Embarazo Ectópico - Informe de 82 casos Hospital universitario Metropolitano

Mario Martínez Vélez* ; Alfredo Barraza Támara** ; Guillermo Acosta Osio***

RESUMEN

De enero de 1.993 a Diciembre de 1.998, se presentaron 82 casos de Embarazo Ectópico. El grupo de edad más frecuente fue entre los 26- 35 años (53.6 %). Las solteras representaron el 58.6 %. El síntoma más común fue el dolor abdominal (85.3 %). El tratamiento más indicado fue la salpingectomía (81.7 %), seguido del tratamiento combinado (Cirugía conservadora + tratamiento médico con Metotrexate + ácido fólico) que representa el 11 %. La mortalidad fue de cero. En cuanto a fertilidad ulterior, este estudio arrojó un 24 % de fertilidad, en donde 14 pacientes llegaron a tener parto a término (17 %) y 6 pacientes presentaron abortos (7 %).

PALABRAS CLAVES: Embarazo Ectópico, Fertilidad, Urgencias en Obstetricia.

SUMMARY

Between January 1993 and December 1998, 82 cases of ectopic pregnancy were registered. The most frequent age group was 26-35 years olds (53.5 %). The singles patients represented 58.6 %. Most common symptom was abdominal pain (85.3 %). The best indicated treatment was salpingectomy (81.7 %) follow by combined treatment (conservative surgery plus medical treatment with Metotrexate + folic acid) wich represented 11 %. Mortality was zero. Concerning ulterior fertility 24 % of patients were fertile. Among this 14 patients had labor (17 %) and 6 patients had abortion (7 %).

KEY WORDS: Ectopic pregnancy, Fertility, Obstetric Emergency.

Por definición el Embarazo Ectópico (EE) es cuando el óvulo fertilizado se implanta en un sitio diferente a la mucosa endometrial ^{(1) (2)}.

El EE representa en la actualidad una de las causas principales de morbilidad materna en los Estados Unidos y fue la causa del 14.7% de todas las muertes maternas en 1.982 ⁽¹⁾.

Sibien la cantidad total de embarazos ha disminuido en el curso de los últimos 20 años, la incidencia de EE ha aumentado en forma notable. Esto se debe en gran parte con la creciente incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS). ^{(1) (2) (3) (4)}

El diagnóstico temprano de embarazo ectópico ha sido posible gracias al desarrollo del ensayo rápido y altamente sensible para la Beta Gonadotropina coriónica humana (B - HCG) y de la ecografía (pélvica y transvaginal).

En la actualidad es posible planificar terapéutica quirúrgica conservadora por lo general pueden aplicarse en presencia de un embarazo ectópico pequeño sin rotura. Este enfoque permite la preservación de la trompa de Falopio a fin de conservar o aumentar la fertilidad ^{(1) (5)}.

Este artículo pretende precisamente, resaltar la realización de un diagnóstico clínico y paraclínico precoz para evitar las consecuencias que produce el diagnóstico tardío de embarazo ectópico como son la rotura, el choque hipovolémico y muerte en algunos casos.

Materiales y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital Universitario Metropolitano (FHUM), de enero de 1993 a diciembre de 1998. Los resultados obtenidos se analizaron estadísticamente con métodos de tendencia central y porcentajes.

Como universo se revisaron las historias clínicas de los 82 casos. Se analizaron los siguientes datos: Edad, nivel educacional, inicio de vida sexual, número de compañeros sexuales, antecedentes de ETS o EPI, antecedentes de

* Residente 3º Año de Gineco-Obstetricia
** Profesor y Coordinador de Postgrado de Gineco-Obstetricia
*** Profesor y Director del Departamento de Gineco-Obstetricia

leucorrea, antecedentes de aborto o legrados uterinos, antecedentes de cesáreas, EE, sitio anatómico más frecuente de EE, antecedentes de embarazo intrauterino posterior al EE previo, tratamiento realizado ante el diagnóstico de EE ; motivo de consulta más común, condición al egreso.

Resultados

Este estudio reportó una tasa de incidencia de EE del 1.2%. De las fichas analizadas se encontró que el 100% de los casos egresaron vivos, es decir, no se presentó mortalidad alguna.

En la Tabla 1 puede observarse que el embarazo ectópico se presentó con mayor frecuencia en el grupo de edad de los 26-35 años.

El 58.6% de las pacientes eran solteras y el 26.8% eran casada. El 14.6% de las pacientes tenían unión libre.

El nivel educacional de las pacientes estudiadas vemos que el 44% eran bachilleres tituladas, 11% tenían título universitario. No hubo pacientes analfabetas.

En la Tabla N° 2 podemos apreciar los síntomas y signos que caracterizan el embarazo ectópico. El dolor abdominal es el síntoma más frecuente.

En nuestro estudio el 81.7% de las pacientes habían tenido más de un compañero sexual; apenas el 18.3% tenía un compañero sexual en toda su vida.

El antecedente quirúrgico más importante y frecuente en estos pacientes fue el legrado uterino por aborto (56.1%), le sigue la cesárea (14.6%), luego EE anterior (13.4%).

El 20% de las pacientes con EE tuvieron antecedentes de ETS y/o EPI.

Tabla 1
FRECUENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO DE
ACUERDO A LA EDAD

Grupo de Edad	N° de Casos	%
< 15 años	0	0
15 - 25 años	26	31.7
26 - 35 años	44	53.65
> 35 años	12	14.65
Total	82	100

Tabla 2
MOTIVO DE CONSULTA MÁS FRECUENTE EN LAS
PACIENTES CON
EMBARAZO ECTÓPICO

Motivo de Consulta	N° de Casos	%
Dolor abdominal	70	85.3
Sangrado genital	7	8.6
Náusea, vómito, desmayo	5	6.1
Total	82	100

El sitio anatómico más comúnmente afectado fue la trompa de falopio en un 89.1% y de esta la porción ístmica corresponde a un 55%, la ampular en un 29.3%, la fimbria con un 4.8%. Como casos exóticos se presentaron un embarazo ectópico abdominal y un EE cervical.

Tabla 3
SITIO ANATÓMICO COMPROMETIDO EN LOS
EMBARAZOS ECTÓPICOS

Región	N° de Casos	%
Trompa, región ampular	24	29.3
Trompa, región fimbria	4	4.8
Trompa, región ístmica	45	55
Trompa, región cuerno	0	0
Tubo-ovárica	7	8.5
Ovario	0	0
Cervix	1	1.2
Abdomen	1	1.2
Total	82	100

En cuanto al tratamiento realizado según el caso, se encontró que el tratamiento quirúrgico radical representó el 81.7%. En el 11% de los casos se realizó tratamiento combinado, es decir tratamiento quirúrgico conservador más Metotrexate I.V a dosis asociado a ácido fólico a dosis de 1 mg/Kg/día. El 3.6% representó el tratamiento quirúrgico conservador (salpingostomía o el ordeñamiento de la posición distal de la tuba).

El 2.4% representó el tratamiento médico (Metotrexate + ácido fólico) y el 1.2% representó el tratamiento expectante (involución natural del EE).

La relación de embarazos intrauterinos ocurridos después del EE manejado en el Hospital Universitario Metropolitano es la siguiente: 14 pacientes que corresponden al 17% presentaron embarazos que llegaron a término; 6 pacientes (7%) se embarazaron pero abortaron, y 62 pacientes (76%) no han tenido embarazo. (Ver Fig 1).

Figura 1
FERTILIDAD ULTERIOR EN EL MANEJO DEL
EMBARAZO ECTÓPICO

Discusión

La incidencia de embarazo ectópico en este estudio es muy similar a la de otros estudios. La incidencia en nuestro estudio es de 1.2% y las de Francia, Finlandia y Estados Unidos que es de 1.6 x 100 embarazos ^{(1) (4) (6)}.

Un fenómeno importante es que en nuestro estudio la mortalidad por embarazo ectópico fue de cero; mientras que en países desarrollados por ejemplo en los Estados Unidos representa el 14.7% ^{(1) (6)} y en Francia es la primera causa de mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo ⁽⁴⁾.

Era de esperarse que el embarazo ectópico se presente con mayor frecuencia en el grupo de edad entre los 25-36 años, debido que estas pacientes están en su período de máxima fertilidad asociado a fenómenos inflamatorios pélvicos secundarios a infecciones de transmisión sexual adquiridas tal vez en la adolescencia ^{(1) (7)}.

El embarazo ectópico se encontró más frecuente en las solteras, por su misma condición deben estar más expuestas a factores de riesgos como enfermedades de transmisión sexual, uso de DIU, abortos provocados por embarazo no deseados. ^{(1) (3) (4) (5) (6) (7)}

El motivo de consulta más frecuente fue el dolor abdominal, seguido y/o asociado al sangrado transvaginal como se describe en otros estudios. ^{(1) (3) (5)}

Los casos de abdomen agudo con gravíndex positivo, se trasladaba a la paciente al quirófano para laparotomía exploratoria con impresión diagnóstica previa de embarazo ectópico roto con compromiso hemodinámico. Esta situación de laparotomía exploratoria y encontrar en el acto quirúrgico un embarazo ectópico roto con hemoperitoneo importante fue en el 100% de los casos. Es decir se correlacionó la buena sospecha clínica con el procedimiento quirúrgico realizado.

Se menciona en la literatura que la promiscuidad sexual es factor predisponente para embarazo ectópico ^{(1) (3) (5)}. En nuestro estudio las pacientes con dos compañeros o más (47.5%) fue más frecuente el embarazo ectópico. La salpingitis es el principal factor predisponente para embarazo ectópico ^{(3) (4)} y una mujer con dos o más compañeros es más probable de adquirida.

Así como un antecedente de cesárea no parece estar fuertemente relacionado con el riesgo de EE, más de una cesárea, apendicectomía y cirugía tubárica sin que se relaciona como se demuestra en otros estudios ^{(4) (8) (9)}.

Como era de esperarse el EE tubárico fue el más frecuente, coincidiendo con todos los estudios ^{(1) (2) (5) (10)}.

Llama la atención que en nuestro Hospital se presentó un embarazo abdominal, el cual se realizó con producto viable, y también se presentó un caso de EE cervical, el cual se realizó conservadoramente, se le aplicó Metotrexate 1.5 mg/Kg intrasaco bajo guía específica transvesical. En la literatura se habla en casos excepcionales, de tratamiento conservador en casos de EE cervical, aplicando

Metotrexate IM o IV a dosis de 1.5 mg/Kg/peso, los días 1, 3, 5, 7 y que el embarazo sea menor de 8 semanas ^{(1) (4) (11)}, pero en nuestro caso se aplicó dosis única de Metotrexate intrasaco y se controló la paciente con títulos de la presión B-HCG cada 48 horas durante una semana.

La salpingectomía o sea el tratamiento quirúrgico radical fue el más empleado coincidiendo con otros estudios ⁽⁴⁾. Ningún estudio ha podido demostrar de forma convincente la superioridad del tratamiento radical para preservar la fertilidad ⁽⁴⁾. El tratamiento médico con Metotrexate se reserva para persistencia de EE ^{(1) (12) (13)}. En el Hospital Universitario Metropolitano realizamos instrumento mixto cuando el EE es no roto y deseamos conservar la fertilidad, el tratamiento consiste en salpingostomía + Metotrexate 1 mgs/Kg peso x IM, 2 dosis + ácido fólico, 1 mgs/Kg/ peso IM por dos dosis.

Solo a 2 pacientes se les administró tratamiento médico conservador, es decir con Metotrexate a dosis de 1 mg/Kg/ peso los días 1, 3, 5, 7 cuando el ácido fólico 1 mg/Kg/peso los días 2, 4, 6, 8. Estos pacientes reunirán los siguientes requisitos: masa anexial menor de 3 cms, serosa indemne, sin hemoperitoneo ⁽⁵⁾.

En cuanto a la fertilidad ulterior este estudio arrojó un 24% de embarazo intrauterino y el 17% llegaron a término. Hay que anotar que un alto porcentaje de estas pacientes no se les pudo incluir en esta variable, ya que no se les pudo ubicar o se perdieron del estudio; además aquí no se incluyen los que fueron tratados en el año 1.998 por razones obvias. Numerosos estudios hacen referencia de que la fertilidad tras embarazo ectópico los resultados no son desgraciadamente muy coherente ⁽⁴⁾.

Conclusiones

- La mortalidad por embarazo ectópico en nuestro estudio fue de cero.

- La incidencia de embarazo ectópico en la F.H.U.M. fue de 1.2 por 100% embarazadas.

- El embarazo ectópico es más frecuente en las mujeres ente 26 a 35 años, solteras, con antecedentes de enfermedad de transmisión sexual, cirugías ginecológicas y obstétricas, apendicectomías.

- El motivo de consulta más común en embarazo ectópico fue el dolor abdominal bajo, seguido del sangrado transvaginal.

- El embarazo ectópico fue más frecuente en las mujeres con dos o más compañeros sexuales.

- El sitio anatómico que presentó más embarazo ectópico fue la trompa de falopio y dentro de ésta, la porción ístmica fue la más comprometida.

- El tratamiento quirúrgico radical fue el más utilizado seguido por el quirúrgico conservador más Metotrexate (mixto).

- La fertilidad después de embarazo ectópico presentó una frecuencia similar a estudios recientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Te Linde, Thompson R. Ginecología Quirúrgica 7ª. Edición Editorial Médica Panamericana. 1995. Pags. 382 - 404.
2. Pérez Sanchez Alfredo. Ginecología 2ª. Edición 1995 Pags. 230-244.
3. Bernard Blanc, Léon Boubli; Ginecología, 2da Edición, Editorial Mosby/Doyma Libros, 1994; pags 460-466
4. Fernandez Hervé, Frydman René, Embarazo Ectópico, Cuadernillos de Medicina reproductiva, Vol 2, No.1, Editorial Médica Panamericana, 1996.
5. Acosta Osio Guillermo/, Manual de Normas en Ginecología y Obstetricia, 2ª Edición Editorial Espriellabe y Asociados. Enero 1992. Pags. 66 - 69.

6. Atrash HK, Friede A. Ectopic Pregnancy Mortality in the United States : 1.970 - 1.983. *Obstet Gynecol* 1987 ; 70 : 817.
7. Westrom L, Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. *Am J. Obstet Gynecol* 1.975 ; 121 : 707.
8. Chow WH, Daling J.R., Cotes W. Greenbeg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy *epidemiol. Rev* 1997 ; 9 : 70-94.
9. Fernández H. Coste J ; Job-Spira N. L. Appendicectomy facteur de risque de la grossesse extrauterine. *Presse Med*, 1.992 ; 21 : 1859 - 1861.
10. Langer R , Raziel A, Golan A. Reproductive outcome after conservative surgery for unruptured tubal pregnancy : a 15 year experience. *Fertil Steril* 1990 ; 53 (2) : 227.
11. Rodi IA , Saver MV , et al . The Medical treatment of unruptured ectopic pregnancy with methotrexate and citrovorum rescue : preliminary experience. *Fertil Steril* 1986 ; 46 : 811.
12. Ory Sj , villanueva Al , Sand PK. Conservative treatment of ectopic pregnancy with methotrexate. *Am J Obstet Gynecol*. 1986 ; 154 : 1299.
13. Hallatt JG. Tubal conservation in ectopic pregnancy : a study of 200 cases. *AM J. Obstet Gynecol* 1986 ; 54 : 1216.

PREMELLE®

ESTRÓGENOS NATURALES CONJUGADOS + ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA

FÓRMULA:

PREMELLE GRAGEAS, PREMELLE PLUS, PREMELLE CÍCLICO incluye: estrógenos conjugados 0,625 mg y acetato de medroxiprogesterona (MPA), 2,5 mg ó 5,0 mg, para administración oral. PREMELLE GRAGEAS, PREMELLE PLUS Y PREMELLE CÍCLICO contiene una mezcla de estrógenos obtenidos exclusivamente de fuentes naturales, están compuestos por las sales sódicas de ésteres sulfato hidrosolubles de la estrona, la equilina y la 17 alfa-hidroequilina, además de cantidades más pequeñas de 17 alfa-estradiol, equilina, 17-alfa-dihidroequilina, 17 beta-hidroequilina, 17 beta-dihidro-equilina, 17 beta-estradiol y delta 8,9-dehidroestronea.

INDICACIONES:

1. Síntomas vasomotores moderados a severos asociados con una deficiencia de estrógenos.
2. Prevención y manejo de la Osteoporosis asociada con una deficiencia de estrógenos.
3. Vaginitis y Uretritis atrófica.

PREMELLE GRAGEAS, PREMELLE PLUS Y PREMELLE CÍCLICO se encuentra indicado en mujeres con útero intacto a fin de prevenir el riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer endometrial asociado con la terapia de suplencia estrógena. En el caso de pacientes histerectomizadas la sola terapia de Premarin es apropiada.

CONTRAINDICACIONES:

1. Cáncer conocido o sospechado de las mamas.
2. Neoplasia conocida o sospechada de estrógeno-dependiente
3. Embarazo conocido o sospechado
4. Hemorragia genital anormal no diagnosticada
5. Trastornos trombofílicos o tromboembólicos
6. Disfunción o enfermedad hepática
7. Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de PREMELLE GRAGEAS, PREMELLE PLUS Y PREMELLE CÍCLICO

POSOLÓGIA Y ADMINISTRACIÓN: La terapia continua con PREMELLE GRAGEAS, PREMELLE PLUS consiste en 0,625 mg de estrógenos conjugados y 2,5 mg ó 5 mg de acetato de medroxiprogesterona para ser tomados simultáneamente una vez al día. La terapia continua con PREMELLE GRAGEAS, PREMELLE PLUS está indicada en mujeres con útero intacto para reducir el riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer endometrial asociado con la terapia de suplencia estrógena. La terapia sólo con Premarin solamente es apropiada para las pacientes histerectomizadas. La dosis inicial de 5,0 mg de acetato de medroxiprogesterona es apropiada para aquellas pacientes en las cuales se deban lograr ciclos sin sangrado. Considérense la reducción de la dosis de 2,5 mg después de alcanzar la amenorrea o dentro de los 12 meses de iniciada la terapia. Si un sangrado ocurre después de la reducción del acetato de medroxiprogesterona a 2,5 mg considere reiniciar el régimen de 5,0 mg. La dosis inicial habitual con PREMELLE CONTINUO, Y PREMELLE CÍCLICO es de 5,0 mg.

Adicionalmente se deben tener en cuenta los siguientes factores cuando se ajuste la dosis del acetato de medroxiprogesterona: historia médica de la paciente, presencia de eventos adversos, resultado de laboratorio y exámenes físico y ginecológico. Las pacientes deben ser evaluadas nuevamente en intervalos regulares.

ADVERTENCIAS:

Algunos estudios sugirieron un posible aumento de la incidencia de cáncer de mama en aquellas mujeres que reciben dosis elevadas de estrógenos durante un período prolongado. Sin embargo, la mayoría de los estudios no corroboraron esta asociación con las dosis habitualmente utilizadas para la terapia de suplencia estrógena. Las mujeres que reciben este tratamiento deben ser evaluadas periódicamente con exámenes mamarios y recibir instrucciones para que puedan llevar a cabo el autoexamen mamario. Se reportó un riesgo aumentado de enfermedad de la vesícula biliar en las mujeres posmenopáusicas tratadas con estrógenos. Las dosis de PREMELLE GRAGEAS, PREMELLE PLUS Y PREMELLE CÍCLICO usadas en la terapia de suplencia hormonal no deben ser mayores que las dosis recomendadas. El uso de PREMELLE GRAGEAS, PREMELLE PLUS Y PREMELLE CÍCLICO durante la menopausia se asoció con aumentos de la presión sanguínea. Se recomienda el control periódico de la presión arterial.

No se documentó un riesgo aumentado de tromboflebitis o de accidentes tromboembólicos en las mujeres que reciben una terapia de suplencia estrógena. Sin embargo, no se cuenta con una cantidad suficiente de información para establecer con certeza dicho riesgo en las mujeres con antecedentes de enfermedad tromboembólica. El médico debe mantenerse alerta a fin de detectar las manifestaciones más tempranas de los trastornos trombofílicos (tromboflebitis, accidentes cerebrovasculares, embolia pulmonar y trombosis retiniana). Ante la aparición o la sospecha de cualquiera de estos problemas se encuentra indicada la interrupción inmediata de PREMELLE GRAGEAS, PREMELLE PLUS Y PREMELLE CÍCLICO y suministrar tratamiento apropiado a la paciente.

Se recomienda interrumpir el tratamiento con PREMELLE GRAGEAS, PREMELLE PLUS Y PREMELLE CÍCLICO hasta esperar los resultados del examen médico ante la aparición de una pérdida parcial o completa de la visión o ante la instalación brusca de proptosis, diplopia o migraña. Si el examen oftalmológico revela edema de papila o lesiones vasculares retinianas, el tratamiento debe ser definitivamente interrumpido.

USO DURANTE EL EMBARAZO: PREMELLE GRAGEAS, PREMELLE PLUS Y PREMELLE CÍCLICO no deben ser utilizados durante el embarazo.

PRECAUCIONES:

Es importante obtener una información médica y familiar completa antes de iniciar cualquier tratamiento con estrógenos. Los exámenes físicos pretratamiento y periódicos durante el tratamiento deben consignar cualquier dato anormal relacionado con la presión sanguínea, las mamas, el abdomen y los pelvianos e incluir un extendido con la técnica de Papanicolaou.

PRESENTACIONES:

PREMELLE GRAGEAS: Caja x 28 grageas de Estrógeno Naturales Conjugados 0,625 mg y Acetato de Medroxiprogesterona 2,5 mg Reg. INVIMA-M-010941.

PREMELLE PLUS Grageas: Caja de 28 grageas de Estrógenos Naturales Conjugados 0,625 mg y Acetato de Medroxiprogesterona 5,0 mg Reg. INVIMA-M-010940.

PREMELLE CÍCLICO: Caja x 28 grageas: 14 grageas de Estrógenos Naturales Conjugados 0,625 mg y 14 grageas de Estrógenos Naturales Conjugados 0,625 mg + Acetato de Medroxiprogesterona 5 mg. Reg. INVIMA-M-011988

REFERENCIAS:

1. Archer DF, Pickar JH, Bottigioni F for The Menopause Study Group. *Obstetric Gynecol* 83:686-692
2. Woodruff JD, Pickar JH, for The Menopause Study Group, *Am J Obstetric Gynecol* 170:1213-1223, 1994