

Manejo del embarazo ectópico

Management of ectopic pregnancy

MSc. Margarita Altunaga Palacio,^I Dra. Yordanka Rodríguez Morales,^I MSc. Dr. Miguel Lugones Botell^{II}

^I Hospital Ginecobstétrico Docente "Profesor Eusebio Hernández". Marianao, La Habana, Cuba.

^{II} Policlínico Universitario Docente "26 de Julio". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: determinar el manejo de las pacientes con posible diagnóstico de embarazo ectópico.

Métodos: se realizó un estudio retrospectivo transversal y descriptivo sobre el manejo del embarazo ectópico en el Hospital Universitario Ginecobstétrico "Eusebio Hernández" en el periodo comprendido de enero del 2005 a diciembre del 2007. El universo estuvo constituido por 447 pacientes, las cuales ingresaron con el diagnóstico de embarazo ectópico y que el reporte anatomopatológico confirmó el diagnóstico

Resultados: de los síntomas que presentaron las pacientes, el más frecuente fue el dolor abdominal en el 94,8 %, seguido del sangramiento con 86,6% y dentro de los signos el más frecuente fue el dolor a la palpación con 92,1 %. Al analizar los complementarios realizados el de más alta positividad fue la determinación de la hormona gonadotropina coriónica en orina en el 98,8%. El 76,1 % de los casos fue diagnosticado en la fase complicada y sólo el 23,9 % se diagnosticó en fase no complicada. La localización ampular fue la más frecuente con 73,8 % y la operación más realizada fue la salpingectomía en el 80% de los casos.

Conclusiones: las manifestaciones clínicas encontradas son similares a las que se han referido en esta entidad. La determinación de gonadotropina coriónica en orina fue la investigación con más alta positividad, resultó llamativo que el diagnóstico de la mayoría de los casos fuera en la etapa complicada.

Palabras clave: embarazo ectópico, tratamiento.

ABSTRACT

Objective: to assess the management of ectopic pregnancy.

Methods: a descriptive, cross-sectional and retrospective study was conducted on the management of ectopic pregnancy in the "Eusebio Hernández" Gynecology-Obstetrics University Hospital from January, 2005 to December, 2007. Universe included 477 patients, who were admitted and diagnosed with ectopic pregnancy confirmed by the anatomical-pathological report related to diagnosis.

Results: from the symptoms present in patients, the more frequent one was the abdominal pain in the 94.8 %, followed by bleeding in the 86.6 % and within the more frequent signs was the palpation pain in the 92.1 %. Analyzing the complementary studies performed, that of more positive was the determination of chorionic gonadotropin hormone in urine in the 98.8 %. The 76.1 % of cases was diagnosed in the complicated phase and only the 23.9 % was diagnosed in the non-complicated one. The ampullary location was the more frequent in the 73.8 % and the more carried out operation was the salpingectomy in the 80 % of cases.

Conclusions: the more used surgical technique was the salpingectomy. There was radical behavior in face of the greater number of distal tubal pregnancy.

Key words: ectopic pregnancy, symptoms, surgical technique.

INTRODUCCIÓN

Se considera embarazo ectópico (EE) la implantación del blastocisto fuera de su lugar normal. De estos embarazos, aproximadamente el 98 % son tubáricos y de ellos, el 60 % son ampulares, el 30 % ístmicos, el 5 % fímbrico, el 3 % intersticiales y el 2 % corresponde a otras localizaciones. Más de 1 de cada 100 embarazos en Estados Unidos es de localización ectópica y cifras superiores al 95 % de ellos afectan el oviducto.^{1,2}

El diagnóstico de esta afección puede no resultar fácil y se debe realizar con rapidez y seguridad, pues una demora puede conllevar a la ruptura, la hemorragia y poner en peligro la vida de la paciente.

Es necesario destacar que para realizar el diagnóstico de un EE hay que pensar en él, es llamado el gran simulador por las diferentes variantes clínicas con que puede presentarse, y no menos importante es, que una vez diagnosticado se debe determinar en qué estadio se encuentra, si está complicado (fisurado o roto) o no complicado, ya que en dependencia de esto se tomará la conducta.¹⁻⁶

Hay varios aspectos en el diagnóstico del EE a tener en cuenta a la hora de enfrentarlo, así tenemos una serie de síntomas, signos y exámenes complementarios a considerar.

Los síntomas más frecuentes reportados son los siguientes: retraso menstrual, síntomas subjetivos de embarazo y la presencia en un gran número de casos de dolor abdominal y manchas de sangre de color oscuro. Los signos que pueden encontrarse son dolor abdominal a la palpación, reacción peritoneal, tacto vaginal donde se describe la presencia de masa tumoral anexial y dolor a la movilización de los

genitales. En cuanto a los complementarios tenemos la realización de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (HCG) tanto cualitativa como cuantitativa, esta última con un gran valor diagnóstico de EE, el ultrasonido y la laparoscopia diagnóstica.^{2,3,5-8}

Recordemos que no siempre se encuentra todo el cortejo sintomático antes descrito, por lo que se han establecido varios flujogramas, ya protocolizados para el diagnóstico de la entidad.

La laparotomía, históricamente jugó un papel preponderante en el diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico, fue por mucho tiempo la radicalidad, la vertiente más seguida por todos los galenos dedicados a la atención de mujeres con diagnóstico de esta entidad,^{2,7} e independientemente de la fase clínica del EE se realizaba esa intervención radical como método resolutorio de dicha afección. No se puede negar el valor que tuvo dicha conducta, ya que fueron muchas las vidas salvadas con este método radical, pero hoy en día, con los avances de la tecnología y en particular de la endoscopia para la cirugía de mínimo acceso, se puede ser más conservador y aplicar métodos menos agresivos, tratando de conservar las estructuras anatómicas y con ello preservar la fertilidad futura de las pacientes.^{1,5,9-13}

Actualmente, con los avances de los medios complementarios se logra diagnosticar el EE tempranamente permitiendo la utilización de tratamientos médicos con el metrotexate, cloruro de potasio y mifepristona entre otros, así como la cirugía laparoscópica o cirugía de mínimo acceso con fines terapéuticos; siempre y cuando este no esté complicado.⁹⁻¹²

El aumento de la frecuencia del embarazo ectópico, así como el impacto que tiene en el índice de la mortalidad materna, se ha considerado un gran problema de salud. Por la repercusión que tiene en la salud reproductiva de estas pacientes, existen tendencias actuales sobre el manejo de terapias conservadoras, sobre todo tratamientos médicos. Cuando el EE no está complicado, se ha hecho un diagnóstico precoz y hay posibilidades de un seguimiento muy estrecho de estas pacientes, ha permitido preservar la fertilidad futura de estas mujeres.^{2,3,7}

Por tal motivo nos propusimos realizar un estudio para determinar el manejo de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital "Eusebio Hernández" en el periodo comprendido de enero 2005-diciembre 2007. Por lo difícil que resulta en algunas oportunidades realizar el diagnóstico temprano, nos propusimos trazar estrategias para mejorar el seguimiento de estas pacientes, así como la utilización de los avances de los medios diagnósticos, y disminuir la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo transversal y descriptivo sobre el manejo del embarazo ectópico en el hospital Universitario Ginecobstétrico "Eusebio Hernández" en el periodo comprendido de enero del 2005 a diciembre del 2007.

El universo estuvo constituido por el total de embarazos ectópicos en nuestro hospital (447 pacientes), las cuales ingresaron con el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico para estudio en dicho período, y que el reporte anatomopatológico confirmó el diagnóstico. Los datos se obtuvieron mediante un procesamiento estadístico.

1. Síntomas: principales síntomas referidos.

Variable cualitativa nominal.
Sangramiento irregular en el ciclo menstrual.

Náuseas, vómitos, aumento de volumen y tensión de las mamas, mareos, decaimiento.

Palidez, sudoración, frialdad, lipotimia.
Dolor abdominal.

Atraso menstrual.
Metrorragia.
Síntomas gravídicos.
Síntomas de shock.

2. Signos: principales signos encontrados al examen físico.

Variable cualitativa nominal.
Presencia de tumoración en anejos.

Cifras de tensión arterial inferiores de 100/60 mmHg.
Dolor a la movilización del cuello.

Fondo de saco de Douglas doloroso en ausencia de defensa abdominal.
Reacción peritoneal a la descompresión brusca del abdomen.
Palidez cutáneo - mucosa.
Dolor a la palpación abdominal.

Sensibilidad anexial.
Masa anexial palpable.
Aumento de tamaño del útero.

Hipotensión.

3. Métodos diagnósticos: métodos utilizados para el diagnóstico.

Variable cualitativa nominal

- a. Punción del fondo de saco de Douglas.
- b. Punción de pared abdominal.
- c. Negativa: si útero y anejos normales o gestación intraútero.

d. Positiva: saco gestacional (SG) extraútero.

e. Sospechosa: no hay SG intraútero y hay imagen compleja anexial.

f. No realizado.

g. Negativa: genitales internos normales o se realizó diagnóstico de otra entidad.

h. Positiva: tumor violáceo ovoide figurado o roto.

i. Sospechosa: hemoperitoneo o no concluyente el diagnóstico.

j. No realizada.

k. Estudio laparoscópico.

l. Laparotomía exploradora.

m. Culdocentesis.

n. Punción abdominal.

o. Ecografía.

- p. Laparoscopia.
- q. Laparotomía exploradora.

4. Fase en que se realizó el diagnóstico: ausencia o presencia de fisura o rotura del embarazo ectópico con compromiso hemodinámico de la paciente.

- Variable cualitativa nominal.
- Complicado.
- No complicado.

5. Tiempo transcurrido entre el diagnóstico presuntivo y la operación:

Variable cuantitativa continua
Menos de 30 min

| | | | |
|------------|---|----|-------|
| 30 | - | 60 | min |
| 2 | | | horas |
| 3 | - | 4 | h |
| 5 | - | 6 | h |
| 7 | - | 8 | h |
| Más de 8 h | | | |

6. Localización: Según la descripción del informe operatorio

Variable cualitativa nominal

Cervical

- Fímbrico
- Ampular
- Ístmico
- Intersticial
- Ovárico
- Abdominal

7. Técnica quirúrgica: según técnica quirúrgica empleada

Variable cualitativa nominal

- Salpingectomía
- Anexectomía
- Histerectomía
- Tratamiento conservador (ordeño tubario o salpingostomía lineal)
- Resección en cuña del cuerno uterino.

RESULTADOS

Los resultados muestran que dentro de los síntomas el que más se presentó fue el dolor abdominal en 424 pacientes para un 94,6 %, seguido del sangramiento con 387 pacientes para un 86,5 % (tabla 1).

Tabla 1. Síntomas más frecuentes. Hospital "Eusebio Hernández".
Enero 2005 - diciembre 2007.

| Síntomas | No. de casos | % |
|----------------------------|--------------|------|
| Dolor abdominal | 424 | 94,8 |
| Sangramiento | 387 | 86,5 |
| Retraso menstrual | 351 | 78,5 |
| Síntomas gravídicos | 175 | 39,1 |
| Síntomas y signos de shock | 108 | 24,1 |

Dentro de los signos clínicos encontrados (tabla 2) a la palpación abdominal predominó el dolor en 412 casos para un 92,1 % y la palpación dolorosa en los anejos, por el tacto vaginal, se encontró en 377 pacientes para el 84,3 %.

Tabla 2. Signos al examen físico. Hospital "Eusebio Hernández".
Enero 2005 - diciembre 2007

| Signos | No. de casos | % |
|-----------------------------|--------------|------|
| Palidez cutáneo- mucosa | 107 | 23,9 |
| Sensibilidad anexial | 377 | 84,3 |
| Sensibilidad abdominal | 412 | 92,1 |
| Masa anexial palpable | 211 | 47,2 |
| Aumento de tamaño del útero | 169 | 37,8 |
| Hipotensión | 107 | 23,9 |
| Signo de Blumberg | 97 | 21,7 |

La tabla 3 mostró que el complementario que presentó el mayor índice de positividad fue la hormona gonadotropina coriónica en orina en 355 pacientes para el 98,8 %. También resultó de alta positividad el estudio laparoscópico para un total de 175 pacientes para el 63,8 %.

Tabla 3. Métodos complementarios. Hospital "Eusebio Hernández". Enero 2005 - diciembre 2007

| Métodos diagnósticos | Practicada | | Resultados | | | | | | No practicada |
|-------------------------|------------|------|------------|------|-----|------|-------|-------|---------------|
| | No. casos | % | + | % | - | % | SOSP. | % | No. casos |
| HCG(orina) | 359 | 80,3 | 355 | 98,8 | 4 | 1,2 | ---- | -- | 88 (19,7) |
| Ecografía | 382 | 85,4 | 33 | 8,6 | 64 | 16,7 | 285 | 74,6 | 65 (14,6) |
| Laparoscopia | 274 | 61,2 | 175 | 63,8 | 2 | 0,7 | 97 | 35,4- | 173 (38,8) |
| Laparotomía exploradora | 148 | 33,2 | 148 | 100 | --- | --- | ---- | -- | 299(66,8) |
| Culdocentesis | 132 | 29,5 | 106 | 80,3 | 26 | 19,6 | --- | -- | 315 (70,5) |
| P. Abdominal | 14 | 3,1 | 10 | 71,4 | 4 | 28,5 | ---- | -- | 433 (94,9) |

HCG: Gonadotropina coriónica (en orina).

P. Abdominal: punción abdominal.

En la tabla 4 puede observarse que el diagnóstico se realizó en la fase complicada con 340 pacientes para el 76,1%.

Tabla 4. Distribución de los casos según la fase de diagnóstico. Hospital "Eusebio Hernández". Enero 2005 - diciembre 2007

| Diagnóstico en fase | No. de casos | % |
|---------------------|--------------|------|
| Complicada | 340 | 76,1 |
| No complicada | 107 | 23,9 |
| Total | 447 | 100 |

El estudio realizado muestra en la tabla 5 que el tiempo transcurrido desde que se realizó el diagnóstico presuntivo hasta que la paciente se opera y estuvo comprendido entre las 2 y 4 h, (2 h con 75 pacientes para el 16,7 % y entre 3 y 4 h 103 para el 23,1%, lo que hace que entre ambos grupos se encuentre el 39,8 % de las pacientes. Es oportuno destacar que en 133 pacientes (29,7 %) el diagnóstico se hizo después de las 8 h.

Tabla 5. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico presuntivo hasta la operación.
Hospital "Eusebio Hernández". Enero 2005-Diciembre 2007

| Tiempo | No. de casos | % |
|-----------------|--------------|------|
| Menos de 30 min | 30 | 6,7 |
| 30- 60 min | 47 | 10,5 |
| 2 horas | 75 | 16,7 |
| 3 - 4 horas | 103 | 23,1 |
| 5 - 6 horas | 30 | 6,8 |
| 7 - 8 horas | 29 | 6,5 |
| Más de 8 horas | 133 | 29,7 |
| Total | 447 | 100 |

La tabla 6 muestra que la localización más frecuente del embarazo ectópico fue en la trompa (extremo ampular) con 330 paciente para el 73,8 % seguido del fímbrico con 64 casos para el 14,3%.

Tabla 6. Distribución de los casos según la localización. Hospital "Eusebio Hernández". Enero 2005 - diciembre 2007

| Localización | No. de casos | % |
|--------------|--------------|------|
| Cervical | 1 | 0,2 |
| Fímbrico | 64 | 14,3 |
| Ampular | 330 | 73,8 |
| Ístmico | 18 | 4,0 |
| Intersticial | 27 | 6,0 |
| Ovárico | 6 | 1,3 |
| Abdominal | 1 | 0,2 |
| Total | 447 | 100 |

La salpingectomía fue la técnica quirúrgica que más se realizó en 358 pacientes lo que representó el 80 % de los casos, seguido de la anexectomía con 51 casos (11,4%) (tabla 7).

Tabla 7. Técnica quirúrgica realizada. Hospital "Eusebio Hernández".

Enero 2005 - diciembre 2007

| Operación realizada | No. | % |
|--------------------------------------|-----|------|
| Salpingectomía | 358 | 80,0 |
| Anexectomía | 51 | 11,4 |
| Tratamiento conservador | 11 | 2,4 |
| Histerectomía total abdominal | 7 | 1,5 |
| Resección en cuña del cuerno uterino | 20 | 4,4 |
| Total | 447 | 100 |

DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación fue determinar el manejo de las pacientes con posible diagnóstico de embarazo ectópico en nuestro hospital en el período de tiempo comprendido entre enero del 2005 a diciembre del 2007. Como pudo verse en los resultados, estos coinciden con lo encontrado por otros autores, donde el dolor abdominal predomina en la triada de dolor, retraso menstrual y sangramiento.^{1-3,5,6} La causa de este dolor está dada por la distensión de la trompa cuando esta se rompe y la sangre libre en cavidad abdominal irrita el peritoneo causando tanto dolor a la palpación como a la descompresión del abdomen.^{1,2,4-6}

Se plantea que los complementarios más útiles para el diagnóstico de embarazo ectópico son, la determinación de hormona gonadotropina coriónica, tanto en sangre como en orina, así como el ultrasonido, la laparoscopia y la culdocentesis.^{1-3,5,6} Estos cuando se analizan en conjunto, aumentan la probabilidad del diagnóstico, la sensibilidad del 98,8 % de la gonadotropina coriónica en orina nos hace apoyar su uso.^{6,7,9,10}

Durante muchos años, y ante la incidencia cada vez mayor del embarazo ectópico, se ha realizado un gran esfuerzo para su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, aún así encontramos que el mayor número de pacientes fue operado después de las 8 h del diagnóstico presuntivo. Son muchos los factores que influyen en esta demora, el horario en que ingresa la paciente en ocasiones conspira para la realización de complementarios como: HCG, ultrasonido, laparoscopia y cuando se dificulta su realización se siguen con hemoglobina seriada y por la clínica cuando se llega al diagnóstico definitivo es porque existe una fase complicada.^{11,12,14}

Coincide con todos los reportes realizados que la mayoría de los embarazos ectópicos se localizan en las Trompas de Falopio y predomina el extremo ampular.^{2,3,7,11,12} La causa por la que se localiza en la trompa, está dada por ser esta uno de los órganos genitales más afectados por los procesos inflamatorios pélvicos, por adherencias y es donde más estenosis se producen. Si a estos le sumamos que la fecundación del óvulo se produce a este nivel, y que la multiplicación celular en este periodo de la gestación es muy acelerado, se crea un medio favorable para la implantación ectópica del embarazo.^{1,2,7}

Cuando analizamos este aspecto del embarazo ectópico, llama la atención el hecho de que se fue muy radical a la hora de tratarlo, cuando el embarazo ectópico se encontró

en la trompa. La bibliografía revisada reporta menos casos a los cuales se trató de forma radical.^{3,9,10} Pudiera ser que la causa de esta radicalidad se deba a que un gran número de casos se llevaron al salón de operaciones en fase complicada y fue imposible conservar la integridad de la trompa en el acto quirúrgico. Otro factor que pudo haber influido en que esta conducta radical prevaleciera, es el déficit de material adecuado para el proceder, la no utilización de la cirugía de mínimo acceso. Y por último no podemos descartar el factor humano y la experiencia del operador que realizó la cirugía.^{1-3,7,9,10-14}

El dolor abdominal y el sangramiento fueron el síntoma y el signo más frecuente en el diagnóstico de la enfermedad y el complementario de mayor positividad fue la determinación de la gonodotropina coriónica en orina. La localización más frecuente de los embarazos ectópicos fue en la trompa de Falopio en su extremo ampular. La mayoría de los casos se diagnosticaron en la fase complicada. La técnica quirúrgica más utilizada fue la salpingectomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigol Ricardo O. Sangramiento en obstetricia. En: Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 146-55.
2. Cunningham Gary F, Gant NT, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Embarazo Ectópico. En: Williams Obstetricia 21ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2005. p. 757- 76.
3. Ylstra DC. Tubal pregnancy: a review of current diagnosis and treatment. Rev Obstet Gynecol. 2006;53:320-8.
4. Ruiz A, Ñañez H. Embarazo Ectópico. En: Texto de Obstetricia y Perinatología. Una contribución a la enseñanza del arte, ciencia y tecnología. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina. Instituto Materno Infantil, Concepción Villaveces de Acosta. Bogotá. 2004: IX(896-905).
5. Murray H, Baakdah H, Bordell T, Tulandi J. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. Canadian Medical Association Journal. 2005;173 (8):905-12.
6. Manassakorn J, Thitadilok W. Diagnosis of ectopic pregnancy by ultrasound in Sinriroj Hospital. J Med Assoc Thai; 2005. p. 337- 40.
7. Heard MJ, Búster JE. Embarazo Ectópico. En: Scout JR, Gibas RS, Parlan BY, Haney AF. Danforth. Tratado de ginecología y Obstetricia. 9na. ed. México: Editorial Mc Graw Hill; 2005: p. 91-106.
8. Viera Hernández MI. El Embarazo Ectópico en nuestro medio. Aspectos Epidemiológicos, Clínicos-Diagnósticos en el Hospital "Eusebio Hernández" [tesis]. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. La Habana: Hospital "Eusebio Hernández"; 2003.
9. López Artze O, Almaguer JA, Granado Martínez O. Cirugía de mínimo acceso en el tratamiento del factor tubo- peritoneal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005;31(3).
10. Terón Dávila J. Metrotexate y conducta expectante. Rev Obstet Ginecol Venez. Septiembre 2004;62(3):161-74.

11. Ríos JF, Sánchez E, Martha GJ. Fertilidad después del tratamiento laparoscópico del embarazo ectópico en la clínica del Prado Medellín, Colombia. Estudio Cohorte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2007;58(4):284-9.

12. Molina SA. Tratamiento conservador laparoscópico o médico del embarazo ectópico. Rev Ginecol Obstet Mex. 2007;75(9):539-48.

13. Tamayo Lien TG, Varona Sánchez JA. Embarazo ectópico posesterilización quirúrgica. A propósito de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005;31(3).

14. De los Ríos JF, Castañeda JD, Reterpo EA. Salpingostomía lineal para el tratamiento de un embarazo ectópico bilateral espontáneo: reporte de un caso. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2006;57(1).

Recibido: 14 de julio de 2011.
Aprobado: 30 de julio de 2011.

MSc. *Margarita Altunaga Palacio*. Hospital Ginecobstétrico Docente "Profesor Eusebio Hernández". Avenida 31. No. 8409. Marianao. La Habana, Cuba. Correo electrónico: bioestad@infomed.sld.cu; altunagam@yahoo.es