

LUGLIO VILLANUEVA, Jesús Mario; DÍAZ LEDESMA, Lizeth; CÁCERES CHU, Eduardo  
Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital  
Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002.  
Revista Médica Herediana, vol. 16, núm. 1, 2005, pp. 26-30  
Universidad Peruana Cayetano Heredia  
San Martín de Porres, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338029544005>



Revista Médica Herediana,  
ISSN (Versión impresa): 1018-130X  
[juan.miyahira@upch.pe](mailto:juan.miyahira@upch.pe)  
Universidad Peruana Cayetano Heredia  
Perú

# **Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002.**

**Clinical and pathologic characteristics of ectopic pregnancy at the Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.**

LUGLIO VILLANUEVA Jesús Mario<sup>1</sup>, DÍAZ LEDESMA Lizeth<sup>1</sup>, CÁCERES CHU Eduardo<sup>2</sup>.

## **SUMMARY**

**Objectives:** To determine the clinical and pathologic characteristics of ectopic pregnancy carriers at Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (ERMH) between 1998 and 2002. **Material and Methods:** In a descriptive, retrospective, and transversal study we included 203 patients with ectopic pregnancy, admitted between January 1998 and December 2002 at ERMH. **Results:** The frequency was 0.55%. Most of patients were between 25-39 years old (89.17%), had a menarchia between 9–13 years old (66.50%), amenorrhea between 6–8 weeks (48.77%). The abdomino-pelvic surgery was found in 102 (50.24%) patients, intrauterine device was the most frequent contraception method, used in 45 patients (22.16%). Ultrasonography was the most frequent diagnostic test used in 201 (99.01%) and  $\beta$  HCG in 104 (51.23%) patients. Tubal pregnancy was found in 197 (97.04%) cases: 47.72% ampullar, 29.44% itsmical 7.11% interstitial and 4.06% fimbrial in 11.67% cases its location was not specified. Extra-tubal pregnancy was found in 6 cases: 3 (1.48%) ovarian, 2 (0.99%) cervical and 1 (0.99%) abdominal. **Conclusion:** The frequency of ectopic pregnancy was 0.55% or 1/183 deliveries. (*Rev Med Hered* 2005;16:26-30).

**KEY WORDS:** Ectopic pregnancy, risk factors, diagnosis, treatment.

## **RESUMEN**

**Objetivos:** Determinar las características clínicas y patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNREM) entre 1998 y 2002. **Material y Métodos:** En un estudio descriptivo y retrospectivo se incluyó 203 casos de embarazo ectópico entre enero de 1998 y diciembre del 2002 en el HNREM. **Resultados:** Se encontró una frecuencia de 0,55%. El mayor porcentaje de pacientes presentó una edad entre 25-39 años (89,17%), menarquia entre 9–13 años (66,50%), edad gestacional entre 6–8 sem (48,77%). La cirugía abdomino-pélvica fue el antecedente más frecuente en 102 (50,24%) pacientes y el método anticonceptivo más usado fue el DIU en 45 (22,16%) pacientes. El método de ayuda diagnóstica más usado fue la ecografía en 201 (99,01%) pacientes seguido por  $^2\text{HCG}$  en 104 (51,23%) pacientes. Se registraron 197 (97,04%) embarazos tubáricos:

<sup>1</sup> Interno de Medicina, Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

<sup>2</sup> Médico Asistente del Departamento de Gineco-obstetricia, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

47,72% ampulares, 29,44% ístmicos, 7,11% intersticiales, 4,06% fímbrios y en 11,67% casos no se preciso su localización. Se registraron 6 (2,96%) embarazos extratubáricos: 3 (1,48%) casos a nivel ovárico, 2 (0,99%) casos a nivel cervical y 1 (0,49%) caso abdominal. **Conclusión:** La frecuencia del embarazo ectópico fue 0,55%. (*Rev Med Hered* 2005;16:26-30).

**PALABRAS CLAVE:** Embarazo ectópico, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento.

## INTRODUCCIÓN

Es sabido que a nivel mundial la incidencia de embarazos ectópicos ha aumentado desde 1970 (1,2,3). Parazzini (4) muestra mayor riesgo de embarazo ectópico después de un aborto inducido. Xiong (5) encuentra más embarazos ectópicos en las mujeres en quienes falla el DIU, sin embargo no es concluyente. La reproducción asistida ha incrementado la incidencia de embarazo ectópico de 1,3% a 4,5% (6). Otros factores importantes son la infección por *Chlamydia*, enfermedad inflamatoria pélvica, antecedente de embarazo ectópico, endometriosis, cirugía de la trompa, tabaquismo, uso de anticonceptivos con sólo progestágenos, inducción de la ovulación e infertilidad (7,8,9). El riesgo de un embarazo ectópico aumenta 7 veces después de una salpingitis aguda, en infecciones asociadas a *Chlamydia trachomatis* (3) (principal causa de enfermedad pélvica inflamatoria en el Reino Unido y Los Estados Unidos) (10).

El objetivo del estudio fue conocer las características clínicas de las pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de serie de casos (11), se revisaron las historias clínicas de las pacientes egresadas de los distintos Servicios de Ginecología y Obstetricia con el diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) entre 1998 y 2002. Se incluyeron en el estudio a las pacientes dadas de alta con dicho diagnóstico por <sup>2</sup>HCG más ecografía o anatomía patológica. Se excluyó a aquellas pacientes cuyas historias clínicas presentaron datos incompletos o no fueron ubicadas.

De los 225 registros con diagnóstico de embarazo ectópico, sólo se incluyeron 203 casos. 22 historias fueron excluidas: 16 no fueron ubicadas en el archivo central y 6 presentaron datos incompletos. Se utilizó la base de datos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNERM donde se registró un total de 37 049 partos para el periodo de estudio. Los datos se

analizaron en el programa SPSS-10, a través del análisis de frecuencias.

## RESULTADOS

En base a un total de 203 altas con diagnóstico de embarazo ectópico para un total de 37049 partos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002, la frecuencia de embarazo ectópico fue de 0,55% ó 1/183 partos para el periodo de estudio.

La edad de las pacientes fluctuó entre 16 y 49 años, correspondiendo el mayor porcentaje de pacientes las comprendidas entre 30–34 años (38,92%). La edad promedio de nuestras pacientes fue de 32.26 años. La menarquia de las pacientes fluctuó entre los 9-18 años, el mayor porcentaje de las pacientes (66,50%) presentaron una menarquia entre los 9-13 años de edad, mientras que el 28,08% presentaron una menarquia posterior a los 13 años. La edad promedio para el inicio de la menarquia fue de 12,68 años. Un total de 11 (5,42%) pacientes no tuvieron registro para el inicio del régimen catamenial en la historia clínica. La edad gestacional al momento de iniciado el tratamiento fluctuó entre 1-17 semanas, correspondiendo el mayor porcentaje de las pacientes a las comprendidas entre 6-8 semanas (48,77%).

Cuarenta y cinco pacientes (22,16%), tenían como antecedente el uso de DIU, seguidas por 25 (12,31%) que usaron anticonceptivos orales, 9 (4,43%) que usaron inyectables, 9 (4,43%) el ritmo, 3 (1,47%) el condón, 2 (0,98%) óvulos, 1 (0,49%) había sido ligada y 118 (58,12%) manifestaron no haber usado anticonceptivos.

Ciento dos (50,24%) pacientes tenían el antecedente de cirugía previa, 48 (23,65%), anomalías útero-tubáricas, 26 (12,80%) tratamiento por infertilidad, 12 (5,91%) cirugía tubárica, 8 (3,94%) endometriosis, 9 (4,43 %) enfermedad pélvica y 2 (0,99%) leucorrea. Cabe mencionar la posibilidad que una paciente tenga más de un antecedente de importancia (Tabla N°1).

Se realizó ecografías en 201 pacientes (99,01%), siendo positiva para embarazo ectópico en 180 casos (88,67%), no concluyente o presentó diagnóstico diferente a embarazo ectópico en 21 (10,34%) y sin

**Tabla N°1. Antecedentes Patológicos.\***

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:	Nº de Pacientes	Porcentaje
CIRUGÍA	102	50,24 %
ABDOMINO-PÉLVICA		
Cesárea previa	58	28,57 %
Apendicectomías	18	8,86 %
Laparotomía por EE previo **	15	7,38 %
Laparotomía por quiste ovario	3	1,48 %
Miomectomía	3	1,48 %
Herniplastía	2	0,99 %
Colecistectomía	2	0,99 %
Laparotomía por Hidrosalpinx	1	0,49 %
ANOMALÍAS	48	23,65 %
ÚTERO -TUBALES		
Síndrome adherencial	31	15,27 %
Miomatosis	8	3,94 %
Quiste de ovario	6	2,96 %
Quiste paratubárico	2	0,99 %
EE previo tratado con metrotexate	1	0,49 %
TRATAMIENTO POR INFERTILIDAD	26	12,80 %
CIRUGIA TUBÁRICA	12	5,91 %
Permeabilidad tubárica	5	2,46 %
Laparoscopía por EE	4	1,97 %
BTB ***	2	0,99 %
Reimplante tubárico	1	0,49 %
ENFERMEDAD PÉLVICA	9	4,43 %
EPI ****	6	2,95 %
Salpingitis crónica	3	1,48 %
ENDOMETRIOSIS	8	3,94 %
LEUCORREA	2	0,99 %

\* Nota: Algunas pacientes presentaron más de un antecedente en la historia clínica.

\*\* EE: Embarazo ectópico

\*\*\* BTB: Bloqueo tubárico bilateral

\*\*\*\* EPI: Enfermedad inflamatoria pélvica

ecografía en 2 (0,98%). La <sup>2</sup>HCG como test de embarazo se realizó en 104 pacientes, siendo positiva en 103 pacientes. Sólo se encontró un caso de embarazo ectópico con un valor de <sup>2</sup>HCG negativo (<5mUI/ml), que fue confirmado con los hallazgos de la anatomía patológica. El informe del estudio anatomo-patológico se encontró en 162 (79,80%) casos y no se encontró en 41 (20,20%) historias clínicas (que contaban con <sup>2</sup>HCG y ecografía pélvica positivas).

Localización del embarazo ectópico según el reporte operatorio fue la siguiente: en 197 casos (97,04%), ovárico en 3 casos (1,48%), cervical en 2 casos (0,99%) y abdominal en 1 caso (0,49%). De los 197 embarazos tubáricos 79 (40,1%) correspondieron a la trompa izquierda, mientras que 118 (59,9%) correspondieron a la trompa derecha. En cuanto al segmento tubárico comprometido la distribución fue como sigue: ampular en 94 casos (47,72%), ístmico en 58 casos (29,44%), intersticial en 14 casos (7,11%),

fímbrio en 8 casos (4,06%) y no se consignó su localización en la historia clínica en 23 casos (11,67%).

Como tratamiento, 197 (97,04%) pacientes fueron sometidas a cirugía, de las cuales a 153 (75,37%) se les realizó salpingiectomía total, a 24 (11,82%) se les realizó salpingostomía, a 16 (7,88%) se les realizó salpingooforectomía, a 2 (0,99%) ooforectomía, a 1 (0,49%) histerectomía subtotal (resección parcial del cuerno uterino por embarazo a este nivel) y a 1 (0,49%) histerectomía abdominal total. Es necesario mencionar que de las 203 pacientes sometidas al estudio 171 (84,24%) fueron sometidas a laparotomía, mientras 26 (12,83%) fueron sometidas a cirugía laparoscópica. Seis (2,96%) pacientes recibieron tratamiento conservador (no quirúrgico): a 2 (0,99%) pacientes se les realizó legrado uterino asociado a metrotexate por presentar embarazo ectópico a nivel cervical, mientras que 4 (1,97%) recibieron únicamente metrotexate, por presentar embarazo tubárico no complicado. Posteriormente requirieron control ecográfico y medición sérica de <sup>2</sup>HCG.

## DISCUSIÓN

La incidencia del embarazo ectópico es variable, sin embargo se ha descrito un incremento durante los últimos años. Esto probablemente debido al aumento de algunos factores de riesgo como: la enfermedad inflamatoria pélvica, el uso de dispositivos intrauterinos y el desarrollo de nuevas tecnologías para el tratamiento de la infertilidad (12).

En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza se señala una incidencia de 1/67 partos en el periodo 1985-1989 (13); 1/76 partos (1992-1996) (14); 1/75 partos (1997-2002)(15). Cabe mencionar que en este hospital se encuentran las incidencias más altas de esta patología a nivel nacional. Por otro lado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia la incidencia fue de 1/139 partos para el periodo 1970-1995 (16) y de 1/172 para el periodo 1990-1995 (17). Mientras que en el Hospital San Bartolomé la incidencia fue de 1/767 partos en el año 1976 (18) y de 1/869 partos para 1986 (19).

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins se encontró una frecuencia de 1/553 partos (0,18%) entre 1958-1964 (20), de 1/692 partos (0,14%) entre 1972-1983 (21) y de 1/298 partos (0,33%) para un periodo de 6 años (1995 – 2001)(22).

En el presente estudio se encontró una frecuencia de 1/183 partos (0,55%) para un periodo de 5 años (1998 - 2002). Es decir, un total de 203 embarazos ectópicos para un total de 37 049 partos. Se puede apreciar un

incremento en la frecuencia de esta patología en relación a lo descrito previamente por Trelles (22) en el HNERM.

En cuanto a los antecedentes se encontraron varias similitudes con respecto a estudios previos. Por ejemplo, el 89,17% de las pacientes tenían entre 25-39 años de edad, similar al encontrado por Trelles (22) por Carvallo (21), quienes encontraron 85,27 y 84% respectivamente. Este dato también se ha descrito en otros estudios (13,14,16,17). Se encontró además que el 22,16% de las pacientes usaron o usaban DIU al momento del diagnóstico, cifra similar al encontrado por Trelles (25,15%), pero difieren marcadamente del las estudio de Carvallo, quienes encuentran solo 3,96% (21). El aumento progresivo del uso de este método anticonceptivo podría ser uno de los factores que explicarían el incremento de los casos de embarazo ectópico en la institución. Por otro lado, la enfermedad inflamatoria pélvica es considerada por muchos autores como uno de los factores más importantes para el desarrollo de embarazo ectópico (10). En nuestro estudio se encontró 4,43% de pacientes con antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, cifra similar a otros estudios (21,22). Sin embargo, esta cifra es menor a la encontrada por Bautista (13) y Freundt (14) quienes encuentran 16 y 21,2%, respectivamente. Esto podría explicarse debido a un sub-registro de este antecedente en las historias clínicas.

En cuanto al antecedente del embarazo ectópico previo se encontraron 20 (9,85%) pacientes con este antecedente. Este valor es algo mayor al encontrado previamente en otros estudios, Trelles 5,52%; Bautista 3,7%; Carvallo 3,6%; Zanabria 7,14% y Freundt 8,3% (13,17,21,22). El aumento en la frecuencia de este antecedente podría deberse a que esta patología es cada vez más frecuente en nuestro medio en los últimos años.

En nuestro estudio se registraron 102 (50,24%) pacientes con antecedente de cirugía abdominal y/o pélvica, que sumando a los 8 casos (5,91%) de pacientes con cirugía tubárica, hacen un total de 56,15% de casos con antecedentes quirúrgicos de importancia para esta patología. Esta proporción es mas alta que otros estudios: 40,5% y 41,4%. Cabe mencionar que en este estudio 58 (56,86%) de las 102 pacientes presentaron cesárea previa como antecedente de cirugía abdomino - pélvica. La importancia de este antecedente como factor de riesgo radica en la posibilidad de producir procesos inflamatorios o adherenciales que produzcan alteraciones anatómicas y/o funcionales de las trompas uterinas y consecuentemente dificulta la movilidad del óvulo

fecundado a través de estas.

El aumento en los últimos años de los tratamientos por infertilidad que incluyen fertilización in vitro e inducción a la ovulación (6), también es un factor de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico y han producido cambios en la frecuencia de esta patología. En nuestro estudio se encontró 12,80% de las pacientes con antecedente de tratamiento de infertilidad, similar a lo encontrado por Trelles (22) con 15,34%. Sin embargo, esta cifra es bastante mayor a lo descrito por Carvallo 2,52% (21), Freundt 4,9% (14) y Bautista 9% (13). Esto podría explicarse debido a un aumento reciente del uso de estos tratamientos en las pacientes que padecen de infertilidad. Esto a su vez podría explicar el aumento progresivo del embarazo ectópico en nuestro medio.

La localización del embarazo ectópico tubárico se encontró en frecuencias similares a otros estudios, siendo las mas frecuentes las localizaciones angular e itsmico (14,16,21).

En cuanto a la trompa comprometida, en nuestro estudio se encontró que el lado derecho fue mas frecuente que el lado izquierdo. Esta ligera diferencia a favor del lado derecho se ha descrito en estudios previos, Zanabria encontró 50,25% para el lado derecho y 49,75% para el lado izquierdo en el Hospital Cayetano Heredia(17), mientras que Diaz en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé reporta 69% en el lado derecho y 31% en el lado izquierdo (18). Esta ligera diferencia a favor del lado derecho no tendría significación clínica.

Trabajo realizado en:  
Servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

#### Correspondencia:

Lizeth Díaz Ledesma  
Av. Aviación 4796 – Urb. Higuereta  
Lima 33 –Perú  
lidile2002@yahoo.com

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwarcz R, Sala S, Duverges C. Obstetricia, 4º edición. Buenos Aires: El Ateneo;1998:181-186.
2. Jones III HW, Wentz AC. Tratado de Ginecología de Novak. 11<sup>ava</sup> Edición. Editorial Interamericana-McGraw Hill; 1994: 490 -514.
3. Carr RJ, Evans P. Ectopic pregnancy. Primary Care 2000; 27(1): 169-183.
4. Parazzini F, Ferraroni M, Tozzi L. Induced abortions and risk of ectopic pregnancy. Human Reprod 1995; 10(7): 1841-1844.

5. Xiong X, Buekens P Wollast E. IUD Use and risk of ectopic pregnancy: a meta-analisis of case control studies. *Contracepcion* 1995; 52(1): 23-24.
6. Pellicer A, Balash J. Reproducción Humana. Editorial McGraw-Hill Interamericana. España. 1997:519-537.
7. Sowter MC, Farquhar CM, Gudex G. An economic evaluation of single dose systemic methotrexate and laparoscopic surgery for the treatment of unruptured ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108: 204-212.
8. Barnhart K, Esposito M, Coutifaris C. An update on the medical treatment of ectopic pregnancy. *Obst Gynecol Clinics* 2000; 27(3): 351 – 359.
9. Tenore J. Ectopic Pregnancy. *Am Fam Physician* 2000; 61: 1080-8
10. Hills SD, Owens LM, Marchbanks PA, Amsterdam LF, Mackenzie WR. Recurrent Chlamydial Infections increase the Risk of Hospitalizaion for Ectopic Precnancy and Pelvic Inflammatory Disease. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176; 103 – 107.
11. Mormontoy W. Elaboracion del Proyecto de Investigación en ciencias de la Salud de la Conducta y Areas Afines. 1 <sup>era</sup> Edición. Lima: Boehringer Ingelheim; 1993.
12. Strandell A, Thorburn J, Hamberger L. Risk Factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. *Fertil Steril* 1999; 71: 282 –286.
13. Bautista M. Incidencia y correlación clínico. Patológica del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1985-1989. Tesis de Especialista en Gineco-Obstetricia. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1990.
14. Freundt JJ. Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre los años 1992 – 1996. Tesis para Optar el Titulo de Médico Cirujano Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1998.
15. Cabrera P. Embarazo Ectópico en el Hospital Arzobispo Loayza entre los años 1997 –2002. Tesis para optar el Titulo de Médico Cirujano.Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002.
16. Dextre ES. Embarazo Ectópico: Revisión de 26 años (1970 – 1995) en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima – Perú. Tesis para Optar el Titulo de Médico Cirujano. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1997.
17. Zanabria JC. Embarazo Ectópico: Experiencia de 11 años (1982 – 1992) en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis para optar el Titulo de Médico Cirujano. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1994.
18. Diaz SR. Embarazo extrauterino en el Hospital Materno San Bartolomé. Tesis Doctoral. Lima, Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1976.
19. Franco A Embarazo Ectópico. *Acta Médica Peruana* 1986; 13(4): 21 – 23
20. Arakaki F. Embarazo Ectópico en el Hospital Central del Empleado. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1964.
21. Carvallo F, Pacheco J, Tanaka R, Palomino C. Embarazo Ectópico, experiencia nacional en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. *Acta Medica Peruana* 1984; 11(4) 43 - 48
22. Trelles NF. Embarazo Ectópico: Experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins junio 1995 – junio 2001. Tesis para Optar el Título de Médico-Cirujano. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002.

Recibido: 13/09/04

Aceptado para publicación: 27/02/05