



# EMBARAZO ECTÓPICO. ESTUDIO EN EL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY

Karin Romero, César Herrera, Ninoska Rojas, Lucio E. Romero, Carlos Irribarren

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Conocer la relación de algunos factores epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos en el embarazo ectópico. **DISEÑO:** Estudio retrospectivo. **LUGAR:** Servicio de Ginecología del Hospital Víctor Lazarte EcheGARAY - EsSalud de Trujillo. **Material y MÉTODOS:** Cincuenta y un pacientes que tuvieron el diagnóstico operatorio de embarazo ectópico en el período comprendido mayo de 1995 y abril de 2000. **RESULTADOS:** El embarazo ectópico tuvo una frecuencia de 1 por cada 133 partos; 33,3 % de las pacientes tenía entre 36 y 45 años de edad. Los factores predisponentes fueron la enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad quirúrgica y legrados uterinos; el método diagnóstico más utilizado fue el ultrasonido (66,7%); la localización más frecuente fue la tubárica (90,2%); las principales complicaciones fueron la anemia (68,6%) y el choque hipovolémico (13,7%). **CONCLUSIÓN:** Las características relacionadas al embarazo ectópico fueron similares a las descritas en la literatura.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico; Factores de riesgo; Complicaciones.

Ginecol Obstet (Perú) 2002; 48: 41-44

## SUMMARY

**OBJECTIVE:** To determine epidemiologic, clinical, diagnostic and therapeutic factors of ectopic pregnancy. **DESIGN:** Retrospective study. **SETTING:** Gynecology Service, Victor Lazarte EcheGARAY Hospital - EsSalud, Trujillo. **MATERIAL AND METHODS:** Fifty one patients with surgical diagnosis of ectopic pregnancy between May 1995 and April 2000. **RESULTS:** Frequency of ectopic pregnancy was 1 per each 133 deliveries; 33,3 % of the patients were 36 to 45 year-old. Predisposing factors were pelvic inflammatory disease, surgical sterilization and dilatation and curettage; most used diagnostic method was ultrasound (66,7%); most frequent localization was tubal (90,2%); main complications were anemia (68,6%) and hypovolemic shock (13,7%). **CONCLUSION:** Characteristics related to ectopic pregnancy were similar to those described in the literature.

**Keywords:** Ectopic pregnancy; Risk factors; Complications.

Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Víctor Lazarte EcheGARAY - EsSalud-Trujillo

Correspondencia: Karin Romero Castellanos

Av. Javier Prado Oeste N° 1561 Dpto. 502 San Isidro Lima. E mail: karincho@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

La palabra ectópico significa que un objeto está fuera de su lugar natural. Así, un embarazo ectópico es la implantación de un óvulo fertilizado en otro tejido diferente al endometrio del útero<sup>1,2</sup>. El embarazo ectópico fue descrito por primera vez por Albucasis, en 1863; Mariceau, en el siglo XVII, lo incluyó en su texto, como complicación obstétrica<sup>2,3</sup>.

El embarazo ectópico ha experimentado un aumento progresivo de su incidencia en estos últimos años<sup>3,4</sup> y, a pesar de que la tecnología avanzada permite su diagnóstico precoz<sup>5-7</sup> y el conocimiento de factores epidemiológicos que favorecen su aparición es mayor<sup>1-4,8-9</sup>, aún queda por mejorar la morbimortalidad de esta entidad.

La mayor localización es en la trompa<sup>1-10</sup> y, el resto, en cualquier parte del trayecto ovárico abdominal y útero (cérvix), con menos incidencias<sup>1-2,4,6-10</sup>. Según



la localización del embarazo ectópico, se puede afirmar que la evolución es tanto más tranquila cuanto más se aleja del útero. Así vemos que en los embarazos fimbriales, ováricos y abdominales primitivos, el crecimiento tiene lugar por lo común libremente en la cavidad peritoneal, por lo que no entra el embarazo en conflicto con su cápsula y no se produce crisis<sup>4</sup>.

Varios autores<sup>1-10</sup> han manifestado la importancia de la enfermedad inflamatoria pélvica, del dispositivo intrauterino (DIU), de la infertilidad y sus procedimientos, de las cirugías correctoras, así como de la esterilización quirúrgica y el antecedente de embarazo ectópico<sup>1,2,4,6-8</sup>, como factores responsables. Se suma también un nuevo comportamiento sexual y social de la humanidad<sup>1,3,4,5,10</sup>. Otros autores no han visto los referidos factores como responsables de ectópico.

Son propósitos del presente estudio determinar factores epidemiológicos, causas predisponentes, localización diagnóstica y complicaciones más frecuentes, relacionados con el embarazo ectópico.

## MATERIAL Y MÉTODO

En el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray - EsSalud - Trujillo, realizamos un estudio retrospectivo del periodo 1º de mayo de 1995 al 30 de abril de 2000, en las pacientes que tuvieron ingreso con el diagnóstico de embarazo ectópico.

Para la recolección de los datos, se confeccionó un formulario, que incluyó las siguientes variables: edad, paridad, factores epidemiológicos, medios de diagnóstico, localización y complicaciones. La infor-

**Tabla 2.** Factores epidemiológicos.

Factores epidemiológicos	N	%
• Inflamación pélvica	17	33,3
• Antecedente de esterilidad quirúrgica	15	29,4
• Uso de dispositivo intrauterino	5	9,8
• Uso de hormonas	4	7,8
• Antecedente de embarazo ectópico	1	1,9
• Antecedente de cirugía pélvica	1	1,9
Total	51	100,0

mación fue recolectada por el autor, revisando los expedientes clínicos de las pacientes operadas de embarazo ectópico en el periodo de estudio.

Se confeccionó cuadros expresados en números absolutos y porcentajes y estos resultados fueron comparados con otros estudios realizados. Se utilizó técnicas para la significación estadística, tomándose como significativos valores de  $p < 0,01$ .

## RESULTADOS

Hubo un total de 51 casos, de un total de 6821 partos ocurridos, es decir, una incidencia de 0,75% ó 1 en 133 partos.

En la Tabla 1 se puede observar que, según la edad, ocurrió entre los 18 y 45 años. Los factores epidemiológicos asociados fueron principalmente la inflamación pélvica, el antecedente de esterilidad quirúrgica y el legrado uterino (Tabla 2). La ultrasonografía fue el método diagnóstico más empleado, pero en 23,5% no se empleó método diagnóstico alguno (Tabla 3).

**Tabla 1.** Embarazo ectópico según edad.

Grupo etáreo	N	%
• < 18	0	0,0
• 18 - 25	13	27,5
• 26 - 35	16	31,4
• 36 - 45	17	33,3
• > 46	4	7,9
Total	51	100,0

**Tabla 3.** Medios diagnósticos.

Medio diagnóstico	N	%
• Ultrasonografía	34	66,7
• Punción del Dougias	4	7,8
• Laparoscopia	1	1,9
• Punción abdominal	0	0,0
• Ninguno	12	23,5
Total	51	100,0

**Tabla 4.** Localización del embarazo ectópico.

Localización	N	%
• Tubárico	46	90,2
• Ovárico	2	3,9
• Cervical	2	3,9
• Heterotópico	1	1,9
• Abdominal	0	0,0
• Total	51	100,0

La localización más frecuente del embarazo ectópico en nuestras pacientes fue el tubárico, siendo infrecuentes el ovárico, cervical y el heterotópico. No tuvimos embarazo abdominal en este grupo (Tabla 4). Fueron complicaciones la anemia, el choque y la infección de herida operatoria. No tuvimos muertes (Tabla 5).

## DISCUSIÓN

La frecuencia de un embarazo ectópico por cada 133 partos es menor de la referida en la literatura. Por ejemplo, en Suecia es de uno por 66; en Estados Unidos de América, uno por 34; en Cuba, uno por 35,5; y en España, uno por cada 45 partos<sup>4,7</sup>. Nuestro porcentaje puede ser explicado por el tipo de población que se atiende en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, en su gran mayoría, mujeres con educación superior o hijas de las mismas.

**Tabla 5.** Complicaciones.

Complicaciones	N	%
• Anemia	35	68,6
• Choque	7	13,7
• Infección de herida	5	9,8
• Muerte	0	0,0
• Otros	4	7,8
Total	51	100,0

El 33,3% de las pacientes tenía entre 36 y 45 años, seguidos del grupo de 25 a 35 años con 31,4%. Diferentes autores, como Betancourt<sup>8</sup>, encuentran la mayor frecuencia entre 25 y 35 años, mientras que Thrburni<sup>9</sup> y Guerra C<sup>10</sup> encuentran una mayor incidencia en el grupo de 18 a 25 años. Nuestros porcentajes se explican porque, nuevamente, la población atendida en el hospital es en su mayoría del grupo etáreo de 26 a 45 años<sup>11</sup>.

Un porcentaje de estas mujeres tenía antecedentes de inflamación pélvica (33,3%), esterilidad (29,4%) y legrados anteriores (15,7%). Otros autores señalan como más importantes el uso de dispositivo intrauterino (DIU), por ejemplo, Magman<sup>12</sup>, quien además señala la posible coincidencia de DIU con enfermedad inflamatoria pélvica como elemento predisponente de más valor actual. Rusell<sup>13</sup> y Parazzini consideran que los abortos inducidos pueden ser uno de los varios factores de riesgo de embarazos ectópicos y Guerra<sup>10</sup> señala a la inflamación pélvica y los legrados dentro de las tres causas predominantes, lo que coincide con nuestra investigación.

El medio diagnóstico más utilizado fue la ultrasonografía (66,7%). Llama la atención que 23,5% no tuvo ayuda auxiliar alguna, sino que el diagnóstico se basó en la clínica. Ello está en discrepancia con lo descrito por Rodríguez<sup>5</sup>, quien refiere que, al confeccionar la ruta crítica para el diagnóstico de sospecha del embarazo ectópico, le confiere el valor máximo a la punción de Douglas, por ser certera, poco complicada y fácil de realizar. Sin embargo, muchos autores<sup>1</sup> señalan que la utilidad del ultrasonido ha sido para identificar a la paciente con embarazo intrauterino, y excluye el ectópico.

La localización más frecuente fue la tubárica (90,2%), seguida por el embarazo cervical y el ovárico (3,9%) y, en último lugar, el heterotópico (1,9%), porcentajes que son coincidentes con lo referido por la literatura<sup>1,7,8,10</sup>.

Las complicaciones más frecuentes fueron la anemia y el choque hipovolémico, con 68,6% y 13,7%, respectivamente, lo que coincide con Fernández<sup>6</sup>, Guerra<sup>10</sup> y Maribella y col<sup>14</sup>.

Para disminuir la morbimortalidad producida por el embarazo ectópico, es preciso diagnosticarlo precozmente, antes de que aparezcan complicacio-



nes, pues éstas pueden ser fatales; 5 a 12 % de las causas de muerte materna en el mundo son por embarazo ectópico<sup>4</sup>.

Podemos concluir que el embarazo ectópico se presentó con una frecuencia de uno por cada 133 partos y el mayor porcentaje de casos se encuentra en el grupo de 36 a 45 años. La inflamación pélvica, la esterilidad quirúrgica y los legrados uterinos previos fueron los principales antecedentes encontrados. A 66,7% de las mujeres se les realizó una ecografía pélvica como medio diagnóstico, la ubicación más frecuente fue la tubárica y 68,6% de las pacientes estudiadas tenía anemia, el 13,7% llegó al choque hipovolémico.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mishell D, Stenchever M, Droegemueller W, Herbst A. Tratado de Ginecología. 3ra ed. Madrid: Harcourt Brace. 1999:431-64.
2. González Merlo H. Embarazo ectópico. En: Protocolo de Conductas. Madrid: Salvat, 1994:330-49.
3. Buster JE, Carson SA. Ectopic pregnancy: new advances in diagnosis and treatment. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1995;7:168-73.
4. Atrash HK, Friede A, Hogue CJ. Ectopic pregnancy mortality in the United States: 1970-1983. *Obstet Gynecol* 1987;70:817-9.
5. Rodríguez Hidalgo N. Embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1995;21(1-2):3-7.
6. Vilos GA. Recognizing the signs of ectopic pregnancy. *Can J Diagn* 1994;11(3):127-35.
7. Carson SA, Buster JE. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med* 1993; 329: 1174-76.
8. Betancourt Núñez L. Incidencia de embarazo ectópico en Hospitales de Luanda (RPA) en un año. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1982;8(2):109-205.
9. Thorbuni. Ectopic pregnancy the "Cpi Nemic" Suumsto Se Over. *Lakartidninja* 1995;92(49):4701-6.
10. Guerra C, Hernández N, Guerra N, Margarita M, Proenza J. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1999;25:66-70.
11. Calderón N, Carbajal R, Herrera C, Ñique C. Frecuencia de la hipertensión en el embarazo. *Ginecol Obstet* 1997;15:29-32.
12. Magman R, Shulman A, Magman BB, Barle UGF. Ectopic pregnancy. The new gynecological epidemic discate. *Inter J Perfil* 1992; 37: 146-64.
13. Rusell JBR. Reported ectopic pregnancy. *Hum Retrad* 1995;10(7).
14. Fernandez M, Hernández J, Molina C, Dávila B, Linares R, Benavides S. Embarazo ectópico: correlación de algunos factores. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1996;22:26-8.