



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1991; 37 (11): 36-42

INCIDENCIA Y CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE EMBARAZO ECTÓPICO- HOSPITAL "ARZOBISPO LOAYZA" EN EL PERIODO 1985-1989.

Dra. Margarita Bautista Kiota

Key words: Ectopic Gestation, Ectopic Tubac Gestation, Embarazo Ectópico, Embarazo Ectópico Tubárico

RESUMEN

Se estudia la incidencia y correlación clínico- patológica del embarazo ectópico en el Hospital Arzobispo Loayza en el periodo Enero 1985 - Diciembre 1989, encontrándose una incidencia de 1,50% del total de partos atendidos; el embarazo ectópico por cada 67 partos; esta cifra es mayor a experiencias halladas en la literatura nacional y extranjera. Así mismo hubo correlación clínico- patológica en el 91% de los casos.

Se encuentra que es más frecuente en las nulíparas y primíparas, el grupo etáreo predominante está entre 25 y 34 años, así mismo, la mayor localización del embarazo ectópico es la tubárica en el 97,8% de los casos, siendo más frecuente en el anexo derecho en el 60,2%; complicado con hemoperitoneo en el 86,9% al momento del acto operatorio. El 67,4% se diagnosticó entre la 5^a y 8.^a semana de amenorrea. Se encontró factor causal probable en el 62% de los casos.

El manejo estuvo a cargo predominantemente del servicio de Ginecología. 5 casos fueron intervenidos por el servicio de Ginecología. 5 casos fueron intervenidos por el servicio de Cirugía y correspondieron a pacientes cuyo ingreso fue por Emergencia; 4 de ellas sin evaluación ginecológica.

SUMMARY

In the Arzobispo Loayza Hospital during the period January 1985 December 1989 was study the clinic- pathology incidence and correlation of ectopic gestation. There was found an incidence of 1,50% of the total of attended deliveries; 1 ectopic gestation every 67 deliveries; This number is the highest ever found in natural and international literature. Also there was clinic- pathologic correlation in the 91% of the cases.

Was found that it is more frequently in the women that ever had delivered or that only had delivered one time, the predominant edge of the group was between 25 and 34 years. The most frequency location is the ectopic tubal gestation, it was the 97,8% of the cases; of that the 60,2% were at the right side. Complicated with hemoperitoneum was the 86.9% at the moment of the operation. The 67,4% was diagnosed between the 5.th and 8.th week of amenorrea. There was found the probable causal factor in the 62% of the cases.

The management was in charge of the Gynecology Service. 5 cases were operated by the gynecology service. Other 5 cases were operated by the Surgery Service and corresponded to patients that came to the hospital by emergency; 4 of that were without gynecology evaluation.



INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se ha constituido hoy por hoy en tema de actualidad, pues en la última época se ha incrementado la frecuencia de las infecciones tuberculosa y gonocócica.

Últimos estudios involucran a las Chlamydias como agentes etiológicos de salpingitis. Así mismo la alta incidencia de abortos, el auge de la cirugía tubaria, la instrumentación ginecológica y la cirugía previa abdominal juegan un rol importante en la génesis de ésta entidad.

Es importante tenerla presente en toda mujer en edad reproductiva con historia de amenorrea, sangrado vía genital y dolor abdominal (16), lo cual va a devenir en un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno; ya que constituye una emergencia una vez complicado el cuadro clínico, lo que lleva inherente el riesgo de muerte, riesgo aún significativo en nuestra época.

En todo momento debemos tener en cuenta el futuro reproductivo de la paciente para el estudio y aplicación de técnicas quirúrgicas conservadoras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron historias clínicas de pacientes hospitalizadas con la impresión diagnóstica de embarazo ectópico, ocurridos entre los años 1985-1989, en el Hospital "Arzobispo Loayza".

Se revisaron 347 láminas anátomo- histo- patológicas proporcionadas y asesorados por el Departamento de Patología, correspondiendo a embarazo ectópico 319.

De 319 casos confirmados, fueron susceptibles a estudio 292, no encontrándose historias clínicas de 27 pacientes cuyos ingresos correspondieron a 1985; se logró obtener datos de ellas a través del libro de ingreso a Emergencia, el libro de egresos del Servicio de Ginecología y el de Reporte Operatorio.

Así mismo fueron revisados los libros de egresos de pacientes del Servicio de Obstetricia; encontrándose 21, 174 partos ocurridos en el periodo de estudio correspondiente.

RESULTADOS

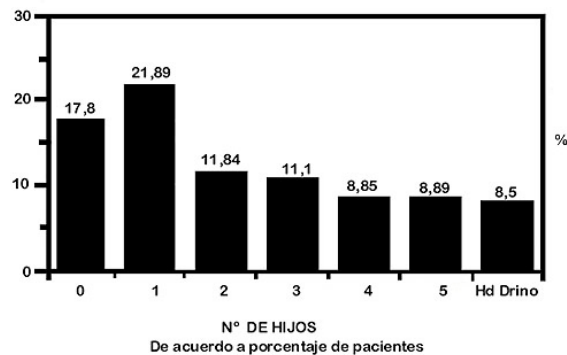
Se revisó 319 casos de embarazo ectópico, y se encontró una incidencia de 1.50%, es decir un embarazo ectópico por cada 67 partos.

TABLA N° I DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES		
Lado	casos	%
15 - 19	21	6.59
20 - 24	48	15.05
25 - 29	73	22.88
30 - 34	105	32.91
35 - 39	66	20.69
> 40	6	1.89
Total	119	100.00

La mayor incidencia según grupo de edad, fue entre los 25 y 34 años, con un 55,79% (Tabla 1); y entre nulíparas y primíparas (Gráfica N.º 1).



**GRAFICA 1
DISTRIBUCION DE PACIENTES**



La forma de ingreso fue por el servicio de emergencia en el 96,5% de los casos (Tabla II); refiriendo tiempo de enfermedad entre 2 y 15 días en el 79% (Tabla III) y signos y síntomas principales se encontró dolor abdominal en el 96%, amenorrea en 91%, sangrado vía genital en 89% y tumoración anexial en 90% de los casos. (Tabla IV). Se objetivó hipotensión arterial en el 40% (Tabla V).

**TABLA N° II
FORMA DE INGRESO**

Ingreso	N°	%
Emergencia	308	96.55
Cons.	11	3.45
Externo		
Total	319	100.00

**TABLA N° III
TIEMPO DE ENFERMEDAD AL INGRESO**

Tiempo	Casos	%
0 - 12 h	47	16.09
13 - 23 h	25	8.56
1 - 2 d	73	25.00
3 - 5	38	13.01
6 - 8 d	24	8.21
9 - 5 d	24	8.21
> 15 d	61	20.89
Total	292	100.00

**TABLA N° IV
SÍNTOMAS PRINCIPALES AL INGRESO**

Distrito	Casos	%
Dolor abdominal	282	96.57
Amenorrea	266	91.04
Sangrado vía Genital	262	89.72
Sudoración	167	57.19
Desvanecimiento	132	45.20



Mareo	125	42.80
Leucorrea	114	39.04
Náuseas	112	38.35
Vómitos	99	33.90
Escalofríos	77	26.36
Disuria	71	24.31
Diarrea	66	22.60
Poliquiuria	57	19.52
Tenesmo Vesical	46	15.75
Distensión abdominal	10	3.42
Hematuria	5	1.71

TABLA N° V HALLAZGO CARDIOVASCULAR		
	N°	%
Hipotensión	119	40.76
P.A. Normal	158	54.10
No consignado	15	5.14
Total	292	100.00

Como antecedente Ginecológico, se puede advertir cuadros de vulvovaginitis a repetición en el 63% muchos de ellos asociados a colpocervicitis; legrado uterino previo en el 37% y enfermedad inflamatoria pélvica en el 16% de ellos; así mismo 27 pacientes con estudio de fertilidad, lo cual corresponde al 9%, antecedente de embarazo ectópico en 3,7%; de insuflación tubaria 2,7% y reimplantación tubárica en 4 pacientes lo cual corresponde al 1,3% (Tabla VI A y B)

TABLA N° VI - A ANTECEDENTES DE INFECCIÓN GINECOLÓGICA 292 PACIENTES		
Antecedentes	N°	%
Vulvovaginitis	184	63.15
Enfermedad Inflamatoria Pél.	47	16.09
TBC genital	13	16.31
Sin antecedentes consignado	48	
Total	292	100.00

TABLA N° VI - B ANTECEDENTES DE INTERVENCIÓN GINECOLÓGICA		
Antecedentes	N°	%
Legrado Uterino	108	36.90
Cesárea	39	13.35
Ooforectomía	15	5.13
Salpinguectomía	11	3.76
Laparotomía	22	7.35



Bloquep Tubario	2	0.68
Insuflación Tubárica	8	2.73
Cirugía Tubaria	4	1.36
Biopsia de Endometrio e histerosalp. (Infertilidad)	27	3.24
Sin antecedentes	56	19.32
Total	292	100.00

En cuanto a métodos anticonceptivos utilizados fue señalado el dispositivo intrauterino en un 13%, ninguno en 31% y no consignado en el 38% (Tabla VII).

TABLA N° VII MODOS ANTICONCEPTIVOS QUE UTILIZABEN LAS PACIENTES		
Métodos	N	%
Anticonceptivos orales	17	5.82
Dispositivos orales	38	13.02
Método del Ritmo	18	6.17
Anticonceptivos Parenterales	6	2.06
No consignado	113	38.69
Ninguna	93	31.85
Total	292	100.00

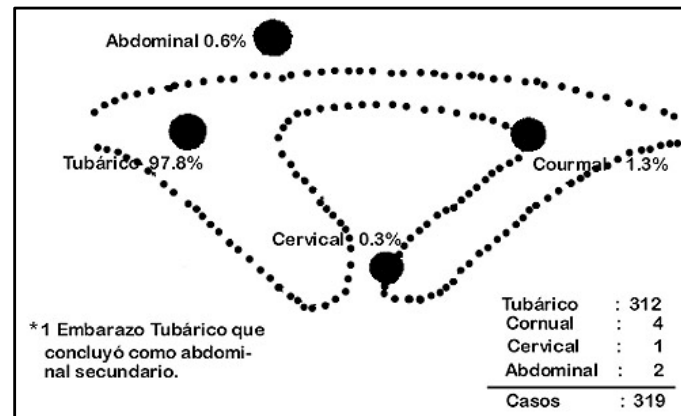
En lo que respecta a exámenes complementarios efectuados, se encontró culdocentesis positiva en el 87%. (Tabla VIII).

TABLA N° VIII HALLAZGOS FÍSICOS AL INGRESO (292 PACIENT.)		
Signo	N°	%
Dolor F.I.D.	283	96.91
Palidez	268	91.78
Tumoración anexial	263	90.07
Signo de Rebote	257	88.01
Dolor F.I.I	257	88.01
Culdocentesis (+)	254	86.99
Resistencia Abdominal	213	72.95
Dolor hombro derecho	69	23.63
Puño percusión lumbar	62	21.23
Dol. de Hombro izquierdo	32	16.44
Icteria	11	3.77
Culdocentesis	48	36.84

La localización de embarazo ectópico fue tubárica en el 97,8%; y fue afectada la trompa derecha en el 60%. Hubo 1 embarazo ectópico cervical, 4 cornuales y 2 abdominales un embarazo tubárico concluyó como abdominal secundario. (Gráfico N° 2).



GRAFICO N° II
LOCALIZACIÓN DEL EMBARAZO ETÓPICO HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA
1985-1989: 319 CASOS



El 94,7% de los embarazos ectópicos fueron complicados y en todos ellos se realizó técnica quirúrgica radical (Tabla IX).

TABLA N° IX INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS		
Tratamiento	N°	%
Salpinguectomía izq,	41	14.05
Salpinguectomía der.	93	31.85
Salpinguectomía izq + resección cornual izq.	56	19.17
Salpinguectomía der + resección cornual der.	65	22.26
Salpinguectomía der. + bloqueo tubario izq.	11	3.76
Salpinguectomía der. + bloqueo tubar izq.	9	3.9
Salpingooferectomía izq. + apendicectomía + lib. de adherencias	3	1.03
Salpingooferectomía der. + omentectomía parcial	3	1.03
Salpingooferectomía der. + resección cornual der. + apendicectomía	2	0.68
Salpinguectomía parcial der.	3	1.02
Salpinguectomía parcial	5	1.72
Omentectomía parcial	1	0.34
Total	292	100.00

La mortalidad se dio en 0,9%, es decir 3 casos, cuyas causas correspondieron a crisis tirotóxica, insuficiencia respiratoria por tuberculosis miliar y un caso correspondiente a embarazo ectópico abdominal que reingresó con gran hematoma hepático.

El diagnóstico de embarazo ectópico fue confirmado en el 91,9% (319 casos) por estudio histopatológico.

El grupo de pacientes que fueron sometidos a laparotomía exploratoria con diagnóstico de embarazo ectópico y que no correspondió a esta entidad tuvo confirmación diagnóstica de quiste dermoide maduro con necrosis hemorrágica, quiste lúteo hemorrágico, trompa con infarto hemorrágico y hematosalpirix. (Tabla X)



Pieza Operatorio	Casos
Quiste dermoide maduro con necrosis hemorrágico	1
Quiste lúteo hemorrágico	19
Trompa con infarto hemorrágico	2
Hematosalpinx	6
Total	28

DISCUSIÓN

La incidencia de embarazo ectópico es variable dependiendo de la institución y población a las cuales se brinde asistencia. Nosotros encontramos una incidencia de 1,50%, la cual es significativamente mayor a las encontradas en el Hospital Guillermo Almenara por el Dr. Leví (17); en el Edgardo Rebagliatti Martins tanto en el estudio realizado por el Dr. Arakakí (1958-1964) como por los Drs. Caravallo Pacheco (1972-1983) (16); así como también la encontrada por el Dr. Chávez en el Hospital Cayetano Heredia (6), quienes refieren una incidencia de 0,14%, 0,56% y 0,77% respectivamente. Una posible explicación a la incidencia hallada por nosotros, es el tipo de institución abierta; de fácil acceso por su ubicación y por otro lado, por tratarse de una institución tradicionalmente conocida como Hospital de mujeres, muy requerido por aquellas de escasos recursos económicos.

El Hospital Materno Infantil San Bartolomé cuenta con una de las incidencias más bajas, tal vez por ser éste, predominantemente un centro de atención obstétrica. (8)

En la última década se observa una tendencia al incremento de embarazos ectópicos tal como lo demuestra la literatura mundial y nacional (Tabla XI); esto debido a infecciones tubéricas y así mismo lesiones de tipo inflamatorias las cuales dejan secuelas anatómo- funcionales de grado variable. (2,3,8).

	1985	1986	1987	1987	1988	1985-1989
N° de partos	3473	4340	4701	5320	3340	21174
N° Embar. etóp.	69	62	68	74	46	319
Incidencia/%	1.98	1.42	1.44	1.39	1.37	1.50
Expresión: E. Etóp. N° de Part.	1x51	1x70	1x69	1x72	1x73	1x67

Los microorganismos más frecuentemente detectados en infecciones sépticas, son; los Estreptococos, Estafilococos, Colibacilo, Pseudomona acuginosa, Escherichia coli, Proteus vulgaris y Chlamydia trachomatis. (15)

Tiene particular importancia el rol del aborto provocado; maniobras exploratorias como histerometría, micro-legrado; histerosalpingografía, insuflación tubérica, dilatación y curetaje. (20)

Un acápite especial le corresponde al uso cada vez más frecuente de anticonceptivos orales, en especial a aquellos que contienen solo progestágenos; y al uso de dispositivos intrauterinos como métodos transitorios de control de la natalidad. (14)

La edad de presentación del embarazo ectópico hallado en el presente estudio es similar a los obtenidos en los otros hospitales nacionales antes referidos, es decir entre los 25 y 34 años de edad. (6,8,16,17).



La localización en nuestra experiencia es predominantemente tubárica en más de 95%; coincidiendo los mismos con los hallazgos de otros autores (16). No se logró reclasificar la localización en ampular, ístmico o fímbrico; por falta de consignación de estos datos en el libro de reporte operatorio y así mismo en las historias clínicas.

En toda la serie se registró dos casos de embarazo ectópico abdominal; una de ellas correspondió a una mujer de 34 años; que acude a emergencia refiriendo dolorabilidad difusa abdominal, sangrado vía genital y amenorrea de 9 sem. Reingresó a los 23 días con síndrome febril y cuadro de abdomen agudo quirúrgico, fue sometida a laparotomía exploratoria y se halló un gran hematoma hepático. Falleció en el postoperatorio inmediato.

La mayoría de casos fueron ectópicos complicados; en parte por la demora de la paciente en llegar a la institución y otra por la tardanza en el diagnóstico y solución al problema, esto último en el caso de los pacientes que fueron hospitalizados.

El estudio laparoscópico fue efectuado en 11 de ellas y se realizó entre el tercero y séptimo día de hospitalización, 6 de ellas fueron intervenidas de emergencia por hemoperitoneo.

El método diagnóstico utilizado en Emergencia fue la culdocentesis; positivo en 86,9%. El hecho de no aspirar sangre en la culdocentesis no confirmó ningún diagnóstico. "La positividad no es útil para precisar la ruptura o no del embarazo tubárico, ya que en el embarazo ampular, el trofoblasto tiende a invadir rápidamente el endosalpinx y la capa muscular, y el pequeño hematoma formado se propaga al crecer el embarazo y al final surge la hemorragia en el extremo distal de la trompa" Chegade J. (4).

Otro de los métodos diagnósticos al cual tenemos acceso en caso de sospecha, es el radioinmunoensayo para detectar la subunidad B de la hormona gonadotrofina coriónica; cuyos límites menores se consideran en 5 mU/ml de sueros. (13)

La tasa de mortalidad en este período estudiado fue del 0,9%, superior al reportado por la literatura extranjera. (15)

La intervención quirúrgica efectuada en el mayor porcentaje fue la salpingectomía más resección comual y las complicaciones postquirúrgicas fueron poco frecuentes, y no significativas.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de embarazo ectópico en el Hospital Arzobispo Loayza; durante el período comprendido entre 1985 y 1989 corresponde a 1,5%, siendo ésta la más alta reportada en nuestro medio.
2. Se encontró correlación clínico- patológica en el 91,9% de los casos. El 8,1% que no correspondió a embarazo ectópico tuvo el diagnóstico de: Quiste dermoide maduro con necrosis hemorrágica, quiste lúteo hemorrágico; trompa con infarto hemorrágico y hematosalpinx.
3. Los síntomas principales fueron dolor abdominal, amenorrea, y sangrado vía genital. El hallazgo clínico más frecuente fue tumoración anexial; siendo predominantemente el lado derecho.
4. Como antecedentes patológicos ginecológico fueron señalados: legrado uterino, proceso inflamatorio pélvico, infertilidad, procedimientos ginecológicos como insuflación tubaria cirugía tubaria.
5. Se encontró hipotensión arterial en un porcentaje significativo de pacientes y como hallazgo intraoperatorio, sangre libre en cavidad en valores superiores a 600 cc. La culdocentesis fue positiva en el 87%, correspondiendo a falsos negativos en el 7,7%.



Nombre: H. C.:
 Edad: E. C.:
 Procedencia:

Fecha de Ingreso:
 Emergencia () Cons. Externo ()
 Hora:

Síntomas: **Tiempo de Enfermedad**
 Dolor abdomina () Hora:
 Ginecorragia () Días: 1 ()
 Náuseas () 2 ()
 Vómitos () 3 ()
 Desvanecimiento ()
 Cefalea ()
 Fatiga ()
 Otros:

Hallazgos Físicos
 Resistencia abdominal ()
 Rebote ()
 Dolor hombro Izquierdo ()
 Dolor Hombro Derecho ()
 Palidez ()
 Tumoración anexial ()

Sitio de dolor intenso:
 FII () Mesogastrio ()
 FID () Cuadrante sup. derecho ()
 Hipogastrio () cuadrante sup. izquierdo ()
 Epigastrio ()
 Taquicardia ()
 Temperatura: Febril () Afebril ()
 P.A.: R.:

PPL () ():
 Ictericia ()
 Culdocentesis
 Sí
 No

antecedentes fisiológicos y Patológicos

M: R. C.:
 FUR: FUP:
 G: P:

Métodos anticonceptivos:
 Otros:
 Legrado Uetrino:
 PID:
 Leucorrea:
 Otros:

Intervención Quirúrgica: Día:
 Hora: Al ingreso: (Hora)
 Hallazgos:



.....
.....
Hemoperitoneo:

Transfusión en SOP:

1 unid.	()	2 unid.	()
3 unid.	()	> 3 unid.	()

Estudio anátomo-patológico.....
.....
.....

Alta: Tiempo de Hospitalización(días)

Complicación
.....

Control Posterior:
.....

BIBLIOGRAFÍA

1. Pelosi M. "Diagnóstico del embarazo ectópico" Tribuna Médica de México - Julio 1985; vol. 49 (1).
2. Comité de Redacción de T.M. "Diagnóstico Obstétrico y ginecológico en medicina". Tribuna Médica - feb. 1984; vol. LXI (4).
3. Díaz V. "Embarazo ectópico". Revista Viernes Médico – 1976; 27 (3).
4. Chehade J. "Embarazo ectópico" Tribuna Médica Vol. XXXI. N.º 8, 1972; pág. B-7.
5. Pelosi M. "Peligros del embarazo ectópico". Tribuna Médica. Julio 1985; pág. 20.
6. Chávez M. Embarazo ectópico". Trabajo de Tesis N.º 3946.
7. Chávez M. "Fertilidad posterior al embarazo ectópico". Diagnóstico. Octubre 1984; vol. 14 (4): 106-108.
8. Franco A. "Embarazo ectópico" Acta Médica Peruana. vol. XLII. N.º 4. Diciembre 1986.
9. Golland Jan M. "A fatal maternal outcome after delayed delivery in midtrimester abdominal pregnancy". Am. Journal Obstet. Gynecol. Nov. 15, 1985.
10. Saracoglu F. "Abdominal Pregnancy following gonadotrofin treatment", Am. Journal obstet. Gynecol. Dec. 1, 1985.
11. Sharma D. "Intrauterine and ectopic pregnancy after in vitro fertilization". The Lancet, August 30, 1986.
12. Watts J. "Shoulder tip pain in chemical peritonitis". The Lancet, August 23, 1986.
13. Phopps, H., Naftalin N. "Ectopic pregnancy diagnosed by measurement of HCG but riot laparotomy". The Lancet, February 22, 1986.
14. Check L. "Ovarian pregnancy with contralateral corpus luteum: Case report". Am. Journal Obstet. Gynecol. January 1986.
15. Wong, G. "Vaginal douching as a potential risk factor for tubalectopic pregnancy". Am. Journal obtet. Gynecol. Dec. 1, 1985.
16. Carnavalle Pacheco. Embarazo ectópico, experiencia nacional en el hospital "Edgardo Rebagliatti Martins". Acta Médica Peruana. Vol. XI N.º 4. Dic. 1984.
17. Levi B. "Embarazo ectópico en el Hospital Obrero de Lima". Tests de Bachiller. UNMSM 1965.
18. Tulandi T., Ferenczy A.: "Tubal occlusion as a result of retained ectopic pregnancy". Am. Journal Obstet. Gynecol. 1988; 158-5.



19. Stiller R, Haynes R. "Transvaginal ultrasonography in patients at risk for ectopic pregnancy". Ant. Journal obstet. Gynecol. 1989; 161-4.
20. Atrash H, Mc Kay T. "Ectopic pregnancy concurrent with induced abort ion: Incidence and mortality". Am. Journal obstet. Gynecol. 1990; 162-3.