



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1994; 40 (1): 40-44

ARTÍCULOS ORIGINALES

Futuro reproductivo de pacientes tratadas por embarazo ectópico

DR. CHARLES OSORES¹, [DR. LUIS VEGA](#)^{2,3}, DR. LUIS TÁVARA³

Resumen

El presente trabajo intenta precisar las posibilidades reproductivas futuras de 92 pacientes que han presentado embarazo ectópico. Se hizo seguimiento durante un periodo mayor de 2 años a 90 pacientes. Se separó aquellas que no tenían posibilidad de gestar, sea porque habían sido esterilizadas o por que habían adoptado algún método anticonceptivo, quedando finalmente 63 pacientes que sí tenían la posibilidad de embarazarse (70916 del total) y en ellas se estableció la frecuencia de embarazo, los resultados del mismo y la frecuencia de infertilidad ulterior. Encontramos que la frecuencia de embarazo ectópico en el HAMA es de 1 en 147 partos, siendo más frecuente en multíparas y en edades entre 26 y 30 años. Entre los antecedentes fue importante encontrar un 35,8% de abortos, 10,9% de EPI, 4,3% de tuberculosis, 2,2% de embarazo ectópico. Entre los procedimientos quirúrgicos previos, resaltaron el antecedente de legrado uterino en el 30,4%, cesárea en el 6%, apendicectomía en el 4,3016. El antecedente de uso de DIU se encontró en el 22,8%. La localización más frecuente fue la trompa, sobre todo en el tercio externo; se registra, además, 3 casos de embarazo ovárico y un caso a nivel intraligamentario. El tratamiento más comúnmente usado fue la salpinguectomía y la saoiingoforectomía debido a la alta frecuencia de casos complicados. Entre los 63 casos con posibilidades de embarazarse y que fueron seguidos durante más de 2 años, 37 gestaron (41,1% sobre el total y 58,7% de frecuencia corregida). De los 37 casos que gestaron, 21 terminaron con niño vivo (23,3% del total y 33,0% de frecuencia corregida). Hubo 6 casos de aborto (16%). Se registró 10 casos de embarazo ectópico (27% sobre los embarazos logrados y 11% del total de casos seguidos). La frecuencia de infertilidad fue 28,8% (26 casos) sobre el total y la frecuencia corregida fue 41,3%. En conclusión, el embarazo ectópico afecta negativamente el potencial reproductivo de la mujer. (Ginecol. Obstet. Perú 1994; 40: 40 - 44).

Palabra claves: Embarazo ectópico. Infertilidad posterior al embarazo ectópico.

Summary

The reproductive possibilities of 92 patients with, ectopic pregnancy was studied. Ninety patients were followed for two years or more. Only 63 could become pregnant, as the other 27 had sterilization procedures or used contraceptive methods. Incidence of ectopic pregnancy at HAMA was 1 case in 147 deliveries, mainly in multiparous women 26 to 30 years old. Important past history revealed previous abortion (35,8%), ectopic inflammatory disease (10,9%), tuberculosis (4,3%), ectopic pregnancy (2,2%), uterine curettage (30,4%), cesarean section (6,0%), appendectomy (4,3%). Most frequent localization was the fallopian tube (88 cases) and 3 cases were in the ovary and one intraligamentary. Salpingectomy was the preferred treatment. Fifty seven of the 63 patients became pregnant with a total rate of 41,1% and corrected rate 58,7%; 21 patients had a live newborn (23,3% total rate and 33% corrected rate), 6 patients aborted (16%), 10 patients had another ectopic pregnancy (11% total rate and 27% corrected rate over 37 pregnancies), and the sterility rate was 28,8% (26 cases) with 41,3916 corrected rate. We conclude that ectopic pregnancy modifies the reproductive future of women. (Ginecol. Obstet. Peru 1994; 40: 40-44).

Key words: Ectopic pregnancy; conception rate; sterility.



Introducción

Se define como embarazo ectópico la implantación del huevo fecundado en un lugar diferente a la cavidad endometrial. La gran mayoría de gestaciones ectópicas ocurren en la trompa de Falopio, pero otras se dan en el ovario, cuello uterino, cavidad abdominal y entre las hojas del ligamento ancho ^(1,2).

Es variable la frecuencia del embarazo ectópico ⁽¹⁾. En 1976, un estudio llevado a cabo en el Hospital San Bartolomé por Díaz ⁽³⁾ encontró una frecuencia de uno por cada 767 partos. En el Hospital Hipólito Unanue en 1980, nosotros encontramos una cifra de uno por cada 361 partos ⁽⁴⁾. En 1984, una publicación procedente del Hospital Edgardo Rebagliati asigna una frecuencia de uno en 692 partos ⁽⁵⁾. La experiencia previa en el Hospital María Auxiliadora encontró un embarazo ectópico por cada 156 partos ⁽⁶⁾.

Las consecuencias del embarazo ectópico sobre el potencial reproductivo pueden ser muy significativas, llegando a reducir la capacidad fértil hasta en un 50% ⁽⁷⁾. Shenker ⁽⁸⁾ encontró que las tasas de infertilidad en mujeres tratadas por embarazo ectópico son de 58,9% y, en el Perú, Chávez ⁽⁹⁾ nos reporta una cifra de 68,8%. Estas observaciones obligan a plantearnos la interrogante sobre el futuro reproductivo de cada paciente que tratamos con embarazo ectópico, más aún en aquellos casos que desean tener hijos.

La intencionalidad de este trabajo es mostrar en una población del Cono Sur de Lima el impacto que ejerce el embarazo ectópico sobre la capacidad reproductiva de la mujer.

Material y métodos

El presente es un estudio epidemiológico descriptivo llevado a cabo en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora (HAMA). Se examinó los registros del servicio de ginecología y las historias clínicas, encontrando que desde el 12 de enero de 1989 hasta el 31 de diciembre de 1991 se atendió 92 casos de embarazo ectópico, todos con diagnóstico anatomo- patológico. En cada caso se tomó datos de filiación, antecedentes, cuadro clínico, métodos de diagnóstico y tratamiento. Luego se hizo el seguimiento a 63 de ellos en el consultorio externo y a 27 a través de visita domiciliaria. Dos casos fueron desechados porque la dirección domiciliaria escrita en la historia clínica no correspondía. Los 90 casos identificados fueron seguidos durante un mínimo de 2 años con el propósito de precisar la ocurrencia de gestaciones posteriores y los resultados de cada uno de los embarazos.

Se calculó entonces la frecuencia de embarazos y la frecuencia de infertilidad en el total de los casos y se obtuvo, además, la frecuencia corregida. Esta última se obtuvo aplicando una relación sobre el número de mujeres que estaban en capacidad de procrear, desestimando aquellos casos en que se había producido esterilización quirúrgica o que estuvieran utilizando algún tipo de anticonceptivo. La frecuencia es reportada en porcentaje.

Resultados

Entre el 1º de enero de 1989 y el 31 de diciembre de 1991 se atendió en el Departamento de Ginecoobstetricia del HANIA un total de 13549 partos y 92 embarazos ectópicos, lo que hace una frecuencia de 1 en 147 partos (Cuadro 1).

Cuadro 1. Frecuencia del embarazo ectópico	
Total de partos atendidos	13549
Número de embarazos ectópicos	92
Frecuencia	0,68%

En el cuadro 2 veremos que la media de las edades entre las pacientes atendidas fue 29 años, con un rango de 17 a 44 años.



Cuadro 2. Frecuencia según edad		
Edad eb años	N	%
<20	9	9,9
21-25	14	15,2
26-30	35	38,1
31-35	21	22,8
36-40	8	8,8
41-45	5	5,5
Total	92	100,0
Media: 29 años; Rango: 17-44 años		

Entre las 92 pacientes encontramos que 13 eran nulíparas, 10 primíparas, 58 multíparas y 11 grandes multíparas. La media fue 3 partos y el rango 0 a 10 partos. En 60% (55 casos) encontramos el dato de haber tenido más de un compañero sexual en los tres últimos años.

La mayoría de pacientes ingresaron al hospital con un cuadro clínico de abdomen agudo o shock, con la cronología de 5 a 8 semanas. Unas menos tuvieron de 9 a 12 semanas (Cuadro 3).

Cuadro 3. Cronología del embarazo		
Amenorrea en semanas	N	%
Cinco	15	16,3
Seis	11	11,9
Siete	13	14,4
Ocho	22	23,9
Nueve	7	7,6
Diez	8	8,8
Once	4	4,3
Doce	3	3,3
Sin dato	6	6,5
Total	92	100,0

En 61 pacientes encontramos antecedentes clínicos que pudieran estar asociados con la presencia actual de embarazo ectópico. Destaca la presencia de aborto y enfermedades inflamatorias (Cuadro 4).

Cuadro 4. Antecedentes importantes		
Cuadro clínico	N	%
Aborto espontáneo	20	21,7
Aborto provocado	13	14,3
Enfermedad pélvica inflamatoria	10	10,9
Tuberculosis pulmonar	9	9,8
Tuberculosis genital	2	2,2
Infertilidad	4	4,3
Embarazo ectópico	2	2,2
Gonorrea	1	1,1
Total	61	66,4



Treinta y nueve pacientes (42,4%) habían utilizado previamente anticonceptivos; en ninguna de ellas se presentó embarazo ectópico mientras usaban el método. El contraceptivo más frecuente usado fue el DIU (Cuadro 5).

Cuadro 5. Uso previo de anticonceptivos		
Método	N	%
DIU	21	22,8
Píldora	6	6,5
Inyectable (MPA)	6	6,5
Barrera	3	3,3
Natural	3	3,3
Total	39	42,4

En 43 pacientes (46,7%) encontramos antecedentes de intervenciones quirúrgicas, en donde destaca claramente el curetaje uterino para resolver abortos. En los demás casos ocurrió algún tipo de cirugía abdominal o pélvica (Cuadro 6).

Cuadro 6. Antecedentes quirúrgicos		
Operación	N	%
Curetaje uterino	28	30,4
Cesárea	6	6,5
Apendicectomía	4	4,3
Plastia tubaria	2	2,2
Laparatomía	1	1,1
Salpinguectomía	1	1,1
Ooforectomía	1	1,1
Total	43	46,7

Una vez decidido el tratamiento quirúrgico y efectuado la laparotomía se encontró 88 casos localizados en la trompa, la mayoría de ellos en el tercio externo. Hubo un ligero predominio de la trompa derecha. Tres casos estuvieron localizados en el ovario y uno a nivel intraligamentario. No registramos ningún caso a nivel cervical o abdominal (Cuadro 7).

Cuadro 7. Localización del embarazo ectópico		
Localización	N	%
1/3 externo trompa	41	44,5
1/3 medio trompa	38	41,3
1/3 medio trompa	9	9,8
Ovario	3	3,3
Intraligamentario	1	1,1
Total	92	100,0

El procedimiento quirúrgico más utilizado fue la salpinguectomía (51,1%) en 47 casos y la salpingooforectomía en 34 casos (36,9%). En 14 (15,2%) se hizo, además, bloqueo tubario contralateral. Sólo en un caso de miomatosis uterina se hizo histerectomía abdominal total (Cuadro 8).



Cuadro 8. Tratamiento quirúrgico*		
Salpinguectomía	47	51,1
Salpingooforectomía	34	36,9
Salpinguectomía bilateral	5	5,5
Plastia tubaria	1	1,1
Resección cornual	3	3,2
Resección cuña ovárica	1	1,1
Histerectomía abdominal	1	1,1
Total	92	100,0
* En 14 se hizo LT contralateral (15,2%)		

Durante la laparotomía, se reconoció en 17 pacientes (18,5%) la existencia de enfermedad inflamatoria pélvica, y un sólo caso de endometriosis, tuberculosis genital y de útero bicorne.

De las 92 pacientes que componen esta serie, 63 fueron seguidas en los consultorios externos durante 2 años o más; en 29 casos hubo que hacer visita domiciliaria, logrando ubicar sólo a 27, las otras dos no fueron encontradas en la dirección visitada. De tal modo que, finalmente, se pudo seguir a 90 de ellas durante 2 años o más.

De las 90 pacientes, 20 habían sido esterilizadas quirúrgicamente al momento de la intervención; a 14 se les hizo ligadura tubaria contralateral, a 5 salpinguectomía bilateral y en un caso fue necesario hacer histerectomía abdominal (Cuadro 8).

Siete pacientes estaban utilizando algún método anticonceptivo, de tal modo que sólo 63 (70%) mujeres tenían la posibilidad de embarazarse. Según vemos en el cuadro 9, de estos 63 casos gestaron finalmente 37, que hacen una frecuencia de 41,1% sobre los 90 casos seguidos y 58,7% como frecuencia corregida (sobre los 63 casos).

Entre los 37 casos que gestaron encontramos 21 pacientes con niño vivo (23,3% sobre el total y 33% sobre los 63 casos o frecuencia corregida), 6 casos de aborto (16,2% sobre el número de embarazos logrados) y lo casos de embarazo ectópico (11% de los 90 casos seguidos y 27% sobre el número de embarazos logrados). Se registra 26 casos de infertilidad luego de dos años de seguimiento, lo que representa una frecuencia de 28,8% sobre las 90 pacientes seguidas o, mejor, 41,3% de frecuencia corregida.

No registramos ningún caso de muerte materna.

Cuadro 9. Fertilidad posterior		
Total paciente seguidas	90	100,0%
con esterilización quirúrgica	20	22,2%
Con algún método anticonceptivo	7	7,7%
Con posibilidad de embarazarse	63	70,0%
GESTARON FINALMENTE	37	41,1%
* Frecuencia corregida		58,7%
Evolución de embarazo		
- Niño vivo	21	23,3%
* Frecuencia corregida		33,0%
- Aborto (sobre embarazos logrados)	6	16,2%
- Embarazo ectópico	10	
- Del total de embarazos ectópico		11,0%
- De los embarazos logrados		27,0%
NO GESTARON (Infertilidad)		28,8%
* Frecuencia corregida		41,3%
* Sólo incluye casos con posibilidad de embarazarse		



Discusión

La frecuencia de embarazo ectópico encontrada por nosotros es de las más altas en nuestro medio ^(3,4,5,6), aunque en otros escritos apreciamos cifras mayores, como la reportada por Douglas en Jamaica⁽¹⁰⁾ y por Bautista⁽¹¹⁾ en el Hospital Arzobispo Loayza.

La mayor o menor frecuencia está influenciada por la presencia de factores asociados, como los abortos previos, los procesos inflamatorios pélvicos, las enfermedades de transmisión sexual, la endometriosis y el uso del dispositivo intrauterino^(2,3,7,11,12).

La mayor frecuencia encontrada entre los 21 y 35 años está en razón de ser la etapa de mayor capacidad reproductiva de las mujeres. Este hallazgo concuerda con otros reportados en la bibliografía consultada ^(3, 4, 5, 8, 11,13). Como en otros reportes, la gran mayoría de nuestras pacientes ingresaron en condiciones de emergencia por abdomen agudo o shock hipovolémico, lo que obliga a efectuar diagnósticos rápidos y a decidir pronto una conducta quirúrgica ^(4, 5 14).

Según nuestras cifras, hubo un predominio de múltiparas, aunque publicaciones previas nos dicen que las pacientes de embarazo ectópico presentan una frecuencia importante de nuliparidad o paridad reducida ^(4,11).

Todos los casos en esta serie tuvieron una edad gestacional igual o menor de 12 semanas. No registramos caso alguno de embarazo avanzado, como en otros escritos ^(4, 14, 15,16). Diversos reportes señalan que la mayor frecuencia está entre las primeras 12 semanas, lo que coincide con nuestros hallazgos ^(3, 4, 5, 11,12).

Muchos autores destacan la presencia de abortos previos como antecedente importante. En el material investigado encontramos una frecuencia de 36%^(3, 4, 5, 7, 17,18)

El estudio de Vega ⁽¹⁹⁾ encontró una gran frecuencia de procesos inflamatorios tubarios como problemas asociados al embarazo ectópico. Así mismo, otros autores subrayan la existencia de problemas infecciosos pélvicos, otras infecciones, intervenciones quirúrgicas previas y endometriosis como factores asociados a la etiología del embarazo ectópico ^(1, 2, 4,7), lo que concuerda con los hallazgos nuestros. En los últimos años se responsabiliza al DIU, así como a los contraceptivos hormonales orales o inyectables como factores asociados ^(2, 7, 20,21).

De acuerdo a la literatura consultada, la localización tubaria fue la más frecuentemente encontrada por nosotros ^(2,46). Menos frecuente ha sido la localización ovárica y la presencia a nivel intraligamentario; esta última probablemente secundaria a localización tubaria previa ^(2, 3,7).

Modernamente se ha descrito tratamientos de cirugía conservadora o tratamientos no quirúrgicos para el manejo del embarazo ectópico ^(22, 23,24). Sin embargo, la mayoría de nuestros casos fueron tratados con salpingectomía o salpingooforectomía, por estar mayormente complicados.

Sesenta y tres pacientes concurren rutinariamente a su control al consultorio externo y fueron seguidas fácilmente durante 2 años o más. Veintinueve requirieron de visita domiciliaria para el seguimiento, pero sólo se encontró a 27 de ellas. Entre los 90 casos que logramos seguir por más de 2 años, hubo 20 que habían sido esterilizadas y 7 que usaban alguna metodología anticonceptiva porque no querían embarazarse. De tal modo que sólo 63 pacientes (70%) estaban en posibilidad y deseaban embarazarse.

Gestaron finalmente 37 mujeres, que hacen una frecuencia de 41,1% sobre las 90, pero una frecuencia corregida de 58,7%. Fue importante consignar que, entre los embarazos logrados, hubo 16% (6 casos) de aborto espontáneo y 10 casos de embarazo ectópico (27% del total de embarazos logrados). Hubo 26 pacientes que no gestaron (28% sobre las 90, pero 41,3% de frecuencia corregida) o sea que fueron infértiles después del embarazo ectópico. Este último hallazgo nos confirma lo reportado en diferentes publicaciones, que la presencia de embarazo ectópico genera una alta frecuencia de infertilidad posteriormente, que supera el 50% de las mujeres estudiadas ^(8-10,25).



Referencias bibliográficas

1. Faith S. Ectopic pregnancy epidemiology. *Obstet. Gynecol. Clin.* 1987; 1: 165-172.
2. Jone H. and Jones G. *Novak's Textbook of Gynecology*. The Williams and Wilkins Co, 1981.
3. Díaz S. Embarazo ectópico en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé. Tesis Doctoral. UNMSM 1976.
4. Távara L. Embarazo ectópico: experiencia en el hospital Hipólito Unanue. Estudio y divulgación científica. Universidad Nacional Federico Villarreal, junio 1986.
5. Carvallo F, Pacheco J, Tanaka R. y Palomino C. Embarazo ectópico: experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati. *Acta Médica Peruana*, 1984; 11 (4): 43-48.
6. Bustinza S. Embarazo ectópico en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. Tesis de Bachiller. Universidad San Martín de Porres, 1993.
7. Russel J. Etiology of ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol. Clin.* 1987; 1: 173-180.
8. Shenker J. Eyal and Polishuk W. Fertility after tubal pregnancy. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1972; 135: 74-76.
9. Chávez M. Fertilidad posterior al embarazo ectópico. *Diagnóstico*. 1982; 14 (4): 84.
10. Douglas C. Tubal ectopic pregnancy. *Brit J Obstet. Gynaecol.* 1972; 2: 83-86.
11. Bautista M. Incidencia y correlación clinicopatológica del embarazo ectópico en el Hospital Arzobispo Loayza 1985-89. *Ginecología y Obstetricia Linia- Perú* 1991; 37 (1): 36-42.
12. Franco A. Embarazo ectópico. *Acta Médica Peruana*, 1986; 13 (4): 21-23.
13. Bren J. A 21 years survey of 654 ectopic pregnancies. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1970; 106 (7): 1004-009.
14. Clark J and Jones S. Advanced ectopic pregnancy. *J. Repro. Med.* 1975; 14:30-33.
15. Dixon H. and Stewart D. Advanced extrauterine pregnancy. *Obstet. Gynecol. Surv.* 1961; 16: 54-57.
16. Moreno L. Embarazo ectópico tubario a término. *Rev. Obstet. Ginecol. de Venezuela* 1974; 34: 321-325.
17. Blanchet J, Sparlig D. and MacI'alore K. Ectopic pregnancy; a statistical review of 360 cases. *J. Canada Med. Ass.* 1976, 96: 71-80.
18. Panoyoi P. Induced abortion and ectopic pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1972; 114: 507-510.
19. Vega L. Patología salpinguea en el embarazo ectópico tubario. *Ginecología y Obstetricia*, Lima- Perú 1968; 14: 139 - 174.
20. Vassey P. Risk of ectopic pregnancy and use of intrauterine device. *Lancet* 1979; 2 (8141): 501-502.
21. Bersjo P, et al. Ectopic pregnancy among women using progestin only contraception. *Acta Obstet. Ginecol. Scand.* 1974; 53: 377-379.
22. Decherney A. Editorial Ectopic pregnancy Symposium. *Obstet Gynecol. Clin.* 1987; 1: 111-112.
23. Diamond M and Decherney A. Surgical treatment for tubal pregnancy. *Obstet. Gynecol. Clin.* 1987; 1: 189-196.
24. Shapiro B. Non surgical treatment for ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol. Clin.* 1987; 1: 215-219.
25. Franklin W, et al. Tubal ectopic pregnancy; etiology and obstetric sequela. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1973; 117: 220-225.