compensarlas para llevarlas al salón a ser intervenidas quirúrgicamente, hay que reconocer que es bastante baja la frecuencia de complicaciones postoperatorias.

CONCLUSIONES

- Hay incremento de los embarazos ectópicos. El año de mayor frecuencia fue el 2006.
- Predominó el grupo de edades de 25 a 29 años y las pacientes primíparas.
- El síntoma al ingreso predominante fue el dolor bajo vientre y el sangramiento vaginal anormal.
- El diagnóstico con más frecuencia fue la clínica más culdocentesis.
- El embarazo ectópico complicado inestable, el sitio de implantación tubárica y la localización ampular con salpingectomía total como operación fueron las más frecuentes.

RECOMENDACIONES

- 1.- Aumentar las acciones de salud encaminadas a disminuir la incidencia de las infecciones de transmisión sexual, las cuales son coadyuvantes, proporcionalmente, con el aumento del embarazo ectópico.
- 2.- Realizar estudios explicativos de casos y controles que pueden definir con mayor precisión los principales factores de riesgo en el entorno, que conllevan al embarazo ectópico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pearlman M. *Obstetric and Gynecologic Emergencies. Diagnosis and Management.* Mc Graw Hill 2003:590.
2. Kurjack. Donald School textbook of transvaginal sonography, 2005. Taylor and Francis, 590 páginas.
3. Jian Z, Linan C. Ectopic gestation following emergency contraception with levonorgestrel. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2003 Dec;8(4):225-8.
4. Sheffer-Mimouni G, Puzner D, Maslovitch S, Lessing JB, Gamzu R. *Contraception.* 2003 Apr;67(4):267-9.
5. American college of Obstetricians and Gynecology Tubal and Peritoneal Factor in Precis. U. An Update in Obstetrics in gynecology page 250 2004.
6. Rigol OR. *Obstetricia y Ginecología.* Edit Ciencias Médicas. 2006; pag 145 - 155.
7. Cynthia M Farquhar: Ectopic Pregnancy. *The Lancet,* (2005) Vol 366. pág 583-591 (ref.2).
8. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Canadian Medical Association Journal,* (2005) , Vol. 173 Issue 8, 905-912, (ref.1)
9. Cabeza Cruz E. Embarazo ectópico. *Rev. . Cubana de Medicina General Integral.* 1) 50 7. 2000.
10. García León L y otros: hemoperitoneo en Ginecología .Docente G/Obst. De Matanzas Resumen XL Congreso Nacional de ginecología y Obst mayo 2001 183 /183
11. Figueroa Mendoza M y otros .Embarazo Ectópico. Su comportamiento en el último decenio. *Inst. sup. . MED militar .Dr. Luís Díaz Soto. C. Habana*

programa resumen XL Congreso Nacional de Obst y Ginecología mayo 2001
133/134.

12. Álvarez DL, Águila SS, Acosta MR. Sangramiento en obst. En Rigol Obst y Ginecología. Edit Ciencias /Médicas. La Habana 2007.
13. Fabiola Gallegos G, Carolina Pávez O, Marcelo Jara M. Embarazo Ectopico Intersticial Complicado a Urgencia Ginecológica. M Chilena G/O 2005 70 (6):414-17.
14. Rodríguez O. Embarazo Ectópico en el Hospital General Docente "Agostinho Neto" en el período de 1995 - 2001. Informe final del trabajo de terminación de residencia para optar por el título de Especialista de Primer Grado en ginecología y Obstetricia. Guantánamo 2002
15. Zite NB., Lipscomb GH., Merrill K. Molar cornual ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002;99:891-2.
16. Fylstra D. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2002; 57:537-43
17. Fylstra D. et cols. Ectopic pregnancy within a cesarean delivery scar: A case report. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:302-4.
18. Brown WD., Burrows L., Todd CS. Ectopic pregnancy after cesarean hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2002;99:933-4
19. Wendi D, Burrows L, Todds C. Ectopic pregnancy after cesarean hysterectomy. *Obstet and Gynecol* 2002;99:933-4.
20. Sanz L, Verosko J. Histeroscopic management of cornual ectopic pregnancy. *Obstet and Gynecol* 2002;99:941-4.
21. Gun M., Mavrogiorgis M. Cervical ectopic pregnancy: a case report and literature review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;19:297-301

TABLA 1. PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO.

AÑOS	PARTOS	EMBARAZOS ECTOPICOS	TASA / 100
2002	5881	105	1.8
2003	6047	166	2.7
2004	5566	165	2.9
2005	5032	152	3.0
2006	4983	175	3.5

TABLA 2. GRUPOS DE EDAD.

GRUPOS DE EDAD	No.	%
15 –19	19	10.9
20 – 24	55	31.4
25 – 29	61	34.9
30 – 34	31	17.7
35 y más	8	13.1
TOTAL	175	100

TABLA 3. SINTOMAS AL INGRESO. (N = 175)

SÍNTOMAS AL INGRESO	No.	%
Dolor bajo vientre y sangramiento vaginal anormal	150	85.7
Dolor bajo vientre y amenorrea	137	78.3
Dolor bajo vientre, amenorrea y sangramiento vaginal anormal	91	52.0
Dolor bajo vientre	87	49.7
Sangramiento vaginal anormal	47	26.9

TABLA 4. MEDIOS DIAGNOSTICOS. (N = 175)

MEDIOS DE DIAGNÓSTICOS	No.	%
Clínica + Culdocentesis	73	41.8
Clínica/ Ecografía/ Culdocentesis	41	23.5
Clínica + Ecografía	27	15.4
Ecografía/ Laparoscopia	25	14.2
Clínica + Laparoscopia	9	5.1
TOTAL	175	100

TABLA 5. FORMAS CLINICAS Y ESTABILIDAD HEMODINAMICA AL INGRESO.

FORMAS CLINICAS	ESTABILIDAD HEMODINAMICA				TOTAL	
	ESTABLE		INESTABLE		No.	%
	No.	%	No.	%		
Embarazo ectópico complicado	15	8.6	87	49.7	102	58.3
Embarazo ectópico no complicado	61	34.8	12	6.9	73	41.7
TOTAL	76	43.4	99	56.6	175	100

Chi cuadrado = 81 p < 0.05 OR = 0.03 CI = 0.015 – 0.077

TABLA 6. OPERACIONES REALIZADAS.

OPERACIONES REALIZADAS	No.	%
Salpingectomía total	90	51.4
Anexectomía	53	30.3
Salpingectomía bilateral	27	15.4
Histerectomía total	5	2.9
TOTAL	175	100