

Embarazo ectópico: medios diagnósticos

Ectopic pregnancy. Diagnostic means

Dr. Francisco Fernández Rodríguez; Dr. Jorge Luis Porrata Maury; Dra. Mayra Sánchez Lueiro; Dra. Melitza Olivé López

Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo a pacientes que ingresaron con sospecha de embarazo ectópico en el Hospital Docente Ginecobstétrico Provincial de Camagüey Ana Betancourt de Mora en el año 1996 para comprobar la eficacia de los métodos diagnósticos de esta entidad. El dato primario fue obtenido del libro de registro del salón de operaciones, se revisaron las Historias Clínicas y se entrevistaron directamente estas pacientes, transfiriendo la información a una encuesta confeccionada al efecto.

Se procesaron los datos mediante una computadora IBM compatible, utilizándose el sistema estadístico MICROSTAT, se obtuvo distribución de frecuencia y tablas de contingencia.

Se diagnosticaron 119 embarazos ectópicos; el 64, 70% de estas pacientes oscilaron entre los 25 y 34 años, con un parto como antecedente obstétrico. El factor predisponente que más incidió en la aparición de la enfermedad fue la inflamación pélvica con el 41,18 %, seguida del uso de dispositivos intrauterinos en el 37, 82% y el antecedente de interrupción de la gestación menor de un año en el 36, 13% de las portadoras de esta patología. El principal síntoma de referencia fue el dolor pélvico en más de un 98, 32 %. La tumoración anexial y el abdomen doloroso predominaron en el examen físico. La culdocentesis tuvo una alta eficacia como método diagnóstico en el embarazo ectópico roto. La ecografía mostró

imágenes anexiales importantes que coincidieron con el hallazgo laparoscópico en el 83, 33 %, y el 57, 5 % correspondieron a gestaciones ectópicas no accidentadas.

DeCS: EMBARAZO ECTÓPICO/diagnóstico.

ABSTRACT

A descriptive , restrospective and longitudinal study was performed in patiens admitted with suspicion of ectopic pregnancy in "Ana Betancourt de Mora" Gynecoobstetric Provincial Teaching Hospital of Camaguey in 1996 so as to prove the effectivenessof diagnostic means of this entity. The primary datum was obtained from the Register Book of the Operation Room, Clinical Records were reviewed and these patients were interviewed directly, transferring the information to a survey ellaborated for this purpose. Data were processed thoroug an I.B.M compatible computer using the MICROSTAD statistic system. It was obtained dsitribucion and frequency and contingency tables . 119 ectopic pregnancies were diagnosed, 64, 70% of the patiens ranged from 25 to 34 years old; they had more than delivery as obstetric history. The predisposing factor with higher incidence in the ocurrence of the disease was pelvic inflamatory disease with 41, 18 % folloved by IUD use in 37, 82 % and the antecedent of the carriers of this pathology . The main symptom referied was pelvic pain in more than 98, 32 % as well as mestrual disorders in 81, 52 %. Anexial tumours nad painful abdomen prevailed in the physical examination . Culdocentesis had high effectiveness as diagnostic method is the broken ectopic pregnancy . Ecography shoved important anexial images which coincided with laparoscopic finding in 83, 33 % and 57, 5% corresponded to non accidental ectopic gestations.

DeCS: EMBARAZO ECTÓPICO/diagnóstico.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es una anormalidad del ser humano en la que el óvulo fertilizado se implanta en cualquier otro tejido que no sea la mucosa que reviste la cavidad endometrial.

La liberación sexual ocurrida después de la década del 60 y el consecuente incremento de las enfermedades de transmisión sexual a partir de ese momento ha elevado continuamente la incidencia de esta peligrosa afección, lo que se asocia a un aumento de la morbimortalidad en las mujeres de edad fértil. (1-5).

Los cambios fisiopatológicos residuales en el tracto reproductor que resultan de una diversidad de factores etiológicos han aumentado la frecuencia del embarazo ectópico. Esto resultó cierto en especial en el grupo de mayor riesgo, con pruebas documentadas de salpingitis anterior, en el cual se produjo un índice alarmante de uno de cada 24 embarazos, como lo comunica Westrom. Esta tasa se mantuvo firmemente en los últimos dos decenios, período durante el cual la proporción de embarazos ectópicos llegó a ser de 1 en 76. Estadísticas similares se obtienen entre grupos determinados de alto riesgo, como en Jamaica, donde la tasa de embarazo ectópico es de 1 en 28 partos, y la frecuencia de las inflamaciones pelvianas es proporcional.

Los aspectos conocidos de la epidemiología del embarazo ectópico varían con los diversos grupos de población vinculados con esta complicación reproductiva, por lo tanto, si bien la frecuencia media global del embarazo ectópico en los Estados Unidos varía entre 1 y 100 y entre 1 y 200 embarazos (0, 5- 1 %); la frecuencia más elevada en las poblaciones jóvenes urbanas, altamente activas desde el punto de vista sexual, no blancas y de bajo nivel socioeconómico, es inferior entre los grupos de mayor edad, raza blanca y de más alto nivel socioeconómico. (1) (2) (4) (6) (7).

En nuestro país según datos obtenidos entre 1990 y 1995, el número absoluto de embarazos ectópicos ascendió de 1 101 a 1 692, lo que significó un 53,7 % de incremento; lo que constituyó la causa del 11, 8% del total de muertes maternas directas ocurridas de 1985 a 1995. (8)

1. Tal ha sido el crecimiento, que en estudios realizados en nuestro hospital en los años comprendidos entre 1968 y 1972 se asistieron 202 pacientes con embarazos ectópicos, mientras que sólo en 1996 recogimos el dato de 119 pacientes. (Pérez Sarría H. Embarazo Ectópico (Tesis). Camagüey, Hosp. Materno Provincial, 1973).

La elevada letalidad de esta afección (5 al 12 %) y la incapacidad de diagnosticar con rapidez y seguridad el embarazo ectópico, hacen necesario un esfuerzo mancomunado de diferentes sectores de la sociedad en pro de crear un protocolo efectivo y un flujograma de trabajo diagnóstico de esta entidad que logre al fin la identificación oportuna, la movilización rápida y el tratamiento precoz, en aras de revertir el resultado negativo que hasta el momento ha conllevado este flagelo a través de la historia de la humanidad, recogido en los anales de la medicina.

MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva, longitudinal y retrospectiva a pacientes a las cuales se le diagnosticó y confirmó embarazo ectópico en el Hospital Provincial

Docente Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora de Camagüey y en el período comprendido del 1ro de Enero al 31 de Diciembre de 1996 con el objetivo de conocer la eficacia de los medios diagnósticos en el seguimiento de estas pacientes. El dato primario fue obtenido del libro de registro del salón de operaciones, se revisaron las historias clínicas y se entrevistaron directamente, transfiriendo la información a una encuesta confeccionada al efecto. El universo del estudio lo constituyeron 119 pacientes, en las cuales fue diagnosticado y tratado un embarazo ectópico. Se procesaron los datos mediante una computadora IBM compatible, obteniéndose distribución de frecuencia y tablas de contingencia.

Los métodos utilizados fueron:

- . Estadística descriptiva
- . Distribución de frecuencia
- . Chi cuadrado
- . Test de Hipótesis de proporciones

RESULTADOS

En la tabla 1 se refleja como el factor predisponente que más incidió fue la enfermedad inflamatoria pelviana que apareció en 49 mujeres para el 41, 10 %, seguida por las que tenían dispositivos intrauterinos, 45 (37, 81 %), de las cuales el 44, 44 % lo mantuvieron por más de dos años y el 11, 11 % aún lo tenían cuando se le presentó la afección. La interrupción de embarazo como elemento favorecedor se encontró en un 36, 13 % y del total de estas señoras, 8 para un 18, 60 % con intervalo de 7 a 9 meses entre el procedimiento de la interrupción de embarazo y la aparición del ectópico. Los anticonceptivos orales fueron empleados por 17 señoras para un 14, 29 % y 5 mujeres, para un 4, 20 % habían sido operadas con anterioridad de esta afección. El factor etiológico de endometriosis fue hallado en 4 pacientes y a 3 se le había practicado la esterilización quirúrgica.

Tabla 1. Embarazo Ectópico. Factores Predisponentes

Factores Predisponentes	No.	%
Inflamación Pélvica	49	41,18
Dispositivos Intrauterinos	45	37,81
Interrupción de Embarazo	43	36,13
Anticonceptivo oral	17	14,29
Embarazo Ectópico previo	5	4,20
Endometriosis	4	3,36
Salpingetomía Pacial bilateral	3	2,52

Fuente: Formulario

En la Tabla 2 exponemos lo relacionado con el cuadro clínico que presentaron las pacientes de nuestro estudio. Como síntoma predominante encontramos el dolor pélvico en 117 (98, 32), le siguieron los trastornos menstruales con 97 (31, 51 %) y por último, la amenorrea con 88 pacientes para el 73 (95 %). Los signos más destacados fueron la tumoración anexial en 77 (64, 70 %), el abdomen doloroso en 60, 50 %), el tacto vaginal muy doloroso en 36 (30, 25%), la palidez cutáneo mucosa en 31 (26, 05 %), la taquicardia (21, 85 %), la fiebre 9, 24 % y 6 pacientes presentaron shock hipovolémico (5, 04).

Tabla 2. Cuadro clínico. Embarazo ectópico

Síntomas	No.	%
Dolor pélvico	117	98,32
Trastornos menstruales	97	91,51
Amenorrea	88	73,95
Signos		
Tumoración anexial	77	64,70
Abdomen doloroso	72	60,50
Tacto vaginal muy doloroso	36	30,25
Palidez cutáneo mucosa	31	26,05
Taquicardia	26	21,85
Fiebre	11	9,24
Shok Hipovolémico	6	5,04

Fuente: Formulario

En la Tabla 3 se muestran los medios diagnósticos empleados en nuestro hospital, observando que la punción Douglas fue positiva en 75 para el 63, 03% fue negativa en 37 (31, 01 %), no se realizó en 4 (31, 01) y resultó dudosa en 3 pacientes (2, 52 %).

La ecografía mostró imagen anexial mixta en 18 (40, 90 %), líquido en pelvis 14 (31, 81 %), imagen ecolúcida en 11 (23, 00 %), imagen anexial ecogénica 13, 63 %, engrosamiento anexial 4 (9,09%), saco gestacional anexial 3 (6, 81%) negativo 2 (4, 54 %). En el estudio laparoscópico se diagnosticaron 23 embarazos tubáricos no accidentados (57, 50 %) y accidentados con sangre libre en cavidad pelviana y abdominal 17 (42, 50 %).

Tabla 4. Embarazo Ectópico. Medios Diagnósticos

Punción Douglas	No.	%
Positiva	75	63,03
Negativa	37	31,01
No realizada	4	9,09
Dudosa	3	2,52

U. S. G.	No.	%
Imagen anexial mixta	18	40,90
Líquido en pelvis	14	31,81
Imagen anexial ecolúcida	11	23,00
Imagen anexial ecogénica	6	13,63
Engrosamiento anexial	4	9,09
Saco gestacional anexial	3	6,81
Negativo	2	4,54

Laparoscopia	No.	%
No accidentado	23	57, 50
Sangre Libre	17	42,50

Fuente: Formulario

En la Tabla 4 relacionamos la punción de Douglas y la ecografía. Es destacada la alta incidencia de señoras con imágenes ultrasonográficas sugestivas de gestación extrauterina en las cuales la culdocentesis fue negativa; en 37 para un 87, 09 %. No se analizaron en esta tabla los resultados positivos pues no se justifica realizar ecografía con el diagnóstico de hemoperitoneo.

Tabla 5. Embarazo ectópico. Relación Punción Douglas - U.S.G

U.S.G

Punción de Douglas	Imagen Ecolúcida	Imagen Ecogénica	Imagen Mixta	Engrosamiento Anexial	Saco Gestacional	Negativo	Total
Negativa	11	4	18	2	0	2	37
No realizada	0	1	0	1	2	0	4
Dudosa	0	1	0	1	1	0	3
Total	11	6	18	4	3	2	44

Fuente: Formulario

En la Tabla 5 comparamos la relación que existió entre la laparoscopia y el U.S.G. La imagen mixta y la imagen ecolúcida fueron las imágenes ecográficas que predominaron en el examen laparoscópico con embarazo ectópico no accidentado, en dos imágenes con engrosamiento anexial también y sólo en una ecografía negativa resultó el mismo hallazgo laparoscópico. La sangre libre en el examen laparoscópico coincidió con seis imágenes mixtas y ecográficas, cinco ecogénicas, dos ecolúcidas, dos engrosamientos anexiales y con un saco gestacional anexial, no se realizaron 4 laparoscopias, en dos imágenes positivas de saco anexial por ecografía.

Tabla 5. Embarazo ectópico. Relación Laparoscopia - U. S. G

Laparoscopia	Imagen Ecolúcida	Imagen Ecogénica	Imagen Mixta	Engrosamiento Anexial	Saco Gestacional	Negativo	Total
No accidentado	9	0	11	2	0	1	23
Sangre Libre	2	5	6	2	1	1	17
No realizada	0	1	1	0	2	0	4
Total	11	6	18	4	3	2	44

Fuente: Formulario:

DISCUSIÓN

Según los diferentes investigadores revisados, la enfermedad inflamatoria pélvica es el factor etiológico más importante, especialmente la salpingitis aguda de transmisión venérea por gonococos y clamidias, pues dan lugar a la destrucción de la unidad anátomo - histológica de la trompa de Falopio y a la formación de criptas en el endosalpin ocasionando obstrucciones parciales. (1) (10) (11) (12) (13) (14).

La aparición de embarazo ectópico asociado con el uso de dispositivos intrauterinos ha sido señalada por Vassey y citada por Tatum, con una incidencia del 89 %. La aparición de la enfermedad puede aumentar hasta 2,6 veces cuando su uso supera los dos años y su efecto nocivo aparece hasta un año después de haberse retirado el D.I.U, atribuible esto, según algunos investigadores a la disminución en la velocidad de transportación del huevo, aunque la mayoría coincide en que la causa es la infección tubárica que pudiera existir por la manipulación. (4) (6)

Los abortos múltiples previos pueden incrementar el riesgo del embarazo ectópico, este riesgo permanece inalterado después de un aborto y se duplica tras dos abortos, probablemente debido a procesos inflamatorios subsiguientes (Levin y Cols . 1982), dejando esto por sentado el enorme riesgo que acarrea utilizar la interrupción de embarazo como método anticonceptivo. (2) (5) (6).

Otros elementos predisponentes a destacar como desencadenantes o favorecedores de esta entidad son la endometriosis, operaciones previas de las trompas, historias de embarazos ectópicos previos y/o esterilización quirúrgica. (7) (13) (15) (18)

El cuadro clínico de esta afección puede ser agudo con Shook hipovolémico por hemorragia masiva, siendo el diagnóstico evidente. En otras ocasiones la pérdida sanguínea puede ser lenta y prolongada, instalándose una anemia que dominará el cuadro. (2) (4) (6) (10) (19)

Varios autores concuerdan en que la exploración bimanual resulta normal en aproximadamente el 10 % de las mujeres, la sensibilidad abdominal en el 85 % y la hipersensibilidad, ya sea en la movilidad del cérvix o en los anejos se demuestra en la cuarta parte de las pacientes con embarazos tubarios rotos o en vías de romperse. Recientemente en estudios publicados se plantea que a pesar de existir un hemoperitoneo significativo, no se encontró reacción en el 45 % de las mujeres. (1) (2) (3)

La culdocentesis en la literatura se señala que es una técnica simple y rápida para identificar un hemoperitoneo, puede ser positiva si se realiza de forma correcta en el 70% al 95 % de las señoras. El porcentaje de falsos positivos puede variar entre un 5 y un 10 % y los falsos negativos, de un 8 % a un 14 %, lo que guarda relación en muchos casos no solo con una inadecuada técnica sino con la obliteración del

fondo de saco de Douglas en las mujeres con salpingitis y peritonitis pélvica previa, por tanto, la falta de obtención de sangre no excluye el diagnóstico de hemoperitoneo, ni la presencia de embarazo ectópico. (1) (2) (13) (15)

Con el advenimiento del ultrasonido transvaginal, la inmensidad de los estudios de esta entidad le confieren una mayor sensibilidad y especificidad a esta prueba para emitir diagnóstico, en relación con la ecografía abdominal (Trisch 1989, Cacciotore, 1990)

La ecografía vaginal por sí sola puede facilitar el diagnóstico correcto de esta afección en más del 90 % de las mujeres y cobra mayor valor asociado a la determinación de la Fracción Beta de la Gonadotropina coriónica sérica.

Actualmente con la utilización del efecto Doppler a color pulsado transvaginal, Emerson y Pellerito han encontrado resultados excelentes. (2) (16) (17)

Con el desarrollo científico, la laparoscopia ocupa un lugar privilegiado en esta entidad, ya que no solo permite un diagnóstico definitivo, sino también realiza tratamientos médicos y quirúrgicos sobre la masa ectópica.

Coincidimos con el resto de los autores en lo sumamente útil de la laparoscopia para el diagnóstico del embarazo ectópico y no le otorgamos menos importancia al hecho de haberse convertido en un instrumento quirúrgico en la actualidad, lo que nos hace concluir que las ventajas de la misma incluyen:

- 1.- Diagnóstico definitivo en un alto por ciento.
- 2.- Vía concurrente para retirar la masa ectópica
- 3.- Vía directa para inyectar quimioterápicos a dicha masa. (2)

CONCLUSIONES

La Inflamación Pélvica (41, 18 %); la utilización del DIU (37, 82%) y la interrupción de embarazo, fueron los factores que con mayor frecuencia favorecieron la aparición de esta entidad.

El dolor pélvico, los trastornos menstruales y la amenorrea fueron los síntomas mas frecuentes, mientras que la exploración clínica se encontró con relevancia decreciente la presencia de tumoración anexial y el dolor a la palpación abdominal.

La punción del fondo del saco de Douglas fue positiva en el 63, 03 % lo que demuestra su eficacia.

El U.S.G cumplió las expectativas al detectar un 95, 45 % de imágenes sugestivas de embarazo ectópico.

La laparoscopia diagnóstica fue efectiva en el 100 % de los casos, lo que demuestra la importancia de este medio diagnóstico.

La ecografía mostró imágenes anexiales importantes que coincidieron con el hallazgo laparoscópico, en el 83, 33 % y el 57, 5 % correspondieron a gestaciones ectópicas no accidentada

RECOMENDACIONES

Mejorar los métodos y procedimientos diagnósticos del embarazo ectópico en nuestro hospital, cumpliendo el flujograma diagnóstico del mismo e incrementar los recursos a nuestro alcance como el ultrasonido transvaginal que es de gran efectividad y evitar el error diagnóstico en la atención del cuerpo de guardia.

Mostramos el flujograma diagnóstico del embarazo ectópico en este trabajo.

Anamnesis. HC. Examen Físico

Hemograma. Eritro, Grupo RH

T. Coag. T. Sangre. Test Inmunológico

No sospecha accid. Sospecha Accidente

Compromiso hemodinámico

USG Vaginal

Saco Gest No t. Anexial Utero normal Punción del Douglas

Intrauterino B GC Neg. T. Anexial

BGC + Liq. Libre

No liq. Libre Neg. Positiva

Alta

Laparoscopia Laparotomía

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Novaker Joneshw. Embarazo Ectópico. En: Tratado de Ginecología. La Habana: Ed Científico Técnica; 1994: 18: 425-46.
2. Williams Prichard AJ, Mac Donald CP. Embarazo Ectópico. En: Tratado de Obstetricia. México: Ed. Panamericana. Salvat; 1996: 32: 679-702.
3. Martín Ojeda N. Embarazo Ectópico. Hospital Docente Ginecobstétrico Matanzas: Diciembre , 1991.
4. Fernández Suárez M, Hernández Cabrera J; Molina Guerra C. Embarazo Ectópico: Correlación de algunos factores. Rev. Cubana de Obst. y Ginecología, 1996; 21(1): 5- 10.
5. Jehle D. Krause R, Braen S SN. Ectopic Pregnancy emergeng. Med. Clin NA. 1994; 12 (1): 55 -71.

6. Zamariego Crespo J. Embarazo Ectópico. Protocolos asistenciales en Ginecología y obstetricia. Ed. Madrid: SEGO, 1994; 67-69.
7. Rodríguez Hidalgo N. Embarazo Ectópico. Rev. Cubana de Obst. y Ginec. 1995; 21 (1-2): 3-7.
8. Cuba. MINSAP. Embarazo Ectópico. Revisión del tema de actualización del MINSAP, 1996.
9. Brunham RC, Poeling Macleec J, Coseseun ML, Paraskevarm. Chlamydia. Trachomatis Associated Ectopic Pregnancy. Serology and Histologic correlates. Infect Dis. 1992, 165: 1076.
10. Sheffield PA, Moore DE, Voigt. LF, Sholes D, Wang SP. The Association Between Chlamydia. Trachomatis Serology and pelvic damage in women with tubal ectopy gestations Fertil - Steril. 1993; 60 (6) : 970 5.
11. López Salva A. Clamidas genital. Acta Obstet-gynecol. 1995; 8 (37): 196-199.
12. Boleco VJ, Jubiz HA, Henco G. Embarazo Ectópico. En: Obstetricia y Ginecología. Colombia. Carvajal SA, 1992: 180-88.
13. Robert Hemmings MD, Frcs. Medical treatment of ectopic pregnancy . Journal SOGC. 1992; 14 (7): 23- 6.
14. Rodríguez H, Cabezas E, Aguila S, Alvarez C, Alvarez E, Alfonso ME. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997: 119 - 12.
15. Saeta TJ, Nadees M, Izquierdo I. Atypical ectopic pregnancy. Am Emerg. Med. 1993; 11 (3): 233 -4.
16. Cowan DD. Ectopic Pregnancy, Curr Opin. Obstet. Gynecol. 1993; 5 (3): 328 - 32.
17. Cacciatore B, Stenman VH, Vlostolop. Ectopic Pregnancy by vaginal Ultrasonography in combinations With discriminatory serun HCS ü nel of 1000 1 v/ L INP. BJ' Obst. y Ginecol. 1990. 897 - 899.
18. Vilos. G. Denatol as primary Therapy of ectopic pregnancy. Obst. 48th anual clividad electing of SOGC, Vancouver. 1992; June 8 to 13)
19. Jonhson MN. Ectopic Pregnancy among post IVDUSER. Int I Ginecol. Obstet. 1992; 38 (4): 1999 -304.

Dr. Francisco Fernández Rodríguez. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor asistente de Ginecobstetricia. Facultad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay Camagüey. Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.