

El embarazo ectópico sigue siendo un problema no resuelto

Ectopic pregnancy is still an unsolved problem

Dr. Evelio Cabezas Cruz

Profesor Titular Consultante. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

RESUMEN

El embarazo ectópico (EE) juega un papel importante en la mortalidad materna en Cuba, y su incidencia está aumentando tanto en nuestro país como a escala internacional. Se realizó análisis de los datos relacionados con las muertes maternas ocurridas en Cuba entre los años 2004-2013, según el estudio y la discusión realizados por la Comisión Nacional de Mortalidad Materna (MM) del MINSAP con el objetivo de actualizar los conocimientos sobre el diagnóstico y el tratamiento oportuno de esta entidad. Se presenta el significativo porcentaje que el EE ha tenido en la mortalidad materna durante el decenio, desglosando por provincias y en los sitios en que han ocurrido las fallecidas. Se concluye que el diagnóstico y el tratamiento oportuno del EE pueden contribuir a la disminución de la mortalidad materna.

Palabras clave: embarazo ectópico, mortalidad materna, factores de riesgo.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy plays an important role in maternal mortality in Cuba, and its incidence is increasing in our country and worldwide. Analysis of data related to maternal deaths in Cuba between 2004-2013 was performed according to the study and discussion carried out by the National Commission on Maternal Mortality (MM) of the Ministry of Public Health with the aim of updating the knowledge about diagnosis and timely treatment of this entity. The significant percentages that the EP has had in maternal mortality over the decade is presented here with a breakdown by province and in the places where dead has occurred. It is concluded that timely diagnosis and treatment of the EP can contribute to the reduction of maternal mortality.

Keywords: ectopic pregnancy, maternal mortality, risk factors.

Definición : se considera que cuando el óvulo fecundado se implanta fuera de la cavidad endometrial ocurre un embarazo ectópico (EE).

Es la causa más frecuente de muerte materna (MM) en el primer trimestre de la gestación, lo que compromete a su diagnóstico y tratamiento oportuno.

Incidencia : a escala mundial se ha producido un incremento en la incidencia del embarazo ectópico, en Estados Unidos de Norteamérica su ocurrencia ha incrementado cinco veces en 20 años,¹ las tasas más altas se produjeron en mujeres de 35 a 44 años de edad (20,8 %). El riesgo se aumenta con la edad.²

En Cuba, la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP comenzó, a partir del año 2012, a coleccionar el número de pacientes operadas por EE en las diferentes unidades hospitalarias de todo el país. Durante el año 2012 por esta causa fueron operadas 3 799; mientras que en el 2013, recibieron este tratamiento 4 706.³ Por lo tanto, nuestro país no escapa a la tendencia internacional en cuanto al aumento de esta entidad. En el Hospital Ginecobstétrico Profesor Eusebio Hernández, en 5 años (2008 a 2012) sumando el número de nacimientos más el de interrupciones voluntarias fueron atendidas en total 40 669 mujeres y se operaron 900 casos de EE, lo que equivale a 22,1 por cada 1 000 embarazos, según los datos obtenidos en el Departamento de Estadísticas del Hospital Eusebio Hernández.

Factores de riesgo : a pesar del avance de los conocimientos actuales, aun existen aspectos en la etiología del EE que no están claramente definidos. De todas formas, sí se conocen varios factores que incrementan la probabilidad de que una mujer pueda padecer esta afección:

- Infección genital previa: según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (*American College of Obstetric and Gynaecology*) (1998) las enfermedades inflamatorias pélvicas previas, especialmente la causada por *Chlamydia trachomatis*, es el factor de riesgo más común.
- Cirugía tubaria previa.
- Ligadura previa de las trompas, este factor es muy importante, porque con frecuencia se supone por el médico que por esa razón no existiría un EE.
- Historia de embarazo ectópico anterior.

- Uso de dispositivos intrauterinos (DIU). Este aspecto es controversial, pues en algunos estudios realizados no se ha encontrado un riesgo incrementado de EE después de su utilización.⁴
- Abortos provocados, sobre todo realizados con métodos inseguros.
- La píldora del día siguiente.
- La reproducción asistida, aunque es posible en un número de casos pudiera estar ligado al factor primario que determina la infertilidad.
- Salpingitis ístmica nudosa.
- Consumo de cigarrillos (20 o más por día).

Diagnóstico: el diagnóstico de embarazo ectópico se complica por el gran espectro de cuadros clínicos, desde las pacientes que son asintomáticas hasta las que presentan el cuadro clínico de abdomen agudo y *shock* hemodinámico⁵ se ha reportado que un tercio de las portadoras de un ectópico no tienen síntomas clínicos y que alrededor de 9 % no presenta síntomas. Por estas razones, el EE ha sido denominado: "el gran simulador de la Ginecología".⁶

Considera el autor que, siempre que una mujer en edad fértil consulte por amenorrea, lo primero a descartar es que se trate de un embarazo y muy importante que estemos convencidos que no existe un EE, recordar que, aunque es muy raro, pueden coexistir una gestación eutópica con una ectópica (embarazo heterotópico).

Son importantes los aspectos siguientes:

- La triada sintomática clásica del EE consiste en dolor, amenorrea y sangrado vaginal. Sin embargo, este grupo sintomático se encuentra solo en alrededor del 50 % de los casos, y casi siempre están presentes en aquellas pacientes en las cuales ya se ha roto el EE. El dolor abdominal es la queja más frecuente, pero varía mucho en su gravedad y naturaleza.
- No hay dolor patognomónico que sirva para el diagnóstico del EE.
- Por supuesto, el diagnóstico se fundamenta en primer lugar en un correcto examen físico, que debe seguir estrictamente lo que establece el método clínico.
- No olvidar que un número de pacientes puede ser asintomáticas.
- Prueba de embarazo.
- La piedra angular para el diagnóstico de EE es la medición cuantitativa de la Gonadotropina Coriónica Humana β (hCG). La prueba es positiva virtualmente en todos los EE comprobados, hay otros marcadores endocrinos, pero no son utilizados en Cuba.
- Ultrasonografía, tanto abdominal como transvaginal.

- Importante: la sensibilidad de la prueba de β -hCG suele permitir el diagnóstico del embarazo antes de la visualización directa mediante ultrasonografía.
- Culdocentesis: no olvidar que sirve para plantear el diagnóstico, solo cuando el EE se ha roto.
- La laparoscopia puede ser necesaria, si el empleo de los métodos anteriores no ha logrado confirmar la sospecha de la existencia de un EE.

Cuando el EE se rompe, los síntomas son:

- Taquicardia.
- Hipotensión arterial que puede llegar al *shock*.
- Abdomen doloroso y distendido.

Diagnóstico diferencial:

- Quiste de ovario.
- Amenaza de aborto o aborto incompleto.
- Apendicitis aguda.
- Complicaciones del DIU.

Con el objetivo de disminuir la mortalidad materna (MM) por EE ectópico en Cuba, con la colaboración de otros profesores, desde el año 1998, publicamos un pequeño libro titulado *Procederes en Obstetricia y Ginecología para el Médico de la Familia* donde se proponen los flujogramas a seguir ante la sospecha y confirmación de la existencia de un EE. Estos procedimientos, con pequeñas modificaciones, aparecen en el libro recientemente publicado por la Editorial de Ciencias Médicas con el título *Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y tratamiento*.

Tratamiento: la conducta que ha prevalecido en Cuba a lo largo del tiempo ha sido “Ectópico diagnosticado, ectópico operado”, pero el desarrollo actual de las ciencias médicas obliga a considerar otras posibilidades, en la que resulta trascendente la fertilidad futura.

Tratamiento médico: el producto utilizado ha sido el metotrexato, aunque se han estudiado otros agentes.

En Cuba, este método ha sido poco utilizado; pero, teniendo en cuenta lo señalado en cuanto a la fertilidad futura, se pudiera plantear la realización de investigaciones que profundicen sobre este aspecto.

En cuanto el tratamiento quirúrgico, también han aparecido variantes; ya no se trata solo de cirugía a abdomen abierto, se tiene la cirugía de mínimo acceso por laparoscopia.

A continuación se muestran algunos datos del comportamiento del EE en Cuba, que ilustran el porqué del título de esta publicación.

Como se observa en la [tabla 1](#), el mayor porcentaje de MM debidas al EE ha sido en los años 2004 y 2012, curiosamente el mismo número de muertes y el mismo número de ectópicos. El menor porcentaje fue en el 2005.

**Tabla 1. Porcentaje de muertes maternas por embarazo ectópico.
Cuba 2004-2013**

| Año | Total MMD* | # de EE** | % |
|--------------|-------------------|------------------|-------------|
| 2004 | 27 | 7 | 26,0 |
| 2005 | 43 | 4 | 9,3 |
| 2006 | 42 | 8 | 19,0 |
| 2007 | 25 | 3 | 12,0 |
| 2008 | 36 | 5 | 13,8 |
| 2009 | 39 | 5 | 12,8 |
| 2010 | 38 | 4 | 10,5 |
| 2011 | 42 | 4 | 9,5 |
| 2012 | 27 | 7 | 26,0 |
| 2013 | 27 | 5 | 18,8 |
| Total | 356 | 52 | 14,6 |

* Muerte Materna Directa

**Embarazo Ectópico

En 10 años, 356 muertes, de estas 52 por EE lo que representa el 14,6 % del total de fallecidas. Es evidente que la disminución de la MM en Cuba está relacionada con el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de esta entidad.

Al analizar la [tabla 2](#) llama la atención el número de fallecidas por EE en Santiago de Cuba con 13 casos. Las provincias de Matanzas, Granma e Isla de la Juventud no tuvieron muertes por esta causa.

Tabla 2. Muertes maternas por embarazo ectópico por provincias. 2004-2013

| Provincia | Nº |
|---------------------|-----------|
| Pinar del Río | 2 |
| Artemisa | 1 |
| Ciudad Habana | 10 |
| Mayabeque | 2 |
| Matanzas | 0 |
| Cienfuegos | 3 |
| Villa Clara | 2 |
| Sancti Spíritus | 2 |
| Ciego de Ávila | 1 |
| Camagüey | 5 |
| Las Tunas | 2 |
| Holguín | 5 |
| Granma | 0 |
| Santiago de Cuba | 13 |
| Guantánamo | 4 |
| Isla de la Juventud | 0 |
| TOTAL | 52 |

Como se puede apreciar en la [tabla 3](#), el mayor porcentaje (34,6) de las fallecidas ocurrieron en Hospitales Clínicos Quirúrgicos, y en segundo lugar, en los Hospitales Clínicos Quirúrgicos con Servicio de Obstetricia.

Tabla 3. Lugar de ocurrencia del fallecimiento por embarazo ectópico.
Cuba 2004-2013

| Lugar | Nº | % |
|---|-----------|------------|
| Hospital Clínico Quirúrgico (CL.Q) | 18 | 34,6 |
| Hospital CL.Q con Servicio de Obstetricia | 15 | 28,8 |
| Hospital Ginecobstétrico | 5 | 9,6 |
| Domicilio | 5 | 9,6 |
| Policlínico | 3 | 5,7 |
| Ambulancia | 3 | 5,7 |
| Extra-Hospitalaria | 2 | 3,8 |
| Cuerpo de Guardia | 1 | 1,9 |
| TOTAL | 52 | 100 |

En hospitales ginecobstétricos solo fallecieron cinco casos para el 9,6 % del total.

Estos datos indican la necesidad de que otras especialidades no ginecobstétricas amplíen su conocimiento en el diagnóstico, no siempre fácil, del embarazo ectópico.

Por los datos que se muestran en este estudio se concluye que el diagnóstico y el tratamiento oportuno del EE pueden contribuir a la disminución de la mortalidad materna.

El sistema de salud en Cuba dispone de las posibilidades de derrotar “al gran simulador de la Ginecología”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Goldner TE, Lawson H, Xiaz W. Surveillance for Ectopic Pregnancy-United State,1970-1989. MM WR Morbimortal Rep CDC Surveillance. 1993;42(ss-6):73-85.
- 2- Farquhar CM. Ectopic Pregnancy. Lancet. 2005;366:583-591.
- 3- Anuario Estadístico de Salud del MINSAP. 2013. [Consultado: 12 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>

4- Vessey M, Meislerl, Flavel R. Outcome of Pregnancy in Women; using differet methods of Contraception. Br J Obstet Gynaecol. 1979;86:548-556.

5- Ginecología de Novak, 13 Edición Enero 2005. Thomas G. Stovall, Mc Granw-Hill Interamericana, México, pág. 415.

6- Lugo Luna R, Ruiz I, Gutiérrez Laiza NS, Martínez Guerrero ME, Mendel Ocegüera Jr, Suárez López NM. Embarazo heterotópico y supervivencia del producto intrauterino. Ginecol. Obstet. Mex.2011; 79 (8)508-515.