

Estudio epidemiológico y clínico de pacientes con embarazo ectópico, serie de 77 casos

Dr. Fred Mórigan Ortíz¹, Dr. Everardo Quevedo Castro¹, Dr. Víctor Fernando Muñoz Estrada², Dr. Sergio Alberto Castro Quiñónez³, Dra. Maradí Zumara Rubio Rodríguez³, Dr. Mauricio Soriano Benítez⁴, Dra. Leticia Lara Avila⁴

¹Profesor e Investigador de Tiempo Completo Asociado "D" adscrito al Departamento de Ginecología y Obstetricia de la CUHC Culiacán. Universidad Autónoma de Sinaloa.

²Profesor e Investigador de Tiempo Completo, Jefe del Departamento de Dermatología y Micología de la CUHC de Culiacán. Universidad Autónoma de Sinaloa.

³Médico pasante de servicio social adscrito al área de investigación. Universidad Autónoma de Sinaloa.

⁴Médico residente de 4to año de la especialidad en Ginecología y Obstetricia en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México. Universidad Autónoma de Sinaloa.

e-mail: fmorganortiz@hotmail.com

RESUMEN

Objetivos: Identificar características epidemiológicas y clínicas así como el lugar de implantación mas frecuente en pacientes con embarazo ectópico.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional realizado en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Civil de Culiacán. Se incluyeron 77 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico de Enero 2000 a Enero 2004, estudiándoseles aspectos epidemiológicos y clínicos.

Resultados: La edad promedio fue 26.5 años, 85.7% proviene de medio socioeconómico bajo, 36.3% tuvo aborto previo, 13% historia de tabaquismo. Utilizaron métodos anticonceptivos 46.8%, 35.1% tenía antecedente quirúrgico, 7.8% de enfermedad pélvica inflamatoria y 3.9% de embarazo ectópico. Clínicamente hubo dolor en 93.5%, sangrado transvaginal en 67.5%, con promedio de amenorrea de 7.33 semanas.

Conclusiones: El embarazo ectópico se presenta en mujeres jóvenes de medio socioeconómico bajo con antecedentes quirúrgicos, de aborto y utilización de métodos anticonceptivos; los aspectos clínicos son dolor, sangrado transvaginal y opsomenorrea, frecuentemente el sitio de implantación es la región ampular. Es necesario realizar estudios comparativos con grupos de caso control en relación con las características epidemiológicas del embarazo ectópico y el amplio campo de la infertilidad. El conocimiento sobre factores de riesgo para embarazo ectópico puede mejorar nuestro entendimiento de las causas de infertilidad.

Palabras claves: Embarazo Ectópico, Epidemiología.

ABSTRACT

Objective: To describe of the epidemiological and clinical characteristics the patients with ectopic pregnancy.

Material and Methods: We carried out a descriptive, retrospective, sectional, observational study in the Obstetrical and Gynaecological department of the Coordinación Universitaria of the Civil Hospital in Culiacán City. Were included 77 patients with ectopic pregnancy, diagnosed between January 2000 and January 2004. The information collected for each patient (from medical records) included sociodemographic characteristics; gynaecologic, reproductive, and surgical history; clinical characteristics of the ectopic pregnancy; and the treatment procedures used.

Results: The age means was 26.5 years old, 86.5 were of low income, 36.3% had an history of spontaneous abortions, 13% with smoking history. The 46.8% had used contraceptive methods, 7.8% with previous pelvic inflammatory disease and 3.8% with ectopic pregnancy history. The clinical characteristics were, pain in 93.5%, transvaginal bleeding in 67.5%, the gestational age means was 7.33 weeks.

Conclusions: Ectopic pregnancy its more frequent in young women's, of low income, with a previous surgery, miscarriage history and used of the contraceptive methods. The clinical characteristics more frequent were: pain, transvaginal bleeding and opsomenorrea and the ampulla's was the most common site involved with ectopic pregnancy. Further research may concern both ectopic pregnancy epidemiology and the wider field of infertility. Increasing our knowledge of risk factors for ectopic pregnancy may improve our understanding of the causes of infertility.

Keys words: Ectopic pregnancy, epidemiology, clinical

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) es la implantación del blastocisto fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina.¹⁻⁵ La primera descripción fue realizada por el médico árabe Albucassi en el año 963 d.C. y hoy en día constituye una de las afecciones ginecoobstétricas de mayor morbimortalidad,⁶ responsable del 9 al 13% de las muertes maternas durante el primer trimestre de embarazo.⁷ La incidencia de EE ha aumentado considerablemente en la población general durante los últimos años, principalmente en los países desarrollados, presentándose actualmente entre el 0.8 y 2.0% de todos los embarazos, este incremento debido, por un lado, a la mejoría en los métodos diagnósticos y por otro, al aumento en los factores de riesgo relacionados con EE.^{1,3,6,8-11} El sitio más común de implantación ectópica son las trompas de Falopio con un 95.5%; de éste, el 70.0% corresponde a implantación en la ampolla, 12.0% istmo, 11.1% fimbria y 2.4% intersticial. La anidación ectópica fuera de la trompa de Falopio es rara, sólo el 1.3% de éstos embarazos es abdominal y el 3.2% es ovárico.¹²

Los efectos fisiopatológicos están relacionados con el cambio de la función tubárica que retarda el transporte del óvulo, lo que resulta en una implantación ectópica.¹¹ Cualquier factor que desencadene la destrucción anatómica de la salpinge, los desequilibrios hormonales o alteraciones en la motilidad tubárica, están involucrados en la etiología de EE.⁶ Los factores de riesgo de EE reconocidos son: Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), antecedentes de embarazo ectópico, cirugía tubaria previa, dispositivo intrauterino (DIU), tabaquismo, técnicas de reproducción asistida e inductores de la ovulación^{1,2,4-7,11-14} los cuales también se asocian a EE bilateral.¹⁵ Una causalidad actualmente discutida es la edad avanzada, la cirugía abdominopélvica y los abortos. Tras un EE previo, las posibilidades de una nueva gestación descienden hasta en un 50-60% y las posibilidades de un EE nuevo son del 13%.^{6,16}

Las manifestaciones clínicas están relacionadas directamente con el tiempo de evolución de la enfermedad y si el EE está roto o no. Los síntomas que se presentan con mayor frecuencia son: dolor pelviano y abdominal, hemorragia uterina anormal, opso o amenorrea y masa anexial; además, pueden presentarse los síntomas propios de la gestación.¹⁻⁵

El diagnóstico definitivo se basa en los resultados ultrasonográficos en los que se observa un útero vacío con engrosamiento endometrial, masa anexial y en algunos casos imagen de pseudosaco producido por la presencia de líquido libre entre las paredes.^{1-4,18} Además, la determinación de marcadores séricos para el diagnóstico de EE es útil. La beta-gonadotropina coriónica humana (beta-hCG) duplica sus niveles cada 72 horas por lo que un aumento en 24 horas de solo 190 mUI/ml sugiere EE,^{1,2,4} aunque en el 29% de los casos estos aumentos se deben a aborto espontáneo o

embarazo intrauterino¹⁷; la progesterona con niveles menores de 15-25 ng/ml es sugestivo de EE o aborto retenido.^{1,2,4}

La base del tratamiento para EE es la cirugía, ya sea con técnica abierta o abordaje laparoscópico;¹⁻⁵ siendo la salpingectomía radical el tratamiento más efectivo. El tratamiento médico se basa en el uso de diversos fármacos entre ellos el metotrexate, el cual es más eficaz en aquellas mujeres con EE no complicado y con menor actividad de la beta-hCG.^{18,19} El propósito del presente trabajo es describir las características clínicas y epidemiológicas de una serie de casos que se presentaron en un período de 5 años en el Hospital Civil de Culiacán.

PACIENTES Y MÉTODOS

Tipo y diseño del Trabajo: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional en el cual se analizaron los expedientes clínicos de 77 pacientes intervenidas por embarazo ectópico durante el periodo comprendido de Enero de 2000 a Enero de 2004, en el departamento de Ginecología y Obstetricia de la Coordinación Universitaria del Hospital Civil de la Universidad Autónoma de Sinaloa (CUHC-UAS). Culiacán, Sinaloa, México.

Pacientes: Se incluyeron todos los expedientes clínicos con diagnóstico de embarazo ectópico confirmado mediante hallazgo quirúrgico.

Materiales: La recolección de la información se obtuvo de fuentes primarias a través de la revisión de los expedientes clínicos de los archivos del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la CUHC-UAS.

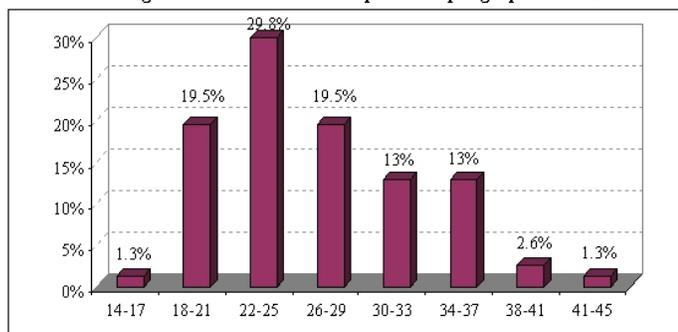
Procedimientos: Se obtuvieron todos los expedientes clínicos de los casos diagnosticados con EE corroborados mediante intervención quirúrgica, de los cuales se analizaron las siguientes variables epidemiológicas y clínicas en un formato previamente elaborado para tal fin: edad, medio socioeconómico y tabaquismo. Antecedentes ginecológicos y obstétricos; gestas, paras, abortos, métodos anticonceptivos (hormonal oral, hormonal inyectable, preservativo, ritmo, DIU), historia de infertilidad, antecedentes de EPI, de EE previo y de legrado uterino. Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía, cesáreas, oclusión tubaria bilateral y otras cirugías abdominales. Características clínicas; dolor, amenorrea, sangrado transvaginal. Localización anatómica de EE; ampular, fimbrial, ovárico, ístmico, intersticial y abdominal.

El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva con cálculo de medias para variables numéricas y proporciones para variables categóricas como medidas de tendencia central, y desviación estándar y rango como medidas de dispersión, presentándose los resultados en gráficas y figuras. Utilizándose para los cálculos el programa estadístico Epi-Info versión 6.04.

RESULTADOS

Durante el tiempo comprendido entre enero de 2000 a enero de 2004, se diagnosticaron en el departamento de ginecología y obstetricia de la CUHC-UAS, 77 casos de EE corroborado por hallazgo quirúrgico, los cuales se analizaron y se obtuvieron los siguientes resultados: la edad promedio de las pacientes fue 26.5 años (DE:6.17) con predominio en el grupo etario de 22 a 25 años, (Figura 1) de las cuales el 85.7% provienen de medio socioeconómico bajo; encontrándose que el 13% presentaban antecedentes de tabaquismo.

Figura 1. Distribución de las pacientes por grupo de edad

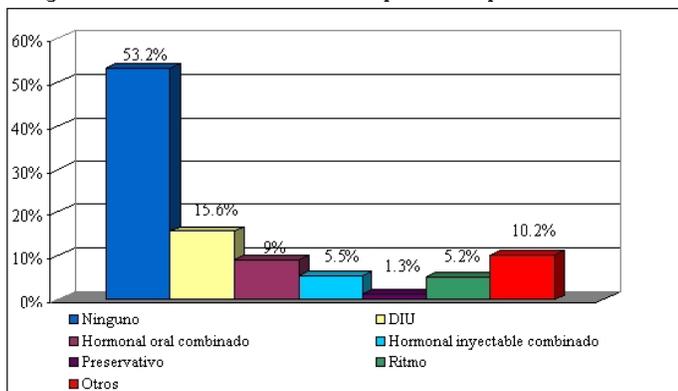


Fuente: Departamento de Ginecología y obstetricia de la CUHC-UAS. Culiacán Sinaloa México, Enero de 2000 a Enero de 2004.

Respecto a los antecedentes gineco-obstétricos el promedio gestas fue de 3.14 (DE:1.64) y el 1.41 (DE:1.37) de paridad. El 36.4% tenía antecedentes de abortos.

El 46.8% utilizó algún método anticonceptivo predominando el DIU con el 15.6% del total de las pacientes estudiadas seguido por los hormonales combinados (Figura 2).

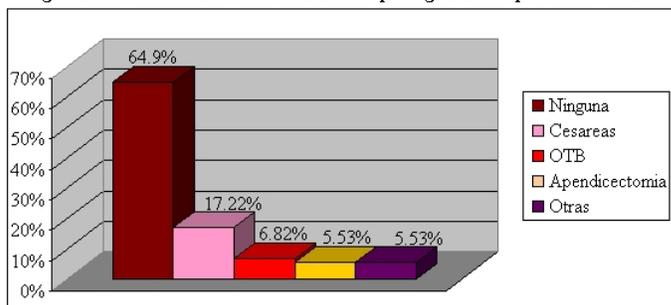
Figura 2 Utilización de métodos anticonceptivos en la población de estudio



Fuente: Departamento de Ginecología y obstetricia de la CUHC-UAS. Culiacán Sinaloa México, Enero de 2000 a Enero de 2004.

El antecedente de EPI estuvo presente en el 7.8% de las pacientes, el de embarazo ectópico previo en el 3.9%, el legrado uterino en el 41.6% y el 1.4% de esta serie presentó historia de infertilidad. El 35.1% tiene antecedente de cirugía abdominal o pélvica, predominando la operación cesárea con el 17.22% (Figura 3).

Figura 3. Antecedentes de intervenciones quirúrgicas en la población de estudio

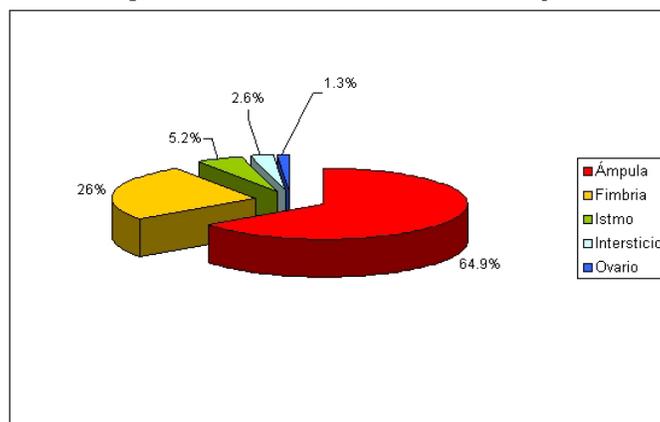


Fuente: Departamento de Ginecología y obstetricia de la CUHC-UAS. Culiacán Sinaloa México, Enero de 2000 a Enero de 2004.

El cuadro clínico está representado por dolor y sangrado transvaginal en 93.5% y 67.5% respectivamente, con un promedio de amenorrea de 7.33 semanas.

Se encontró que la localización anatómica más frecuente de EE en esta serie fue ampular con un 64.9%, seguido en orden decreciente del fimbrial, ístmico, intersticial y ovárico. (Figura 4)

Figura 4. Localización anatómica del embarazo ectópico



Fuente: Departamento de Ginecología y obstetricia de la CUHC-UAS. Culiacán Sinaloa México, Enero de 2000 a Enero de 2004

DISCUSIÓN

En la actualidad el embarazo ectópico es una de las causas más frecuentes de mortalidad materna durante el primer trimestre del embarazo. Su incidencia ha aumentando en los últimos 20 años y actualmente corresponde hasta el 2% de todas las gestaciones.¹¹

En este estudio se obtuvo que el 85.5% de las pacientes estudiadas corresponden a un medio socioeconómico bajo, lo que seguramente se debe a que nuestro universo de estudio proviene de un nosocomio donde acuden principalmente personas de bajos recursos económicos.

Por otro lado, el tabaquismo, que ha demostrado que afecta la musculatura tubárica disminuyendo su motilidad⁷, en esta serie se presentó en un 13% de los casos, siendo también un dato habitual en otros estudios. Además, el uso del tabaco juega un papel modificando diferentes estadios de la reproducción como: ovulación, fertilización, viabilidad e implantación.¹¹

El 15.6% de las pacientes tuvieron el antecedente de utilización de DIU. Probablemente por que este protege más contra la implantación uterina que contra la implantación tubárica u ovárica. Además el riesgo de EPI asintomática es más alto en mujeres portadoras de DIU, por lo que es considerado como dato epidemiológico y factor de riesgo para EE en la literatura.^{1-5,6}

Así mismo, en este estudio fue mas frecuente el EE en quienes existe el antecedente de intervenciones quirúrgicas, legrado uterino, abortos previos y enfermedad pélvica inflamatoria, lo cual no difiere en gran manera con lo reportado en otras bibliografías.^{1,2,4,6,7,9,11,14}

A diferencia de otros reportes, en esta serie el antecedente de historia de infertilidad, no figura como dato epidemiológico significativo,^{1-5,14} y de igual manera el antecedente de EE previo, en el que la mayoría de los estudios lo relacionan con embarazo ectópico posterior.

Con respecto a la edad, obtuvimos que se presentó con mayor frecuencia en el grupo etario de 22 a 25 años lo que difiere de algunas publicaciones en las cuales hay una relación significativa entre la edad materna avanzada y EE, provocado probablemente por una mayor exposición a los factores ya bien conocidos que alteran la función y estructura tubaria como el tabaquismo, enfermedad pélvica inflamatoria, antecedentes de embarazo ectópico, cirugía tubaria previa, dispositivo intrauterino, técnicas de reproducción asistida e inductores de la ovulación.^{1,2,4-7,11,14}

El perfil clínico que presentó la mayoría de las pacientes fue: dolor abdominal en 93.5% y sangrado transvaginal en el 67.5% con un promedio de amenorrea de 7.33 semanas, estos resultados coinciden con lo mencionado en la literatura mundial.¹⁻⁵ Cabe mencionar que es importante tomar en cuenta estos hallazgos clínicos, ya que se ha observado la existencia de embarazo ectópico en pacientes que presentan este perfil con datos ultrasonográficos sin alteraciones y niveles séricos normales en la cuantificación de beta-hGC.⁸

La localización mas frecuente de EE fue la zona tubárica con un 94.8% y de esta, la región ampular es la mas común, esto es debido a que la anatomía de esta porción con un lumen mas dilatado y en forma de saco tiene mayor predisposición a la implantación que en el resto de la trompa.⁷ De esta manera, en cada paciente en las cuales exista el perfil epidemiológico y los datos clínicos antes mencionados debe sospecharse la posibilidad diagnostica de EE y así establecer un tratamiento oportuno para evitar rupturas tubarias y preservar así la fertilidad de la paciente.

Con base en los resultados obtenidos en esta serie de casos se puede concluir que: las características epidemiológicas de las pacientes con EE en el medio estudiado son mujeres jóvenes con edad de entre 22 a 25 años, provenientes de medio socioeconómico bajo, con antecedentes de tabaquismo, aborto, intervenciones quirúrgicas, legrado uterino y utilización de dispositivo intrauterino, así mismo que el perfil clínico es dolor, sangrado transvaginal y opsomenorrea. La localización más común de EE es la región ampular de la trompa uterina.

Con base en los hallazgos del presente estudio podemos concluir que las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes de esta serie de casos y lo reportado en la literatura difieren en cuanto a edad, escolaridad y medio socioeconómico, número de parejas sexuales, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y tabaquismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Embarazo Ectópico. En: "Williams Obstetricia". 21º ed. Madrid: Panamericana 2004. p. 757-776.
- Cerna Rodríguez J: Embarazo Ectópico. IN: Ahued J, Fernandez C, Bailón R. "Ginecología y obstetricia aplicadas". 2º ed. México: Manual Moderno 2003. p. 313-321.
- Llaca Rodríguez V, Fernández Alba J: Embarazo Ectópico. En: "Obstetricia Clínica". México: Mc Graw Hill 2000. p. 117-26.
- Pessarrodona A, Borrás R, Cassadó J: Embarazo Ectópico, concepto y clasificación. Estudio de sus diversas formas. En: Cabero L et al "Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la reproducción". Madrid: Panamericana 2003; tomo 1. p. 559-563.
- Pisarka M, Carson S: Embarazo Ectópico. IN: "Tratado de Obstetricia y Ginecología". 8ª ed. México D. F.: Mc Graw Hill 2003. p. 161-179.
- Salazar R, De Pablo J, Cuadra M, Fernández A. Casuística del Embarazo Ectópico en nuestro medio. Prog Obstet Ginec 2003; 46 (12): 533-540.
- Shima T. Ectopic Pregnancy. Topics in Emergency Medicine 2002; 24(4): 12-20.
- Sowter, Martin C; Farquhar, Cindy M. Ectopic Pregnancy: an update. Curr Opin Obstet Gynecol 2004; 16(4):289-293
- Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(2):184-8.
- Murray y cols. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. JAMA 2005; 173 (8): 905-912
- Bouyer J y cols. Risk factors for Ectopic Pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case – control population based study in France. Am J Epidemiol 2003; 157: 185-194.
- Bouyer J y cols. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod 2002; 17(12):302-306.
- Tay J, Moore J, Walker J. Ectopic Pregnancy. BMJ 2000; 320: 916-919.
- Seeber BE, Kurt T, Barnhart. Suspected Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol 2006;107:399-413
- Bravo E y cols. Embarazo ectópico tubario bilateral. Reporte de un caso, Rev Chil Obstet Ginecol ; 70(6): 411-413
- Storide O, Voholmen M, Eide M, Bergsjo P, Sandvei R. The incidence of Ectopic Pregnancy in Hordaland County, Norway 1976 – 1993. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76 (4): 345-349.
- Silva C, Sammel MD, Zhou L, Garcia C, Hummel AC, Barnhart K. Human Chorionic Gonadotropin Profile for Women With Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol 2006;107: 605-610
- Da Costa R, Eito J, Han K, Camano L. Endometrial thickness as an orienting factor for the medical treatment of unruptured tubal pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83(3): 289-292
- Bueno F, y cols. Tratamiento médico del embarazo ectópico. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67(3): 173-1