

EMBARAZO ECTÓPICO

DEFINICIÓN E INCIDENCIA

Se considera embarazo ectópico a todo aquel que anida fuera de la cavidad endometrial. La incidencia global es de 1-2% del total de gestaciones, y en un 97% de los casos se localiza en trompa. La distribución, según su ubicación es: 78% ampular, 12% ístmico, 5% fímbrico, 2-3% intersticial, 1% ovárico, 1-2% abdominal y 0,5% cervical. La coincidencia con embarazo intrauterino (heterotópico) se da con una frecuencia de 1/27000 gestaciones, más habitual en relación con técnicas de reproducción asistida.

Si bien la frecuencia del embarazo ectópico se ha incrementado notablemente en los últimos veinte años (ocho veces más frecuente) su mortalidad ha disminuido en diez veces en el mismo período de tiempo (35,5/10000 a 3,4/10000) gracias a la precocidad diagnóstica y las actuales posibilidades terapéuticas.

FACTORES DE RIESGO

El embarazo ectópico es más frecuente con antecedentes de:

- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Cirugía abdominal, especialmente tubárica.
- Dispositivos intrauterinos.
- Endometriosis.
- Esterilización tubárica.
- Infertilidad.
- Técnicas de reproducción asistida.

EVALUACIÓN CLÍNICA

La clínica es muy variada en función de la fase en que nos encontremos a la paciente:

Embarazo ectópico en evolución:

Síntomas escasos y confusos.

- *Dolor* difuso en hipogastrio y en una o ambas fosas iliacas.
- *Amenorrea*, no superior a dos meses.
- En ocasiones, *metrorragia* escasa y atípica, que puede confundirse con una regla normal.
- Síntomas precoces de embarazo.
- Mareo progresivo o síncope.

Embarazo ectópico accidentado:

- El dolor se hace intenso (motivo de consulta a urgencias). Puede irradiarse al hombro por irritación del nervio frénico por el líquido libre.
- La metrorragia es escasa o moderada.
- Afectación del estado general.
- En ocasiones, shock hipovolémico por la hemorragia interna.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- No suele haber fiebre.
- Aumento de la sensibilidad a la exploración abdominal, difusa o localizada.
- En ocasiones existen signos de peritonismo.
- Al tacto vaginal, la movilización del cuello es dolorosa y suele palpase una masa en Douglas.
- Dolor y tumoración a la palpación anexial.
- Útero aumentado de tamaño, blando, generalmente de menor tamaño del que correspondería por la edad gestacional.
- Signos de shock en los casos de rotura con hemoperitoneo masivo.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Preoperatorio completo: Hemograma, bioquímica, coagulación, ECG y Rx tórax. Grupo sanguíneo y Rh al ingreso. Cruzar y reservar sangre.

Test de embarazo en orina: Solicitar el test de embarazo en cualquier paciente en edad fértil que acude a urgencias con problemas de abdomen inferior.

Es positivo en más del 80% de los embarazos ectópicos. Sólo confirma el embarazo y además si es precoz o está interrumpido, el test puede ser negativo.

Determinación sérica de β -HCG: El punto de corte en las cifras de β -HCG a partir de las cuales se debería visualizar al menos saco gestacional intrauterino es con títulos ≥ 1.000 U/l. Presenta una duplicación de sus valores cada dos días en la etapa inicial de la gestación. Se considera que su utilidad se relaciona con los hallazgos ecográficos, planteándose las posibilidades diagnósticas siguientes ante imágenes intrauterinas indeterminadas (útero vacío, vesícula dudosa) y sospecha de embarazo y, por tanto, se planteará la toma de decisiones.

Otras determinaciones: niveles de progesterona sérica ≤ 15 ng/ml.

Ecografía ginecológica: Por vía tranvaginal y si es posible, con Doppler-color. El diagnóstico de ectópico se basa en el hallazgo de una cavidad uterina vacía y la identificación del saco gestacional extraútero o de una masa compleja anexial, en presencia de HCG positiva. Otros hallazgos: líquido en Douglas, hemoperitoneo si rotura, embarazo heterotópico.

Laparoscopia: Se realizará en pacientes hemodinámicamente estables con tres posibles objetivos:

- Confirmación del diagnóstico de sospecha

- Diagnóstico diferencial con otros procesos
- Posibilidad de utilización terapéutica

La utilización muy precoz de esta técnica diagnóstica puede dar lugar a falsos resultados negativos.

Culdocentesis: Es la punción del fondo de saco de Douglas para valorar si hay sangre en la cavidad abdominal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No se puede hablar de un dato exploratorio específico sino del resultado de diversas evaluaciones para llegar al diagnóstico de sospecha, planteándose el diagnóstico diferencial con los siguientes cuadros:

	EMBARAZO ECTÓPICO	APENDICITIS	ANEXITIS	ROTURA QUISTE FOLICULAR O LÚTEO	ABORTO UTERINO
DOLOR	Punzante continuo lateral o molestia antes de la rotura.	Epigástrico y luego en fosa ilíaca derecha. Blumberg +	Usualmente bilateral con o sin rebote. A veces disuria.	Unilateral progresando a generalizado.	Cólico central rítmico hipogástrico
NAÚSEAS VÓMITOS	Y Ocasionalmente antes y frecuentes tras la rotura	Frecuentes. Preceden a la localización en FID	A veces	Rara vez	Rara vez
HEMORRAGIA VAGINAL	Atraso y metrorragia. Anomalía menstrual. Spotting	Sin relación con menstruación	Hipermenorrea o metrorragia	Atraso menstrual y luego hemorragia. A veces dismenorrea	Amenorrea, seguida de spotting y luego metrorragia
PULSO TEMPERATURA	Y No fiebre. Pulso normal y taquicardia tras la rotura	Febrícula o fiebre tras dolor. Pulso rápido	Fiebre. Taquicardia en relación con fiebre	No fiebre. Pulso normal, salvo hemorragia importante	No fiebre. Sí, en el aborto provocado
EXPLORACIÓN GENITAL	Dolor específico unilateral que aumenta con los movimientos del cervix..Masa dolorosa anexial o en Douglas	No masa anexial. Dolor al tacto rectal alto, derecha.	Dolor bilateral en los movimientos del cerviz. Empastamiento. Masa si hidro o piosalpinx	Sensibilidad en el ovario afecto. No masas. Útero duro, no engrosado	Cervix entreabierto. Útero ligeramente engrosado e irregularmente blando, sensible si infección.
HALLAZGOS LABORATORIO	DE Leucos < 15.000 o normal. Anemia intensa ,si rotura. VSG ligeramente elevada. B-hCG positiva	Leucos aumentados con desviación izquierda. Serie roja normal. VSG ligeramente elevada. B-hCG negativa	Leucocitosis. Serie roja normal. VSG elevada. B-hCG negativa.	Leucos normales. Serie roja normal o baja. VSG normal. B-hCG negativa o positiva, si embarazo	Leucos < 15.000 ó > 15.000, si infectado. Serie roja normal. VSG elevada. B-hCG positiva
ECOGRAFÍA	Útero vacío o pseudosaco. Masa completa anexial o saco extrauterino. Líquido en Douglas o hemoperitoneo si rotura	Útero y anejos normales	Útero vacío o molde endometrial. Masa compleja anexial bilateral	Útero normal. Endometrio engrosado. Ovario engrosado y posible quiste roto. Líquido en Douglas	Útero ocupado con saco ovular o restos abortivos. Anejos normales. Cuerpo o quiste lúteo.

TRATAMIENTO

La sospecha de gestación ectópica requiere ingreso hospitalario hasta confirmación diagnóstica y resolución del mismo.

Se realizará control hemodinámico exhaustivo con mantenimiento, y tratamiento si procede, de las constantes vitales. Se preverá posible actuación quirúrgica con mantenimiento de la paciente en ayunas y adopción de medidas previas preoperatorias rutinarias.

Existen *tres opciones terapéuticas*: conducta expectante, tratamiento médico y quirúrgico, dependiendo de los deseos de la paciente sobre su futura fertilidad, y del tamaño, localización y evolución del ectópico.

CONDUCTA EXPECTANTE

Aplicable en pacientes asintomáticas, con títulos iniciales de β -HCG < 1000 U/l, con cifras descendentes de β -HCG, presentando tumoración <4 cm sin latido cardíaco embrionario y sin evidencia de ruptura o sangrado.

El control debe ser estricto tanto de las condiciones generales de la paciente como de la evolución del proceso gestacional, lo que se realizará mediante controles seriados de β -HCG que permitirán objetivar la remisión de cuadro o el diagnóstico de ectópico persistente.

TRATAMIENTO MÉDICO

Actualmente el tratamiento más utilizado es el Metotrexate, en inyección local directa o vía intramuscular a dosis de 50 mg/m² de superficie corporal. Se trata de un antagonista del ácido fólico que tiene como misión destruir el trofoblasto. Está indicado en las siguientes situaciones:

- Paciente hemodinámicamente estable.
- Tumoración de tamaño <4 cms, con ausencia de latido cardíaco embrionario.
- No signos de ruptura (hemoperitoneo).
- Cifras de β -HCG: <10000 U/l.
- No contraindicación para el empleo de metrotexato (patología renal o hepática, trombocitopenia, leucopenia, anemia severa).

Se tiene que seguir el descenso de la β HCG (tiempo medio de resolución 35 días), siendo a veces necesaria una segunda dosis.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Es el tratamiento estándar. Se realizará mediante laparoscopia (antes de la rotura de la trompa) o laparotomía si existe hemoperitoneo, teniendo en cuenta las condiciones de la paciente, la localización de la gestación y de sus deseos sobre un nuevo embarazo.