

11217
80
20



INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.

EMBARAZO ECTOPICO. EXPERIENCIA DE
5 AÑOS EN EL CENTRO MEDICO
NACIONAL " EL FENIX "

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Titulo de:

GINECO - OBSTETRA

Presenta

Dra. Delia Albina Márquez Gamiño

Asesor

Dr. Luis Augusto González Canto

DR. LUIS AUGUSTO GONZÁLEZ CANTO
Jefe de Clínica Obstétrica

DR. LUIS AUGUSTO GONZÁLEZ CANTO
Jefe de Clínica Obstétrica

Mérida, Yucatán.

Febrero de 1990.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal en Yucatán
C. M. S., No. 1 Mérida

FALLA DE ORIGEN

DR. GONZALO CARRANZA PIOS
Jefe Div. de Gineco Obstetricia



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	11
TABLAS	15
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFIA	20

INTRODUCCION.

Con la rápida disminución de los embarazos intrauterinos registrada en la década pasada, se ha puesto de manifiesto en mayor medida la frecuencia del embarazo extrauterino, desde el punto de vista clínico.

Esta modificación en la relación entre los embarazos intrauterinos y los extrauterinos se ha visto acentuada por los cambios de actitud en las costumbres de la población joven sexualmente activa; por la creciente frecuencia de las enfermedades venéreas, y por el papel activo de la moderna terapia antibiótica en la prevención de la obstrucción tubárica total, después de un episodio de salpingitis. Los cambios fisiopatológicos residuales en el tracto reproductor que resultan de una diversidad de factores etiológicos han aumentado la frecuencia del embarazo ectópico (1).

En los últimos diez años ha aumentado la incidencia del embarazo ectópico, tendiendo a un impacto creciente sobre la vida de las mujeres y sus fa-

milias, el número de hospitalizaciones ha aumentado y en Estados Unidos entre 1970 y 1983 ocupó la primera causa de mortalidad materna (1, 2, 3, 4).

Se le llama embarazo ectópico a la implantación del óvulo fecundado en cualquier parte que no sea la cavidad endometrial. Gran parte de las gestaciones ectópicas (cerca del 95%) se presentan dentro de la trompa de Falopio. Aunque los embarazos ectópicos no tubarios (incluyendo implantes intersticiales) representan menos del 5% del total de embarazos ectópicos, contribuyen a un 20% de los decesos causados por gestaciones ectópicas (5, 6, 7, 8).

La disminución global de la mortalidad del embarazo ectópico puede atribuirse a los avances en las técnicas de diagnóstico. El aumento de la incidencia puede haber facilitado una mayor experiencia a los clínicos en el diagnóstico y tratamiento de este padecimiento, y un mayor índice de sospecha entre los que proporcionan atención a la salud. También han mejorado las técnicas de tratamiento y la tecnología asociada (7).

Comparado con nacimientos o aborto inducido legal, el embarazo ectópico fué mucho más peligroso. La mujer con embarazo ectópico tuvo un riesgo relativo de muerte 10 veces mayor que el de la que

tuvo alumbramiento, y unas 50 veces mayor que el de la que tuvo un aborto inducido legal (9).

La causa se desconoce, pero se han señalado - diversos factores de riesgo y enfermedades concomitantes (9). Las dos categorías principales de embarazo tubario son la alteración del mecanismo de -- transporte tubario y anomalías intrínsecas del óvulo fecundado. La principal causa de la alteración de los mecanismos del transporte tubario, es - la lesión de la superficie mucosa cicatrizada que - suele originarse por infección. Las anomalías - intrínsecas del óvulo fecundado incluyen calidad, - cronología de la ovulación, aumento del número de - oocitos liberados y ambiente hormonal (10).

Otros factores de riesgo han coincidido con - aumento de frecuencia de embarazos ectópicos como - operaciones pélvicas previas o conservadoras para - embarazo ectópico, haber recibido DES y la fecundación in vitro (9, 10).

Una vez identificados estos factores de riesgo entre las pacientes que tratan de embarazarse, la - vigilancia estrecha, hasta confirmar la localiza-- ción del producto, es esencial para disminuir la - morbilidad y mortalidad que se presentan con embara-- zos ectópicos (4, 10).

El aumento de la incidencia del embarazo ectópico está probablemente relacionado hasta cierto punto con al menos dos factores. La mejoría de la tecnología para el diagnóstico, específicamente la capacidad para dosificar antes y con mayor precisión la subunidad beta de gonadotropina coriónica humana (11, 12), la mejoría de las instalaciones sonográficas y la amplia disponibilidad de laparoscopia, en conjunto han contribuido a la evaluación más temprana y completa, incluyendo algunos casos que tal vez hubieran sufrido regresión y pasado inadvertidos anteriormente (1, 13).

Un aumento paralelo en la incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria puede haber contribuido al aumento en el número de embarazos ectópicos (14, 15); también otros factores pueden haber influido, quizá desde el punto de vista causal en el número de casos, aunque su impacto quizá sea menor y más dudoso (14).

Se ha postulado la coincidencia de dispositivos intrauterinos (DIU) con embarazo ectópico, posiblemente mediada por intervención de enfermedad pélvica inflamatoria, aunque es difícil obtener datos firmes (14).

Los porcentajes más altos de embarazos ectópicos correspondieron a pacientes de 35 años de edad

o mayores, aunque la mayor parte de casos se presen
tó en la edad de 25 a 35 años (1).

Las consecuencias de este tipo de gestación -
pueden ser devastadoras para el potencial reproduc-
tor de la mujer, causando hasta un 50% de disminu-
ción de la fertilidad (10).

El tratamiento de embarazos ectópicos es inte-
resante por el aumento de su prevalencia y el deseo
de muchas de las mujeres que han desarrollado estas
gestaciones de retener el potencial futuro de emba-
razo.

Potencialmente, el tratamiento "apropiado" va-
riará según los deseos de la paciente, localización
de la gestación ectópica, condiciones anatómicas de
la pelvis, avances tecnológicos disponibles que se
usarán y los buenos resultados de métodos alternos
de concepción como la fecundación in vitro (16).

El tratamiento aceptado del embarazo ectópico
ha sido quirúrgico desde que fué realizada la prime
ra salpingectomía afortunada por embarazo ectópico
tubario el 1 de marzo de 1883, por Lawson Tait en -
Inglaterra (17).

La salpingectomía sigue siendo el tratamiento
quirúrgico preferente con pocas modificaciones, --

hasta hace relativamente poco, cuando el desarrollo de análisis rápido de beta gonadotropina coriónica humana combinado con ultrasonido de alta resolución y laparoscopia (18), hicieron posible la detección temprana del embarazo ectópico antes de su rotura, por lo que se han desarrollado otras modalidades - quirúrgicas, surgiendo entonces el tratamiento quirúrgico conservador intentando mejorar la fertilidad futura (19, 20).

Clásicamente, el tratamiento de las gestaciones tubarias ectópicas ha incluido salpingectomía. Aunque la necesidad de practicar este procedimiento ya es menos frecuente, quedan indicaciones absolutas y relativas para realizarla.

La salpingectomía con o sin ooforectomía del mismo lado está indicada para el tratamiento del -- embarazo ectópico que ha dañado en forma irreparable a la trompa de Falopio. Si bien la gestación -- ectópica rota per se no necesariamente requiere -- salpingectomía, la finalidad en pacientes inestables desde el punto de vista hemodinámico es controlar el sitio hemorrágico con la mayor rapidez. En el tratamiento de embarazo ectópico, la decisión de practicar ooforectomía concomitante del mismo lado, se reserva para aquellos casos en los cuales está -- gravemente afectada la vascularización del ovario.

La evolución adicional en el tratamiento del embarazo ectópico se logró con el desarrollo de técnicas quirúrgicas laparoscópicas (21). La laparoscopia, originalmente utilizada sólo como instrumento de diagnóstico se usa hoy para el tratamiento quirúrgico de casos seleccionados de embarazo ectópico no roto con resultados excelentes (14).

Las técnicas quirúrgicas conservadoras, como salpingostomía lineal, expresión de la fimbria y salpingectomía parcial segmentaria, pueden hacerse bajo la guía laparoscópica. Sin embargo, el uso de técnicas quirúrgicas conservadoras para tratar embarazo ectópico tubario, aún deja a un buen número de pacientes con fertilidad disminuída; además no en todos los casos es posible el tratamiento conservador. Para mejorar la fertilidad futura de las pacientes sobre las de la operación conservadora, así como para desarrollar tratamientos alternos en casos de embarazo ectópico no sometidos a cirugía conservadora, se recomienda quimioterapia (9, 22).

También se ha recomendado tratamiento expectante con posible intervención quirúrgica en caso de hemorragia aguda o falta de resolución espontánea (23, 24).

El análisis epidemiológico puede ayudar a identificar los grupos de población que necesitan más atención.

Aunque el número de casos mortales por embarazo ectópico ha disminuído en años recientes, dicho número podría reducirse aún más, junto con la morbilidad inherente si el diagnóstico y el tratamiento fueran más rápidos. Se dispone de los instrumentos básicos para lograr esto, si bien aún hay posibilidades de mejoría y refinamiento.

Otros dos componentes clave requieren mejoría: concientización tanto entre mujeres como entre profesionales de la salud para ajustar el grado de sospecha de embarazo ectópico, y perfeccionamiento de los sistemas de atención médica para proporcionar acceso rápido y fácil a la asistencia de buena calidad para quien la necesita.

Actualmente en el Centro Médico del Sureste - "El Fénix" existen amplios recursos para el diagnóstico temprano y manejo adecuado del embarazo ectópico, pero se desconoce la epidemiología de este padecimiento en este centro de salud, lo cual motivó a la realización del presente estudio.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron los expedientes clínicos del Archivo Médico del Centro Médico del Sureste "El Fénix", de pacientes que fueron atendidas por presentar embarazo ectópico entre 1985 y 1989 inclusive.

Se recolectaron datos como edad, antecedentes ginecoobstétricos: menarca, ciclos menstruales, inicio de relaciones sexuales, antecedentes de dismenorrea, embarazos, partos, abortos, cesáreas, fecha de última menstruación, métodos de planificación familiar utilizados, tiempos de uso.

Se investigaron también antecedentes quirúrgicos, específicamente de cirugía abdominal, pélvica y tubaria, así como de maniobras instrumentales, ya sea diagnósticas o terapéuticas. Se investigaron antecedentes de esterilidad, causas y tratamientos. En cuanto al padecimiento actual se recolectaron datos como fecha de inicio, tiempo de evolución, signos y síntomas, métodos diagnósticos utilizados y sus resultados. Se investigó también sobre el tipo de cirugía realizada, hallazgos quirúrgicos, evolución postoperatoria, tiempo de estancia hospitalaria, así como reporte de estudios histopatológicos.

Se revisaron también libretas de recolección -

de datos en cuanto a partos, cesáreas y abortos --
propias del servicio de Gineco Obstetricia.

Los datos obtenidos se procesaron estadística-
mente mediante media y desviación estándar.

RESULTADOS.

En el Centro Médico del Sureste "El Fénix" se atendieron 55 casos de embarazos ectópicos entre 1985 y 1989, de los cuales sólo se rescataron 28 expedientes, y del análisis de los mismos se obtuvieron los siguientes resultados.

Se encontró una frecuencia de embarazo ectópico de 4.2 por 1, 000 nacidos vivos para 1985 y de 1.7 por 1, 000 nacidos vivos para 1989.

La edad promedio de presentación varió de 21 a 45 años con una media de \pm 7 años.

Un 11% de las pacientes contaba con antecedentes de cuadros de dismenorrea, y 26 de las 28 presentaban ciclos menstruales regulares. El promedio de embarazos para estas pacientes fué de 3.

Diez de ellas usaban método de planificación familiar al presentar el cuadro de embarazo ectópico, es decir un 37.5%, dos de ellas con método definitivo (obliteración tubaria bilateral); hubo un solo caso de portadora de DIU (Tabla 1).

Tenían antecedentes de infecciones vaginales un 21.4%, y recibieron tratamiento sólo un 66%. Cuatro tuvieron diagnóstico de esterilidad, dos por

factor tuboperitoneal y dos por anovulación, es decir un 14.2% del total de las pacientes.

Hubo antecedentes quirúrgicos en ocho pacientes, 42.8% del total, cuatro de ellas con cirugía abdominal y cuatro con cirugía tubaria. Las cirugías abdominales fueron: cesáreas, esplenectomía, apendicectomía y colecistectomía. En cuanto a la cirugía tubaria, dos fueron salpingoclasia tubaria bilateral y dos salpingectomías por embarazo ectópico anterior.

Un 7% (dos) de las pacientes contaba con antecedente de embarazo ectópico.

La sintomatología que se presentó con más frecuencia fué dolor abdominal en un 96.4%, seguido de sangrado transvaginal en un 62.4% de las pacientes (Tabla No. 2).

Se detectó tumoración en 39.2% de las pacientes y un 50% presentó datos de abdomen agudo a su ingreso al hospital.

Se realizó prueba de embarazo a 12 pacientes resultando positiva en 75% de ellas.

Como métodos diagnósticos se utilizó culdocentesis, exámen bajo anestesia y ecosonograma. La cul

docentesis se realizó en un 46.4% de las pacientes resultando positiva en 92.3%. El exámen bajo anestesia se realizó en nueve pacientes y resultó diagnóstico en el 100% de los casos. Asimismo, el ultrasonido resultó diagnóstico en el 100% de los casos y se realizó en nueve de las 28 pacientes.

No se utilizó laparoscopia ni como método diagnóstico, ni terapéutico.

Un 53.5% de los embarazos se localizaron en la salpinge derecha, mientras que el 46.4% restante se localizó en la salpinge izquierda. No se encontraron localizaciones en otros sitios.

En cuanto al tipo de cirugía, la más frecuente realizada a este grupo de pacientes fué la salpingectomía en 20 de las 28 pacientes, y las ocho restantes fueron sometidas a ooforectomía del mismo lado.

La estancia hospitalaria promedio del grupo de estudio fué de tres días.

Se realizó estudio de histopatología en 21 de las muestras enviadas, de las cuales 1 reportó salpingitis crónica, y en 20 se reportaron embarazos ectópicos.

De 28 pacientes sometidas a cirugía con diagnóstico de embarazo ectópico, se corroboraron 28 - por los hallazgos quirúrgicos encontrados, y 20 casos (75%) fueron corroborados por estudio histopatológico.

TABLA Nº 1.

TIPOS DE ANTICONCEPCION UTILIZADOS.

METODO	NUMERO DE PACIENTES
Local	1
Coito interrumpido	1
Hormonales orales	4
Hormonales inyectables	1
DIU	1
Obliteración tubaria bilateral	2
Total	10

TABLA Nº 2.

SINTOMAS PRESENTADOS Y SU FRECUENCIA.

SINTOMA	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Dolor abdominal	27	96.4 %
Sangrado transvaginal	18	64.2 %
Naúsea	15	53.5 %
Mareo	13	46.4 %
Dolor rectal	3	10.7 %

CONCLUSIONES.

- Es importante hacer notar que las causas de Embarazo Ectópico son muchas y muy variables.
- La gravedad de la patología supera a otras que son de considerar.
- Su efecto sobre la fertilidad posterior tiene una considerable importancia.
- Como consta en la redacción monográfica, la dificultad y oportunidad en el diagnóstico sigue siendo todavía un reto para el clínico, a pesar de los adelantos en la tecnología.
- La frecuencia de Embarazo Ectópico encontrada en el Centro Médico del Sureste "El Fénix" es menor que la reportada para Estados Unidos en años similares.
- Las causas predisponentes fueron las mismas que las reportadas en la literatura mundial.
- El ultrasonido resultó ser el método diagnóstico más fidedigno, seguido de la evaluación clínica.

- El tratamiento oportuno y adecuado es de vital importancia, ya que de esto depende no sólo el futuro en cuanto a fertilidad se refiere, sino además las complicaciones inherentes a la propia patología.

BIBLIOGRAFIA.

1. Sally FD. EPIDEMIOLOGIA DEL EMBARAZO ECTOPICO. - Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1:165-172 1987.
2. Newton J. ECTOPIC PREGNANCY. Br Med J 1988; 10: 633-634
3. Jorgen KJ, Knudsen BL. ECTOPIC PREGNANCY SUBSEQUENT TO LAPAROSCOPIC STERILIZATION. Am J Obstet Gynecol 1989; 160 (5 pt 1):1202-1204
4. Franklin DL. OUTPATIENT MANAGEMENT OF ECTOPIC PREGNANCIES. Am J Obstet Gynecol 1987; 156(6): 1467-1470
5. Bayless RB. EMBARAZO ECTOPICO NO TUBARIO. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 1987; 1:181-187
6. Brumsted J, Kessler C, et al. A COMPARISON OF LAPAROSCOPY AND LAPARATOMY FOR THE TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY. Obst & Gynecol 1988; 71 (6, pt 1):889-892
7. Silva P. A LAPAROSCOPIC APPROACH CAN BE APPLIED TO MOST CASES OF ECTOPIC PREGNANCY. Obst & Gynecol 1988; 72(6):994-996

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

8. Filly R. ECTOPIC PREGNANCY: THE ROLE OF SONOGRAPHY. Radiology 1987; 162(3):661-667
9. Marchbanks PA, Annegers JF. RISK FACTORS FOR ECTOPIC PREGNANCY. JAMA 1988 259(12):1823-1827
10. Russel JB. ETIOLOGIA DEL EMBARAZO ECTOPICO. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 1987; 1:173-179
11. Gochis P, Hasengager C. A SEMIQUANTITATIVE -- HUMAN CHORIONIC GONADOTROPIN ASSAY FOR THE DETECTION OF THE ECTOPIC PREGNANCY. Obst & Gynecol 1988; 71(4):652-655
12. Gretz E, Quaglarello J. DECLINING SERUM CONCENTRATIONS OF THE B-SUBUNIT OF HUMAN CHORIONIC - GONADOTROPIN AND RUPTURED ECTOPIC PREGNANCY. - Am J Obstet Gynecol 1987; 156(4):940-941
13. Harris M, Ansgtuaco T. DIAGNOSIS OF VIABLE - ABDOMINAL PREGNANCY BY MAGNETIC RESONANCE IMAGING. Am J Obstet Gynecol 1988; 159(1):150-151 ,
14. Rubin GL, Peterson HB, et al. ECTOPIC PREGNANCY IN THE UNITED STATES, 1970 THROUGH 1978. JAMA 1983; 249:1725

15. Curran JW. ECONOMIC CONSEQUENCES OF PELVIC -
INFLAMMATORY DISEASE IN THE UNITED STATES. Am J
Obstet Gynecol 1980; 138:848
16. Diamond MP, DeChernay AH. TECNICAS QUIRURGICAS
EN EL TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTOPICO. Clíni-
cas Obstétricas y Ginecológicas 1987; 1:189-196
17. Tait RL. LECTURE ON ECTOPIC PREGNANCY PELVIC -
HEMATOCELE. Birmingham: Journal Printing Works
1888.
18. Timor IE, Yeh MN, et al. THE USE OF TRANSVAGINAL
ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF ECTOPIC -
PREGNANCY. Am J Obstet Gynecol 1989; 161(1):157
-161
19. Shapiro BS. TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DEL EMBA-
RAZO ECTOPICO. Clínicas Obstétricas y Ginecoló-
gicas 1987; 1:215-219
20. DeCherney AH, Diamond MP. LAPAROSCOPIC SALPIN--
GOSTOMY. Obstet Gynecol 1987; 70(6):948-950
21. Shapiro HI, Addler DH. EXCISION OF AN ECTOPIC -
PREGNANCY THROUGH THE LAPAROSCOPE. Am J Obstet -
Gynecol 1973; 117:290

22. Goldstein DP, Goldstein PR, et al. METHOTREXATE WITH CITROVORUM FACTOR RESCUE FOR NONMETASTATIC GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEOPLASMS. Obstet & Gynecol 1976; 48:321
23. Mashiach S, Carp HJA. NONOPERATIVE MANAGEMENT - OF ECTOPIC PREGNANCY. Obstet & Gynecol 1988; 71 (2):171-174