

GOBIERNO DEL DISTRITO
FEDERAL
MEXICO - La Ciudad de
la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE
RECURSOS HUMANOS

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**“ FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO
ECTOPICO ”**

**TRABAJO DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA
PRESENTADO POR**

DR. JORGE DAVID AVENDAÑO MINUTTI

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. SERGIO GARCIA VELAZQUEZ**

-2004-



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

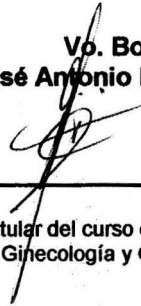
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

“Factores de riesgo en el embarazo ectópico”

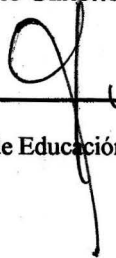
Dr. Jorge David Avendaño Minutti

Vo. Bo.
Dr. José Antonio Memije Neri.



Profesor titular del curso de especialización
en Ginecología y Obstetricia.

Vo. Bo.
Dr. Roberto Sánchez Ramírez

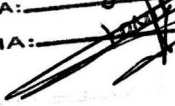


Director de Educación e Investigación.



DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

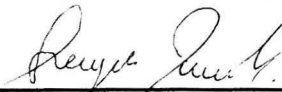
NOMBRE: Jorge David Avendaño
Minutti.
FECHA: 8/10/2004
FIRMA: 

“Factores de riesgo en el embarazo ectópico”

Dr.Jorge David Avendaño Minutti.

Vo. Bo.

Dr.Sergio García Velázquez



Director de Tesis

Medico Adscrito servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital General Milpalta.

INDICE

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	17
Justificación	18
Objetivos	18
Resultados	19
Discusión	21
Conclusiones	23
Bibliografía	24
Anexos	

ANTECEDENTES HISTORICOS

La incidencia de embarazo ectópico en los estados unidos es de 19.7 por 1000 embarazos en 1992 lo cual ha aumentado ya que en 1970 era de tan solo el 4.5 por 1000 embarazos, sin embargo la mortalidad materna a disminuido gracias al diagnostico temprano y tratamiento oportuno, pero sin embargo sigue siendo la principal causa de muerte materna en el primer trimestre, 90% de ellas por hemorragia (1).

Definición. El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera del útero, ocurre mas a menudo en la trompa de Falopio, en 98.3% de los casos(1). De los embarazos ectópicos tubarios, hay implantación ampular en 79.6%; en el istmo 12.3%, en la fimbria 6.3% y el resto, 1.9% en la región intersticial(1). Es rara la nidación ectopica fuera de las trompas de Falopio; solo el 1.4% de los embarazos ectopicos son abdominales, 0.15% ováricos y 0.15% cervicales(1).

Patogenia y Factores de riesgo. El embarazo ectópico se relaciona mas a menudo con factores de riesgo que causan daño tubario y alteración del transporte embrionario. En el que podemos dividir en tres grupos como riesgo alto, moderado y leve.

RIESGO ALTO.

Cirugía tubaría	21.0
Esterilización	9.3

Antecedentes de embarazo ectópico	8.3
Exposición intrauterina a DES	5.6
Dispositivo intrauterino	4.2-45
Alteración patológica tubaría demostrada	3.8-21

RIESGO MODERADO

Infecundidad	2.5-21.0
Antecedentes de infecciones genitales	2.5-3.7
Múltiples compañeros sexuales	2.1

RIESGO LEVE

Cirugía pélvica o abdominal previa	0.93-3.8
Tabaquismo	2.3-2.5
Duchas vaginales	1.1-3.1
Edad temprana en el primer coito (menor de 18 años)	1.6

Alteraciones patológicas tubarias. Por lo general por el antecedente de cirugía, infección pélvica o endometriosis, constituyen el factor de riesgo más sólido de embarazo ectópico(1). Las pacientes con antecedentes de infecciones por gonorrea o clamidia confirmada por análisis serológico, y enfermedad inflamatoria pélvica tienen riesgo relativo aproximado, ajustado doble a cuádruple con respecto al acostumbrado de embarazo ectópico(1). En mujeres con salpingitis demostrada por laparoscopia, la tasa de embarazos ectópicos es de 4.0% en comparación con 0.7% en las mujeres con trompas normales(1). Los ataques

recurrentes de infecciones pélvicas aumentan la posibilidad de oclusión tubaria: 12.8% después de una infección, 35.5% después de dos y 75% en pacientes con tres o más de ellas⁽¹⁾.

ESTERILIZACIÓN TUBARIA. Al igual que con otras formas de cirugía tubaria, la ligadura con daño resultante, conlleva un riesgo relativo aproximado de 9.3 en comparación con testigos embarazadas⁽¹⁾. El peligro de gestación ectópica puede ser más alto después de procedimientos de electrocoagulación que de otras formas de esterilización tubaria, tal vez por recanalización o formación de fístula en 75% de los especímenes de histerectomía de mujeres con ligadura tubaria previa, en las que las trompas se cauterizaron⁽¹⁾.

EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO. Las pacientes con antecedentes de embarazo ectópico tienen seis a ocho veces más probabilidades de otro. Este riesgo aumenta más en proporción con el número de embarazos ectópicos previos⁽¹⁾. Y disminuye con cada gestación intrauterina subsiguiente a la ectópica inicial⁽¹⁾.

DIETILESTILBESTROL(DES). La exposición intrauterina a DES altera la morfología de las trompas de Falopio con tejido mínimo o ausente de fimbrias, un orificio pequeño y disminución de la longitud y calibre del órgano, aumentando 5 veces el riesgo relativo de embarazo ectópico⁽¹⁾.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO. Las usuarias actuales tienen un riesgo relativo de 6.4% para embarazo ectópico en comparación con las testigos gestantes, encontrando un porcentaje más alto de embarazos ectópicos ováricos 5.5%.

INFECUNDIDAD. Aumenta en forma moderada el riesgo de embarazo ectópico el 5.7% de todos los embarazos clínicos resultados de técnicas de reproducción asistida (ART) fueron ectópicos. Estas tasas se calcularon a partir de todas las formas de aquella, como fecundación in vitro (IVF), transferencias intrafalopiana de gametos (GIFT), transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT), pero para 1995 la incidencia disminuyó a 2.8%(1). Y a semejanza de los embarazos ectópicos naturales, la trompa de Falopio es el sitio más frecuente después de IVF: 82.2% tubarios, 92.7% ampulares y 7.3% intersticiales. La extratubaria: 4.6% ovárica o abdominal, 1.5% cervical y 11.7% de embarazos heterotópicos(1). El antecedente de cirugía reconstructiva tubaria (salpingostomía) aumenta el riesgo de embarazo ectópico un 10% más que en pacientes con infecundidad por factor tubario sin antecedentes de cirugía. Las alteraciones patológicas tubarias por enfermedad inflamatoria pélvica, aumentan al séxtuplo la tasa de embarazo ectópico después de IVF. SE ha implicado a los agentes de ovulación, que producen alteración de la función tubaria por cambios hormonales, como causa independiente de embarazo ectópico en mujeres infecundas, como el citrato de clomifeno (2).

ESTILO DE VIDA. Ciertos estilos de vida conllevan un riesgo algo aumentado de embarazo ectópico. Los múltiples compañeros sexuales y la edad temprana en el primer coito aumentan dicho riesgo, también el tabaquismo y la teoría de este

riesgo es que este último altera la inmunidad de las fumadoras, que las predispone a infecciones pélvicas; alteraciones en la motilidad tubaria; las duchas vaginales también se han relacionado con aumento en la frecuencia de embarazo ectópico, tal vez por incremento del global correspondiente de infecciones pélvicas que causan lesión tubaria⁽¹⁾.

NIDACIONES EXTRATUBARIAS.

EMBARAZO ABDOMINAL. La incidencia calculada de embarazo abdominal es de 1 en 8000 nacimientos y de 1.4% en los ectópicos. El pronóstico es malo, con una tasa de mortalidad materna calculada de 5.1 por 1000 casos, 7.7 veces mayor que otras formas de embarazo ectópico⁽¹⁾.

A semejanza de las gestaciones ectópicas tubarias, los factores de riesgo concomitantes con el embarazo abdominal son infecciones pélvicas, embarazo ectópico, endometriosis, antecedente de fecundidad u cirugía tubaria y a diferencia de los tubarios, la amenaza de aborto es un factor de riesgo adicional vinculado. La amenorrea, el dolor en hipogástrico y la hemorragia vaginal son los síntomas más frecuentes y el signo más común es hipersensibilidad abdominal avanzado en casos de hemoperitoneo, presentaciones anómalas, movimientos fetales dolorosos, muerte fetal y trabajo de parto ⁽³⁾

EMBARAZO TUBARIO. Es la forma más frecuente de embarazo abdominal, pero es raro y constituye menos de 3% de todos los ectópicos. Los hallazgos son: dolor abdominal, amenorrea, y hemorragia vaginal anormal. Además inestabilidad

hemodinámica por rotura hasta en 30% de los pacientes. Las mujeres suelen ser jóvenes y multíparas, pero no se conocen las causas, se ha relacionado con el uso de DIU en 20% de los casos en un grupo y 90% en otro, se relaciono en 45.8% con enfermedad pélvica inflamatoria, el diagnóstico se realiza con el histopatólogo ya que la mayoría se confunde con cuerpo lúteo roto.(4)

EMBARAZO CORNUAL (INTERSTICIAL). Constituye 4.7% de los ectópicos y conlleva un riesgo de mortalidad materna de 2.2%. Casi todos los casos se diagnostican después de que la paciente tenga síntomas, como dolor abdominal, amenorrea, hemorragia vaginal anormal y choque por la pérdida sanguínea en la rotura uterina. Debido a la distensibilidad miometrial, la rotura suele retrasarse y sucede de 9 a 12 semanas. Un factor de riesgo único de embarazo intersticial es la salpingectomía (previa, presente en casi 25% de las pacientes(5).

EMBARAZO CERVICAL: Es el que se implanta y desarrolla por completo dentro del conducto cervical. Es una forma rara de gestación ectópica (1/1000 a 1/95000 embarazos). (6,13)

Los criterios descritos por Rubin para considerarlo como tal son los siguientes:

- 1.-Orificio cervical interno cerrado.
- 2.-Orificio cervical externo entreabierto.
- 3.-Trofoblasto firmemente unido al canal endocervical.
- 4.-Tras amenorrea, metrorragia indolora.
- 5.-Cuello blando y engrosado formando con el útero un reloj de arena. (6,13)

Según su evolución clínica:

EMBARAZO ECTÓPICO EN EVOLUCIÓN NO COMPLICADO: Evolución en forma silenciosa, no dura más allá del primer trimestre, generalmente con reabsorción total. Se asume como precursor de un complicado (1,6,7,10).

EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO: 3 SITUACIONES.

- ✓ Muerte ovular precoz: los residuos vellositarios o lesiones del lecho placentario pueden originar reacciones fibrosas tardías que producen obstrucción total o parcial de la trompa (8,10).

- ✓ Aborto tubario: Es la forma más habitual de término del embarazo ectópico. Ocurre más frecuentemente en variedad infundibulares, ampular e ístmico-ampular. La dilatación intramural y la rotura de la mucosa que cubre la gestación produce hemorragia con eliminación de elementos gestacionales hacia la luz tubaria. El hematosalpinx es poco frecuente. Hematocele peritubario. (1,9)

- ✓ Rotura tubaria en variedades ístmicas e intramurales. El sangrado es abundante por rotura de arterias que son ramas del territorio vascular ovárico. El sangrado puede dirigirse al peritoneo, formando un hematocele difuso o cataclísmico o bien acumularse entre las hojas del ligamento ancho, formando un hematoma intraligamentario. (5,9,12,13)

EMBARAZO ECTÓPICO AVANZADO:

Es excepcional, son secundarios como el abdominal puede llegar a etapas avanzadas. De los fetos vivos más de la mitad morirá por deformaciones o malformaciones secundarios a su nutrición deficiente y bajo líquido amniótico. (1 -13)

DIAGNOSTICO

Se basa en:

1.- Antecedentes: factores de riesgo. (1,6,13)

2.- Cuadro clínico : el típico cuadro clínico de embarazo ectópico roto se observa hasta el 50%.

- Anamnesis :retraso menstrual, corta duración 4 a 8 semanas, dolor abdominal o pelviano lateralizado a una de las fosas iliacas y no central como en la del aborto; metrorragia, náuseas, anorexia, sialorrea, tumefacción mamaria, lipotimia y vértigo. (12)

- Exámen físico: estado hemodinámico, en caso de embarazo ectópico complicado hay taquicardia, hipotensión, palidez y sudoración, afebril, signos de embarazo presentes, hemiabdomen inferior con leve distensión, dolor a la palpación, resistencia muscular, Blumberg esbozado. (12,13)

- Exámen ginecológico: pérdida hemática de regular cantidad, cérvix azuloso, útero normal blando y doloroso, con desproporción en relación a las semanas de embarazo. El fondo de saco posterior es muy doloroso, hay una masa anexial unilateral o tumor parauterino, que se ve en 40 a 50% , de consistencia blanda y tamaño variable. (12)

- Durante el primer trimestre:
 - ✓ En evolución: curso silencioso, al exámen ginecológico tinte violáceo característico de la mucosa vaginal y del introito y aumento de volumen intrauterino no proporcional a la semana de embarazo. La ecografía precoz permite la sospecha del diagnostico (13)

 - ✓ Aborto tubario: retraso menstrual, dolor por contracción de la trompa o útero o a irritación del peritoneo. La metrorragia tiene su origen más frecuente en la decidua uterina. (7)

 - ✓ Rotura tubaria. Dolor, irritación peritoneal, y síntomas de hemorragia interna
 - Gestaciones ectópicas avanzadas:
 - ✓ Pueden alcanzar el 2 o 3er trimestre, la mayoría corresponde a embarazo abdominal, rara vez ovárico, tubario o intraligamentosa. Al final del

embarazo puede producir síntomas graves de oclusión intestinal, hemorragia interna o peritonitis aguda.

- ✓ En su evolución coexisten síntomas de gestación normotópica y síntomas peritoneales. (6)

3.-Laboratorio.

.PRUEBA DE EMBARAZO:

- ✓ Cualitativa :Si es positiva implica embarazo, no orienta sitio de implantación. (13)
- ✓ Cuantitativa: Normalmente los niveles de B-HGC, se duplican normalmente cada 1.3 días. Si en dos titulaciones con intervalo de 48 hrs, no existe .(1,6,7,9,12,) incremento de al menos un 66% debe sospecharse de una gestación anormal. El diagnóstico de gestación ectópica se basa en el concepto de un valor discriminatorio para la HGC entre 6000 y 6500 mU/ml sobre el cual la ultrasonografía debería visualizar una gestación intrauterina en más del 90% de los casos, si esto no ocurre indica una alta sospecha de gestación ectópica, confirmandose este diagnóstico en el 86% de los casos
- ✓ En el embarazo ectópico se producen cantidades anormales, no relacionadas con el retraso menstrual y tiende al descenso o no se duplica según lo esperado.
- ✓ Se ha estudiado que la presencia de creatininfosfoquinasa sérica mayor a 70 mIU/dl en el embarazo ectópico podría servir como auxiliar diagnóstico sin ser aún concluyente. (11).

GABINETE:

- ✓ Ultrasonografía: De 5 a 6 semanas se visualiza saco gestacional y a las 7 semanas se confirma la frecuencia cardiaca fetal (FCF). En el embarazo ectópico se observa saco gestacional parauterino con actividad embrionaria en su interior.
- ✓ Tiene una sensibilidad de 87%, en 100% se observa útero vacío, 85% masas parauterinas, 25% líquido en el fondo de saco posterior y en el 55% se observa embrión ⁽¹¹⁾.

CULDOCENTESIS:

- ✓ Se realiza en casos de urgencia cuando es difícil de realizar otros métodos. Se realiza mediante punción de fondo de saco posterior; es positivo si la sangre oscura no coagula con grumos, es negativo si se aspira líquido claro o teñido de sangre por punción de vaso sanguíneo, la sangre es fresca, coagula y no tiene grumo
- ✓ También es positivo en endometriosis, menstruación retrógrada, aborto incompleto ^(1,5,6,13)

LEGRADO UTERINO:

- ✓ En este caso no es utilizado en forma rutinaria; sin embargo, se comprueba la transformación decidual sin vellosidades coriales. Si la B-HGC, se estabiliza e incrementa después del raspado, es diagnóstico de embarazo ectópico.(1,6,9)

LAPAROSCOPIA:

- ✓ Se utiliza cuando otros medios no aclararon el diagnóstico

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

ABORTO: Aquí La hemorragia es profusa y se acompaña de grandes coágulos. El dolor se localiza en la región central del hemiabdomen inferior y es de tipo cólico. El retraso menstrual es mayor y el útero con caracteres gestantes y tamaño acorde. Se establece el diagnóstico con niveles de B-HGC y ecografía. (1,7)

ANEXITIS: Existe el antecedente de infecciones previas, presenta fiebre y leucocitosis elevada. Es menos doloroso y mejora con el tratamiento médico. (6)

TUMORES DE OVARIO :Ausencia de signos y síntomas de gravidez, son indoloros (a menos que se presenten compromiso vascular), y su tamaño no se modifica en exámenes posteriores. (8,9)

MIOMAS: Similar a tumores de ovario, se observa irregularidad en su superficie y deformación del cuerpo uterino. (1)

APENDICITIS AGUDA: El dolor comienza en epigastrio y luego se irradia a fosa iliaca derecha, el signo de Blumberg es positivo, y la diferencia térmica axilorectal es mayor a 10c. (1,6,7,9,12,13)

TRATAMIENTO

El tratamiento se divide en :

Quirúrgico: Radical o Conservador.

Cirugía Radical: De elección en los casos dramáticos de rotura tubaria con gran hemoperitoneo. Con compromiso hemodinámico. Primero estabilizar la hemodinamia, a través de la reposición de volumen. En la laparotomía se deberá identificar la trompa sangrante, comprimir el ligamento infundíbulo pélvico y luego continuar con la salpingectomía. Se debe visualizar el estado de la trompa contralateral, aspirar la sangre y finalmente lavar con solución fisiológica. (1,5,6.)

INDICACIONES DE SALPINGECTOMÍA:

ABSOLUTAS

- Daño irreparable del oviducto
- Compromiso del mesosalpinx

- Alteraciones de irrigación
- Sangrado incontrolable

RELATIVAS

- Trompas demasiado dañadas por cirugía previa
- Embarazo ectópico repetido en trompa ya sometida a cirugía conservadora
- Paridad satisfecha y deseo de esterilización.

Cirugía Conservadora: Actualmente es utilizada como un tratamiento quirúrgico más frecuente para preservar la fertilidad a. Se realiza cuando la paciente se encuentra hemodinámicamente estable. En casos de embarazos no complicados o en aquellos en que la trompa tenga pocas alteraciones anatómicas.

Se indica la realización de laparoscopia en pacientes hemodinámicamente estable y en embarazo ectópico pequeño no roto.

La histerectomía total abdominal se indica en los casos de embarazos cervical, cuando no se logra hemostasia posterior a la realización de legrado instrumental ó a la compresión mediante insuflación del globo de la sonda de foley.

Fertilidad Posterior:

79% En trompa no dañada.

42% En caso de daño a la trompa.

SEGUIMIENTO:

Se realiza medición de B-HGC 1 semana posterior, para saber si se removió trofoblasto, se hace seguimiento con B-HGC cada semana hasta negativizarse. Si la paciente sigue sintomática, y la B-HGC persiste, se realiza nueva laparoscopia.

TRATAMIENTO MEDICO

Se utiliza el Metrotexate, es un antimetabolito que interfiere en la síntesis de DNA por la inhibición de la acción de la dihidrofolato reductasa en la conversión de ácidos dihidrofólico a ácidos tetrahidrofólicos, interrumpen la síntesis de purinas e interfiere la síntesis de DNA evitando la multiplicación celular.

Se indica en caso de embarazo ectópico no complicado, mal rendimiento de la técnica quirúrgica como en el embarazo ectópico cornual y cervical; B-HGC menor de 5000 UI/ml con un aumento de 66% en medición de 48 hrs, que el valor esté estabilizado; sin saco gestacional intrauterino; en embarazo ectópico de diámetro menor de 3.5 cm; líquido en fondo de saco mayor de 100 cc.

Se prescribe en dosis de 50 mg/m² 1 dosis IM, se repite la dosis si en la medición de B-HGC disminuye menos de un 15% del basal, de lo contrario se utiliza dosis única.

Dentro de los efectos adversos del Mextroxate se encuentra estomatitis, gastritis, en raras ocasiones falla hepática, supresión medular.

El 71% conserva permeabilidad tubaria con uso de metotrexate, resultado similar al uso de cirugía.

TRATAMIENTO EXPECTANTE

Es un riesgo por la presencia de complicaciones. Su eficacia es pobre . Se utiliza en los siguientes casos:

- ✓ Hemodinamia estable.

- ✓ Embarazo ectópico menor de 3.5 cm

- ✓ B-HCG menor de 1000 Mui/ ML. El estudio de Fernández, muestra que con este valor hay resolución espontánea; valores mayores de 2000 de B-HCG tiene 75% de riesgo de complicación, menor de 1000 el riesgo es de un 20 a 25% (1,12,13)

- ✓ En caso de que no se pueda utilizar la cirugía o el metrotexate.

- ✓ Se debe realizar seguimiento con B-HCG. (1,7)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la literatura mundial el embarazo ectópico tiene una frecuencia del 0.5 al 2%, la cual no se ha modificado desde la última década. En México, considerando los trabajos realizados en la Secretaría de Salud esta patología se presenta en 1:245 nacimientos (tasa de 4.0/1000) y del total de embarazos en 1:285 (tasa de 3.5/1000).^(5,6,7)

La trascendencia de esta patología radica en sus complicaciones (ruptura, hemorragia, anemia aguda, estado de choque, pelviperitonitis, sépsis), por lo que es de vital importancia realizar un diagnóstico oportuno considerando el cuadro clínico, los exámenes de laboratorio y gabinete; siendo indispensable conocer los factores de riesgo que se relacionan con este padecimiento.^(5,6,7,12)

En la actualidad se cuenta con múltiples adelantos tecnológicos, los cuales, desafortunadamente no son aplicables a todas las pacientes debido a que la mayoría de ellas acuden al hospital en etapas avanzadas de la patología, cuando las complicaciones se hacen presentes, lo cual repercute directamente incrementando la morbilidad y afectando su futuro reproductivo.

Finalmente el tratamiento establecido será de acuerdo a las características clínicas en el momento del diagnóstico, pudiendo ser desde médico hasta quirúrgico.⁽¹³⁾

HIPÓTESIS

Existen algunos factores relacionados con la presencia de embarazo ectópico.

JUSTIFICACIÓN

Considerando diversos reportes de la literatura mundial, según Fernández,(7) embarazo ectópico tiene una frecuencia que oscila del 0.4% al 2% lo cual puede hacer que se considere un problema poco frecuente; sin embargo, la gravedad de las complicaciones por este evento y las limitantes que puede condicionar para la vida reproductiva de la mujer, hace importante la identificación de aquellas circunstancias que favorecen el desarrollo de esta patología.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar los factores de riesgo involucrados en el embarazo ectópico de las pacientes asistidas en el Hospital General de Milpa Alta.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1.-Conocer los factores de riesgo relacionados con embarazo ectópico.
- 2.-Determinar la incidencia de embarazo ectópico en el Hospital General de Milpa Alta.

- 3.-Identificar los signos y síntomas en embarazo ectópico.
- 4.-Señalar los métodos diagnósticos útiles en embarazo ectópico.
- 5.-Establecer el sitio anatómico de implantación del embarazo ectópico
- 6.-Describir el tratamiento empleado en este padecimiento.
- 7.-Referir las complicaciones presentadas en esta patología.

RESULTADOS

Durante el período de estudio que abarcó de Junio del 2000 al 31 de julio del 2003, se atendieron en el Hospital General de Milpa Alta a 163 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, lo que representa una incidencia del 0.2%, es decir 2.2 casos por cada 1000 embarazos.

El rango de edad en el grupo de estudio abarcó de los 16 a los 39 años con un promedio de 28 años DE+- 5.5. años. Fig 1

En cuanto al número de embarazos el rango fue de 1 a 10, siendo el promedio de 3 DE+- 1.6. Fig 2

Los antecedentes que se encontraron con mayor frecuencia fueron: cervicovaginitis 71 (43.5%), enfermedad pélvica inflamatoria 68 (41.7%), cirugías abdominales (no obstétricas) 67 (41.1%), uso de DIU 49 (30%), cesárea 44 (27%), aborto 33 (20.2%), esterilidad 20 (12.2%), hormonales orales 18 (11%) y oclusión tubaria bilateral en 15 (9.2%), embarazo ectópico previo 6 (3%) Fig 3-8

Los signos y síntomas más comunes fueron: dolor 152 (89.2%). Retraso menstrual 131 (80.3%), y sangrado transvaginal 121 (74.2%). Fig 9}

La edad gestacional promedio en la que se realizó el diagnóstico fue de 9 semanas DE ± 4.8 apoyado por lo datos clínicos en 145 pacientes (89%), ultrasonido en 98 pacientes (60%), y fracción Beta positiva en 48 (29.4%) , laparoscopia diagnóstica en 10 (6.1%), culdocentesis en 9 (5.5%). Fig 10

El tratamiento en todos los casos fue quirúrgico, predominando la salpingectomía en 107 casos (65.6%), salpingooforectomía 38 (23.3%), fimbrectomía 7 casos (4.3), histerectomía total abdominal en 7 casos (4.3%) Fig 11

El orden de presentación de acuerdo al sitio de implantación fue: ampular en 133 casos (81.6%), fímbrico 13 (8%), ístmico 9 (5.5%), abdominal 3 (1.8%), de los cuales uno fue heterotópico , ovárico 3 (1.8%) y cervical 2 (1.2%). Fig 12

El embarazo ectópico se encontró roto en 136 casos (83.4%) y el promedio de hemoperitoneo fue de 585 ml con un rango de 0 a 7500 ml

No se encontró mortalidad en el grupo de estudio.

DISCUSIÓN

Se observó que en el Hospital General de Milpa Alta la frecuencia de embarazo ectópico es menor que la reportada en la literatura mundial (0.5-2%); según el estudio realizado por Fernández. (7)

En relación a los factores de riesgo se encontró que el rango de edad de mayor afectaciones de 23 a 33 años, lo que coincide con los reportes internacionales (1,6,7)

También se observó en las pacientes estudiadas que el promedio de embarazos al presentar un embarazo ectópico fue de 3.

En cuanto a otros factores relacionados encontramos con mayor frecuencia a los procesos infecciosos (cervicovaginitis y enfermedad pélvica inflamatoria), las cirugías abdominales tanto obstétricas como no obstétricas y el uso de dispositivo intrauterino, los cuales son antecedentes que pueden ser identificados desde la primer entrevista con la paciente y puede auxiliarnos para la sospecha del diagnóstico considerando a la vez la triada dolor, sangrado transvaginal y retraso menstrual.

Respecto al tiempo de retraso menstrual se encontró que el promedio de edad al diagnóstico fue de 9 semanas, lo que difiere de la literatura (1,7,12,13); ya que se incluyeron un caso de embarazo heterotópico y 2 embarazos abdominales.

El tratamiento en todos los casos fue quirúrgico ya que la situación clínica de la paciente no permitió el manejo conservador (ruptura, choque, sitio de implantación), además de que la mayoría desconocía la existencia del embarazo a pesar del retraso menstrual.

El sitio anatómico de mayor presentación fue a nivel ampular, aunque se cuenta con casos en todos los sitios posibles.

A pesar del promedio de hemoperitoneo (585 ml), afortunadamente la mortalidad en el grupo de estudio fue de cero, lo que habla del oportuno diagnóstico y tratamiento.

CONCLUSIONES

En este estudio llevado a cabo en el Hospital General de Milpa Alta en el periodo comprendido entre el 1º de junio del 2000 al 31 de julio del 2003, se encontró una frecuencia de embarazo ectópico menor a la reportada en la literatura internacional.

Se detectaron los factores de riesgo con la presentación de dicha patología, teniendo entre los más frecuentes las infecciones cervicales y pélvicas, así como las cirugías abdominales, el uso de dispositivo intrauterino y el antecedente de embarazo ectópico.

Gracias a esto es posible realizar un diagnóstico oportuno, así como un adecuado tratamiento en etapas tempranas, para que de esta forma se eviten el mayor número de complicaciones dentro de las cuales, no se reportó mortalidad.

Es importante resaltar la importancia que tiene el acudir con un médico para la valoración de la paciente ante la sospecha de embarazo ya que desde un principio se puede descartar o confirmar mediante métodos auxiliares si la localización del embarazo es dentro o fuera del útero.

BIBLIOGRAFÍA

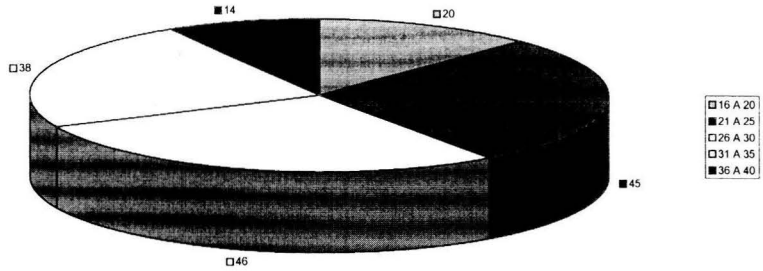
- 1.-Martínez BJ, Basase ME, Rodríguez CP. Embarazo ectópico. Revista médica de Santiago. 2000; 12:1-8
- 2.-Klipstein S, Oskowitz SP. Bilateral ectopic pregnancy after transfer of two embryos. Fertil Steril. 2000;5:887-888.
- 3.-Ryan MT, Saldana B. Bilateral Tubal ectopic pregnancy:a tale of caution. Acad Emerg Med 2000; 10:1160-
- 4.-Yarali H, Bukulmez O, Gurgan T. Combined bilateral ectopic and intrauterine pregnancy following ovulation induction with the low- dose sep- up protocol in a patient with polycystic ovary syndrome. Arch Gynecol Obstet 2000 1:37-38
- 5.-Ospina MM, Embarazo ectópico tubario, diagnóstico y tratamiento laparoscópico. Experiencia del Hospital de la Mujer. 1996.
- 6.-Rico EL. Embarazo ectópico. Estudio de 100 casos en el Hospital de la mujer. 1996.
- 7.-Fernández H, Frydman R. Embarazo ectópico. En :Cuadernos de Medicina Reproductiva. Panamericana. Madrid.1996
- 8.-Perloe MD, Sills MD. Ectopic pregnancy. Obgyn. Net. 1996-2000:1-2
- 9.-Diaa EI, Mowafi MD . Ectopic pregnancy. Obgyn. Net 1996-2001:1-11
- 10.-Coste J, et al. Recent declining trend in ectopic pregnancy in France: evidence of two clinicepidemiologic entities. Fertil Steril. 2000;5:881-886.

11.-Coste J, Bouyer J, Fernández H, Pouly JL, Job-Spira N. A population based analytical approach to assessing patterns, determinants, and outcomes of health care with application to ectopic pregnancy. Med Care. 2000; 7:739-749.

12.-Diamont MP, Decherney HA. Embarazo ectópico. En : Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. 1991.

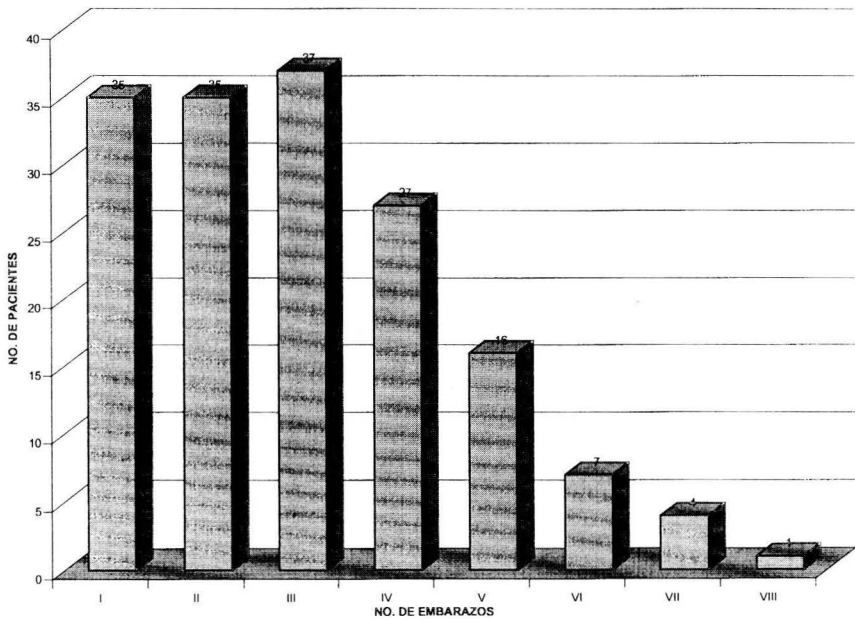
13.-González MJ, Del Sol JR. Embarazo ectópico. En : obstetricia, 4ª edición . Sivat. Barcelona; 1992:330-348.

FIGURA 1. DISTRIBUCION POR QUINQUENIOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO



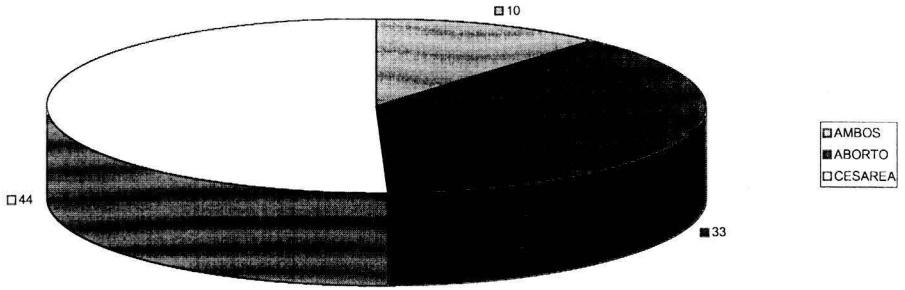
FUENTE: Archivo clínico del Hospital General de Milpa Alta

FIGURA 2. DISTRIBUCION POR NUMERO DE EMBARAZOS



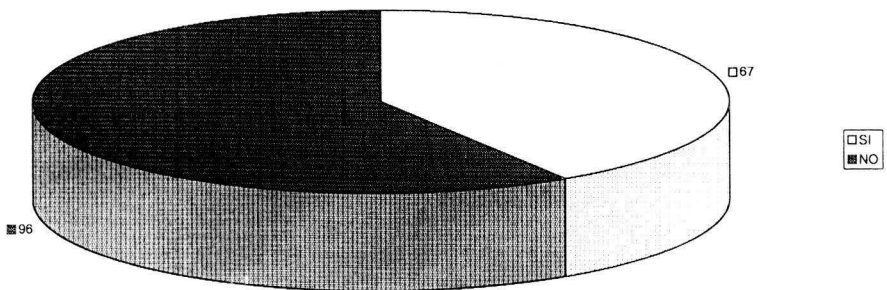
FUENTE: Archivo Clínico del Hospital General de Milpa

FIGURA 3. PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ABORTO Y/O CESAREA



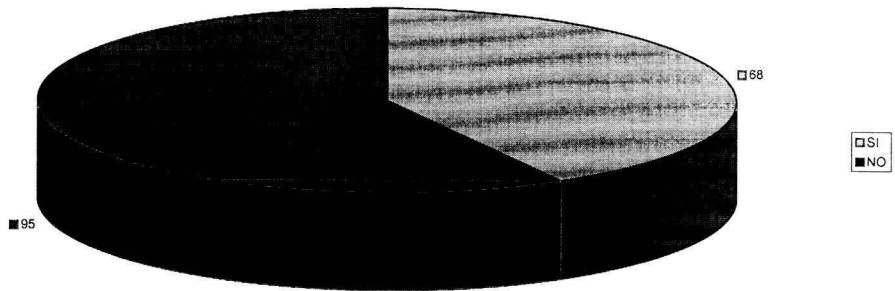
Fuente: archivo clínico del Hospital General de Milpa Alta

FIGURA 4. PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CIRUGIA ABDOMINAL



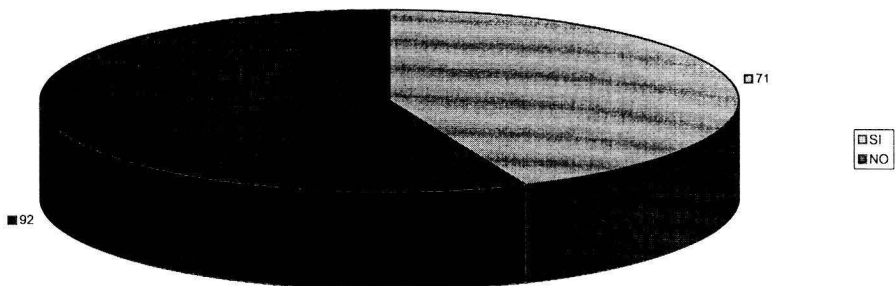
Fuente: archivo clínico del Hospital General de Milpa

FIGURA 5. PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA



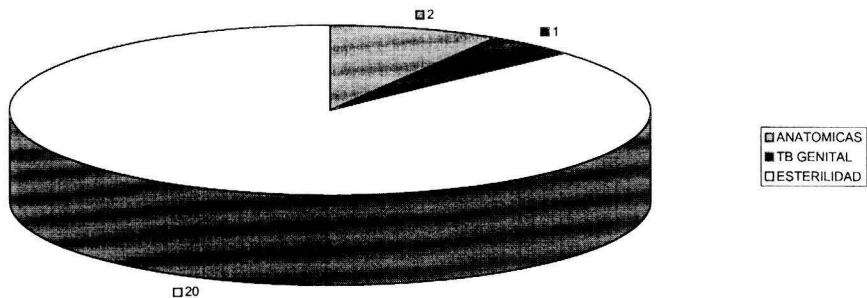
Fuente: archivo clinico del Hospital General deMilpa Alta

FIGURA 6. PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CERVICOVAGINITIS



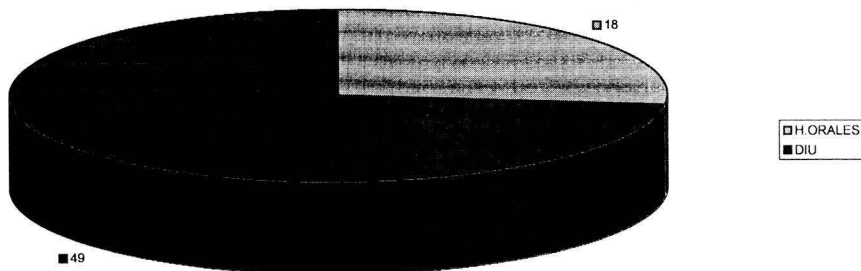
Fuente: archivo clinico del Hospital General deMilpa Alta

FIGURA 7. PACIENTES CON OTROS FACTORES DE RIESGO



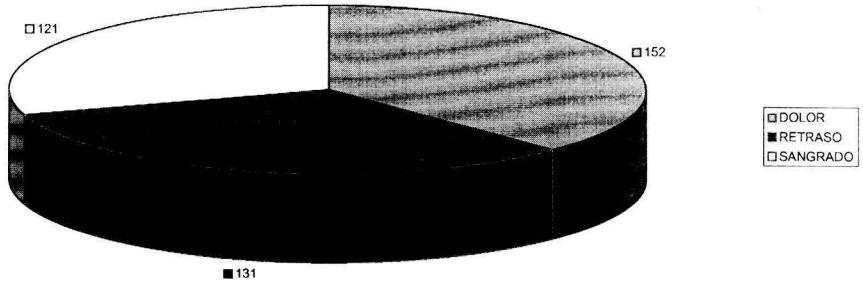
Fuente: archivo clínico del Hospital General de Milpa Alta

FIGURA 8. METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



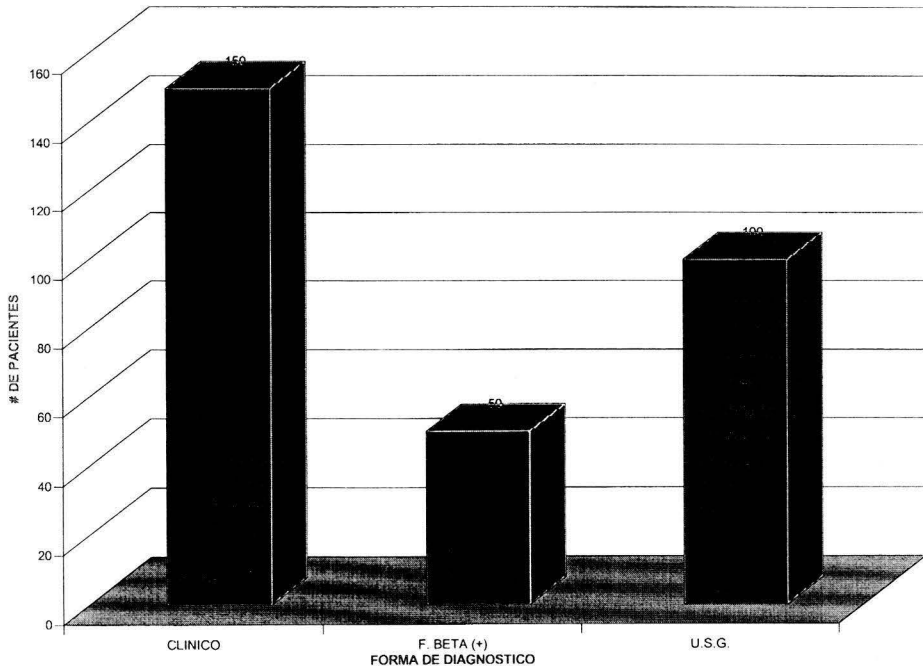
Fuente: archivo clínico del Hospital General de Milpa Alta

FIGURA 9. SINTOMAS PRESENTADOS EN EMBARAZO ECTOPICO



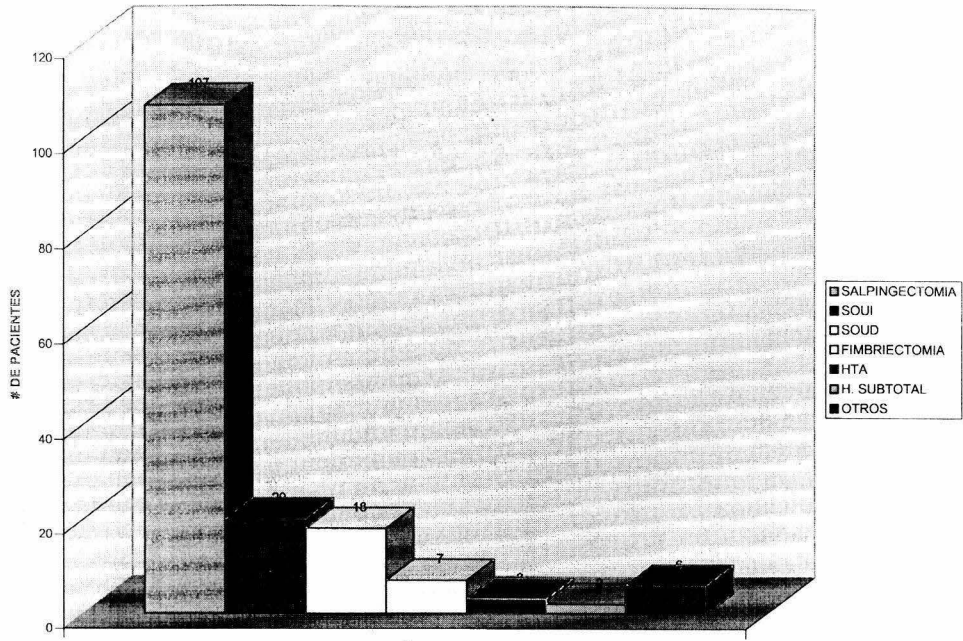
Fuente: archivo clinico del Hospital General deMilpa Alta

FIGURA 10. FORMAS DE DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO



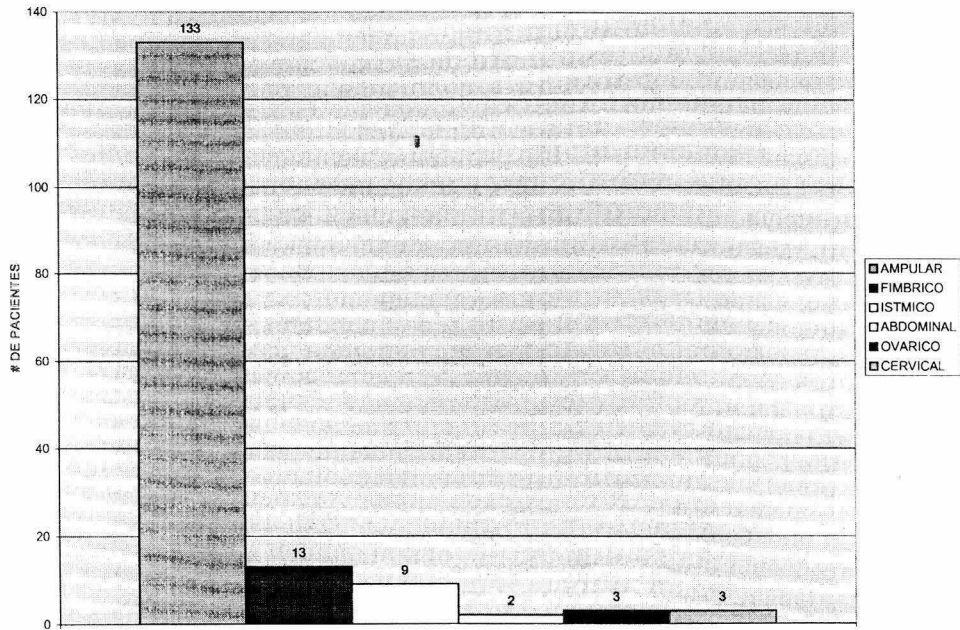
Fuente: archivo clinico del Hospital General deMilpa Alta

FIGURA 11. FORMAS DE TRATAMIENTO



1
FORMA DE TRATAMIENTO
Fuente: archivo clínico del Hospital General de Milpa Alta

FIGURA 12. SITIO DE IMPLANTACION DEL EMBARAZOECTOPICO



1
SITIO DE IMPLANTACION
Fuente: archivo clínico del Hospital General de Milpa Alta