

Embarazo Ectópico

Revisión de un año

Dr. Leonel Pérez, F.A.C.O.G., Dr. José Cárcamo** Dr. Leopoldo Díaz Solano**

INTRODUCCIÓN

Durante las dos últimas décadas, tanto en Europa como EE.UU. se ha notado un incremento en la incidencia del Embarazo Ectópico (EE).(3). Esto se explica no sólo por el aumento demográfico si no también por los factores etiológicos "in Crescendo" del EE, tales como: Infecciones pélvicas, Dispositivo Intrauterino, Cirugía Tuba rica etc. (2). En una revisión de 10 años, en la Universidad de Arizona, EE.UU. se encontró una frecuencia de I en 45 nacidos vivos (5), mientras otras series reportan I en 32(6).

Una anamnesis cuidadosa, la sospecha clínica e identificación de pacientes de alto riesgo, son vitales para un diagnóstico temprano y así evitar demoras en el tratamiento quirúrgico que podrían ser de fatales consecuencias. La clínica ocupa un lugar primordial para el manejo de esta entidad, dado que los métodos diagnósticos como pelviscopia y Ultrasonido, no se encuentran en nuestros hospitales 24 horas al día, como idealmente debería suceder.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con este estudio prospectivo pensamos en conocer, la frecuencia, mortalidad, complicaciones etc. del emba-

raza Ectópico, tanto en el Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela como en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, durante el período de un año del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1984. Empleamos como unidad de estudio el expediente clínico, y la consulta personal con el Médico Residente responsable del caso. Se excluyeron 15 casos por no tener diagnóstico anatómico-patológico. Se estudiaron 102 casos, 78 del Hospital Escuela y 24 casos del IHSS.

EDAD (AÑOS)	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
15-19	0	0	9	11.50	9	8.83
20-24	3	12.5	19	24.34	22	21.56
25-29	12	50.0	24	30.80	36	35.30
30-34	7	29.2	17	21.80	24	23.53
35-39	2	8.3	4	5.13	6	5.88
40-44	0	0	5	6.43	5	4.90
TOTAL	24	100%	78	100%	102	100%

CUADRO#1
EMBARAZO ECTÓPICO
EDAD

Jefe Sala de Ginecología Residente de Ginecología y Obstetricia.
Departamento de Gineco-Obstetricia.
Hospital Escuela.

La edad más frecuente de presentación fue de 20 a 34 años (76-90%) que coincide con la mayor frecuencia de embarazo a esa edad. La frecuencia coincide en ambos hospitales, excepto en la edad de 15 a 19 años que es 0 en

I.H.S.S., estos adolescentes generalmente no trabajan y por lo tanto no son beneficiarias de atención en ese centro.

CUADRO #2
EMBARAZO ECTOPICO-PARIDAD

PARIDAD	IHSS	%	H-E	%	Total	%
NULIPARA	0	0	29	37.17	29	28.43
PRIMIPARA	2	8.33	15	19.23	17	16.67
SECUNDIPARA	8	33.34	4	5.13	12	11.76
MULTIPARA	14	58.33	30	38.47	44	43.14
TOTAL	24	100%	78	100%	102	100%

En ambos centros hospitalarios se ve que la multiparidad (43.13%), va asociada a mayor frecuencia de esta patología, seguida de las Nulíparas con (28.43%), del total.

La cesárea previa se presenta en un 43.14% de todos los

CUADRO #3
EMBARAZO ECTOPICO-ANTECEDENTES QUIRURGICOS

ANTECEDENTES QUIRURGICOS	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
CESARIA PREVIA	14	58.33	30	38.46	44	43.14
EMB. ECTOPICO PREVIO	1	4.17	3	3.85	4	3.92
CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA	6	25	3	3.85	9	8.82
NINGUNA	3	12.5	42	53.84	45	44.12
TOTAL	24	100%	78	100%	102	100%

casos de embarazo ectópico, como sabemos las adherencias posteriores a ellas pueden interferir en la anatomía tubarica. Dentro de la cirugía abdominales previa se encuentra Colectectomía, Pelviscopías y otros propiamente intestinales. El embarazo ectópico previo ocurrió en 3.92% de todos los casos. En comparación al 4.5% del estudio de Arizona (5).

CUADRO #4
EMBARAZO ECTOPICO-EDAD GESTACIONAL

SEMANAS GESTACION	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
4 semanas	3	12.5	8	10.26	11	10.78
4-6 semanas	4	16.67	16	20.52	20	19.61
6-8 semanas	10	41.67	11	14.10	21	20.60
8-10 semanas	3	12.5	23	29.49	26	25.49
10-12 semanas	2	8.33	8	10.25	10	9.80
12 semanas	2	8.33	8	10.25	10	9.80
NO CONSIG.	0	0	4	5.13	4	3.92
TOTAL	24	100	78	100	102	100

La edad gestacional entre 8-10 semanas ocupó el mayor porcentaje (25.49%) seguida de aquella entre 6-8 semanas (20.50%) sin observar diferencia entre ambos Hospitales.- Esto corresponde a lo ya conocido por la experiencia, así como lo referido por la literatura revisada (7).

CUADRO #5 EMBARAZO ECTOPICO-SINTOMA DE PRESENTACIÓN

SX PRESENTACION	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
DOLOR	10	41.68	47	60.26	57	55.88
DOLOR+STV	5	20.84	17	21.80	22	21.57
DOLOR+STV+LIPOTIMIAS	5	20.84	4	5.12	9	8.83
DOLOR+VOMITO	1	4.16	4	5.12	5	4.90
NO DOLOR(PELVIS-COPIA)	1	4.16	3	3.85	4	3.92
STV+LIPOTIMIAS	1	4.16	2	2.57	3	2.94
DOLOR+INFERTILIDAD	1	4.16	1	1.28	2	1.96
TOTAL	24	100	78	100	102	100

Los síntomas de presentación coinciden con los ya descritos por la literatura médica (7,8), se observa que dolor pélvico, manchado transvaginal, Lipotimias ocupa un 86.2% del total lo cual agregado a una amenorrea debe de hacer pensar siempre en embarazo ectópico.

CUADRO #6
EMBARAZO ECTOPICO-GRAVINDEX

GRAVINDEX	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
POSITIVO	12	50	9	62.82	61	59.80
NEGATIVO	12	50	24	30.77	36	35.30
NO SE HIZO	0	0	5	6.41	5	4.90
TOTAL	24	100	78	100	102	100

No se practicó esta prueba en 4.9% de los casos y en los restantes fue positivo sólo en un 59.8% de todos los casos.

CUADRO #7
EMBARAZO ECTOPICO-D. I. U.

D.I.U.	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
SI	6	25	2	2.5	8	7.8
NO	4	16.6	10	12.8	14	13.7
NO CONSIGNADO	14	58.4	66	84.7	80	78.5
TOTAL	24	100	78	100	102	100

Lastimosamente en los expedientes Médicos no fue consignado el uso o no de DIU, en un 78.4% de todos los casos, por lo anterior la aparente inocuidad del DIU que se ve en la tabla no es estadísticamente significativa.

CUADRO #8
EMBARAZO ECTOPICO-ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

E.P.I.	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
SI	6	25	10	12.8	16	15.6
NO	2	8.3	16	20.5	18	17.6
NO CONSIGNADO	16	66.7	52	66.7	68	66.8
TOTAL	24	100%	78	100%	102	100%

La enfermedad pélvica inflamatoria fue documentada en 16 casos (15.6%) fue negada en 18 casos (17.6%) pero se repite la falta de información cuando no se consigna en 68 casos (66.8%).

CUADRO #9
EMBARAZO ECTOPICO-CULDOCENTESIS

CULDOCENTESIS	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
SI	14	58.3	33	42.3	47	46
NO	10	41.7	45	57.7	55	54
TOTAL	24	100%	78	100%	102	100%

La culdocentesis sólo usó como método diagnóstico en 47 casos (46%) ya que en el resto, el cuadro clínico era tan evidente que no se quiso correr con los riesgos que este método conlleva.

CUADRO #10 EMBARAZO ECTOPICO-TACTO BAJO ANESTESIA

TBA	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
SI	10	41.6	42	53.8	52	50.9
NO	14	58.4	36	46.2	50	49.1
TOTAL	24	100%	78	100%	102	100%

Fue hecho en 52 pacientes (50.9%) en el resto de casos la paciente permitió el examen ginecológico adecuado o el cuadro clínico era evidente y el procedimiento quirúrgico debía realizarse a la brevedad del caso.

CUADRO #11
EMBARAZO ECTOPICO-ENTRE INGRESO Y CIRUGIA

INGRESO CIRUGIA	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
6 horas	4	16.6	56	71.8	60	58.8
6-12 horas	14	58.5	10	12.8	24	23.5
12-24 horas	4	16.6	6	7.7	10	9.8
24 horas	2	8.3	6	7.7	8	7.9
TOTAL	24	100	78	100	102	100

En 60 pacientes (58.8%) se practicó cirugía en menos de 6 horas desde su ingreso.

En el resto de los casos el tratamiento fue demorado por:

- Dudas diagnósticas
- Falta de quirófano disponible

- c) Falta de sangre
- d) Urgencia relativa (ectópico no roto)

Y en los casos en los cuales se esperó más de 24 horas fueron debidos a que existió duda diagnóstica por un lado y por otro los métodos auxiliares ultrasonido, pelviscopia no están disponibles las 24 horas del día los (Sábados y Domingos), se esperó hasta el día lunes.

CUADRO #12
EMBARAZO ECTOPICO-HEMOGLOBINA
PRE-OPERATORIA (Hb-P)

Hb-P	IHSS	%	H/E	%	TOTAL	%
10 g%	15	62.5	12	15.3	37	36.2
10 g% +	9	37.5	66	84.7	65	63.8
TOTAL	24	100	78	100	102	100

Sólo en 37pacientes (36.2%) se obtuvo una hemoglobina menor de 10g% en el preoperatorio, el resto estaba con mayor de 10g% curiosamente el fenómeno de menor 10g% fue más frecuente en IHSS. El valor más bajo registrado fue en H-E. de 5g%.

CUADRO #13
EMBARAZO ECTOPICO-HEMO
PERITONEO

HEMO PERITONEO	IHSS	%	H/E	%	TOTAL	%
LEVE	6	25	25	32.1	31	30.3
SEVERO	12	50	36	46.2	48	47.1
NINGUNO	6	25	17	21.7	23	22.6
TOTAL	24	100	78	100	102	100

+ Hemo peritoneo severo = Cavidad abdominal con sangre y coágulos

+ Hemo peritoneo leve = Sangrado escaso en pelvis y sin coágulos

En 48 pacientes (47.1 %) se encontró en el acto quirúrgico hemoperitoneo severo mayor 200 ce. sangre libre. Esto sumado a los 31 pacientes (30.3%) hace un % de 77.4 pacientes que ya tenían roto el embarazo ectópico.

Hubo necesidad de transfundir ya por valores hematológicos bajos o por hemoperitoneo severo a 74 pacientes (72.5%).

CUADRO #14
EMBARAZO ECTOPICO-TRANSFUSION
SANGUINEA

TRANSFUSION	IHSS	%	H-E	%	TOTAL	%
SI	14	58.3	60	76.9	74	72.5
NO	10	41.7	17	21.7	27	26.4
NO CONSIGNADA	0	0	1	14	1	1.1
TOTAL	24	100	78	100	102	100

El sitio de Localización más frecuente fue en ambula (62.7%) seguido de istmo tubarico (20.5%) que coincide con lo descrito por la literatura médica (8).

CUADRO #15
EMBARAZO ECTOPICO-LOCALIZACION TUBARICA

AMPULAR	64	62.7%
ISTMICO	21	20.5%
FIMBRICO	4	3.9%
ORGANIZADO	4	3.9%
CORNIAL	3	2.9%
TUBO -OVARICO	3	2.9%
OVARICO	2	1.9%
NO CONSIGNADO	1	0.8%
TOTAL	102	100%

CUADRO #16
EMBARAZO ECTOPICO-TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	Nº.	%
SALPINGUECTOMIA DERECHA	53	51.9
SALPINGUECTOMIA IZQUIERDA	18	17.6
FIMBRIECTOMIA	2	1.9
SALPINGUECTOMIA DERECHA+ POMEROY IZQUIERDA	2	1.9
SALPINGO-OFORECTOMIA IZQUIERDA	3	2.9
HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL	1	1.4
SALPINGUECTOMIA BILATERAL	2	1.9
NO CONSIGNADA	21	20.5
TOTAL	102	100%

La salpinguectomía sola o acompañada de ooforectomía (3) pacientes (2.9%) fue el método de elección.

Los ovarios comprometidos ya sea en embarazo tubo ovárico o en embarazos ectópicos organizados fueron retirados.

Se practicó una histerectomía en una paciente de 39 años con una miomatosis gigante sintomática y que además presentaba embarazo ectópico en 20.5% de las pacientes no se consignó el tipo de cirugía.

Días de hospitalización	I. H. S. S.	H.E.
Promedio	5	5.25

CUADRO #17 EMBARAZO ECTÓPICO DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN

El promedio en días de hospitalización fue de 5 por pacientes, no existiendo diferencia en ambos hospitales.

RESUMEN

1. Frecuencia Hospital-Escuela fue de uno de 162 nacidos vivos frecuencia Instituto Hondureño de Seguridad Social fue de uno en 305 nacidos vivos.
2. Edad de presentación más frecuente 20-34 años, que coincide con mayor actividad sexual.
3. Más frecuente en múltiparas.
4. En 46% de los casos de la edad gestacional fue entre 6-10 semanas.
5. En 55.8% de los pacientes se encontró antecedentes quirúrgicos abdominales.
6. Los síntomas más comunes dolor pélvico, S.T.U. y síntomas hipovolémicos.
7. El gravindex como prueba diagnóstica solo fue positiva en el 59.8%, si es negativo, no descarta el diagnóstico.
8. El presente estudio no puede concluir acerca de la relación DIU-EP1 respecto al embarazo ectópico, ya que la falta de información en los expedientes fue grande.
9. La culdocentesis no fue necesaria por la evidencia del cuadro clínico en 55 pacientes (53.9%).
10. El TBA solo fue realizado en 52 pacientes (50.9%), en el resto fue posible hacer diagnóstico con el examen ginecológico rutinario.
11. El 58.8% de casos, se practicó cirugía antes de las 6 horas de su ingreso.
12. Se transfundieron 74 pacientes (72.5%) a pesar de que la hemoglobina menor de 10 grs. % solo estuvo en 37 pacientes (32.2%) en este aspecto la hemoglobina que se revisó fue la de ingreso y las transfusiones fueron realizadas en trans y post operatorio.
13. En 77.4% de las pacientes el embarazo ectópico se encontró roto al momento de la cirugía.
14. El sitio de la trompa más frecuente fue la ampulla, seguida del istmo.
15. En el 72.5% de los casos la salpinguectomía fue practicada.
16. El promedio de días de hospitalización fue de 5 días.
17. No hubo ninguna muerte.
18. En 20 de los casos no fue consignado la cirugía practicada en el embarazo ectópico.- Lo que llama reflexiona ya que datos tan importantes son omitidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. A. Zolli, J. Rock: Ectopic Pregnancy, months and years after Hysterectomy. Arch. Surg. Vol. 17,962.4 July 82.
2. M. Tancer, I. Delke, N. Veridiano: A Fifteen Years Experience with Ectopic Pregnancy. Surgery, Gynecology & Obstetrics. February 1981. Vol. 152, 179: 82.
3. L. Westrom: Incidence, Trends and Risk of Ectopic Pregnancy in a population of women. British Medical Journal. Vol. 282,15:18, January 1981.
4. N. Malhotra, R. Chaudhury: Current Status of IUD and Pelvic Inflammatory Disease and Ectopic Pregnancy. OB/ Gyn. Jun 82. Vol. 37:101.
5. L. Weinstein, M. Morris, D. Docter: Ectopic Pregnancy a New Surgical Epidemic. OB: Gyn. Jun 83, Vol. 61, Pág. 698.
6. F. González, M. Waxman: Ectopic Pregnancy, A Prospective Study and Diferencial Diagnosis. OB/ Gyr 1981,3:101.
7. Capítulo No. 26. Pág. 636-658. H.W. Jones, Jr., G.S. Jones. Novak's Textbook of Genecology. Tenth edition. Baltimore, Md. 1981.