



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

RELACION ENTRE CIRUGIA PELVICA Y LA
OCURRENCIA POSTERIOR DE EMBARAZO
ECTOPICO (*Revisión de 5 años*)

TESIS

Que para Obtener el Post-grado en:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Dr. Cutberto Domínguez Quevedo

ASESOR

Dr. Reynaldo Alfonso Vargas Robles



Veracruz, Ver.

1989.



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.

I.-INTRODUCCION

INDICE

del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina (1, 2,3). Cerca del 95 por ciento se implanta en las trompas de Falopio y el 5 por ciento restante fuera de ellas, con una mortalidad del 20 por ciento (4).

En los últimos años ha aumentado la incidencia del embarazo ectópico, hasta triplicarse (5,6) teniendo consecuencias devastadoras para el potencial reproductivo, cursando con diseminación de la fertilidad del 10 por ciento (7,8).

La causa es todavía incierta, pero se han señalado algunos factores de riesgo cuando alteran algunos mecanismos de transporte tubárico, como el embarazo ectópico (9,10) aunque la incidencia de embarazo ectópico posterior a la esterilización por salpingoclasia es pequeña, si ésta falla la incidencia de embarazo ectópico se incrementa a un 15-20 por ciento (11), con una proporción de 1:7 con el resto de pacientes esterilizadas que se embarazaron (12,13).

I.-	INTRODUCCION	.....	1
II.-	MATERIAL Y METODOS	.....	3
III.-	RESULTADOS	.....	5
IV.-	DISCUSION	.....	13
V.-	CONCLUSION	.....	15
VI.-	RESUMEN	.....	16
VII.-	BIBLIOGRAFIA	.....	17

I.-INTRODUCCION

Se llama embarazo ectópico a la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial (1, 2,3). Cerca del 95 por ciento se implanta en las trompas de Falopio y el 5 por ciento restante fuera de ellas, - con una mortalidad del 20 por ciento probablemente por sus dificultades diagnósticas (3,4).

En los últimos años ha aumentado la incidencia del embarazo ectópico, hasta triplicarse (3,5) teniendo consecuencias devastadoras para el potencial reproductor femenino, cursando con disminución de la fertilidad hasta en un 50 por ciento. (3,6).

La causa es desconocida, pero se han señalado algunos factores de riesgo, cuando alteran los mecanismos de transporte tubario, destacando entre estos la infección (7,8).

Otros factores de riesgo que han coincidido con éste aumento, son las cirugías pélvicas previas al embarazo ectópico, de estas, la esterilización tubaria es un factor bien conocido (9,10) aunque la incidencia de embarazo ectópico posterior a la esterilización por salpingoclasia es pequeña, si ésta falla la incidencia de embarazo ectópico se incrementa a un 15-20 por cien (11), con una proporción de 1:7 con el resto de pacientes esterilizadas que no se embarazan (12,13).

En el embarazo cervical, el factor de riesgo mas constante es el antecedente de legrado uterino instrumental (3). El embarazo ectópico después de histerectomía total es raro, hay varios casos descritos en la literatura, estos se presentan generalmente meses o años después del acto quirúrgico. El requisito de esto es la recanalización tubaria o la fistulización del remanente de trompa a la vagina (15).

El embarazo ectópico es una de las verdaderas urgencias obstétricas, que requieren de un diagnóstico oportuno. En los últimos años se ha incrementado probablemente por un diagnóstico mas certero, sin embargo las lesiones permanentes a la fertilidad de la mujer y en algunos casos la misma muerte aun son importantes.

Ya que desconocemos un factor etiologico específico del problema el objetivo del estudio es buscar en nuestro medio, entre otros factores de riesgo, si la cirugía abdominal previa, predispone de manera importante a la concurrencia de embarazo ectópico, y así facilitar un diagnóstico mas temprano y mejorar la morbimortalidad del embarazo ectópico en nuestra población de rechahabiente.

II.-MATERIAL Y METODO

Los datos recopilados fueron:

El estudio se llevó a cabo en forma retrospectiva en el Centro Medico Nacional de Veracruz del Instituto Mexicano del Seguro Social en un periodo de 5 años.

Fueron revisados 128 expedientes clinicos de los cuales solamente se incluyeron los que llenaron los siguientes requisitos:

- 1.-que tuvieran diagnóstico de embarazo ectópico
- 2.-que fueron atendidos en esta unidad
- 3.-que tuvieran expediente clinico vigente
- 4.-que tuvieran corroboración diagnóstica por el departamento de anatomía patológica de la Unidad.

Se excluyeron 30 pacientes que no llenaron los requisitos anteriores, la revisión se hizo del mes de enero de 1983 al mes de diciembre de 1987.

Los Datos se obtuvieron del departamento de Anatomía patológica y del archivo Clinico de la Unidad.

Los datos recopilados fueron:

- Edad
- Estado civil
- Ocupación
- medio socioeconómico
- antecedentes quirúrgicos
- antecedentes obstétricos
- método anticonceptivo
- Diagnóstico de primera intención
- sitio de lesión
- tratamiento efectuado.

Tabla 1.

El método de análisis es descriptivo con la presentación de cuadros, porcentajes, promedios aritméticos y desviación estandar.

	CASOS	PORCENTAJE
11 - 15	0	0.0
16 - 20	1	1.0
21 - 25	24	24.5
26 - 30	24	24.5
31 - 35	23	23.5
36 - 40	18	18.4
41 - 45	2	2.0
<hr/>		
Total	98	100.00
<hr/>		

El promedio aritmético fue de 29.47 años.
La desviación estandar fue de 5.905 años.

III.-RESULTADOS

En 5 años se encontraron 128 casos de embarazo ectópico de los cuales se incluyeron 98 en el estudio correspondiendo:

Unión libre	37 casos (3.08 por mes) a 1984.
Solteras	19 casos (1.58 por mes) a 1985.
Ignoradas	21 casos (1.75 por mes) a 1986.
	22 casos (1.83 por mes) a 1987.

En la literatura se reporta un aumento en la incidencia del embarazo ectópico, en nuestro hospital la tendencia es a disminuir.

TABLA I

EDAD DE LAS PACIENTES

ANOS	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
11 - 15	0	0
16 - 20	4	4.0
21 - 25	24	24.5
26 - 30	28	28.6
31 - 35	22	22.5
36 - 40	18	18.4
41 - 45	2	2.0
Total	98	100.00

El promedio aritmético fué de 29.61 años.
La desviación estandar fué de 5.965 años.

TABLA II

FACTOR SEXUAL - SOCIAL

Estado civil	No. paciente	por ciento
Casadas	64	65.3
Unión Libre	14	14.3
Solteras	6	6.1
Ignorados	14	14.3
Total	98	100.00

TABLA III

OCUPACION

Ocupación	No. pacientes	por ciento
Amade casa	78	79.6
empleada	4	4.1
estudiante	2	2.0
secretaria	2	2.0
profesionista	2	2.0
Ignorados	10	10.3
Total	98	100.00

TABLA IV
PRESENTACION DE VIDA SEXUAL ACTIVA

EDAD	No/PACIENTES	PORCIENTO
10 - 15	8	8.2
16 - 20	44	44.9
21 - 25	30	30.6
26 - 30	12	12.2
31 - 35	4	4.1
Total	98	100.00

Tabla V

EMBARAZO ECTOPICO EN RELACION CON GESTACIONES

GESTAS	No.PACIENTES	PORCIENTO
I	18	18.4
II	28	28.6
III	28	28.6
IV	18	18.4
mas	6	6.0
Total	98	100.00

TABLA VI

EMBARAZO ECTOPICO Y No.PARTOS PREVIOS

PARTOS	No.PACIENTES	PORCIENTO
0	24	24.5
I	24	24.5
II	24	24.5
III	18	18.4
IV	6	6.1
mas	2	2.0
<hr/>		
Total	98	100.00

TABLA VII

METODO ANTICONCEPTIVO USADO

METODO	NUMERO	PORCIENTO
HORMONALES		
ORALES	12	12.2
HORMONALES		
INYECTABLES	2	2.0
D/I/U	16	16.3
SALPINGOCLASIA	6	6.2
LOCALES	2	2.0
NINGUNO	32	32.7
IGNORADOS	28	28.6
<hr/>		
Total.	98	100.00

TABLA VIII

ANTECEDENTES QUIRURGICOS		
	NUMERO	PORCIENTO
NEGADOS	52	53.1
POSITIVOS	46	46.9
UNA VEZ	40	40.8
2 o MAS	6	6.1

TOTAL	98	100.00

TABLA IX

ANTECEDENTES QUIRURGICOS POR EDAD		
EDAD	No. PACIENTES	PORCIENTO
11 - 15	0	
16 - 20	8	22.2
21 - 25	10	27.8
26 - 30	10	27.8
31 - 35	8	22.2

TOTAL	98	100.00

EL promedio aritmético fué de 25.5 años

La desviación estandar fué de 5.33 años

TABLA X

TIPO DE CIRUGIA PREVIA AL EMBARAZO ECTOPICO		
CIRUGIA	No. CASOS	PORCIENTO
CESAREA	10	21.7
SALPINGOCLASIA	8	17.3
APENDICECTOMIA	4	8.7
QUISTE OVARIO	2	4.4
EMB/ ECTOPICO	12	26.0
NEFRECTOMIA	2	4.4
HERNIOPLASTIA	4	8.7
COLECISTECTOMIA	2	4.4
LAPAROSCOPIA	2	4.4
TOTAL	46	100.00

TABLA XI

ANTECEDENTES QUIRURGICOS EN AÑOS PREVIOS AL E. ECTOPICO		
AÑOS	No. PACIENTES	PORCIENTO
1-3	22	47.8
4-6	14	30.4
7-9	4	8.7
10-12	4	8.7
13-15	2	4.4
TOTAL	46	100.00

El promedio aritmético fué de 4.73 años
 La desviación estandar fué de 3.38 años.

TABLA XII

DIAGNOSTICO DE PRIMERA INTENCION		
DIAGNOSTICO	No. PACIENTES	PORCIENTO
EMB. ECTOPICO	78	79.6
APENDICITIS	8	8.3
QUISTE TORCIDO	4	4.1
ANEXITIS	2	2.0
SANGRADO ANORMAL	2	2.0
FOLICULO ROTO	2	2.0
PERFORACION UTERINA	2	2.0
TOTAL	98	100.00

TABLA XIII

SITIO DE IMPLANTACION		
LUGAR	No. CASOS	PORCIENTO
FIMBRIA	14	14.3
ITSMO	14	14.3
AMPULAR	16	16.4
CORNUAL	2	2.0
TROMPA SIN SITIO ESPECIFICADO	50	51.0
OVARIO	2	2.0
TOTAL	98	100.00

Tabla XIV

TRATAMIENTO EMPLEADO		
TIPO	No. PACIENTES	PORCIENTO
SALPINGECTOMIA	82	83.7
FIMBRIECTOMIA	4	4.1
SALPINGOOFORRECTOMIA.	10	10.2
SALPINGOSTOMIA	2	2.0
<u>Y ADEHERENSIOLISIS</u>		
TOTAL	98	100.00

Entre los 10 y 20 años (49.9 por ciento)

La frecuencia de embarazo ectópico fue menor en fimbriectomía y en gran medida en salpingectomía y salpingooforectomía que fue de 20.6 por ciento.

En la tercera parte de las pacientes usó un método anticonceptivo, de estos el DIAPHRAGMA INTRAUTERINO fue el más usado con una 16.3 por ciento, otra tercera parte no usó ningún método, la otra tercera parte es ignorante.

Los antecedentes quirúrgicos fueron positivos en cerca de la mitad de los casos con un 46.9 por ciento la mayor frecuencia fue entre los 21 y 30 años con un 17.8 por ciento con un promedio de edad de 25.5 años con una desviación estándar de 5.33 años.

La cirugía previa más frecuente fue presencia de embarazo ectópico con un 26 por ciento.

La cirugía de otro grupo el 30. lugar con un 21.7 por ciento y la salpingectomía un 17.3 por ciento.

IV.- DISCUSION

Se revisaron 128 expedientes de los cuales se incluyeron solo 98 en el estudio.

La edad promedio fué de 29.61 años con una desviación estandar de 5.965.

El estado civil aparentemente no tiene relación fisiopatologica importante, siendo casadas la mayoría (65.3), y ocupación amas de casa en un 79.6 por ciento, con un medio socioeconomico bajo en un 72.5 por ciento.

La iniciación de la vida sexual activa fué baja en los extremos de la vida, con una mayor frecuencia entre los 16 y 20 años (44.9 por ciento)

La frecuencia de embarazo ectópico fué menor en primigestas y en grandes multiparas, que en secundigestas y trigestas que fué de 28.6 por ciento.

Una tercera parte de las pacientes usó un método anticonceptivo, de estos el DISPOSITIVO INTRAUTERINO fué el mas usado con una 16.3 por ciento, otra tercera parte no usó ningún método, la otra tercera parte se ignora.

Los antecedentes quirúrgicos fueron positivos en cerca de la mitad de los casos con un 46.9 por ciento. La mayor incidencia fué entre los 21 y 30 años con un 27.8 por ciento con un promedio de edad de 25.5 años con una desviación estandar de 5.33 años.

La cirugía previa mas frecuente fué precisamente otro embarazo ectópico con un 26 por ciento. La operación cesárea ocupó el 2o. lugar con un 21.7 por ciento y la salpingoclasia un 17.3 por ciento.

El tiempo entre la cirugía previa y la aparición de embarazo ectópico fué de 1 a 3 años con una - 47.8 por ciento, disminuyendo con el tiempo. El promedio fué de 4.73 años con una desviación estandar de 3.38 años.

El diagnóstico de primera intención fué en su mayoría la de embarazo ectópico con un 79.6 por ciento. El sitio de implantación fué en la trompa en mas del - 98 por ciento siendo mas frecuente en la región ampular con un 16.4 por ciento.

El tratamiento empleado fué quirúrgico siendo agresivo en un 98 por ciento, con salpingectomía en un 83.7 por ciento, y solo 2 por ciento fué conservador con salpingostomía y adherenciólisis.

No se encontró ninguna defunción reportada.

4. Se corroboró que mas del 95 por ciento ocurren en las trompas de Falopio.

5. Concluimos que la cirugía pélvica previa sí puede tener una importante relación en la fisiopatología del embarazo ectópico en nuestro medio.

V.-CONCLUSION

- 1.-El total de embarazos ectópicos en 5 años fué de 128, aproximadamente 1 cada 15 días, con tendencia a disminuir en años recientes.
- 2.-El antecedente de cirugía abdominal previa fué muy importante con un 46.9 por ciento, esto es significativo en nuestro medio hospitalario -- cuando se piensa en un diagnóstico de emb. ectópico.
- 3.-La edad promedio fué de 29.6 años con una desviación estandar de 5.96 años.
- 4.*se corroboró que mas del 95 por ciento ocurren en las trompas de falopio.
- 5.-concluimos que la cirugía pélvica previa sí - puede tener una importante relación en la fisiopatología del embarazo ectópico al menos en nuestro medio.

VI.-RESUMEN

Se revisaron 128 expedientes de embarazo ectópico en un periodo de 5 años. La edad promedio fué de 29.6 años, la mayoría fueron mujeres casadas (65.3 por ciento). La mayoría fué de medio socioeconómico bajo (71.4 por ciento). Amas de casa fué la principal ocupación (79.5 por ciento). Casi la mitad de las pacientes (46.9 por ciento) tuvieron antecedentes de cirugía abdominal previa al embarazo ectópico, siendo precisamente el antecedente de otro embarazo ectópico la cirugía más frecuente (26 por ciento) y la cesarea la segunda con (21.7 por ciento). El diagnóstico clínico fué -- hecho (78 por ciento) de los casos. El tratamiento fué quirúrgico 100 por ciento, de los cuales solo el 2 por ciento fué conservador. Total de embarazos ectópicos en 5 años fué 128; 2.13 por mes.

10. - Moore J.S. et al: Failed tubal sterilization as an etiology factor in ectopic tubal pregnancy. *Fertil Steril* 29:326, 1979

11. - Bergant J. et al: Recurrent ectopic pregnancy after tubal sterilization. *Obstet Gynecol* 68:448, 1986

12. - Benteimou Y. et al: Ectopic pregnancy after Sterilization. *JAMA* 231:2532, 1994

13. - McCausland L. et al: High rate of ectopic pregnancy following laparoscopic tubal coagulation failures: incidence and etiology. *AM J Obstet Gynecol* 130:97, 1982

14. - Garcia Dominguez M: Retarazo ectópico en trompa única y tratamiento de la paciente con embarazo ectópico subapical. *Rev Obstet Ginecol* Vol 1:213, 1987

15. - Tubal Sterilization, M/ et al. Tubal pregnancy after sterilization. *Obstet Gynecol* 1982 and *Gynecology* 34:1, 1982

VII.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Sally Faith Dorfman et al: Epidemiología del embarazo ectópico. Clin Obstet Ginec 1987, I: 165
- 2.- Svensson et al: Ectopic pregnancy and antibodies to chlamydia trachomatis. Fertil Steril 44: 313, 1985
- 3.- Romaine BB et al: Embarazo ectópico no tubario. Clin Obstet Ginecol I: 181, 1987
- 4.- Dorfman SF et al: Ectopic pregnancy mortality, United States 1979 to 1980. Obstet Ginecol 1984: 64, 386
- 5.- Loffer Pd, et al: The increasing problem of ectopic pregnancy and its impact of patients and physicians J reprod Med 1986, 31: 74
- 6.- B.A. Mueller et al: Tubal pregnancy and the risk of subsequent infertility. Obstet Gynecol Mayo 1987, 69 (5): 722-6
- 7.- Rubin GL et al: Ectopic pregnancy in United States 1970 thorough 1978 JAMA 1983, 249: 1725
- 8.- Persaud Y, et al: Etiology of tubal ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 36: 257, 1970
- 9.- DeStefano F, et al: Risk of ectopic pregnancy following tubal sterilization. Obstet Gynecol 60: 326, 1982
- 10.- Honore LH, et al: Failed Tubal sterilization as an etiology factor in ectopic tubal pregnancy. Fertil Steril 29: 326, 1979
- 11.- Margaret R, et al: Recurrent ectopic pregnancy after tubal sterilization. Obstet Gynecol 68: 44S, 1986
- 12.- DeStefano F, et al: Ectopic pregnancy after Sterilization. JAMA 251: 1432, 1984
- 13.- McCausland A, et al: High rate of ectopic pregnancy following laparoscopic tubal coagulation failures: Incidence and etiology AM J Obstet Gynecol 136: 97, 1980
- 14.- Gabriel Oelsner MD: Embarazo ectópico en trompa única y tratamiento de la paciente con embarazos ectópicos múltiples. Clin Obstet Ginecol Vol I: 213, 1987
- 15.- Tuutula Salmi, MD et al: Tubal pregnancy after vaginal hysterectomy. Obstetric and Gynecology 64(6) 1984