

Consideraciones diagnósticas del embarazo ectópico

Diagnostic conderations of the ectopic pregnancy

Dra. Yoandra Sánchez Casas,^I Dra. Norma González Lucas,^{II} Dr. Carlos Valera Valero,^I Dr. Francisco Fernández Rodríguez^I

- I. Especialista de I grado en Ginec Obstetricia. Hospital Ginec Obstétrico Docente Provincial "Ana Josefa Betancourt de Mora". Camagüey, Cuba.
- II. Especialista de II grado en Ginec Obstetricia

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo para determinar los procedimientos y medios diagnósticos aplicados en la detección del embarazo ectópico en el Hospital Ginec Obstétrico Docente Provincial "Ana Josefa Betancourt de Mora" de Camagüey, en el período comprendido desde el 1 de enero de 1998 hasta el 30 de junio de 1999. De las 651 pacientes que ingresaron presuntamente con este diagnóstico, a 214 se les confirmó por estudio anatomopatológico y para procesar la información se emplearon métodos de estadística descriptiva, distribución de frecuencia y porcentos. La mayoría de las féminas contaban con edades entre 26 y 35 años, la enfermedad inflamatoria pélvica y los abortos inducidos fueron los antecedentes ginecológicos más comunes en el 29.44 y 13.8 % respectivamente, se destacó la asociación de dolor pélvico y retraso menstrual unido a exámenes abdominal y vaginal dolorosos con tumoración anexial. De las ecografías realizadas, el 99.08 % arrojó imágenes sugestivas de gestación ectópica; la culdocentesis resultó positiva en el 85.16 % y la laparoscopia alcanzó el 100 % de positividad. Se demostró relación entre el mayor tiempo transcurrido para el diagnóstico (pasados siete días) y la forma accidentada del embarazo ectópico.

DeCS. EMBARAZO ECTÓPICO/diagnóstico.

ABSTRACT

An observational descriptive study was performed to determine procedures and diagnostic means applied to the detection of ectopic pregnancy at Ana Josefa Betancourt de Mora gynecologic-obstetric hospital, Camagüey in the period from January 1st, 1998 to June 30th, 1999. Out of 651 patients who were admitted presumptively with this diagnosis, 214 were confirmed by anatomic pathologic study and for processing information descriptive statistical methods, frequency distribution and percentage were used. The majority of women were aged among 26 and 35, pelvic inflammatory disease and induced abortions were the gynecologic antecedents more common in 29,44 and 13,8 % respectively, the association of pelvic and menstrual delay together with painful abdominal and vaginal exams with anexial tumor were stressed. In the echo ectopic performed, 99,08 % showed images suggesting ectopic pregnancy, culdocentesis was positive in 85,16 % and laparoscopy reached 100 % of positivity. It was shown relation among the higher time elapsed for the (diagnosis after seven days) and the accidented way of ectopic pregnancy.

DeCS: ECTOPIC PREGNANCY/diagnostic.

INTRODUCCIÓN

La gestación constituye una etapa del ciclo vital que en el ser humano se ha logrado conocer y profundizar con el decursar de los años y esto ha permitido describir la evolución del mismo a escala estructural y funcional mediante los métodos convencionales hasta los más sofisticados. A partir de estos estudios se pudo conocer que el blastocisto se implanta normalmente en la capa endometrial que reviste la cavidad uterina y cuando sucede en otra localización constituye un embarazo ectópico.¹

Albucasis en el año 963 d.n.e describe por primera vez un embarazo extrauterino, el francés *Bussiere* lo reporta de forma íntegra en la necropsia de una mujer ejecutada en la guillotina (1693). *A Hirose* (1919), se le atribuye la demostración de un efecto trófico de fragmentos de tejido placentario humano sobre los ovarios y el útero del conejo, principio básico para el descubrimiento de la hormona del embarazo o gonadotropina coriónica

humana (HCG) que ha ejercido su papel en el diagnóstico de gestaciones normales y patológicas.^{2,3}

La frecuencia de embarazo extrauterino se ha triplicado en los últimos 20 años; Gaviño considera que se ha comportado como enfermedad epidémica en este decenio, a escala mundial su incidencia varía entre una mujer enferma por 50 a 300 nacidos vivos; en Cuba ascendió de 1 101 a 1 692 entre 1990 y 1995 lo que significó un 53.7 % de incremento y fue la causa del 11.8 % del total de muertes maternas directas ocurridas de 1985 a 1995.

En la maternidad de Camagüey, entre 1968 y 1972 se atendieron 202 pacientes portadoras de embarazo ectópico, diez años después, esta cifra había ascendido a 825, al final de la década del 80 superaba las 1 200 enfermas y más reciente, entre enero de 1997 y agosto de 2000, se han diagnosticado en 801 mujeres, que representa un compromiso eventual de la natalidad y un crecimiento sombrío de la población de este territorio; estas cifras dan la medida del problema de salud que aún constituye el embarazo ectópico en plenas puertas del siglo XXI. Esto resulta preocupante para el sistema de salud cubano, y como parte de él, nos motivamos a determinar cómo se establece el diagnóstico en nuestro medio, sobre la base del flujograma que se aplica en la provincia con este fin.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo para determinar los procedimientos y medios diagnósticos aplicados en la detección del embarazo ectópico en el Hospital Ginecobstétrico Docente Provincial "Ana Josefa Betancourt de Mora", Camagüey, en el período comprendido desde el 1ro de enero de 1998 hasta el 30 de junio de 1999. De las 651 pacientes que ingresaron presuntamente con este diagnóstico, a 214 se les confirmó por estudio anatomopatológico, las que conformaron el universo estudiado. Se confeccionó un formulario según las investigaciones revisadas y criterios de expertos al que se transcribió la información obtenida de los expedientes clínicos y entrevistas individuales, a partir de su realización se convirtió en el registro secundario de la investigación en el que se reflejaron las variables: edad, antecedentes ginecológicos, síntomas y signos clínicos, métodos diagnósticos empleados con sus resultados, y tiempo transcurrido entre la primera valoración y el diagnóstico definitivo. Los datos recogidos se procesaron en una microcomputadora Pentium 2 Acer, se utilizó el programa estadístico

Excel del Paquete Microsoft Office 2000 y se emplearon los métodos de estadística descriptiva y distribución de frecuencia y porcentaje. Los resultados se expresaron en cuadros de contingencia.

RESULTADOS

El 65.42 % de las mujeres enfermas tenían entre 26 y 35 años de edad, seguido del grupo de 19 a 25 años.

Tabla 1. Comportamiento del embarazo ectópico por grupos de edades

Grupos de edades	No.	%
≤ 18	13	6,07
19 – 25	36	16,83
26 – 35	140	65,42
≥ 36	25	11,68
Total	214	100

Fuente: Formulario

Al identificar los antecedentes ginecológicos que pudieron condicionar el establecimiento de una gestación ectópica, se constató que el 68.69 % de las pacientes refería alguno de ellos, la EIP fue el antecedente más común (63) con un 29.44 %.

Tabla .2. Antecedentes ginecológicos en relación con los grupos de edades

Antecedentes ginecológicos	Grupos de edades- años				Total	
	<18	19-25	26-35	≥ 36	No	%
Enf. Inflamatoria pélvica	6	12	39	6	63	29,44
Abortos inducidos	3	6	13	6	28	13,08
Embarazo ectópico	-	1	15	4	20	9,35
Dispositivos intrauterinos	2	2	12	3	19	8,88
Operaciones abdominales	1	3	6	1	11	5,14
Infertilidad	-	1	2	3	6	2,80
Salpingectomía parcial bilateral	-	1	4	-	5	2,34
Uso de clomifeno	-	1	2	-	3	1,40

Fuente. Formulario

La asociación de dolor pélvico y retraso menstrual presentes en 91 pacientes (42.52 %) unidos a la palpación abdominal y tacto vaginal dolorosos, representados en el 88.32 y 87.38 % respectivamente (189 y 187 féminas), predominaron en el interrogatorio y el examen físico de éstas.

Tabla 3. Elementos clínicos según descripción al ingreso

Síntomas y su asociación	No.	%
Dolor pélvico y retraso menstrual	91	42,52
Dolor pélvico, retraso menstrual y pérdidas sanguinolentas	75	35,05
Síntomas subjetivos de embarazo	63	29,43
Dolor pélvico y pérdidas sanguinolentas	35	16,35
Lipotimia	34	15,89
Dolor pélvico	13	6,07
Homalgia	12	5,61
Signos y su asociación	No.	%
Palpación abdominal dolorosa	189	88,32
Tacto vaginal doloroso	187	87,38
Tumoración anexial	153	71,49
Fondo de saco ocupado	35	16,35
Abdomen peritoneal	34	15,88
Shock	14	6,54
Fiebre	11	5,14

Fuente. Formulario

De los medios diagnósticos aplicados en la detección del embarazo ectópico, la culdocentesis fue positiva en el 85.16 %, la laparoscopia alcanzó el 100 % de positividad y de 109 ultrasonidos realizados uno fue negativo (tabla 4).

Tabla 4. Medios diagnósticos aplicados y sus resultados

Medios diagnósticos n =214	Resultados				Total	
	Positivo		Negativo		No	%
	No	%	No	%		
Culdocentesis	1091	85,16	19	14,84	128	100
Ultrasonido	108	99,08	1	0,92	109	100
Laparoscopia	80	100	-	-	80	100
Punción – abdominal	13	86,66	2	13,13	15	100

Fuente: Formulario

Al relacionar el tiempo transcurrido para el diagnóstico y las formas definitivas de presentación (tabla 5), predominó el diagnóstico antes de los siete días de valorada en 118 féminas que representan un 55.14 %, y se realizó el diagnóstico después de los siete días en 96 pacientes con un 44.86 %, llamó la atención que de ellas el 70.83 % tuvieron un embarazo ectópico accidentado, lo que demuestra que es más frecuente el accidente de este evento cuanto más tiempo transcurra sin que se precise su diagnóstico.

Tabla 5. Relación entre el tiempo transcurrido para el diagnóstico de embarazo ectópico y las formas definitivas de presentación

Tiempo transcurrido (días)	Formas de presentación				Total	
	Accidentados		No accidentados		No.	%
	No.	%	No.	%		
menos de 1	7	3,27	13	6,08	20	9,35
de 1 a 3	10	4,67	15	7,01	25	11,68
de 4 a 7	35	16,35	38	17,76	73	34,11
Más de 7	68	31,78	28	13,08	96	44,86
TOTAL	120	56,07	94	43,93	214	100

Fuente: Formulario.

DISCUSIÓN

En la bibliografía consultada ^{4, 5} se destaca el grupo de edad entre 25 y 34 años, lo cual se corresponde con lo expuesto en nuestro trabajo, esto se asocia a la etapa de mayor fertilidad en la mujer.

En el universo de estudio se destacó que muchas de las pacientes presentaban algún antecedente ginecológico que precedió la instalación de un embarazo extrauterino y predominó la enfermedad inflamatoria pélvica como el más común de ellos, lo que coincide con varios autores.⁶⁻⁸ Para *Garay* ⁵ las sinequias que se forman en la luz de la tuba como consecuencia de la lesión de la superficie de la mucosa, juegan un papel fundamental en el origen de estas gestaciones. *Botella* comenta que en la antigüedad, el número de mujeres sin hijos era mayor, pero así mismo era menor la cifra de embarazos ectópicos por obstrucción total de las trompas.^{9, 10}

Núñez, en su estudio de 300 mujeres con la misma entidad, encuentra que el 57 % presentaba retraso menstrual, que posteriormente ante la crisis o accidente se acompañó de un aumento de la intensidad del dolor secundario al aborto tubárico o a la ruptura de la trompa con la consecuente caída de sangre en el interior de la cavidad y la aparición de la hemorragia o manchado vaginal.^{11, 12} En el estudio de 214 féminas con la enfermedad, 153 (71.49 %) presentaron tumoración anexial tactable, signo de importancia en el diagnóstico de esta entidad.¹³

El ultrasonido por vía vaginal se comporta como un medio muy confiable para arribar al diagnóstico de la entidad que se estudia, lo que coincide con la bibliografía revisada.¹⁴⁻¹⁶

Se considera que la culdocentesis es la técnica de elección con que se cuenta en este medio para demostrar la presencia de un hemoperitoneo,¹⁷ el Dr. *Nelson Rodríguez*,¹⁸ considera que el diagnóstico por laparoscopia es sencillo de realizar.

Aunque otros señalan que la forma de la trompa puede mostrar pocos cambios y alteraciones mínimas de coloración durante el inicio del embarazo, pasando inadvertida su localización anómala, detalles que aunque no frecuentes deben tenerse en cuenta.^{19, 20}

Coincidimos con *Marín*²¹, que establecer un diagnóstico temprano permite realizar un manejo oportuno y evitar al mismo tiempo un cuadro de descompensación y un futuro ensombrecido en la mujer.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las féminas estudiadas se encontró en el grupo de edades de 26 a 35 años.
2. La enfermedad inflamatoria pélvica y los abortos inducidos fueron los antecedentes ginecológicos más comunes.
3. Se destacó la asociación de dolor pélvico y retraso menstrual unidos a exámenes abdominal y vaginal dolorosos, con tumoración anexial.
4. El 99.0 % de las ecografías realizadas arrojó imágenes sugestivas de gestación ectópica.
5. La culdocentesis resultó positiva en el 85.16 % y la laparoscopia alcanzó el 100% de positividad.
6. Se demostró relación entre el mayor tiempo transcurrido para el diagnóstico y la forma accidentada del embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bustos L. Tratamiento laparoscópico conservador del embarazo ectópico bilateral. *Ginec Obst Méx.* 1999; 66(1): 13-17.
2. Martínez R. Evaluación epidemiológica del diagnóstico y tratamiento del embarazo extrauterino. *Ginec Obst Méx.* 1998; 66(1): 103-5.
3. Fernández M, Hernández J, Molina C. Embarazo ectópico. Correlación de algunos factores. *Rev Cub Obst Ginec.* 1996; 22(1): 5-10.
4. Ghirardini G. The history of the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000; 43(1):1-7.
5. Garay G, Hernández J, Iñarra MJ, González JL. Tratamiento del embarazo ectópico en nuestro medio. *Toko-Ginec Pract.* 1999; 58(2): 7-12.
6. Nilsa C, Ramírez MD. A recente five-year and review of the last 50 years literature. *Int J Gynecol.* 1996; 41(10): 11-14.
7. Lugones M, Quintana T. Embarazo ectópico y atención primaria de salud. *Rev Cub Med Gen Int.* 1998; 14(2): 111-12.
8. Montoya L. Embarazo ectópico en un programa de fertilización in vitro. *Ginec Obst Méx.* 1996; 64(1): 471-75.
9. Botella Llusia J, Clavero JA. Embarazo ectópico. T2. En: *Tratado de ginecología.* La Habana: Editorial científico Técnica; 1994.p. 393-413.
10. Montoya L. Embarazo ectópico en un programa de fertilización in vitro. *Ginec Obst Méx.* 1998; 64(1): 471-75.
11. Marín C. Estado actual del manejo conservador del embarazo ectópico. *Ginec Obst Méx.* 1998; 64(1): 123-24.
12. Barrón VJ. Embarazo heterotópico con gestación intrauterina dicigótica después de transferencias de embriones en etapas de blastocito. *Ginec Obst Méx.* 1999; 67(1): 169-71.
13. Gaviño GF. Experiencia inicial con un esquema de minidosis única de methotrexate para el manejo de embarazo ectópico roto. *Ginec Obst Méx.* 1999; 67(2): 234-37.
14. Dorfman SF. Death from ectopic pregnancy, United States 1979 to 1980. *Obstet Gynecol.* 1983; 62(2): 344.
15. Téllez VS. Embarazo heterotópico después de inducción de la ovulación con citrato de clomifeno y prednisona. *Ginec Obst Méx.* 1999; 67(1): 1-5.
16. Martínez M, Martínez O. Embarazo ectópico. *Rev Cub Obst Ginec.* 1998; 24(1): 13-17.

17. Velázquez MR. Embarazo heterotópico, revisión de la literatura. Rev Inv Clin. 1997, 44(2): 531-4.
18. Rodríguez N. Embarazo ectópico. Rev Cub Obst Ginec. 1995; 21(1-2): 3-7.
19. Núñez J. Embarazo ectópico en el Hospital "Manuel Noriega Trigo". Rev Obst Ginec Venezuela. 1998; 56(1): 7-12.
20. Espinosa PM. Embarazo heterotópico, informe de un caso y revisión de bibliografía. Ginec Obst Méx. 1999; 67(1): 482-88.
21. Marín C. Estado actual del manejo conservador del embarazo ectópico. Ginec Obst Méx. 1999; 64(2): 123-24.

Recibido: 1/10/2002

Aprobado: 6/2/2003

Dra. Yoandra Sánchez Casas. Especialista de I grado en Ginecobstetricia. Hospital Ginecobstétrico Docente Provincial "Ana Josefa Betancourt de Mora". Camagüey, Cuba.