

# Estudio epidemiológico y clinicoradiológico de pacientes con embarazo ectópico en el Centro Médico ABC

Ángel Matute-Labrador,\* José Antonio Rodríguez-Martínez,\* Rosalía García-Ruiz,\*  
 María Eréndira Ortiz-Ruiz,\* Carlos Valdespín-Fierro,\* Elio Rafael Ponce-Juárez\*

## RESUMEN

El embarazo ectópico es una patología que se presenta en 1 a 2% de todos los embarazos. Se caracteriza por implantación del cigoto en un sitio distinto a la cavidad uterina. La localización más frecuente es en la trompa de Falopio y la porción más afectada es la ampolla. Se ha publicado que algunos factores predisponen a que se presente esta patología. **Objetivo:** Identificar y describir las características epidemiológicas, clínicas y ultrasonográficas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en nuestro hospital y contrastar los resultados con lo ya reportado. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, que incluyó 188 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico entre el 2004 y el 2008. Se valoraron antecedentes de importancia, hallazgos clínicos y radiológicos. **Resultados:** El 47.9% (n = 90) de las pacientes tenía cirugía pélvica previa, el hallazgo clínico más común fue dolor pélvico (81.4%, n = 153) y el ultrasonográfico fue masa anexial (42.8%, n = 80). **Conclusión:** La epidemiología del embarazo ectópico concuerda con lo reportado en otros centros médicos. La presentación clínica usual es la tríada clásica. El diagnóstico se confirma mediante determinación de gonadotropina coriónica humana (fracción beta) y con ultrasonografía.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico, gonadotropina coriónica, dolor abdominal, masa anexial.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es una patología que se presenta en 1-2% de todos los embarazos. Se caracteriza por implantación del cigoto en un sitio distinto a la

## ABSTRACT

**Background:** Ectopic pregnancy represents about 1-2% of all pregnancies. This pathology is characterized by embryo implantation in a different site other than uterine cavity. The most frequent abnormal site is the Fallopian tube, being the ampular portion the most affected one. It has been published that some factors predispose the presentation of this pathology. **Objective:** The objective of this study is to identify and describe the epidemiologic, clinical and sonographic characteristics of patients in our hospital with a clinical diagnosis of ectopic pregnancy and to compare these findings with previously published information. **Material and methods:** A retrospective, descriptive and observational study was done which included 188 patients with a diagnosis of ectopic pregnancy between 2004 and 2008. To evaluate relevant antecedents, clinical and radiologic findings. **Results:** 47.9% (n = 90) of the patients had history of pelvic surgery, pelvic pain is the most common clinical finding in 81.4% (n = 153), and sonographic mass anexial in 42.8% (n = 80). **Conclusion:** The epidemiology of ectopic pregnancy it's similar to those previously reported by other medical centers. The clinical presentation is the classic triad confirmed by serum determination of  $\beta$ -HCG and a sonogram.

**Key words:** Ectopic pregnancy,  $\beta$ -HCG, pelvic pain, mass anexial.

cavidad uterina.<sup>1</sup> Se sabe que la localización más frecuente es en trompa de Falopio (95%). De ésta, la porción más afectada es la ampolla con 60% de los casos, en el istmo se presenta en 25%, en la fimbria en 15%, en el intersticio en 3%, mientras que en el ovario y el cérvix en menos de 2%.<sup>2</sup>

En otro estudio descriptivo realizado en Colombia, la edad promedio en que se presenta esta patología es 26 años; 79% de estas pacientes son remitidas de un primer nivel de atención a un centro de segundo y tercer nivel. En cuanto a la presentación clínica, el hallazgo más común fue dolor abdominal con 42.3% y 7.7% tenían antecedente de

\* Departamento de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 25/06/09. Aceptado: 10/08/09.

Correspondencia: Dr. Ángel Matute-Labrador

Centro Médico ABC Santa Fe. Torre de Consultorios.

Av. Carlos Graef Fernández núm. 154, 3er piso, Consultorio 338,

Col Tlaxcala, Santa Fe Cuajimalpa, 05300 México, D.F.

Tels: 55-15-03-76 y 52-71-55-72. E-mail: amatutel@abchospital.com

embarazo ectópico previo. Respecto a lateralidad, en ese estudio se reportó que 59% eran del lado derecho. El 88.5% fueron tratados con laparotomía y en 96.7% se prefirió la salpingectomía.<sup>3</sup>

En un estudio tipo serie de casos realizado en Sinaloa se informa que la edad promedio en la que se presenta esta patología también fue 26 años. Entre las mujeres afectadas, 13% tenía antecedente de tabaquismo, 46.8% usaba anticonceptivos, 35.1% tenía historia de cirugía pélvica, 3.9% habían tenido embarazo ectópico previo. El dolor fue el hallazgo clínico más común en 93.5% de los casos y el sangrado transvaginal

en 67.5%. El promedio de edad gestacional fue 7.3 semanas.<sup>4</sup> El objetivo del presente estudio fue identificar y describir las características epidemiológicas, clínicas y ultrasonográficas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en nuestro Centro Médico y contrastar los resultados con lo ya reportado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, que incluyó a todas las pacientes con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico atendidas entre el 2004 y el 2008. De las cuales se obtuvieron los antecedentes de importancia para su padecimiento actual, los hallazgos clínicos y radiológicos, así como las características del embarazo ectópico como: abordaje, cantidad de sangrado, localización, días de estancia y complicaciones. Se uso el programa SPSS versión 15 para obtener la estadística descriptiva y para analizar las variables cuantitativas, obteniendo la media y la desviación estándar de las mismas de acuerdo al caso.

## RESULTADOS

Se registraron 188 mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico. La edad promedio de las pacientes fue  $32.46 \pm 4.987$  (rango: 17-49), de las cuales el 27.7% era nulípara; el otro 72.3% tuvo en promedio  $2.29 \pm 1.44$  (rango: 0-7) gestaciones. El número promedio de cesáreas fue  $0.5 \pm 0.8$  (0-4), partos  $0.53 \pm 0.874$  (0-4) y abortos  $0.42 \pm 0.723$  (0-3). La edad gestacional promedio fue  $6.1 \pm 2.58$  semanas. El hallazgo ultrasonográfico más común fue masa anexial, lo cual se presentó en 80 (42.8%) mujeres. Ausencia de hallazgos ultrasonográficos se registró en 28 (14.9%) (*Cuadro I*).

Los antecedentes de importancia fueron: embarazo ectópico previo en 14 (7.4%) casos, cirugía tubaria previa en 26 (13.8%), enfermedad pélvica inflamatoria en tres (1.6%), tratamiento de infertilidad en nueve (4.8%), tabaquismo en 60 (31.9%), cirugía pélvica previa en 90 (47.9 %) y dispositivo intrauterino (DIU) en 24 (12.8%).

El diagnóstico de ingreso más común fue embarazo ectópico con 71.8%, seguido de quiste de ovario con 16% (*Cuadro II*). Los hallazgos clínicos se enlistan en el *cuadro III*; los principales

**Cuadro I.** Hallazgos ultrasonográficos.

Hallazgos ultrasonográficos	n	%
Sin hallazgos	28	14.9
Masa anexial	80	42.6
Líquido libre	9	4.8
Útero vacío	16	8.5
Útero vacío + líquido libre	10	5.3
Útero vacío + masa anexial	12	6.4
Masa anexial + líquido libre	15	8.0
Útero vacío, líquido libre, masa anexial	17	9.0

**Cuadro II.** Diagnósticos al ingreso.

Diagnóstico al ingreso	n	%
Embarazo ectópico	135	71.8
Quiste ovárico	30	16.0
Dolor abdominal en estudio	15	8.0
Abdomen agudo	6	3.2
Aborto	1	0.5
Apendicitis	1	0.5

**Cuadro III.** Frecuencia de hallazgos clínicos.

Hallazgos clínicos	n	%
Dolor pélvico	153	81.4
Amenorrea	132	70.2
Sangrado transvaginal	132	70.2
Datos de irritación peritoneal	88	46.8
Masa anexial palpable	18	9.6

fueron dolor pélvico (81.4%), amenorrea (70.2%) y sangrado transvaginal (70.2%).

El manejo se efectuó por medio de laparotomía en 50 (26.6%) pacientes y laparoscopia en 138 (73.4%). El tratamiento más frecuente fue salpingectomía, efectuado en 90 (47.9%) mujeres, mientras que salpingostomía se realizó en 64 (34%). En cuanto a la localización, se presentó del lado derecho en 89 (47.3%) y del lado izquierdo en 17 (9%). El tiempo quirúrgico promedio fue  $1.3 \pm 0.58$  horas y el sangrado promedio fue  $353.96 \pm 397.3$  mL. En cuanto a la localización, 80.3% correspondió a la región ampular, 7.5% fue infundibular, 4.3% fimbrial, 3.2% ovárica, 2.7% intersticial y 2.1% abdominal.

Se usó tratamiento con metotrexato en 26 (13.8%). El valor promedio de la fracción beta de la gonadotropina coriónica fue  $9,142.53 \pm 18,519$  y ésta resultó positiva en 160 (85.1%). La complicación más frecuente fue embarazo ectópico roto, lo cual se observó en 33 (17.6%) casos; hemorragia se registró en cuatro (2.1%) mujeres. El promedio de días de estancia hospitalaria fue  $1.93 \pm 0.951$ .

## DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo demuestran que el promedio de edad de nuestras pacientes es mayor a lo reportado por otros autores, lo cual se explicaría porque nuestra institución trata a mujeres más jóvenes con deseo de embarazo que generalmente llevan varios intentos de quedar embarazadas, pues 27.7% era nuligesta y 7.4% de las pacientes tenía antecedente de un embarazo ectópico previo, lo cual concuerda con lo reportado por Cuero.<sup>3</sup>

Entre los factores de riesgo que se evaluaron (tabaquismo, DIU, cirugía tubárica, cirugía pélvica, enfermedad pélvica inflamatoria y tratamiento de infertilidad), los únicos que mostraron frecuencia mayor a 30% fueron tabaquismo y cirugía previa, ambos clasificados como de riesgo leve por Pisarka.<sup>5</sup> Esto era esperado debido a que el riesgo relativo para estos dos es bajo, de 2.3-2.5 y de 0.93-3.8, respectivamente,<sup>5</sup> lo cual los hace hallazgos comunes en cualquier serie de casos.

Otro resultado importante es que el diagnóstico en nuestro Centro Médico se está haciendo adecua-

damente, pues 71.8% de las pacientes ingresa con este diagnóstico, siendo muchas veces de presentación sutil. La clave para establecer el diagnóstico es pensarla, aunque no siempre se piensa lo suficiente.<sup>6</sup> La presentación clínica más común fue la tríada clásica: Dolor abdominal, sangrado transvaginal y amenorrea en orden de frecuencia, lo cual concuerda con lo reportado por Gracykwska.<sup>7</sup>

Los auxiliares diagnósticos usados incluyeron determinación sérica de gonadotropina coriónica humana fracción beta, la cual resultó positiva en 85% de los casos; el nivel promedio de ésta fue 9,142 mUI/mL, cifra que se encuentra por arriba del punto de corte propuesto por Kadar<sup>8</sup> para hacer el diagnóstico de embarazo ectópico, que es la llamada «zona de discriminación», cuyo límite abarca de 2,000 a 6,000 UI, lo que acompañado de ultrasonido transvaginal, hace de ésta una prueba muy sensible para el diagnóstico de embarazo ectópico.<sup>8</sup> El otro auxiliar diagnóstico empleado fue la ultrasonografía; el hallazgo más común fue masa anexial y el que le siguió en frecuencia fue el de ultrasonido normal, lo que no concuerda con lo reportado en otras series en la que el hallazgo más frecuente es presencia de líquido libre, seguida de útero vacío.<sup>6</sup> Esto puede deberse a que existen diferencias entre el equipo empleado en nuestro Centro Médico y los equipos usados por los otros grupos, además de que esta técnica es observador-dependiente.

En cuanto al tratamiento, en nuestro Centro Médico se optó por el abordaje laparoscópico, ya que se ha reportado que tiene una mejor relación costo-beneficio, la recuperación es más corta y la tasa de recidiva es igual que con el abordaje por laparotomía.<sup>9</sup> El tipo de tratamiento más realizado fue el radical (salpingectomía), pero no se ha demostrado que exista un beneficio mayor de éste sobre el tratamiento conservador (salpingostomía y salpingotomía), por lo que la preferencia de una sobre la otra se basa en el estado de la salpinge, la localización, el tamaño y la accesibilidad del embarazo ectópico.<sup>10</sup> En lo que respecta a la localización del embarazo ectópico, el lado más común fue el derecho; la región de la trompa uterina más afectada fue la región ampular y se encontró roto en menos de 20%, lo cual concuerda con lo ya reportado.<sup>1-3</sup>

## CONCLUSIONES

El presente estudio demuestra que en nuestro Centro Médico la epidemiología del embarazo ectópico concuerda con lo reportado en otros centros hospitalarios.<sup>4,5</sup> La presentación clínica más usual es la tríada clásica; ante la presencia de ésta se debe sospechar el diagnóstico de embarazo ectópico, el cual se confirmará mediante la determinación de la gonadotropina coriónica humana fracción beta y ultrasonografía transvaginal. Recomendamos el abordaje por vía laparoscópica debido a que sus ventajas han sido ya mostradas en diversos estudios.<sup>9,10</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Molina S. Tratamiento conservador, laparoscópico y médico del embarazo ectópico. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75 (9): 539-548.
2. Cruz V, Avendaño A, Morales M, Olguín A, García León F, Chaya M et al. Manejo laparoscópico del embarazo abdominal. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2004; 49 (4): 191-194.
3. Cuero OL. Descripción del embarazo ectópico en el Hospital San Juan de Dios Cali, entre el 2005 y el 2006. *RCOG* 2008; 59 (4): 304-09.
4. Ortiz F, Quevedo CE, Muñoz VF, Castro SA, Rubio MZ, Soriano M et al. Estudio epidemiológico y clínico de pacientes con embarazo ectópico, serie de 77 casos. *Bol Med UAS* 2006; 2 (13): 9-12.
5. Pisarka MD, Carson SA. Incidencia del embarazo ectópico. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 1-4.
6. Brown DL, Doubilet PM. Transvaginal sonography for diagnostic ectopic pregnancy positivity criteria and performance characteristics. *J Ultrasound Med* 1994; 13: 259-266.
7. Gracykwska, Jacek. Diagnóstico del embarazo ectópico agudo y persistente. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 1-11.
8. Kadar N, De Vore G, Romero R. The discriminatory hCG zone: Its use in the sonographic evaluation for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981b; 58: 156.
9. Murphy AA, Nager CW, Wuyek JJ, Kettel LM, Torp VA, Chin HG. Operative laparoscopy *versus* laparotomy for the management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1992; 57: 1180-1185.
10. De los Ríos, JF, Sánchez E, Matta GJ, Jaramillo M, Arango AM. Fertilidad después del tratamiento laparoscópico del embarazo ectópico, en la Clínica del Prado Medellín, Colombia. Estudio de Cohorte. *RCOG* 2007; 58 (4): 284-289.