

Embarazo ectópico. 2000-2007

Drs. Pedro Faneite, Rosanna Amato, Josmery Faneite, Clara Rivera, Luis Palacios

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo. Unidad de Perinatología. Departamento Clínico Integral de la Costa, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo

RESUMEN

Objetivo: Identificar aspectos de interés del embarazo ectópico, su frecuencia, características maternas, obstétricas, diagnóstico y tratamiento.

Método: Estudio retrospectivo y descriptivo de 179 embarazos ectópicos atendidos desde 2000 hasta 2007, sucedidos en 23 030 embarazos; para el análisis de variables se incluyeron las historias clínicas respectivas.

Ambiente: Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Resultados: La frecuencia media global en el período fue 7,77 por 1 000 embarazos, 1 embarazo ectópico por cada 128 embarazos. Fue predominante en el grupo etario de 20 a 29 años (54,69 %), gestaciones de II- V (75,52 %), edad de gestación 5-8 semanas (75,52 %). La clínica más llamativa fue dolor pelviano y amenorrea (47,48 %), amenorrea, dolor y sangrado genital (20,67 %). El diagnóstico de embarazo ectópico al ingreso se hizo en el 80,73 %, combinado a otra patología 15,08 %, no se sospechó en 4,17 %; los métodos diagnósticos importantes fueron la clínica (55,73 %) y ecografía (27,60 %). El embarazo estaba roto en 79,33 %, localizado en las trompas 94,42 %, ovario 2,79 % y resuelto mediante salpingectomía 67,05 %; la morbilidad destacada fue la anemia 77,1 %, no hubo muerte materna.

Conclusión: El embarazo ectópico mantiene una incidencia elevada, esto implica incentivar actividades preventivas para afrontar esta situación, y mejorar la metodología diagnóstica y terapéutica

Palabras clave: Embarazo ectópico. Frecuencia. Diagnóstico. Tratamiento

SUMMARY

Objective: To identify aspects of interest of ectopic pregnancy, its frequency, maternal, obstetric characteristics, diagnose and treatment.

Method: Retrospective and descriptive study of 179 ectopic pregnancies taken care of from 2000 to 2007, happened in 23 030 pregnancies total one; for the analysis of variables respective records were included.

Setting: Department Obstetrician and Gynecology. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Results: The global frequency in the period was 7.77 by 1 000 pregnancies, 1 ectopic pregnancy by each 128 pregnancies. Was predominant in the age group from 20 to 29 years (54.69 %), gestations of II- V (75.52 %), age of gestation 5-8 weeks (75.52 %). The most important clinic symptoms were pain pelvic and amenorrhea (47.48 %), amenorrhea, genital pain and bleeding (20.67 %). The diagnose of ectopic pregnancy to the admission became in 80.73 %, with other pathology 15.08 % not suspected 4.17 %; the important diagnostics methods were clinics (55.73 %) and ultrasound (27.60 %). The pregnancy was broken in 79.33 %, located in fallopian tube 94.42 %, ovary 2.79 % and solved by salpingectomy 67.05%; the determining morbidity was anemia 77.1 %, was no maternal death.

Conclusion: The ectopic pregnancy maintains elevated incidence, this implies to stimulate preventive activities to confront this situation and to improve the methodology diagnostic and therapeutic

Key words: Ectopic pregnancy. Frequency. Diagnostic. Treatment

INTRODUCCIÓN

Embarazo ectópico (EE), se puede definir como aquel en el que el huevo fertilizado se implanta en cualquier lugar diferente de la cavidad endometrial uterina; también es llamado embarazo extrauterino, porque la mayoría de las veces se ubica fuera del útero. Según el sitio de implantación pudiera ser

tubárico, uterino (cornual, cervical, intramural), ovárico, abdominal, intraligamentario.

La frecuencia de esta entidad ha ido aumentando considerablemente en el mundo (1-5), incluso nuestro país (6-9), diversos autores han publicados casos de interés (10-14). Este incremento se ha sucedido

probablemente debido a los avances conseguidos en el diagnóstico (15); pero por otra parte, está el incremento de diversos factores causales incriminados. En general, ellos impiden o retrasan el transporte del huevo fecundado a lo largo de la trompa hasta su implantación en el endometrio, es así como muchos de los casos se deben a salpingitis crónica (16-21), también al desarrollo de adherencias y divertículos que alteran o comprimen la trompa, el uso de contraceptivos mecánicos u hormonales (22-25), las técnicas de reproducción asistida y sobre todo la esterilización (26,27).

Si bien es cierto que la tendencia general del EE es a aumentar, su mortalidad es cada vez menor debido a la implementación de métodos de diagnóstico precoz que disminuyen la probabilidad que se complique evitando la rotura de la trompa, el hemoperitoneo y el shock por hemorragia.

En esta localidad hemos hecho un estudio de esta patología, el primero registra los años 1969-1996 (28). Se concluyó que es una patología en ascenso y que ameritaba una investigación continua; es por ello que en esta nueva oportunidad realizamos una nueva evaluación de esta entidad.

MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo y descriptivo, se revisaron las historias clínicas con el diagnóstico de EE atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Dr. "Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello desde 2000 a 2007. Durante este período se atendieron 23 030 embarazadas con parto, cesárea, aborto y embarazo ectópico. De este total 179 presentaron diagnóstico final de EE; para el cálculo de frecuencia se utilizaron todas las historias.

Las variables recabadas de las historias fueron: la frecuencia del EE calculada por 1 000 embarazos; estado obstétrico materno (edad materna, edad de gestación, clínica); diagnóstico (diagnóstico de ingreso, métodos determinantes, efectividad); características del EE (integridad, localización, operación realizada, complicaciones).

Los datos son resumidos en cuadro de distribución de frecuencia y el análisis fue del tipo descriptivo.

RESULTADOS

El Cuadro 1 se muestra la frecuencia del EE por 1 000 durante el período 2000-2007; en el total de embarazos hubo 179 EE, representando frecuencia

promedio global de 7,7 por 1 000 embarazos; de otra forma, 1 EE por cada 128 embarazos total (aborto, cesárea, parto). El análisis muestra una tendencia general estable, excepto con un pequeño pico en 2004 de 12,01 %.

En el Cuadro 2 se expone el estado obstétrico materno; la edad materna predominó en el grupo de 20-29 años (54,69 %), seguido de 30-34 (20,67 %); en las gestaciones el grupo II-V (75,52 %); la edad de gestación de 5-8 semanas (75,52 %); en relación con las manifestaciones clínicas, el dolor pélvico y amenorrea 47,48 %, amenorrea, dolor y sangrado genital 20,67 %.

Los detalles relativos al diagnóstico se muestran en el Cuadro 3. El diagnóstico de ingreso se hizo como EE, en 80,73 %, EE y otra patología 15,08 %, y nunca se sospechó en 4,17 %. El método determinante de diagnóstico fue la clínica 55,73 % y la ecografía 27,60 %.

El Cuadro 4 detalla las características del EE. El embarazo se presentó como roto en el 79,33 % de los casos, se localizó en la trompa 94,42 % y en ovario 2,7 %; fue tratado quirúrgicamente mediante salpingectomía sola 67,05 %, con ooforectomía y/o ligadura de trompas 16,2 % cada una. La morbilidad determinante fue la anemia 77,1 %. No hubo muerte materna.

Cuadro 1

Embarazo ectópico. Frecuencia

Años	Número	Embarazos	Frecuencia por mil embarazos
2000	26	3 878	6,7
2001	23	3 047	7,54
2002	22	3 199	6,87
2003	22	3 074	7,15
2004	28	2 333	12,01
2005	22	2 504	8,78
2006	17	2 546	6,67
2007	19	2 449	7,75
Total	179	23 030	Promedio 7,77

DISCUSIÓN

El EE es una de las patologías que suelen producir sangrado genital durante el primer trimestre de la gestación, por no tener una clínica típica obliga al

EMBARAZO ECTÓPICO

Cuadro 2

Edad Años (%)	Gestaciones Nº (%)	Estado obstétrico		Clínica Nº (%)
		Edad	gestación semanas	
≤ 19	I		5-6	Amenorrea/dolor
12 (6,7)	31 (17,3)		76 (42,45)	85 (47,48)
20-24	II-V		7-8	Amenorrea/dolor/ sangrado
45 (25,15)	135 (75,4)		59 (32,96)	37 (20,67)
25-29	VI y más		9-10	Dolor pélvico
53 (29,61)				26 (14,52)
30-34	13 (7,3)		22 (12,29)	Amenorrea/sangrado
37 (20,67)			11-12	13 (7,26)
35-39			11 (6,14)	Anemia
27 (15,08)				10 (5,58)
40 y más			13-14	Tumor anexial
5 (2,79)			5 (2,79)	8 (4,47)
			15-16	
			4 (2,22)	

Cuadro 3

Diagnóstico

Diagnóstico de ingreso		Método determinante solo o asociado	
Nº	(%)	Nº	(%)
Embarazo ectópico		Clínica	
144 (80,45)		99 (55,31)	
Embarazo ectópico y otros: apendicitis, quiste ovario, etc.)		Ecografía	
27 (15,08)		50 (27,93)	
No sospechado		Clínica/laboratorio	
8 (4,47)		15 (8,38)	
		Clínica/culdocentesis	
		15 (8,38)	

Cuadro 4

Características del embarazo ectópico

Integridad Nº (%)	Localización Nº (%)	Operación realizada Nº (%)	Complicaciones Nº (%)
Roto	Trompa	Salpingectomía	Anemia
142 (79,33)	169 (94,42)	120 (67,05)	138 (77,1)
No roto	Cuerno	Salpingectomía/ ligadura de trompas	Sepsis
37 (20,67)	4 (2,24)	29 (16,20)	1 (0,55)
	Ovario	Ooforosalingectomía	Sin
	5 (2,79)	29 (16,20)	40 (22,35)
	Abdominal	Laparotomía abdominal	
	1 (0,55)	1 (0,55)	

obstetra a agotar todos los métodos diagnósticos a su alcance para un acertado descarte (29), los más avezados especialistas siempre lo tienen en mente a fin de evitar sus temibles consecuencias, que incluso pueden llevar a la muerte materna.

Al analizar la frecuencia encontrada en este trabajo tenemos que fue de 7,7 por mil embarazos, cifra que contrasta grandemente al compararla con la serie anterior, la cual registra 2,32 por mil para el período 1969-1996 (28), esto representa un incremento del 300 %, o lo que es lo mismo tres veces más. Es decir, estamos en presencia de una patología en franco crecimiento continuo. Esta alarmante situación se ha estado sucediendo a nivel internacional (1-5) y también nacional, esto último es reseñado en los estudios anualizados de Guevara y col. (6), ellos encontraron cifras elevadas de 3,5 por 1 000 en el lapso 1981-1984, Gutiérrez y col. (7), reportaron 4,4 por 1 000 en 1985-1988; esta situación es discutida en detalle por Agüero (8) y Troconis y col. (9).

Los factores que están relacionados y que favorecen este inusitado fenómeno han sido expuestos por diversos autores, así tenemos el incremento de las enfermedades de transmisión sexual y en consecuencia las inflamaciones pelvianas (16-21), el uso de anticonceptivos intrauterinos y orales (22-25), la fertilización *in vitro* (26-27), entre las más importantes. Este trabajo retrospectivo no tiene los alcances para corroborar estas dependencias.

Las características maternas suelen revelarnos detalles interesantes, en esta oportunidad la investigación reveló que se trataba en su mayoría de gestantes en edad reproductiva promedio, con múltiples gestaciones, portadora de un EE de 8 semanas o menos y cuyas manifestaciones clínicas usuales eran la amenorrea, dolor y sangrado genital. En efecto, todas estas características son similares a lo encontrado en el trabajo previo (28), estos aspectos coinciden con otros autores (5-9). Estas particularidades deben ser enfatizadas en el campo docente y asistencial, porque pueden ser de ayuda al personal en formación.

El diagnóstico del EE es uno de los retos a los que nos enfrentamos en el ejercicio obstétrico diario; este trabajo muestra que el diagnóstico se hizo casi en el 95 % de los casos desde el mismo momento del ingreso, lo cual consideramos un buen acierto. Estos resultados mejoran las cifras reportadas en el trabajo anterior de 80 % (28). Asimismo, observamos que el método diagnóstico determinante fue la clínica y la ecografía, cuestión ya referida en el trabajo previo (28), métodos que se han convertido en pilares básicos

en su diagnóstico.

Ahora bien, es factible aceptar que actualmente se cuenta con mejores conceptos de esta entidad; no sólo el buen juicio clínico es determinante, también se dispone de las hormonas gonadotropinas coriónicas cuantitativas, la que han permitido tener valores referenciales que orientan el diagnóstico y también su manejo (4,6,7). Por otra parte existe la ecografía transvaginal, la cual permite la visualización de los órganos pelvianos y hacer diagnóstico y seguimiento de las pacientes (4,30); existen otros sofisticados métodos, como la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética (15), entre otros. Es conveniente recordar, que todo dependerá de los recursos de que se dispongan, no hay que olvidar que la laparoscopia, culdocentesis y tacto bajo anestesia, pudieran ayudar en algunos casos (4,31).

Entre las características más clásicas del EE está su localización tubárica, la cual se encontró en 94,54 %, cifra tan alta como en la serie previa (28), estuvo roto cerca del 80 % de los casos; esta última circunstancia es lo que debe explicar que el tratamiento fue particularmente salpingectomía, acompañada o no por ooforectomía y ligadura de trompas, sumando todo el 99,45 %. En esta oportunidad la morbilidad destacada fue la anemia en los tres cuartos partes de las pacientes; todas estas características son coincidentes con el estudio previo (28), con la diferencia de que no hubo muerte materna.

Finalmente concluimos que el EE es una entidad en ascenso sostenido en el tiempo, pudiera estar relacionado con factores asociados a la salud sexual (16-25) y diversos métodos de asistencia reproductivos (26-27). Por sus características clínicas atípicas, obliga a su pesquisa clínica juiciosa, empleando una metodología diagnóstica apropiada actualizada (4); además amerita escoger un tratamiento acorde con los antecedentes y clínica de la paciente, éste puede variar desde el tratamiento conservador con observación y vigilancia estricta, al tratamiento medicamentoso y como tercero el quirúrgico (32-35). No se discute, la necesidad imperiosa de programas de alto alcance en procura de una sana salud reproductiva.

REFERENCIAS

1. Dorfman SF. Epidemiology of ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 1987;30:173-180.
2. Washington AE, Kazt P. Ectopic pregnancy in the United States: Economic consequences and payment source trends. Obstet Gynecol. 1993;81:287-292.
3. Westrom L, Bengsson LP, Mardh PA. Incidence, trends, and risks of ectopic pregnancy in a population

EMBARAZO ECTÓPICO

- of women. *Br Med J.* 1981;282:15-20.
4. Silva S. Embarazo ectópico. Revisión bibliográfica 1992-2003. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Dr. Sótero del Río-Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.cedip.cl/documentos/index.php>.
 5. Majhi AK, Roy N, Karmakar KS, Banerjee PK. Ectopic pregnancy-an analysis of 180 cases. *J Indian Med Assoc.* 2007;105:308-310.
 6. Guevara B, Kizer S, González M. Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico tubario. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1987;47:164-167.
 7. Gutiérrez O, González M, Fernández A, Esaa H. Embarazo ectópico: diagnóstico y tratamiento. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1990;50:182-186.
 8. Agüero O. El embarazo ectópico en la Maternidad "Concepción Palacios". *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1990;50:159-160.
 9. Troconis J, Manuel de Maneiro L, Colmenares L, Salazar G. Embarazo ectópico en el Hospital "Manuel Noriega Trigo". *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1996;56:7-12.
 10. Rumbao F, Da Silva M, Benitez G, De Conno A, Cohen A, Pinzon A, et al. Embarazo ectópico abdominal a término. Revisión de un caso y revisión de la literatura. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2001;61:183-185.
 11. Colmenares B, López Gómez J, Rivas M, Silva D. Embarazo ectópico abdominal: caso clínico. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002;62:279-280.
 12. Velásquez Brucoli G, Trías N, Velásquez Duran V, Saulny de Jorges J. Embarazo gemelar ectópico tubárico: reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2005;65:143-145.
 13. Saulny de Jorges J, Velásquez Brucoli G, Velásquez Duran V. Embarazo ectópico miometrial. Reporte de caso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2005; 65:199-202.
 14. González Manzanilla L, Cabrera Lozada C, Jiménez J, Grossi Melena J. Embarazo ectópico con dispositivo intrauterino in situ. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2005;65:203-205.
 15. Yi KW, Yeo MK, Shin JH, Kim KA, Oh MJ, Lee JK, et al. Laparoscopic management of early omental pregnancy detected by magnetic resonance imaging. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008;15:231-234.
 16. Coste J. Sexually transmitted diseases as major causes of ectopic pregnancy: Results from a large case-control study in France. *Fertil Steril.* 1994;62:289-295.
 17. Bjartling C, Osseer S, Persson K. The frequency of salpingitis and ectopic pregnancy as epidemiologic markers of Chlamydia trachomatis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79:123-128.
 18. Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielsson D. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Infect.* 2000;76:28-32.
 19. Hoof K. Pelvic inflammatory disease. *Ther Umsch.* 2007;64:365-368.
 20. Elstein M. Tubal disease and fertility outcome. *Reprod Biomed Online.* 2008;16:167-169.
 21. Bakken IJ. Chlamydia trachomatis and ectopic pregnancy: Recent epidemiological findings. *Curr Opin Infect Dis.* 2008;21:77-82.
 22. Zapata L, Merchan D. Dispositivo intrauterino y embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1975;35:95-105.
 23. Azócar B. Consideraciones acerca de la etiopatogenia del embarazo ectópico tubárico. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1978;38:175-179.
 24. Lee WJ, Chen CH, Chang TC, Chen RJ, Chow SN. Interstitial pregnancy with a retained intrauterine device. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2007;46:442-444.
 25. Dy C. IUD In Situ?. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30(2):107-108.
 26. Strandell A, Thorburn J, Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. *Fertil Steril.* 1999;71:282-286.
 27. Lemus J. Ectopic pregnancy: An update. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2000;12:369-375.
 28. Faneite P, García L, Repilloza M, Landa M. Embarazo ectópico. 1969-1996. Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1997;57:243-247.
 29. McNeill HW. When a pregnancy seems like an ectopic ... but isn't. *Obstet Gynecol.* 2007; 110(5):1175-1176.
 30. Saulny J, Jorges A, Sconza R, Velásquez V. Importancia del ultrasonido en el embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1990;50:195-198.
 31. Zigelboim I, Ararat I, García P, Rodríguez Y. Tacto bajo anestesia y punción del Douglas. *Consulta.* 1978;51:17-21.
 32. Lecuru F, Bernard JP, Mac-Cordick C, Boucaya V, Taurelle R. Methotrexate provides significant cost savings for the treatment of unruptured ectopic pregnancy. *Clin Drug Investig.* 1998;15:405-411.
 33. Molina Sosa A. Conservative, laparoscopic and medical treatment of ectopic pregnancy. *Ginecol Obstet Mex.* 2007;75:539-548.
 34. Ben-Shlomo I. Controversies in treatment of ectopic tubal pregnancy. *Reprod Biomed Online.* 2007;15:740.
 35. Woh L, Koh PR, Wong CN, Sun YL, Lin ET, Huang MH. Laparoscopic management of a large viable cornual pregnancy. *JSLs.* 2007;11:506-508.

Correspondencia: Dr. Pedro Faneite.
 Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av.
 Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo.
 Correo electrónico: faneitep@cantv.net.