

Factores Asociados al Embarazo Ectópico

Factors related to Ectopic Pregnancy

Autores: Dra. Digna Llorente Molina (1), Est. Susandra Cedeño Llorente (2), Dr. Pedro M. Fuente Príncipe (3), Dr. Jesús Guzmán García (4)

1. Especialista de I grado Ginecología y Obstetricia. Msc Atención Integral a la Mujer. Jefa de Servicio de Ginecología. Hospital Docente Materno Infantil "10 de Octubre". La Habana. Cuba
2. Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina "10 de Octubre". Alumna Ayudante de Ginecoobstetricia.
3. Especialista de Medicina General Integral. Facultad de Medicina "10 de Octubre".
4. Especialista de Ginecoobstetricia I Grado. Profesor Instructor Facultad "10 de octubre". Msc Atención Integral a la Mujer.

Correspondencia:

Digna Llorente Molina.

Correo electrónico: dignallorete@infomed.sld.cu

Dirección Párraga 311 % Carmen y Patrocinio. Reparto Víbora .Municipio 10 de Octubre. La Habana .Cuba. Teléfono: 53- 07 -649 – 28 -09:

Resumen

Se realiza un estudio retrospectivo sobre 188 pacientes ingresadas con diagnóstico de embarazo ectópico en el Servicio de Ginecología del Hospital Docente Materno Infantil 10 de Octubre en Ciudad Habana, en el período comprendido de noviembre 2005 - Noviembre del 2007, con el objetivo de conocer la relación de algunos factores epidemiológicos, clínicos, diagnóstico y terapéutico de esta entidad. La frecuencia del embarazo ectópico fue de 1 por cada 47 partos. El 42% de éste se presentó en el grupo de mujeres comprendidas entre 25 y 29 años de edad. El dolor en bajo vientre fue el síntoma más frecuente, presente en el 46,8 % de las pacientes, mientras que el dolor al examen físico en el fondo de saco de Douglas se presentó en el 85 % del total de los casos. La punción del Douglas, la clínica y el ultrasonido fueron los principales medios diagnósticos. Más del 50 % de los casos eran embarazos ectópicos complicados, en el 72,3 % de los casos la localización fue tubárea, la trompa derecha fue la localización predominante, se realizó salpingectomía total en el 83,5% de las pacientes y la principal complicación fue la anemia (70,2%). Se hacen recomendaciones al respecto.

Palabras clave: embarazo ectópico

Abstract

A descriptive study carried out at the gynecological service of '10 de Octubre' General Teaching Gynecological Hospital involving 188 patients with ectopic pregnancy from November 2005 to Nov. 2007. The objective of the study is to determine the relationship of epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic factors. The results reveal that 1 out of 49 pregnancies is ectopic. 42% of that incidence happened in women between 25 and 29 years of age. Hypogastria pain was the most frequent with 46.8% while the pain to physical examination in the bottom of the sac of Douglas was in 85 % of the patients. The puncture cul-de-sac of Douglas, clinical examination and ultrasound study were the main diagnostic means. More than half of the cases were complicated pregnancies. 72.3% of localization was in the tubes, and the right tube was predominant. Total salpingectomy was carried out in a total of 83.5 % of patient. Anemia (70.2 %) was the main complication. Recommendation will follow.

Keywords: Ectopic Pregnancy

Introducción

Embarazo ectópico (EE) es la implantación del huevo fecundado fuera de la cavidad uterina¹. Es una de las principales causas de muerte materna en el mundo, muchas veces liderando como la primera causa^{1,2}. En los últimos años se ha incrementado su frecuencia alrededor de seis veces. La incidencia es variable de un lugar geográfico a otro, ello se explica por los múltiples factores de riesgo involucrados que se expresan en forma diferente en cada país o lugar estudiado. Si bien es cierto que la tendencia general del EE es a aumentar en el mundo, su mortalidad es cada vez menor debido a la implementación de métodos de diagnóstico precoz que disminuyen la probabilidad que se complique evitando la rotura de la trompa, el hemoperitoneo y el shock por hemorragia^{1,2,3,4,5}.

En nuestro país constituyó el 11,9 % del total de las muertes maternas directas entre 1985 y 1995 y en los últimos 6 años es de 12%².

La causa más importante es el daño estructural de la trompa a nivel endotelial producido por un proceso inflamatorio cuya causa es infecciosa obstruyéndola parcial o totalmente, con invasión de fibroblastos y formación de adherencias a estructuras vecinas. En casos de recurrencias, la trompa puede

estar dañada por otro embarazo ectópico tratado médicamente o por salpingostomía, por cirugía tubaria con el fin de recuperar fertilidad o posterior a una esterilización quirúrgica.^{6, 7,8}

Ya hace algunos años que se ha demostrado una indudable correlación entre infecciones de transmisión sexual (ITS) y una mayor incidencia de EE. Dentro de las ITS, la causa más frecuente de la salpingitis es la infección por Chlamydia Trachomatis la cual invade y se desarrolla en general en forma asintomática. El riesgo va aumentando mientras mayor sea el número de episodios de infección, duplicándose cuando existe 3 o más infecciones previas.^{8,9} El riesgo de embarazo ectópico aumenta de 1 en 200 a 1 en 20 después de haber tenido EIP. Los riesgos de infertilidad también aumentan: 15% de riesgo de infertilidad luego del primer episodio de EIP; 30% de riesgo de infertilidad después de 2 episodios de EIP; 50% de riesgo de infertilidad después de 3 o más episodios de EIP.

Estudios en grandes grupos de pacientes han demostrado como principales factores de riesgo a la enfermedad inflamatoria pelviana previa, el hábito de fumar más de 20 cigarrillos al día, se estima también que la esterilización quirúrgica es un factor de riesgo de EE, encontrándose en

algunos casos hasta un 18% de pacientes con esterilización quirúrgica del total de embarazos ectópicos que ingresan a un determinado hospital. Las pacientes con esterilización bipolar tiene una frecuencia 27 veces mayor que la salpingectomía parcial post parto. La frecuencia no cambia en los primeros tres años de esterilizada, tampoco entre en el cuarto al décimo año, es decir, dentro de los 10 años, la mujer tiene la misma probabilidad en todo momento de tener un EE post esterilización quirúrgica. Se ha descrito que la incidencia de uso de DIU asociado a EE es alta.^{10, 11, 12,13}

En cuanto a recurrencia del EE, el haber tenido un EE aumenta el riesgo de otro EE. En promedio un 12% de las mujeres que han tenido un EE lo repiten, cifra que va desde un 16% cuando no hay un embarazo intrauterino previo al segundo EE, hasta un 1,8% cuando antes del segundo EE ha habido 2 embarazos normales lo que equivale a no tener riesgo prácticamente. La ocurrencia de embarazos intrauterinos entre ambos ectópicos indica que el daño tubario después del primero no fue tan severo, disminuyendo la probabilidad de un nuevo episodio.

El diagnóstico de EE puede ser difícil. Se estima que un 12% de pacientes son dadas de alta erróneamente en una primera instancia y finalmente se

demuestra en ellas un EE, lo que significa que, por el retraso del diagnóstico hay un incremento de un 12% en la incidencia de salpingectomía comparado con pacientes en las que el diagnóstico es oportuno.¹⁴

El diagnóstico precoz de EE es una medida necesaria para la prevención de rotura de la trompa o riesgo de muerte materna por shock hipovolémico. La presencia de factores de riesgo en la anamnesis aumenta la sospecha y mejora la probabilidad de diagnóstico precoz. Con el diagnóstico meramente clínico, aunque valioso, puede haber errores importantes debido a que algunos EE se presentan en forma muy atípica, observándose hasta un 30% de casos sin dolor y un 3% con HCG negativa.^{15, 16}

El Embarazo Ectópico Complicado Antes de la era ultrasonográfica y de las técnicas de medición de subunidad beta y HCG, el diagnóstico de EE era fundamentalmente clínico, con la tecnología actual, una buena anamnesis y un buen examen físico siguen siendo complemento importante en el diagnóstico de EE. El uso de culdocentesis o punción del Douglas ha demostrado tener buenos resultados en el diagnóstico de EE complicado.

en Cuba es una causa importante de muerte materna y la mayoría de estas muertes se pueden evitar, con un

diagnóstico precoz y oportuno de las complicaciones y una terapéutica oportuna. En nuestro medio desde hace unos años constituye el 12% del las muertes maternas².

Embarazo ectópico es la implantación del huevo fecundado fuera de la cavidad uterina. Es una de las principales causas de muerte materna en el mundo, muchas veces liderando como la primera causa. En los últimos años se ha incrementado su frecuencia alrededor de seis veces. La incidencia es variable de un lugar geográfico a otro, ello se explica por los múltiples factores de riesgo involucrados que se expresan en forma diferente en cada país o lugar estudiado. Si bien es cierto que la tendencia general del EE es a aumentar en el mundo, su mortalidad es cada vez menor debido a la implementación de métodos de diagnóstico precoz que disminuyen la probabilidad que se complique evitando la rotura de la trompa, el hemoperitoneo y el shock por hemorragia.

La causa más importante es el daño estructural de la trompa a nivel endotelial producido por un proceso inflamatorio cuya causa es infecciosa: procesos inflamatorios pelvianos de tipo inespecífico, por microorganismos de transmisión sexual o por infecciones de órganos adyacentes como apendicitis, actinomicosis, peritonitis no ginecológica

o tuberculosis. Se llega a comprometer toda la estructura de la trompa hasta la serosa, obstruyéndola parcial o totalmente, con invasión de fibroblastos y formación de adherencias a estructuras vecinas. En casos de recurrencias, la trompa puede estar dañada por otro embarazo ectópico tratado médicamente o por salpingostomía, por cirugía tubaria con el fin de recuperar fertilidad o posterior a una esterilización quirúrgica.

Ya hace algunos años que se demostrado una indudable correlación entre infecciones de transmisión sexual (ITS) y una mayor incidencia de EE. Dentro de las ITS, la causa más frecuente de la salpingitis es la infección por *Chlamydia Trachomatis* la cual invade y se desarrolla en general en forma asintomática. El riesgo va aumentando mientras mayor sea el número de episodios de infección, duplicándose cuando existe 3 o más infecciones previas.

Estudios en grandes grupos de pacientes han demostrado como principales factores de riesgo a la enfermedad inflamatoria pelviana previa, el hábito de fumar más de 20 cigarrillos al día, se estima también que la esterilización quirúrgica es un factor de riesgo de EE, encontrándose en algunos casos hasta un 18% de pacientes con esterilización quirúrgica

del total de embarazos ectópicos que ingresan a un determinado hospital. Las pacientes con esterilización bipolar tiene una frecuencia 27 veces mayor que la salpingectomía parcial post parto. La frecuencia no cambia en los primeros tres años de esterilizada, tampoco entre en el cuarto al décimo año, es decir, dentro de los 10 años, la mujer tiene la misma probabilidad en todo momento de tener un EE post esterilización quirúrgica. Se ha descrito que la incidencia de uso de DIU asociado a EE es alta

En cuanto a recurrencia del EE, en 1998, en un trabajo muy confiable por el diseño demostró que el haber tenido un EE aumenta el riesgo de otro EE. En promedio un 12% de las mujeres que han tenido un EE lo repiten, cifra que va desde un 16% cuando no hay un embarazo intrauterino previo al segundo EE, hasta un 1,8% cuando antes del segundo EE ha habido 2 embarazos normales lo que equivale a no tener riesgo prácticamente. La ocurrencia de embarazos intrauterinos entre ambos ectópicos indica que el daño tubario después del primero no fue tan severo, disminuyendo la probabilidad de un nuevo episodio.

El diagnóstico de EE puede ser difícil. Se estima que un 12% de pacientes son dadas de alta erróneamente en una primera instancia y finalmente se

demuestra en ellas un EE, lo que significa que, por el retraso del diagnóstico hay un incremento de un 12% en la incidencia de salpingectomía comparado con pacientes en las que el diagnóstico es oportuno.

Antes de la era ultrasonográfica y de las técnicas de medición de subunidad beta y HCG, el diagnóstico de EE era fundamentalmente clínico, con la tecnología actual, una buena anamnesis y un buen examen físico siguen siendo complemento importante en el diagnóstico de EE. El uso de culdocentesis o punción del Douglas ha demostrado tener buenos resultados en el diagnóstico de EE complicado.

El diagnóstico precoz de EE es una medida necesaria para la prevención de rotura de la trompa o riesgo de muerte materna por shock hipovolémico. La presencia de factores de riesgo en la anamnesis aumenta la sospecha y mejora la probabilidad de diagnóstico precoz. Con el diagnóstico meramente clínico, aunque valioso, puede haber errores importantes debido a que algunos EE se presentan en forma muy atípica, observándose hasta un 30% de casos sin dolor y un 3% con HCG negativa.

Método

El universo de estudio estuvo integrado por 188 pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Docente Materno Infantil "10 de Octubre" con el diagnóstico de EE en el período 2005 hasta el 2007. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre la muestra. Se consideró el diagnóstico de EE además de las manifestaciones clínicas y los resultados obtenidos de los medios diagnósticos, del acto quirúrgico, y del informe operatorio. Se describió la frecuencia y se elaboró un formulario para el registro de los siguientes datos: nombres y apellidos, historia clínica, edad, antecedentes patológicos, cuadro clínico, Examen físico, complicaciones, localización, medios diagnósticos empleados, informes operatorios y tratamiento. Los resultados se expresaron en porcentaje.

Resultados y discusión

La tabla 1 muestra la frecuencia de embarazo ectópico que se presentó en nuestra casuística fue de 1 por cada 47 partos. En la literatura consultada se reporta en 1948, 1:30 000 embarazos. Existen referencias recientes de cifras que oscilan entre 1:1 300 a 1:15 600 embarazos¹⁷. Este aumento en la frecuencia puede verse asociado con fenómenos ligados al ingreso de las

técnicas de reproducción asistida a la práctica médica, ya que se ha descrito que la incidencia de embarazos combinados puede ser hasta del 1 % cuando se usa esta tecnología^{4, 18}.

Período	No Parto	No ectópico	Frecuencia.
200-200	8950	188	1 x 47

Tabla 1. Embarazo Ectópico según su frecuencia.

También el aumento de la incidencia de infecciones de transmisión sexual se ha descrito como factor etiológico potencial responsable de más del 90 % de la enfermedad Inflamatoria pélvica. Todo esto coincide con la literatura internacional que reporta que el 2 % de todos los embarazos son ectópicos^{6, 7, 8, 9}. Un estudio realizado en Cuba en Bayamo reportó que el embarazo ectópico se presentó con una frecuencia de 1 por cada 49 partos, estos resultados se corresponden con los nuestros.¹⁹ Y un estudio realizado en el hospital de clínicas Asunción Paraguay en el año 96 reporta un EE por cada 340 partos, lo que difiere de nuestros resultados.²⁰ La incidencia de Embarazo ectópico ha ido en incremento en todo el mundo, entidad sumamente peligrosa que puede acabar con la vida de quienes lo padecen y una vez que se sospecha el diagnóstico hay que estudiar a la paciente hasta confirmarlo o negarlo con seguridad.

Grupos de edad	Embarazos ectópicos	
	No	%
Años		
< de 20 años	15	7,9
20 – 24	36	19,1
25 – 29	79	42
30 – 34	46	24,4
> de 35 años	12	6,3
Total	188	100

Tabla 2. Distribución según edad de la paciente con embarazo ectópico.

En la tabla 2 apreciamos que el 42 % de las pacientes estaban comprendidas entre 25 y 29 años, corresponde con la edad de mayor fertilidad de la mujer.

En nuestro medio un estudio realizado en el Hospital América Aria de la misma ciudad el grupo más numeroso fue el de 31 y más años (39,5 %) ²¹ y otro estudio realizado por la Dra García y colaboradores en la habana reportan que predominó la edad entre los 25 y 29 años ²² lo que corresponden con nuestros resultados. Sin embargo en estudios realizados en matanzas ¹⁹ y Bayamo ²³ el rango de edad comprendido entre 19 y 24 años fue el de mayor frecuencia. Esta entidad es conocido aparece en los años de mayor actividad sexual y reproductiva de la mujer. Por otro lado es posible que las diferencias de resultados estén determinadas por la mayor frecuencia de embarazos en esa provincia en edades más tempranas. Esta situación ya se viene reportando en estudios

realizados trabajos de Olalde y Martínez. ^{24,25} que un gran número de adolescentes y jóvenes (15-24 años), presentaron un EE, mientras que después de los 30 años, el riesgo de EE se reduce considerablemente ²⁴. En Nigeria, una edad temprana de comienzo de relaciones sexuales aumentó el riesgo de EE casi dos veces. ²⁶. Desde hace unos años se está reportando en la literatura que la adolescencia debido a las características fisiológicas y conductas sexuales de riesgo característica de esa edad ha pasado a ser uno de los factores de riesgo más importante de la enfermedad inflamatoria pélvica, lo que explicaría este evento en edades tempranas de la vida. Esto conlleva una reflexión sobre todas las posibles acciones de salud y educación sexual a los jóvenes ya que estas entidades podrían afectar la fertilidad de las jóvenes, privándola de descendencia o incluso comprometer su vida. ^{27, 28}.

Antecedentes personales	Pacientes	
	No	%
Antecedentes de embarazo	131	69,6
Antecedentes de EIP	98	52,1
DIU (maniobra reciente)	87	46,2

Infertilidad	23	12, 2
ITS	9	4,7
Esterilización Quirúrgica	2	1,0
Cirugía de trompas	1	0,5
Embarazo ectópico	1	0,5
Ninguno	14	7,4

Tabla 3. Antecedentes Personales.

La asociación de antecedentes fue lo más importante en nuestra serie donde la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (52,1%), relacionada con la implantación o retiro de DIU (46,2%) fue lo que predominó. Estos resultados coinciden con los de nuestro medio ^{21, 22, 23,24}. En el momento actual se acepta que en todo el mundo ha ocurrido un aumento en la incidencia de embarazo ectópico, atribuibles probablemente a la mayor incidencia de Enfermedad Inflamatoria Pélvica provocadas por infecciones de transmisión sexual, abortos, maniobras relacionadas con DIU, etc

De alguna forma la mayoría de los autores en nuestro medio reportan como antecedentes más frecuentes los antecedentes de maniobras cervicouterino y la enfermedad inflamatoria pélvica ^{19, 20,21} y en la literatura médica internacional también se recogen estos factores como principales etiologías de EE ^{2, 29, 30, 31, 32}

Las principales manifestaciones clínicas se muestran en la tabla 4

Motivo de Ingreso	Pacientes	
	No	%
Dolor Abdominal	88	46,8
Genitorragia	42	22,3
Dolor Abdominal + Genitorragia	33	17,5
Amenorrea y Dolor	25	13,2
Amenorrea.	8	4,2

Tabla 4. Motivo de Ingreso

Donde predominó el dolor abdominal (46,8%), seguida de historia de sangramiento vaginal irregular (22,3%). En nuestro trabajo no se presentó la clásica tríada amenorrea, dolor y genitorragia.

Cuando consultamos con la literatura encontramos que en sur América, Paraguay se realizó un estudio donde el dolor abdominal estuvo presente en el 58% de los casos, siendo el síntoma más frecuente seguido de genitorragia y dolor (34%). De forma general la literatura recoge al dolor abdominal como el síntoma que se manifiesta con mayor frecuencia en esta entidad ^{2, 30, 31, 32}

Algunos autores consideran que las pruebas de embarazo en ocasiones son positivas antes de que aparezca la amenorrea, motivo por lo que este síntoma muchas veces no está presente

³³. El diagnóstico de EE puede ser difícil. Se estima que un 12% de pacientes son dadas de alta erróneamente en una primera instancia y finalmente se demuestra en ellas un EE. Se reconoce como el GRAN SIMULADOR en ginecología, sus síntomas son desafortunadamente los más frecuentes en la clínica ginecológica y su entidad se ha hecho popular en la práctica clínica.

En la tabla 5 se exponen los hallazgos más comunes encontrados al examen físico realizado a las pacientes donde el dolor en fondos de saco predominó en nuestras pacientes, presente en el 72,3 de las mismas. Clásicamente se describe el dolor como síntoma capital antiguamente denominado "Grito del Douglas"

Datos Positivos	Pacientes	
Dolor en Fondo de saco	136	72,3
Dolor en Epigastrio	89	47,3
Defensa Muscular	77	40,9
Alteración Hemodinámica.	62	32,9

Tabla 5. Datos Positivos al Examen Físico

A este le siguió la palidez cutánea mucosa (50,6%) y contractura abdominal (44,3%).

Un estudio realizado en asunción también encontró iguales resultados a los nuestros en el 68 % de los casos

que se estudiaron ²⁰. En la literatura médica también se plantea que el dolor está presente en casi la totalidad de los casos^{1, 2, 34, 35}

En la tabla 6 recogemos los principales medios diagnósticos, en nuestro estudio la clínica asociada a la Culdocentesis y la ultrasonografía realizaron el diagnóstico en el 79,7% de los casos.

Diagnóstico	Pacientes	
Culdocentesis/Clínica	88	46,8
Us/Culdocentesis/Clínica	62	32,9
Clínica/Laparoscopia.	34	18,0
Clínica/Laparotomía	4	2,1
Total	188	100

Tabla 6. Principales medios diagnóstico.

En la literatura consultada en nuestro medio en el hospital Alfonso Medina el diagnóstico del 70.8 % de los casos estudiados se realizó por ultrasonido¹⁹, mientras que otro estudio realizado en la maternidad América Arias el medio diagnóstico más utilizado fue la Laparotomía en el 56,4 % de las pacientes estudiadas ²¹. En Bayamo el medio diagnóstico más usado fue la punción del Douglas en el 36,7 % de los casos²³, mientras que en Paraguay el diagnóstico se basó fundamentalmente en la clínica y la ultrasonografía, en este mismo trabajo se encontró que la ecografía no aportó datos de valor en el 5 %, y la Culdocentesis fue negativa también en el 5 %. Pensamos que a pesar de la popularidad del ultrasonido

para esta entidad, la clínica sigue siendo el medio diagnóstico fundamental y que puede corroborarlo con cualquiera de aquellos en dependencia de la disponibilidad de estos donde se presente la necesidad de diagnosticar o descartar esta entidad, que tiene muchas caras de presentación y que además no siempre los medios diagnósticos más inocuos son los que dan el diagnóstico, pueden ser falsos positivos o negativos dependiente de varios factores.

Con el diagnóstico meramente clínico, aunque valioso, puede haber errores importantes debido a que algunos EE se presentan en forma muy atípica, observándose hasta un 30% de casos sin dolor y un 3% con HCG negativa³⁶. El diagnóstico clínico de rotura de trompa y hemoperitoneo, basado en signos vitales y descompensación hemodinámica no tienen una gran sensibilidad diagnóstica³⁷, así como tampoco hay correlación entre niveles de HCG y rotura de trompa, ya que los valores de HCG entre un EE que se rompe y uno que no se rompe se superponen³⁸.

El diagnóstico precoz de EE es una medida necesaria para la prevención de rotura de la trompa o riesgo de muerte materna por shock hipovolémico. La presencia de factores de riesgo en la anamnesis aumenta la sospecha y

mejora la probabilidad de diagnóstico precoz. Sin embargo, el screening en grandes grupos de pacientes de alto riesgo, a pesar que reduce la incidencia de rotura de trompas, puede llegar a ser de alto costo en base a un número importante de pacientes con falsos positivos³⁹.

Generalmente se diagnostican retrospectivamente por medio de una laparotomía. De esto se concluye por lo tanto que una HCG negativa no descarta un EE. Se estima que alrededor de un 20% de los EE pueden transformarse en EE crónico y de éstos, un 8% puede cursar con HCG negativa¹⁵.

La ausencia de saco gestacional en la cavidad endometrial es una de las características ultrasonográficas más típicas del EE, otras veces puede observarse un seudosaco gestacional, que a diferencia del saco gestacional verdadero es una imagen econegativa que sigue los contornos de la cavidad uterina, constituyendo sus paredes el endometrio engrosado, sin observarse el doble halo ecorrefringente. Sin experiencia suficiente por parte del operador, puede dar origen a un diagnóstico erróneo de gestación intrauterina.

Como podemos apreciar en la tabla 7 en nuestra serie predominó la localización tubárica 89,8 %. La porción amputada fue la de mayor localización en

el 92 %, la ístmica en el 6 % y fimbria 2 %.

Localización	Pacientes	
	Nº	%
Tubárea	169	89,8
Cornual	13	6,9
Ovárico	5	2,6
Cervical	1	0,5
Total	188	100

Tabla 7. Localización Anatómica.

En cuanto a la localización de EE nuestros resultados se corresponden con el total de los autores que plantean es a nivel de las trompas de Falopio ^{1, 2}. En un estudio realizado en Asunción se describe que la localización a nivel de las trompas en su estudio fue más alta pues se presentó en el 99% del total de los casos.

La tabla 8 nos muestra que de 169 pacientes con localización anatómica a nivel de las trompas el 59, 7 de las pacientes tenían afectada la trompa derecha, mientras que el 40,2 se localizó en la trompa izquierda.

Localización Tubárea	Pacientes	
Trompa Derecha	101	59,7
Trompa Izquierda	68	40,2
Total	169	100

Tabla 8. Localización Tubárea.

En al literatura revisada solo encontramos al respecto un reporte realizado por una investigadora en Paraguay que encontró en su estudio que el 57 % de las pacientes lo presentaron en la trompa izquierda, mientras que el 43 % en la trompa derecha, estos resultados no se corresponden con los nuestros.²⁵

Como apreciamos en la tabla 9, en el 89, 8 % del total de los casos se le realizó salpingectomía. Al total de los casos se le realizó tratamiento quirúrgico y el tratamiento de preferencia fue la cirugía radical, solo a se le realizó cirugía conservadora a 3 pacientes en la localización de trompa que tenían su fertilidad comprometida.

Tratamiento	Pacientes	%
Salpingectomía	169	89,8
Ooforectomía	5	2,6
Histerectomía	9	4,7
Anexectomía	5	2,6
Total	188	100

Tabla 9. Tratamiento realizado en los embarazos ectópicos.

Las histerectomía fueron realizadas a localización en cuerno con estallamiento de la trompa y hemorragia y a solo 5 de las pacientes con esta localización se le pudo realizar anexectomía del lado afecto. Debemos aclarar que en nuestro centro no se realiza cirugía de mínimo acceso, por no contar con el

instrumental y no se le realizó tratamiento médico a ninguna de estas pacientes.

La dra Martínez en Paraguay también señala que la cirugía radical predominó en su estudio ²⁵, mientras que en nuestro medio se reporta en un estudio en la habana que el 99,3 % de las pacientes llevaron tratamiento con cirugía convencional y de ellas el 96,2 salpingectomía total. Se benefició con la cirugía el 1,5 % y el 0,8 % con la cirugía de mínimo acceso.²²

La cirugía de mínimo acceso ha influido positivamente en el diagnóstico precoz y facilita la cirugía conservadora

Tabla 10. Formas clínicas de presentación del embarazo ectópico.

Clasificación	Pacientes	%	No	%
Complicado		Complicaciones	106	56,3
- Con Estabilidad Hemodinámica	88	Anemia	83	70,2
- Sin Estabilidad Hemodinámica	18	Schok	18	16,9
No Complicado		Sepsis de la Herida	82	77
Total	188	Quirúrgica	100	100
		Muerte materna	1	0,5

En la tabla 10 mostrarnos las formas en que se presentó el EE en nuestra serie. Más de la mitad de la muestra 56,3 % se presentó de forma complicada, sin embargo solo el 16,9% presentó inestabilidad hemodinámica.

En matanzas se encuentra en un estudio realizado al respecto que solo el 66,6 %

se presento como EE complicado ¹⁹, mientras que otro estudio en asunción Paraguay reporta un 77 % de EE complicado ²⁵.

A pesar de que el Embarazo Ectópico es una entidad que data de muchos años, se conoce que desafortunadamente casi nunca se presenta con su forma clásica, lo que en ocasiones si no se piensa en el, no se diagnostica de forma precoz que es la manera mas segura de evitar sus complicaciones no deben ser subestimadas. Estadísticamente, la incidencia del embarazo ectópico se ha incrementado en los últimos años, y triplicado a finales de la década de los años 60

Tabla 11. Complicaciones del embarazo ectópico.

Las complicaciones que se presentaron en las pacientes estudiadas se muestran en la tabla 11, donde la anemia fue la complicación que más se presentó en el 70,2 % de nuestras pacientes. Pensamos que en gran medida está en relación a que más de la mitad de

nuestras pacientes tenían embarazo ectópico complicado.

Tuvimos desafortunadamente un muerte materna que llegó a nuestro centro en Shock hipovolémico irreversible.

En la revisión de lo que han encontrados otros autores, en la habana un estudio concuerda con nuestros resultados donde la anemia fue la complicación de mayor presentación aunque en menor cuantía en el 54,1% ²¹, otro estudio realizado en el oriente del país vuelve a reportarse la anemia como la complicación más frecuente ,presente en el 62,1% de los pacientes ²³ En el hospital Luis Díaz Soto en la habana se reporta en su serie un muerte materna que tuvo la misma causa de muerte que la nuestra ²²

Conclusiones

1. El embarazo ectópico en nuestra maternidad se presento con una frecuencia de 1x47 Partos.
2. El mayor porcentaje de pacientes estaban comprendidas entre 25 y 29 años de edad.
3. El antecedente de Enfermedad Inflamatoria Pelvica estuvo presente en más de la mitad de la muestra (52,1).
4. El dolor abdominal fue el síntoma de mayor consistencia, presente en el 46,8% de las pacientes; y al examen físico predominó el dolor en fondo de saco vaginal en 136 pacientes para un

72,3 % del total de los casos; mientras que la culdocentesis y la clínica realizaron el diagnóstico del 46,8 % de las pacientes estudiadas.

5. El embarazo ectópico se encontró con mayor frecuencia en las trompas en 169 de las pacientes y de estas localizaciones el 59,7 se presentó en la trompa derecha.

6. Al 100% de los casos se le realizó tratamiento quirúrgico y la salpingectomia se le realizó al 89,8 % de los casos.

7. En el 56,3 % de las pacientes predominó la forma clínica complicada y de ellas el 83% con estabilidad hemodinámica.

8. Las principales complicaciones fueron la anemia (70,2 %) y el shock hipovolémico (16,9 %).

Recomendaciones

Para disminuir la morbilidad y mortalidad materna que produce el EE es preciso diagnosticarlo precozmente, antes de que aparezcan complicaciones, pues éstas pueden ser fatales, aproximadamente representan entre el 5-12 % de las causas de muerte materna en nuestro país.

Debemos realizar cirugía conservadora siempre que sea posible en aquellas mujeres que tiene la fertilidad comprometida.

Bibliografía

1. Ectopic pregnancy. En: Williams. Textbook of Endocrinology. 20 ed. USA: Saunders; 2003
2. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Embarazo Ectópico. Orientaciones Metodológicas para el manejo y control en todo el sistema de salud de las mujeres con Embarazo ectópico y todas sus complicaciones. Ciudad de la Habana. Diciembre 2002.
3. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
4. Silva Solovera S. Revisión Bibliográfica de Embarazo Ectópico. Santiago de Chile: Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Sótero del Río; 1992-2003.
5. Coste et Cols. Recent declining trend in ectopic pregnancy in France: evidence of two clinicoepidemiologic entities. Fertil Steril 2000; 74:881-6.
6. Tregoning SK., et Cols. Antibodies to Chlamydia trachomatis in patients presenting with ectopic pregnancy at Groote Schuur Hospital. S Afr Med J 2000; 90:727-30.
7. Barlow RE. Et Cols. The prevalence of Chlamydia trachomatis in fresh tissue specimens from patients with ectopic pregnancy or tubal factor infertility as determined by PCR and in situ hybridisation. J Med Microbiol 2001; 50:902-8.
8. Bjartling C, 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.
9. Egger M., et Cols. Screening for Chlamydia infections and the risk of ectopic pregnancy in a county in Sweden: ecological analysis. B Med J 1998; 316:1776-80.
10. Bouyer J. et Cols. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case control population based. Am J Epidemiol 2003; 157:185-94.
11. Peterson HB. Et Cols. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Group. N Engl J Med 1997; 336:762-7.
12. 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.
13. 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.
14. Robson SJ., O'Shea RT. Undiagnosed ectopic pregnancy: a retrospective analysis of 31 "missed" ectopic pregnancies at a teaching hospital. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1996; 36:182-5.

15. Brennan DF., Kwatra S., Kelly M., Dunn M. Chronic ectopic pregnancy-two cases of acute rupture despite negative beta HCG. J Emerg Med 2000; 19:249-54.
16. Wong E., Suat SO. Ectopic pregnancy, a diagnostic challenge in the emergency department. Eur J Emerg Med 2000; 7:189-94.
17. Fernández H, Lelaidier C, Doumerc S. Nonsurgical treatment of heterotopic pregnancy: a report of six cases. Fertil Steril 1993; 60:428-32.
18. Strandell A., Thorburn J., Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. Fertil Steril 1999; 71:282-6.
19. Fernández C., Guerra M., Soler S. Comportamiento del embarazo ectópico. Matanzas. 2004
20. Martínez M., Martínez O., Wattiez CR., López R. Embarazo ectópico. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1998;24(1):13-7
21. Casanova C. Epidemiología del Embarazo Ectópico en un hospital Ginecoobstétrico. Rev Cubana Enferm 2003; 19 (3).
22. Cutié LM. Figueroa M., Lestayo C., Cubero O. Embarazo Ectópico. Su comportamiento en los años 1989-1999. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2001;27(1):5-11.
23. Guerra C., Hernández M., Guerra N., y colabs. Algunos factores relacionados relacionados con el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol 1999;25(1):66-70
24. Olalde Cancio R . Embarazo Ectópico: Factores Relacionados y otras Consideraciones . Mediceentro 2004;8 (4).
25. Martínez J, Basáez E, Rodríguez P. Embarazo ectópico. Medisan 2000; 3 (12).
26. 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.
27. .Reyes Pérez A, Marrero Martínez JA, González García D. Embarazo ectópico. Estudio de un año. Hospital Provincial Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Mediceentro 2002; 6 (3)
28. 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
29. Family Health International (FHI). Adolescentes: Una población Subatendida .Satisfacción de las necesidades de los clientes Jóvenes: Una guía para prestar servicios de salud reproductiva a los adolescentes. Centers. Transmitted Disease Surveillance, 2002 Atlanta, GA: U.S. El contenido de esta página fue revisado

en mayo de 2004.

30. Wendy D., Burrows I., L., Todds C. Ectopic pregnancy. *Obstet and Gynecol* 2002; 99:933-4.

31. Strandell A., Thorburn J., Hamberger L. Risk factors for Ectopic pregnancy in assisted reproduction. *Fertil Steril* 2002; 71:282-6.

32. Santin Vilariño C et al. Conocimiento y utilización de métodos Anticonceptivos y su relación con la Prevención de Enfermedades de Transmisión sexual en jóvenes. *Anales de Psicología* 2003; 19:81-9.

33. Kirk E, Bourne T. K33. rt K, Katz I, Gracia CR. Presumed diagnosis of ectopic Pregnancy. *Obstet and Gynecol* 2002; 100:505-10.

34. Barnhart K, Katz I, Gracia CR. Presumed diagnosis of ectopic pregnancy. *Obstet and Gynecol* 2002; 100:505-10

35. Lehner R. et Cols. Ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2000; 263:87-92.

36. Wong E., Suat SO. Ectopic pregnancy, a diagnostic challenge in the emergency department. *Eur J Emerg Med* 2000; 7:189-94.

37. 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.

38. Brennan DF., Kwatra S., Kelly M., Dunn M. Chronic

ectopic pregnancy-two cases of acute rupture despite negative beta HCG. *J Emerg Med* 2000; 19:249-54.

39. 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.