

INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO "ENRIQUE C. SOTOMAYOR" DESDE 1985-1990.

Dres. ANGELA JARAMILLO Q. - JORGE DAHER N.

INTRODUCCION

El embarazo ectópico es un cuadro interesante y dinámico, sin duda alguna constituye una de las patologías más estudiadas actualmente, dentro del área gineco-obstétrica.

La determinación de la incidencia de embarazo ectópico está relacionada con una mejoría en la tecnología para su diagnóstico, que llevan a una evaluación más temprana y completa de esta patología.

Porcentajes globales, realizados en Estados Unidos de Norte América, indican que la tasa de embarazo ectópico desde 1970 a 1983, aumentó más del triple elevándose a 1.4 embarazo ectópico por cada 100 embarazos comunicados.

En Finlandia se realizó un estudio desde 1968 a 1984 reportándose un marcado incremento de embarazo ectópico. En los inicios de 1970, la totalidad del incremento fue atribuida a mujeres menores de 30 años

de edad y en 1980 a mujeres de más de 30 años.

En la presente serie, no se ha producido un incremento notable en la incidencia de embarazo ectópico, durante los dos primeros años de este estudio, pero en 1987 la incidencia fue de 113 casos ingresados.

Con respecto a la edad, según varios autores, los porcentajes más altos de embarazo ectópico, se presentan en la edad de 25 a 35 años, pero el riesgo de esta patología se triplicó en los 35 a 44 años de edad.

En el presente estudio, 124 pacientes que corresponden al 31% de los casos ingresados y 118 gestantes que representan el 30%, estuvieron entre los 25 a 29 y los 20 a 24 años, respectivamente.

Estudios realizados en Estados Unidos, desde 1970 a 1978, reportan que más del 70% de embarazos ectópicos se presentaron entre casadas y las más bajas cifras en las nunca casadas, así como una frecuencia de un embarazo ectópico por cada 100/150 embarazos, en gestantes de situación socio-económica baja. En nuestro estudio, las pacientes de estado civil solteras representan el 83% de los casos y las casadas el 17%. El 77% de los casos ingresados se encontraron en el estrato socio-económico bajo.

En la presente casuística se encontró la mayor incidencia de embarazos ectópicos, en pacientes nulíparas y nuligestas, siendo menor la frecuencia cuanto mayor fueron los antecedentes de paridad.

Existe controversia con respecto a abortos inducidos y gestaciones ectópicas. En Japón varios estudios no mostraron coincidencia importante entre abortos inducidos y embarazos ectópicos.

En Atenas en donde el 50% de abortos son ilegales, se mostraron incidencias altas de esta patología con abortos inducidos.

En Estados Unidos, la mujer con embarazo ectópico tuvo un riesgo relativo de muerte unas 50 veces mayor que el de la que tuvo aborto inducido legal. Levin y colaboradores, concluyeron que los abortos inducidos, en particular cuando son dos o más, puede ser uno de los varios factores de riesgo de embarazo ectópico.

En el presente estudio, 201 pacientes que corresponden al 51% de los

casos estudiados, no tuvieron aborto previo, y 115 gestantes, que representan el 30% de los casos ingresados, presentaron entre los antecedentes ginecológicos, un aborto previo.

En estudios recientes se ha informado de Culdocentesis positivas en 88 a 95% de embarazos ectópicos comprobados.

Armstrong y sus colaboradores después de revisar 481 casos de embarazos ectópicos, llegaron a la conclusión de que la culdocentesis constituye una ayuda diagnóstica muy valiosa, sin embargo distan de tener una exactitud del 100%, como atestiguan Hall y Todd quienes citan 94 de tales procedimientos con 5 resultados falsos negativos, 2 falsos positivos y 4 pruebas inconcluyentes, o que equivale a un error diagnóstico de casi el 12%.

En un estudio muy instructivo, Romero y colaboradores evaluaron la utilidad de la culdocentesis para el diagnóstico de embarazo ectópico. Se hizo el procedimiento en 162 pacientes con embarazo ectópico comprobado quirúrgicamente. En 81% se obtuvieron resultados positivos, 2,5% resultados negativos y 16.5% no fueron diagnósticas.

En nuestra casuística, de las 396 pacientes ingresadas, se realizó culdocentesis a 179 de ellas, resultando positivas 140 que representan el 78% de los casos, y negativas 39 es decir, el 10% de las punciones realizadas.

La ultrasonografía pélvica ha demostrado ser auxiliar útil para valorar a la paciente sospechosa de albergar una gestación ectópica. Su mayor utilidad ha sido para identificar a las pacientes con embarazo intrauterino, y virtualmente excluir un embarazo ectópico, pero no para identificar positivamente pacientes con este problema. Halpin precisó recientemente los problemas asociados con el diagnóstico del embarazo ectópico encontrados en el Sloane Hospital for women. Aunque la culdocentesis, los hematócitos secuenciales, las pruebas de embarazo y la laparocopia resultaron útiles en el diagnóstico no fue posible obtener de forma constante un rasgo diferencial fidedigno.

En nuestro estudio se realizó 120 ecografías, que equivale al 30% de todos los casos ingresados, las mismas que resultaron positivas, definidas como ausencia de saco gestacional, líquido libre en el fondo de saco, o ambas.

casos estudiados, no tuvieron aborto previo, y 115 gestantes, que representan el 30% de los casos ingresados, presentaron entre los antecedentes ginecológicos, un aborto previo.

En estudios recientes se ha informado de Culdocentesis positivas en 88 a 95% de embarazos ectópicos comprobados.

Armstrong y sus colaboradores después de revisar 481 casos de embarazos ectópicos, llegaron a la conclusión de que la culdocentesis constituye una ayuda diagnóstica muy valiosa, sin embargo distan de tener una exactitud del 100%, como atestiguan Hall y Todd quienes citan 94 de tales procedimientos con 5 resultados falsos negativos, 2 falsos positivos y 4 pruebas inconcluyentes, o que equivale a un error diagnóstico de casi el 12%.

En un estudio muy instructivo, Romero y colaboradores evaluaron la utilidad de la culdocentesis para el diagnóstico de embarazo ectópico. Se hizo el procedimiento en 162 pacientes con embarazo ectópico comprobado quirúrgicamente. En 81% se obtuvieron resultados positivos, 2,5% resultados negativos y 16,5% no fueron diagnósticas.

En nuestra casuística, de las 396 pacientes ingresadas, se realizó culdocentesis a 179 de ellas, resultando positivas 140 que representan el 78% de los casos, y negativas 39 es decir, el 10% de las punciones realizadas.

La ultrasonografía pélvica ha demostrado ser auxiliar útil para valorar a la paciente sospechosa de albergar una gestación ectópica. Su mayor utilidad ha sido para identificar a las pacientes con embarazo intrauterino, y virtualmente excluir un embarazo ectópico, pero no para identificar positivamente pacientes con este problema. Halpin precisó recientemente los problemas asociados con el diagnóstico del embarazo ectópico encontrados en el Sloane Hospital for women. Aunque la culdocentesis, los hematócritos secuenciales, las pruebas de embarazo y la laparocopia resultaron útiles en el diagnóstico no fue posible obtener de forma constante un rasgo diferencial fidedigno.

En nuestro estudio se realizó 120 ecografías, que equivale al 30% de todos los casos ingresados, las mismas que resultaron positivas, definidas como ausencia de saco gestacional, líquido libre en el fondo de saco, o ambas.

La Laparoscopia se ha reintroducido como un medio para mejorar la exactitud del diagnóstico de enfermedades de la pelvis, incluyendo el embarazo ectópico. En la revisión bibliográfica, los estudios comunican resultados negativos falsos en 3-4% y positivos falsos 5%, para la laparoscopia.

En el presente estudio se realizó dicho método en 32 pacientes, que equivale al 8% del total de casos ingresados. Todos resultaron positivos con la definición de colección hemática en fondo de saco de Douglas y embarazo ectópico tubárico.

En el Centro Médico de la Universidad de Mississippi, fueron revisados y manejados 9 casos de temprano y 6 casos de avanzado embarazo abdominal, en un período de 20 años, reportando una incidencia de un embarazo abdominal en 4.847 partos y de una mortalidad perinatal y ninguna materna.

En cuanto a la localización en nuestro estudio, la mayor frecuencia de embarazo ectópico estuvo en la trompa de Falopio, en donde se ubicaron 300 casos, igual al 81% de los casos ingresados, 48 gestaciones en la porción ampular, igual al 13%, presentándose el menor porcentaje en el abdomen, 1 caso que corresponde al 0.25%.

Con respecto al cuadro sintomático, según la Clínica ginecológica y obstétrica de Norte América, no hay signos o síntomas patognomónicos de embarazo ectópico temprano, sin embargo, de 90 a 100% de pacientes con gestación ectópica se quejan de dolor, aún antes de la rotura. Un 75 a 95% de pacientes informan amenorrea o antecedentes de anomalías menstruales y en 50 a 80% se observa hemorragia vaginal irregular.

En nuestro estudio, el 50% de los casos estudiados presentan dolor abdominal, el 23% hemorragia vaginal irregular y el 10% amenorrea.

Los dispositivos intrauterinos han coincidido con embarazo ectópico. Un estudio realizado por Erkkola y Liukko mostró aumento en la incidencia de embarazo ectópico desde la colocación del DIU.

Otros casos controlados por Ory y colaboradores concluyeron que las pacientes que habían utilizado el DIU, tenían el mismo riesgo de em-

barazo ectópico que las que nunca lo habían usado.

En 1899, Tussembroek, hizo la primera descripción clínico-patológica de gestación ovárica, pero es a partir de 1970, cuando se comienza a observar su posible relación con los dispositivos intrauterinos.

En el Hospital Universitario de Sevilla-España, se estudió ocho casos de embarazos ováricos en el transcurso de 9 años, en 4 de ellos se conocía la presencia del DIU, y en todos se confirmó un proceso inflamatorio.

En nuestro estudio, se encontró 11 casos de embarazo ectópico localizados en el ovario, que representan el 3% del total de casos ingresados, dos de ellos coincidieron con la presencia de DIU, del tipo T de cobre. El tiempo transcurrido entre la puesta in situ del dispositivo en la cavidad uterina y la presentación de la sintomatología fue entre 4 y 6 años, una de las pacientes presentó como complicación secundaria infección tratada con antibióticos.

Los datos globales, según la revisión bibliográfica, indican que la mortalidad por embarazo ectópico disminuyó a principios del decenio de 1970 y a un ritmo menor en años recientes, con disminución global de 7 veces desde 3.5 muertes por 1.000 embarazos ectópicos en 1970 hasta 0.5 en 1983.

Actualmente en Estados Unidos unas 40 a 50 pacientes mueren cada año a consecuencia de embarazo ectópico.

En nuestra casuística, la mortalidad materna fue nula.

HIPOTESIS

- 1.- El embarazo ectópico se ha erigido como causa principal de mortalidad materna.
- 2.- Un aumento paralelo en la incidencia de Enfermedad inflamatoria pélvica, puede haber contribuido al aumento en el número de embarazo ectópico.
- 3.- El riesgo de embarazo ectópico aumenta con la edad (35-44 años).

4.- Aún, no se ha resuelto el impacto real de los abortos inducidos como factor de riesgo de embarazo ectópico.

5.- Se ha postulado la coincidencia de dispositivo intrauterino con embarazo ectópico.

6.- La disminución global de la mortalidad por embarazo ectópico puede atribuirse a los avances en las técnicas de diagnóstico.

MATERIALES Y METODOS

Está constituido por un total de 396 historias clínicas correspondientes a un grupo de pacientes a las que se les diagnosticó embarazo ectópico. Las historias fueron obtenidas del Departamento de Estadística del Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor". Al tratarse de una revisión estadística, el estudio se realizó con carácter retrospectivo, en el período comprendido entre Enero de 1985 a Enero de 1990.

Se computaron diariamente las historias clínicas de estas pacientes tomando en cuenta: Edad de las gestantes ingresadas en aquel período y que osciló de 15 a 44 años.

El Estado Civil que se lo dividió en solteras y casadas.;

La edad gestacional se la determinó por la fecha de la última menstruación hasta el término del embarazo, por intervención quirúrgica.

Los antecedentes de: gestación, paridad, abortos y cesáreas.

Se consideró los materiales complementarios de diagnóstico: culdocentesis, ecosonografía, paracentesis y laparoscopia sacando el porcentaje de las que resultaron positivas y negativas.

Se valoró los síntomas y el diagnóstico a la admisión.

Se consideró la localización anatomopatológica en el intraoperatorio.

Se tomó en cuenta las pacientes que presentaron shock hipovolémico, tanto en admisión como en el transcurso de su valoración.

También fueron considerados el pronóstico y el uso de DIU.

Se valoraron las complicaciones presentadas a la Admisión, así como las complicaciones primarias principales y las secundarias.

Se tomó en cuenta la recidiva con otro embarazo ectópico.

Se clasificó la forma de culminación de la siguiente manera:

Salpingectomía total derecha, izquierda y bilateral.

Salpingooforectomía

Resección en cuña de ovario.

Histerectomía abdominal

Laparotomía exploradora

Anexectomía y Liberación de adherencias.

RESULTADOS

Estudiamos un total de 396 mujeres gestantes, cuyas edades fluctuaron entre 15 a 44 años.

El diagrama No. 1 demuestra que los grupos quedaron de la siguiente manera:

15 a 19 años 8%

20 a 24 años 30%

25 a 29 años 31%

30 a 34 años 19%

35 a 39 años 10%

40 a 44 años 2%

El Estado Civil de las 396 pacientes ingresadas fue (diagrama No. 2): 330 (83%) solteras y 66 (17%) casadas.

Con relación al estrato socio-económico de las pacientes estudiadas, se demostró que (diagrama No. 3): 303 (77%) pertenecen al estrato socio-económico bajo y 93 (23%) al nivel medio.

De acuerdo a los antecedentes de gestación, (diagrama No. 4), 98 pacientes (25%) no tuvieron antecedentes de embarazos anteriores, 67 (17%) un embarazo previo; 72 (18%) dos embarazos; 58 (15%) tres embarazos previos, 29 (4%) cuatro gestaciones, 40 (10%) cinco emba-

razos previos, 14 (4%) seis embarazos anteriores, 3 (1%) siete gestaciones, 3 (1%) ocho embarazos anteriores, 4 (1%) nueve embarazos, 4 (1%) diez gestaciones previas, 2 (1%) doce embarazos, y 2 pacientes con 14 y 16 embarazos previos (1%).

Antecedentes de paridad (diagrama No. 5) demuestra que 117 pacientes (30%) no tuvieron antecedentes de partos anteriores; 72 (18%) un parto previo, 59 (15%) de dos partos; 59 (15%) tres partos anteriores; 33 (8%) cuatro partos anteriores y 56 (15%) pacientes más de cuatro partos previos.

En los antecedentes de cesárea (diagrama No. 6), 330 pacientes (83%) no habían sido intervenidos de cesárea; 38 (10%) antecedente de una cesárea; 15 (4%) antecedente de dos cesáreas y 13 pacientes (3%) tuvieron tres cesáreas previas.

En lo que respecta a los antecedentes de abortos (diagrama No. 7) 201 pacientes (51%) no tuvieron abortos anteriores; 115 (29%) antecedente de un aborto; 47 (12%) dos abortos previos; 24 (6%) tres abortos anteriores 4 (1%) cuatro abortos anteriores y 6 pacientes (2%) tuvieron más de cuatro abortos anteriores.

El diagrama No. 8, demuestra la clasificación de la edad gestacional:

3 a 5 semanas 173 (44%)
 6 a 8 semanas 207 (52%)
 9 a 11 semanas 10 (3%)
 12 a 14 semanas 6 (2%).

El diagrama No. 9, demuestra que de las 396 pacientes ingresadas, a 291 (73%) se les realizó Laparotomía exploradora.

Del total de pacientes ingresadas, se practicó Culdocentesis a 179 de ellas (diagrama No. 10), de las cuales 140 (78%) fueron positivas y 39 de este método complementario resultó negativas (10%).

La Ecografía (diagrama No. 11) fue realizada en 120 pacientes que representan el 30% de las 396 pacientes ingresadas.

Laparoscopia (diagrama No. 12) se llevó a cabo en 32 pacientes (8%) del total de gestantes estudiadas.

La Paracentesis se realizó a 59 pacientes de estas 57 (97%) fueron positivas y 2 (3%) negativas. (Diagrama No. 13).

El diagrama No. 14, indica que 209 (53%) pacientes tuvieron embarazo ectópico roto y 187 (47%) embarazo ectópico no roto.

Embarazo ectópico organizado se presentó en 88 (22%) pacientes. (Diagrama No. 15).

La localización anatomopatológica se demuestra en el diagrama No. 16 de la siguiente manera: en la trompa de Falopio 300 casos (81%), en la ampolla 48 (13%); en el ovario 11 (3%), en las fimbria 4 (1%); en el itsmo 8 (2%) y en el abdomen un caso (0,27%).

El diagnóstico de ingreso se lo detalla en el diagrama No. 17: 41 casos (27%) como embarazo ectópico; 27 (18%) abdomen agudo; 26 (17%) aborto incompleto; 25 (17%) quiste de ovario; 11 (7%) perforación uterina; 10 (7%) aborto en curso; 6 (4%) amenaza de aborto; y 4 casos (3%) como absceso tubo-ovárico.

La sintomatología a la Admisión se detalla en el diagrama No. 18: 208 casos (50%) metrorragia, 43 (10%) dolor y amenorrea, 7 (2%) dolor, metrorragia y amenorrea, 5 (1%) amenorrea y 2 pacientes (0%) metrorragia y amenorrea.

El diagrama No. 19 demuestra que de las 396 pacientes ingresadas, 34 (9%) presentaron shock hipovolémico.

Del total de pacientes estudiadas, 16 (4%) tuvieron pronóstico grave, y 380 (96%) no grave. (Diagrama No. 20).

Las complicaciones a la Admisión, indicadas en el diagrama No. 21 son: 82 (51%) pérdida sanguínea, 32 (20%) anemia, 21 (13%) quiste de ovario, 10 (6%) infección de vía urinaria, 8 (5%) shock hipovolémico, 3 (2%) laceración cervical, 2 (1%) enfermedad inflamatoria pélvica, 1 (1%) pielonefritis y epilepsia.

El diagrama No. 22 indica las complicaciones primarias principales: 21 (35%) pacientes presentaron pérdida sanguínea, 12 (20%) infección tratada con antibióticos, 10 (17%) anemia aguda, 6 (10%) shock hipo-

volémico, 5 (8%) perforación uterina, 3 (5%) salpingitis, y 1 caso (2%) IVU, asma e hiperplasia endometrial.

Las complicaciones secundarias demostradas en el diagrama No. 23 fueron: 62 (85%) infección tratada con antibióticos 8 (11%) pérdida sanguínea, 3 (4%) anemia.

El diagrama No. 24 demuestra que de las 396 pacientes estudiadas, 33 de ellas (8%) tenían colocado el dispositivo intrauterino.

La recidiva de embarazo ectópico se presentó en 6 (2%) casos, las 390 pacientes restantes (98%) no lo presentaron. (Diagrama No. 25).

La culminación se realizó de la siguiente manera: (diagrama No. 26) Salpingectomía total derecha 117 (32%) casos, salpingectomía total izquierda 113 (31), salpingectomía total bilateral 22 (6%), anexectomía 44 (12%), laparotomía exploradora 20 (6%), histerectomía abdominal 14 (4%), salpingooforectomía 14 (4%), resección en cuña de ovario 10 (3%) y liberación de adherencia 7 (2%).

CONCLUSIONES

Después de realizar el análisis de los resultados en el presente trabajo, sacamos como conclusiones lo siguiente:

- 1.- Los porcentajes más altos de embarazo ectópico correspondieron a pacientes que oscilaban entre 25 a 29 años de edad.
- 2.- Se presentó mayor número de casos en gestantes de Estado Civil solteras.
- 3.- La mayor incidencia se produjo en pacientes que tenían situación socioeconómica baja.
- 4.- El porcentaje más alto de esta patología, se presentó en nuligestas y en pacientes que tuvieron menor número de gestaciones.
- 5.- Existe una mayor incidencia en pacientes nulíparas, siendo menor la frecuencia cuanto mayor son los antecedentes de paridad.
- 6.- Hubo un porcentaje de 29% en aquellas pacientes que tuvieron an-