

Comportamiento del embarazo ectópico. Matanzas. 2004.

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL GINECOBSTÉTRICO "DR. JULIO RAFAEL ALFONSO
MEDINA". MATANZAS
Comportamiento del embarazo ectópico. Matanzas. 2004.
Behavior of the ectopic pregnancy . Matanzas. 2004

AUTORES:

Dra. Carmen Fernández Arenas (1)
Dra Myra Guerra Castro (2)
Lic. Silvio F. Soler Cárdenas (3)

(1) Especialista 1er. Grado Ginecología y Obstetricia. Profesora Instructora de Histología.
(2) Dra. en Ciencias Médicas. Especialista 2do. Grado Dermatología. Profesora Auxiliar Dermatología.
(3) Licenciado en Matemática. MsC. Educación Médica Superior.

E-mail: carmanf.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se plantea que el 2 % de los embarazos son ectópicos, ya que la fecundación ocurre en la trompa de Falopio, originando graves alteraciones con riesgo de muerte materna. Su prevalencia se ha triplicado actualmente en el mundo. En nuestro hospital, en el 2003 hubo una incidencia de 1 por 30 nacimientos, por tal motivo se realizó un estudio prospectivo descriptivo en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Matanzas "Dr. Julio Alfonso Medina" durante el año 2004, de las pacientes ingresadas con sospecha de embarazo ectópico, con el objetivo de evaluar el comportamiento de la entidad en estas pacientes, así como su incidencia, edad y los principales factores de riesgo. Se estableció la correlación entre el diagnóstico clínico y los hallazgos histopatológicos en las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, entre otras variables. Los datos se recogieron en una planilla confeccionada al efecto, previo consentimiento escrito de las pacientes. Con los datos obtenidos se confeccionó una base de datos y se procesaron, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows Versión 10.0. La frecuencia del embarazo ectópico fue de 24,4 %, siendo alta en el grupo de 15-25 años (35.3 %). Más de la mitad de las pacientes se habían interrumpido algún embarazo previamente (53.8 %). Existió una correlación clínico-histopatológica en el 86.1 % de los casos. Concluimos que existe una alta frecuencia de embarazo ectópico en adolescentes y recomendamos educar a la población para prevenir los factores de riesgo y acudir precozmente al médico.

DESCRIPTORES (DeCS):

EMBARAZO ECTÓPICO/ mortalidad
EMBARAZO ECTÓPICO/ diagnóstico
EMBARAZO ECTÓPICO/ epidemiología

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS/efectos adversos
ABORTO INDUCIDO/ efectos adversos
EDUCACIÓN SEXUAL
HUMANO
FEMENINO

INTRODUCCIÓN

El Embarazo Ectópico (EE) es la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la cavidad uterina (1- 4). En un inicio todos los embarazos comienzan siendo ectópicos, ya que la fecundación se produce en el tercio externo de la trompa. Aproximadamente el 2 % de todos los embarazos se desarrollan fuera del útero. (2, 4)

Precisamente, corresponde a Albucassi la primera descripción de EE realizada en el año 1063 DC (siglo XI). Lawson Taint practicó la primera salpingectomía por embarazo ectópico, en la que sobrevivió la madre; posteriormente reporta 40 casos operados con una sola muerte materna. Parry, en 1886, en 500 casos tratados conservadoramente tuvo una mortalidad del 77.2 %; mientras que Wynne, en 1919, sólo tuvo una mortalidad del 4.3 %, cuadro clínico que se identificó por Bourdon Bernutz y Recamier hasta llegar a la descripción magistral que de él hizo Nélaton.(1, 2) Recordamos que la fecundación nada tiene de anormal y que lo patológico está en que la implantación del huevo en un sitio impropio lo condena casi fatalmente a que sea imposible su desarrollo y viabilidad: el ovárico nunca puede progresar, el peritoneal puede llegar a su término, pero su evolución espontánea es a su muerte enquistamiento y transformación en litopedión y el tubario es común que termine en aborto tubario, en hematosalpinx o en ruptura tubaria con hematocele. (1- 4)

Es una afección relevante dentro del ámbito de la ginecología y obstetricia, porque puede ser una causa frecuente de muerte en mujeres sanas en edad fértil. Su prevalencia se ha triplicado mundialmente en los últimos 20 años y se estima un aumento de su frecuencia alrededor de seis veces, con leve tendencia a disminuir en algunos países, en los cuales se han empleado medidas para impedir enfermedades de transmisión sexual, junto con un menor uso de dispositivos intrauterinos y un aumento del consumo de anticonceptivos hormonales (3). Favorablemente su mortalidad ha disminuido por los avances diagnósticos y de tratamiento, evitando la rotura de la trompa, el hemoperitoneo y el shock por hemorragia. (1- 5)

El EE, a pesar de la preocupación con que se atiende y de los recursos dedicados para su diagnóstico, es causa de muerte, inclusive en los países desarrollados, y en Cuba también se aprecia ese aumento de la incidencia de embarazos ectópicos según el anuario estadístico del MINSAP (6), donde se informa una tasa de $3,5 \times 10\ 000$ nacidos vivos en el 2000, que se elevó hasta $5,8 \times 10\ 000$ nacidos vivos en el 2003. En el Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio Alfonso Medina", de Matanzas, se reportaron en nueve años (1991- 1999) un total de 471 mujeres operadas por EE, sin embargo, en sólo cuatro años (2000–2003) se diagnosticaron 371 casos, por lo que consideramos importante realizar este estudio. Pretender realizar un trabajo sobre embarazo ectópico puede parecer de entrada una insistencia innecesaria en asuntos altamente conocidos, no obstante, el incremento de su incidencia afirma lo contrario, por lo que se decide evaluar el comportamiento del embarazo ectópico en las pacientes asistidas en el Hospital Ginecobstétrico de Matanzas, durante el año 2004, como objetivo general y específicamente: analizar la edad y antecedentes ginecológicos de las pacientes del estudio, relacionar el

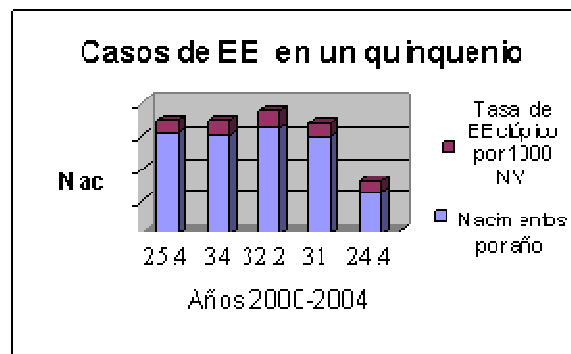
método diagnóstico y tratamiento, así como evaluar la correlación clínico-patológica de los casos estudiados.

MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo de todas las pacientes que ingresaron con el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico, según criterios de inclusión, en el Hospital Ginecobstétrico "Dr. Julio Alfonso Medina", de Matanzas, desde enero hasta diciembre del 2004. Se confeccionó una encuesta para obtener los datos durante el ingreso de las pacientes, con las variables operacionalizadas y previo consentimiento escrito de cada caso. (ver anexos). Se revisaron las estadísticas del hospital sobre EE. Los datos se procesan utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows versión 10.0. Se elaboraron tablas simples y de doble entrada donde se presentan las distribuciones de frecuencia de todas las variables y donde se correlacionó la localización del embarazo ectópico con el proceder quirúrgico empleado, así como el diagnóstico clínico y los hallazgos histopatológicos.

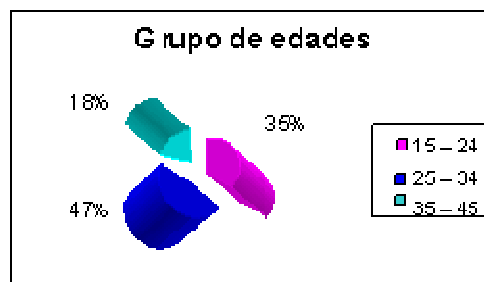
RESULTADO

Gráfico No. 1. Embarazo ectópico. Según los nacimientos en un quinquenio.
Año: (2000–2004)



Fuente: Archivo Estadístico. Hospital "Dr Julio Alfonso Medina". Matanzas

Gráfico No. 2. Distribución porcentual según grupos etáreos



Fuente: Encuesta Clínica. 2004

Tabla No. 3. Distribución porcentual de antecedentes ginecológicos

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	No.	%
DIU	31	47.7
EIP	16	24.6
Anticonceptivos orales	3	4.6
Esterilización quirúrgica	3	4.6
Plastia tubárica	1	1.5
EE previo	9	13.8
Interrupciones de embarazo y/o Legrado terapéutico	38	58.5 %

Fuente: Encuesta Clínica. 2004

Tabla No. 4. Métodos diagnósticos empleados

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	No.	%
Punción de Douglas	38	58.5
Ultrasonografía	46	70.8
Laparoscopia	19	29.2

Fuente: Encuesta Clínica. 2004

Tabla No. 5. Correlación entre diagnóstico inicial e histopatológico

DIAGNÓSTICO INICIAL	CORRELACIÓN H-P			
	SÍ		NO	
	Nº	%	Nº	%
EE no complicado	33	86.8	5	13.1
• Tumoración Anexial	21	80.7	5	19.2
• EE no complicado	12	100	0	-
EE complicado	18	66.6	9	33.3
• Hemoperitoneo	16	88.8	2	11.1
• Aborto	0	-	3	100
• incompleto	2	33.3	4	66.6
• EIPA				
TOTAL	51	78.5	14	21.5

Fuente: Encuesta Clínica. 2004

Gráfico No. 1. Se obtuvo una tasa de embarazo ectópico de 24.4 por 1000 NV en el año 2004.

Gráfico No. 2. Se observa que el grupo de edades más frecuente es de 25-34 años, con un 47 %, seguido del grupo de adolescentes y jóvenes (15-24 años), con un 35 % y, por último, el grupo entre los 25 a 35 años, con el 18%.

Tabla No. 3. Vemos que en nuestro estudio las interrupciones de embarazo constituyeron el antecedente más frecuente (58.5 %), seguido del uso de DIU con

una frecuencia de 47.7 % y la EIP representó el 24.6 % de los antecedentes ginecológicos. En cuarto lugar se presenta el antecedente de EE (13.8 %).

Tabla No. 4. De los métodos de diagnósticos empleados, la Ultrasonografía (US) fue eficaz en el 70.8 % de los casos de EE. El uso de culdocentesis o punción del Douglas se empleó en el 58.5 % de los casos y por laparoscopia se diagnosticaron el 29.2 %.

Tabla No. 5. Existió una correlación histopatológica (HP) en el 78.5 % de los casos, y en el 80.7 % de los de EE no complicado se apreció correlación entre el diagnóstico inicial y el resultado histopatológico y sólo en el 13.1 % no hubo correspondencia. Dentro de los EE complicados, en el 66.6 % de las enfermas hallamos correlación clínico- histopatológica. El hemoperitoneo tuvo una correlación HP (88.8 %) y en el 100 % de los abortos no hubo correlación HP.

DISCUSIÓN

El Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio Alfonso Medina", de Matanzas, reportó estadísticamente un incremento del EE en nueve años (1991- 1999). Hubo un total de 471 mujeres operadas por EE, sin embargo, en sólo cuatro años (2000–2003) se diagnosticaron 371 casos.

En el 2004, de 2654 nacimientos se diagnosticaron 65 pacientes con EE. Estos datos se presentan a través del gráfico No.1 y corresponden con los reportados por otros autores del país en diferentes hospitales, (2,5,7-9) así como a nivel mundial. (1, 3, 4, 10- 12)

En el gráfico No. 2 se observa que el grupo de edades más frecuente es de 25-34 años, corresponde con la etapa de mayor fertilidad de la mujer, pero es de señalar y alertar que un gran número de adolescentes y jóvenes (15-24 años), presentaron un EE y esta situación ya se reporta en los trabajos de Olalde y Martínez. (4, 5) Después de los 30 años, el riesgo de EE se reduce considerablemente (4), sin embargo, en Chile es más frecuente entre los 25 a 35 años, se triplica entre los 35 y 44 años (3). En Nigeria, una edad temprana de comienzo de relaciones sexuales aumentó el riesgo de EE casi dos veces. (12)

En la Tabla No. 3 todos los autores revisados coinciden en que la historia de múltiples parejas sexuales, abortos provocados, Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y cirugía pélvica significativamente aumentan el riesgo de E.E. (1- 3, 6, 13, 14)

Vemos que en nuestro estudio las interrupciones de embarazo constituyeron el antecedente más frecuente y en relación con ello, Hicks reporta un incremento en 14 veces (1, 2, 15). El uso de DIU con una alta frecuencia es reportado por diversos autores que incrementa cuatro veces el riesgo de un EE (6, 8, 14). La OMS plantea que la relación está dada por la EIP que se asocia en estas pacientes que ya tienen un método para evitar la concepción, pero evitan las infecciones (6). La EIP desde hace algunos años ha demostrado que tiene una indudable correlación entre ella y la mayor incidencia de EE. (1, 3, 11, 12)

Se ha visto hasta una correlación de 0.93 entre infección por clamidia y EE (16, 17). Aunque no se reporta ninguna ITS, no se puede negar su existencia y esto pudiera deberse al desconocimiento de las pacientes. En cuanto al riesgo de recurrencia del EE, Ankum, en un metanálisis demuestra una gran relación entre riesgo de EE y el haber tenido previamente un EE. (11, 18, 19) En la Tabla No. 4 se recoge el dato de los métodos diagnósticos empleados y de

ellos la US, que permitió el diagnóstico del 70.8 % de los casos de EE. El diagnóstico ecográfico tiene una sensibilidad de 87 %; una especificidad de 94 % y un Valor Predictivo Positivo (VPP) de 90.1 % (14); sólo el 5 % de los EE probados no son diagnosticados por US (1). La rotura del EE ocurre en alrededor del 26 % de las pacientes y en las que clínicamente se sospecha un EE, el uso de culdocentesis o punción del Douglas ha demostrado tener buenos resultados en el diagnóstico de la complicación, con una sensibilidad variable de 66 a 96 % y una especificidad de 84 a 86 % según Tariq y Chen (1). El diagnóstico por Laparoscopia es el más certero, tiene un error clínico del 4 % (6), mundialmente se utiliza para diagnóstico y tratamiento quirúrgico. (8)

En la Tabla No. 5 podemos observar que existió una alta correlación histopatológica (HP) en el 78.5 % de los casos y en más del 80 % de EE no complicado se apreció correlación entre el diagnóstico inicial y el resultado histopatológico. El bajo porcentaje que no se correlacionó fue debido a que la tumoración anexial diagnosticada al ingreso en 26 pacientes, correspondió en cinco casos con tumoración de ovario. Dentro de los EE complicados, en más del 60 % hallamos correlación clínico-histopatológica. Dentro de las complicaciones el hemoperitoneo tuvo una alta correlación HP, lo que nos hace reflexionar que una vez presente el mismo se diagnostica con alta precisión y el 100 % de los abortos incompletos resultaron ser EE, por lo que no se estableció una correlación HP, lo que nos recuerda que el EE se considera el gran simulador.

CONCLUSIONES

El EE es una entidad frecuente dentro de la ginecología y predomina en la etapa fértil de la vida, existiendo una elevada frecuencia de casos entre las adolescentes. Los antecedentes ginecológicos más frecuentes fueron: la interrupción de embarazo, el uso de DIU y la EIP, sin reportarse ninguna ITS. El método diagnóstico más utilizado fue el ultrasonido por su gran especificidad y existió una buena correlación clínica y patológica.

RECOMENDACIONES

- La Educación Sexual para adolescentes y jóvenes se impone, ya que aumenta la incidencia de EE, lo cual compromete su fertilidad. Para ello se recomienda tratar de mantener una pareja estable y hacer uso del condón, para evitar las inflamaciones pélvicas, a partir de las infecciones de transmisión sexual, evitando la interrupción del embarazo.
- Educar a la población para que al presentar síntomas como dolor en bajo vientre o pérdidas de sangre que no coinciden con la menstruación, no los ignore y acuda al médico. El diagnóstico precoz de EE previene las complicaciones.
- Utilizar las biopsias endometriales por congelación para ayudar al diagnóstico del EE.
- Entrenar al personal médico para emplear la cirugía laparoscópica en el tratamiento del EE, por sus ventajas.
- Adelantar la realización de la primera ecografía como un pesquiasaje de EE, entre las seis-ocho semanas, pudiendo ser realizada por el médico general de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ectopic pregnancy. En: Williams. Textbook of Endocrinology. 20 ed. USA: Saunders; 2003.
2. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
3. Silva Solovera S. Revisión Bibliográfica de Embarazo Ectópico. Santiago de Chile: Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Sótero del Río; 1992-2003.
4. Olalde Cancio R . Embarazo Ectópico: Factores Relacionados y otras consideraciones. Medicentro 2004;8 (4).
Martínez J, Basáez E, Rodríguez P. Embarazo ectópico. Medisan 2000; 3 (12).
5. Reyes Pérez A, Marrero Martínez JA, González García D. Embarazo ectópico. Estudio de un año. Hospital Provincial Ginecobstétrico "Mariana Grajales". Medicentro 2002; 6 (3) .
6. Casanova Carrillo C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecobstétrico Hospital Ginecobstétrico "A. Arias".Ciudad de La Habana. Rev cuba enferm 2003; 19 (3):23-9.
7. Coste J, Bouyer J, Ughetto S, Gerbaud L, Fernández H. Ectopic pregnancy is again on the increase. Recent trends in the incidence of ectopic pregnancies in France (1992-2002). Hum reprod 2004; 19 (9): 201-8.
8. Ankum WM, Mol Bw ,Van der Veen F,Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. Fertil steril 1996; 65 (2): 1093-9.
9. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. Acta obstet gynecol scand 2005; 84 (2):184-8.
10. Brennan DF, Kwatra S, Kelly M,Dunn M. Chronic ectopic pregnancy- two cases of acute rupture despite negative beta HCG. J emerg med 2000 ; 19 (4):249 -54.
11. Mol BW, van der Veen F, Bossuyt PM. Symptom-free women at increased risk of ectopic pregnancy: should we screen? Acta obstet gynecol scand 2002, 81:661-72.
12. Hicks JL, Rodgerson JD, Heegaard WG, Sterner S. Vital signs fail to correlate with hemoperitoneum from ruptured ectopic pregnancy. Am j emerg med 2001; 19:488 -91.
13. Mohamed H ,Maiti S,Phillips G. Laparoscopic management of ectopic pregnancy: a 5 year experience. J obstet gynecol 2002 ; 22:411 -4.
14. Barak S, Oettinger M, Perri A, Cohen HI, Barenboym R, Ophir E. Frozen section examination of endometrial curettings in the diagnosis of ectopic pregnancy. Acta obstet gynecol scand 2005; 84 (1):43-7.
15. Bjartling , Osser S,Persson K. The frequency of salpingitis and ectopic pregnancy as epidemiologic markers of Chlamydia trachomatis. Acta obstet gynecol scand 2000; 79 (2): 123-8.
16. Bernoux A. Fertility outcome after ectopic pregnancy and use of an intrauterine device at the time of the index ectopic pregnancy. Human reproduction 2000; 15 (3): 1173 -7.
17. MINSAP. Orientaciones metodológicas para el manejo y control de todo el sistema de salud de las mujeres con Embarazo Ectópico y sus complicaciones. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2002.
18. Enríquez Domínguez B, Fuentes González L, Gutiérrez González N . Tendencias actuales en el tratamiento del embarazo ectópico. Rev cuba obstet ginecol 2003; 29(3).
- 19.

SUMMARY

It is said that 2% of the pregnancies are ectopic, because the fecundation takes place at the Fallopian Tube, originating serious alteratime with maternal death risk. Nowadays its prevalence has triplicated in the world; in our hospital, in 2003 the incidence was 1 for 30 births. For that reason a prospective descriptive study of all patients hospitalized due to ectopic pregnancy suspision was carried out at Matanzas Gyneco Obstetric Traching Hospital "Dr. Julio Alfonso Medina" inpatients suspected of having an ectopic pregnancy during 2004 was carried with the objective to evaluate the behavior of the entity in these patients, its incidence, age and the main risk factors. The correlation between the clinical diagnosis and the histopathologic findings in the patients that fulfilled the inclusion criteria, was established among other variables. The data was compiled in a form prepared for that, with the written agreement of the patients. A database was made and the data was processed, using the statistic packet SPSS for Windows Version 10.0. The frequency of the ectopic pregnancy was 24, 4 %, being high in the group of 15-25 years old (35,3 %). More than half of the patients had had a previous pregnancy interruption (53,8 %). A clinic histopathologic correlation existed in 86, 1 % of the cases. Conclude that is a high frequency of ectopic pregnancy in adolescents and we recommend educating the population to prevent risk factors and early attending the doctor.