

EMBARAZO ECTOPICO

INDICE:

- I. Frecuencia**
- II. Localización.**
- III. Etiología**
- IV. Evolución**
- V. Clínica**
- VI. Diagnostico**
- VII. Diagnóstico diferencial**
- VIII. Tratamiento**

Autores:

Gonzalez Garrido,Diego

**Médico Adjunto Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico
Universitario Virgen Victoria –Málaga**

Sola Moyano,Ana

**Médico Residente Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Clínico
Universitario Virgen Victoria. Málaga**

Gutierrez Gambín ,Antonia

**Médico Adjunto Area Urgencias Hospital Clínico Universitario Virgen
Victoria.Málaga**

Para contactar:

Gutierrez Gambin,Antonia

Telefono 952649400-Extensión 2396.

EMBARAZO ECTOPICO (E.E)

Es aquel que se implanta fuera de la cavidad endometrial.

I. FRECUENCIA

Se observa en el 0,6-2% de todos los embarazos. La frecuencia ha aumentado en los últimos años por el uso de antibióticos en la enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía correctora, técnicas de reproducción asistida y métodos anticonceptivos como DIU.

II. LOCALIZACION

La más frecuente la tubárica (98%) y, dentro de estos, ampular(60%), ístmica (35%), intersticial (3%). Siguen en frecuencia: ovario (0,5-1%), cavidad abdominal (1/3000) y cervix.

III. ETIOLOGIA

III.1 Factores que dificultan el camino del huevo. Este se implanta allí donde se encuentra en el 6º-7º día postfecundación.

A/ Procesos inflamatorios, causa más frecuente de embarazo ectópico. Las salpingitis deterioran la actividad ciliar y la motilidad tubárica. Hay otros procesos inflamatorios, como, apendicitis que afectan secundariamente a las trompas, con producción de adherencias y acodaduras.

B/ Alteraciones de la motilidad tubárica, como ocurre con la administración de gestágenos a bajas dosis de forma continua (minipildora) o el empleo de contracepción postcoital con estrógenos.

C/ DIUs. 9-17% de embarazos en portadoras de DIU son ectópicos, lo que se explica porque el DIU protege más eficazmente frente a la gestación intrauterina (99'5% de seguridad) que frente al tubárico (95% de seguridad) con lo que aumenta el riesgo relativo de E.E.

D/ Tratamientos de esterilidad, sobre todo los quirúrgicos, cirugía conservadora de E.E tubáricos, ligadura tubárica o técnicas de fecundación asistida (in vitro y transferencia embrionaria intrauterina)

III.2 Factores que favorecen la nidación en la trompa: endometriosis tubárica, por un cierto quimiotactismo del endometrio ectópico, así como, por la estenosis y adherencias que se producen incluso con órganos vecinos.

III.3 Factores dependientes del propio huevo. Las anomalías genéticas del huevo, mediante alteración en el momento de implantación, o quizá por un mayor volumen, puede favorecer la anidación ectópica.

IV. EVOLUCION

Depende de la localización.

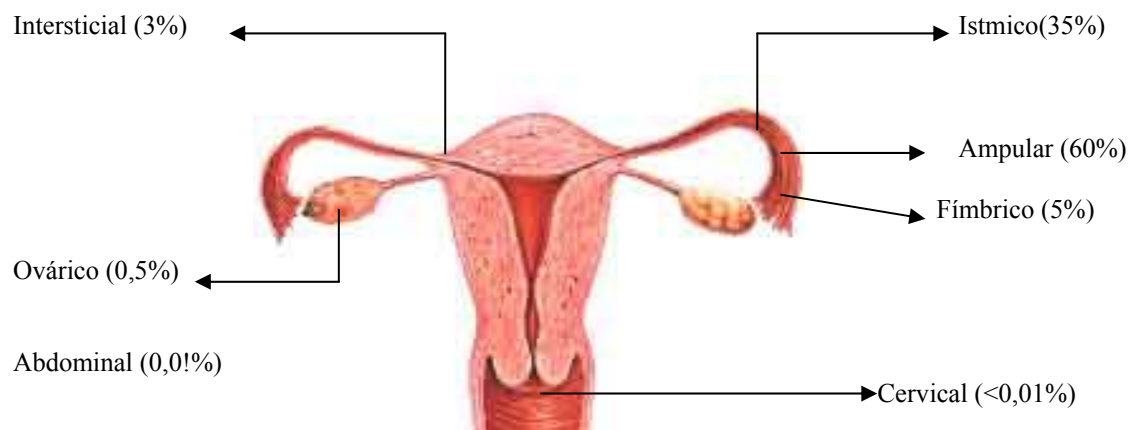
IV.1 Ectópico tubárico: es posible la reabsorción espontánea con escasa sintomatología.

- A. Ampular: al ser la zona más distensible de la trompa evoluciona durante más tiempo. Generalmente el huevo es expulsado a cavidad abdominal con discreta hemorragia en Douglas: aborto tubárico.
- B. Istmico: rotura tubárica precoz con cuadro de abdomen agudo y shock.
- C. Fímbrico: el huevo progresa hacia cavidad abdominal evolucionando hacia E.E abdominal secundario.
- D. Intersticial: la rotura uterina es la norma, ocurriendo más tardíamente que el E.E ístmico.

IV.2 Ectópico ovárico: evoluciona hacia la rotura y hemorragia.

IV.3 Ectópico abdominal: puede ser abdominal primitivo (muy raro) con fecundación y implantación en peritoneo y órganos pélvico abdominales, o bien,

abdominal secundario como evolución de un ectópico fímbrico u ovárico. Es la única forma posible de que un E.E llegue a término, siendo frecuentes las malformaciones fetales. Es un cuadro grave, ya que la placenta, buscando nutrición, se inserta en epiplon, intestino e hígado. Normalmente la gestación se interrumpe y calcifica (litopedion)



V. CLINICA

Varía según la localización y evolución. Asintomático hasta en el 50% por reabsorción espontánea. En general aparece dolor y signos de gestación incipiente.

1. Embarazo ectópico en evolución.

- Amenorrea, puede faltar.
- Dolor difuso en hipogastrio y ambas fosas ilíacas. Puede no existir.
- Útero doloroso a movilización y anejo discretamente engrosado
- Escaso sangrado vaginal, oscuro e intermitente. Si la paciente lo interpreta como pérdida menstrual puede dificultar el diagnóstico.
- Síntomas generales de gestación: náuseas, vómitos (muy leves).

2. Embarazo ectópico accidentado.

- Al cuadro anterior se añade dolor en fosa ilíaca, brusco e intenso, en puñalada, Douglas sensible y signos variables de peritonismo, así como clínica secundaria a la hemorragia (hipotensión, palidez y shock) Puede ser fulminante

y entrar en shock en minutos. El dolor está relacionado con la presencia de sangre en cavidad peritoneal, pero no existe correlación entre la intensidad del mismo y la cuantía del hemoperitoneo. El dolor irradiado al hombro (omalgia) por irritación del frénico, puede indicar la rotura del E.E.



ANEJO CON IMAGEN DE SACO GESTACIONAL



UTERO CON CAVIDAD ENDOMETRIAL VACÍA

VI. DIAGNOSTICO

Además de valorar los aspectos clínicos junto con una exploración cuidadosa de la paciente, existe una serie de pruebas que nos ayudarán a confirmar o descartar el diagnóstico del embarazo ectópico. Estas son:

VI.1. Ecografía con sonda vaginal: es la técnica más utilizada. Nos puede mostrar el saco gestacional implantado extraútero, lo cual nos confirmaría el diagnóstico. Pero lo más frecuente es que no se visualice saco gestacional intraútero, ni en ninguna otra localización, en cuyo caso, nos debemos apoyar en la determinación de la B-HCG y progesterona. A veces, se observa líquido libre en fondo de saco de Douglas, que sugeriría un ectópico accidentado.

VI.2. Análisis clínicos:

A/ **Test de embarazo POSITIVO** (aunque puede ser negativo)

B/ **Determinación de B-HCG**:

Cuando es positivo y la ecografía es dudosa, conviene monitorizar los niveles cada dos días, siempre que la enferma esté estable. Si se objetiva un aumento o que no disminuyen, debemos repetir la ecografía. Si seguimos sin ver saco intraútero, se confirma el embarazo ectópico.

C/ **Hemograma**: la anemia suele sugerir un ectópico accidentado.

VI.3. Laparoscopia:

Confirma el diagnóstico por visualización directa y además permite el tratamiento en el mismo acto.

VI.4. Culdocentesis:

Consiste en la punción del fondo del saco de Douglas. Hoy en día está en desuso esta técnica por disponer de otras más avanzadas y precisas.

VII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

VII.1. Aborto intrauterino:

Normalmente, la ecografía nos ayuda en el diagnóstico diferencial. En caso de duda, determinaremos la B-HCG en un período superior a 48 h., apoyándonos en sucesivas ecografías, así como determinaciones de progesterona.

VII.2. Mola hidatiforme:

La imagen ecográfica es muy característica (en copos de nieve). Además, los niveles de B-HCG son muy elevados para la edad gestacional.

VII.3. Abdomen agudo:

Bajo este epígrafe se encuentran todas las situaciones que clínicamente pueden parecer un ectópico: torsión de quiste ovárico; apendicitis; rotura folicular; ... Tanto la ecografía, como la B-HCG (que será negativa), nos ayudan a diferenciarlo.

VIII. TRATAMIENTO

IX.1. Expectante:

Ha podido observarse la regresión espontánea del EE tubárico sin necesidad de tratamiento. En este hecho se basa el tratamiento expectante, pero sólo es aplicable en pacientes asintomáticas, hemodinámicamente estables, con embarazo ectópico íntegro y con niveles decrecientes de B-HCG. Requiere un control muy estricto de la paciente apoyándonos en determinaciones seriadas de B-HCG y ecografías.

VIII.2. Médico:

Se basa en la administración de Metrotexate (MTX). Requiere también una situación estable de la paciente con EE no accidentado. Se utilizan dos vías, fundamentalmente:

A/ local (intratubárica, guiada por laparoscopia o ecografía) a dosis variables, entre 10 y 50 mg. No aconsejada cuando el saco gestacional sea mayor de 3 cm.

B/ intramuscular: Las dosis también pueden variar. La más frecuente es de 1 mg/Kg. cada 48 horas, hasta un total de 4 dosis, combinando con 0,1 mg/Kg. de ácido fólico

oral los días alternos (8 días de tratamiento en total). En nuestro Hospital utilizamos la pauta de dosis única de 50 mg./m² superficie, en este caso no es necesaria la terapia de rescate con ácido folínico.

También requiere un seguimiento estricto de la paciente con controles seriados de hemograma y niveles de B-HCG; así como ecografías.

VIII.3. Quirúrgico:

Siempre la primera opción en pacientes hemodinámicamente inestables o que se visualice, mediante ecografía un EE accidentado. La técnica de elección será la laparoscopia, aunque también se utiliza la laparotomía. La opción más usada es la salpingectomía parcial, pero existen otras técnicas más conservadoras, como son: la expresión tubárica y la salpingostomía lineal. Realizar una u otra opción, dependerá básicamente de la localización del EE y el estado actual del mismo, además se deben tener en cuenta los deseos de gestación futura de la mujer.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN EL EMBARAZO ECTÓPICO.

SOSPECHA CLINICA

CLINICA Y EXPLORACION FISICA

ECOGRAFÍA

Confirma Embarazo intrauterino

ALTA

Dudosa

DETERMINACIÓN DE B-HCG

Confirma E. Ectópico

Tto Quirurgico

Positivo

ECOGRAFIA

Negativo

Seguimiento
Ecográfico

CONFIRMA E.E.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

DUDOSA

Hemodinamia

INESTABLE

ESTABLE

B-HCG Seriada

DISMINUYENDO

AUMENTANDO

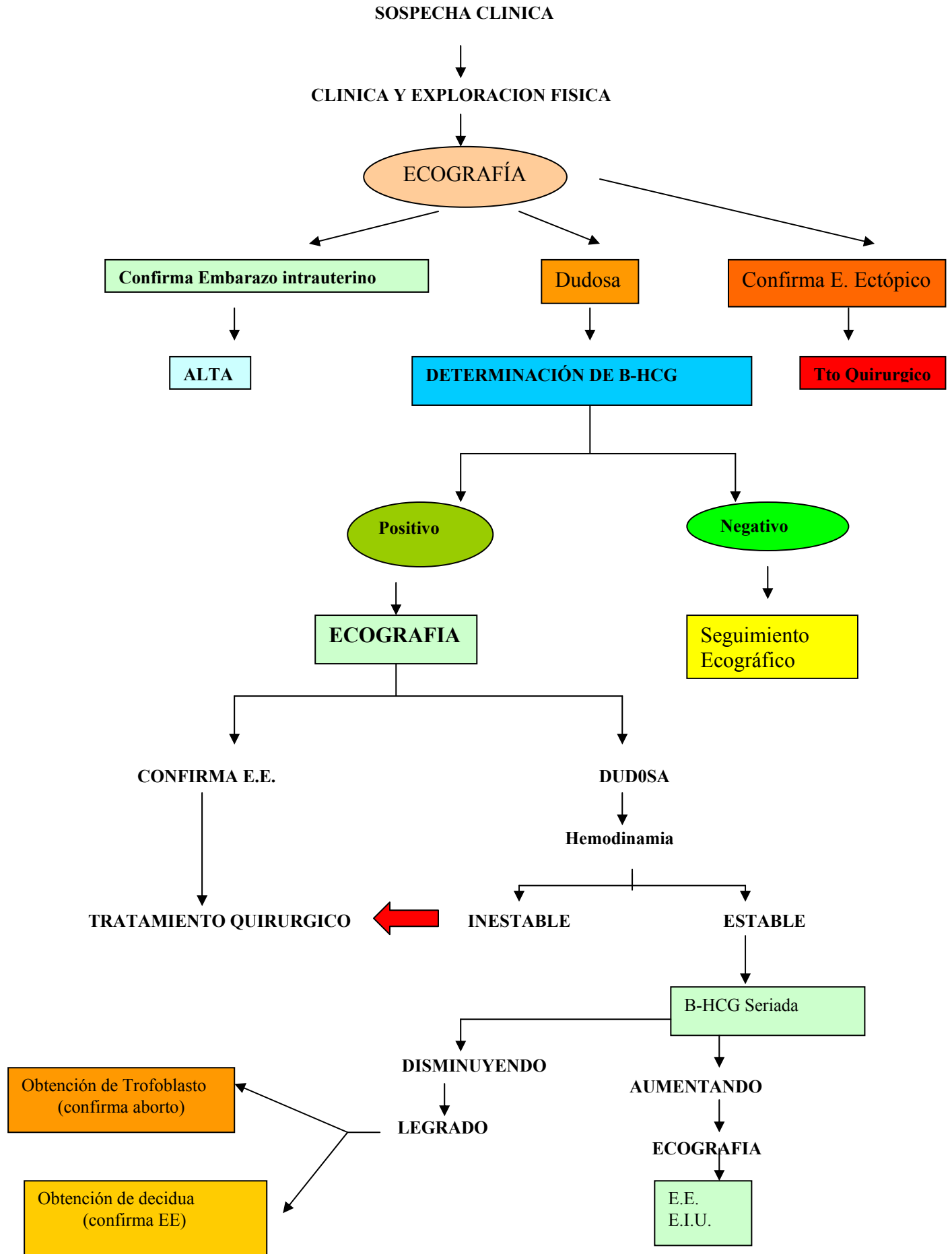
LEGRADO

ECOGRAFIA

E.E.
E.I.U.

Obtención de Trofoblasto
(confirma aborto)

Obtención de decidua
(confirma EE)



BIBLIOGRAFÍA EMBARAZO ECTOPICO

- Cabero Roura, Ll y cols. Protocolos de Medicina Materno-fetal (Perinatología), 2ª edición. Ed. Ergon, S.A. Madrid. 2000. 120-122.
- Gosálvez Vega, A. Ginecología. En: Manual CTO de especialidades, 2ª edición. CTO Medicina. Madrid. 1997. 150.
- Bajo Arenas, J.M, Castellanos Bolado, P. Embarazo ectópico. En: Manual de asistencia a la patología obstétrica. Fabre E, Ed. INO: Zaragoza. 1997. 89 -107.
- Carrera Macia, J.M y cols. En: Protocolos de obstetricia y Medicina perinatal del I. U. Dexeus. 3ª Edición. Masson. Barcelona. 2000. 135-139.

PREGUNTAS

1.- En el diagnóstico de la gestación ectópica no complicada tubárica, la exploración de mayor interés es:

- a) Culdocentesis.
- b) Legrado uterino.
- c) Determinación de B-HCG.
- d) Laparoscopia.
- e) Ecografía.

2.- ¿Cuál de las siguientes localizaciones del EE es la menos frecuente?:

- a) Intersticial
- b) Ampular tubárica
- c) Cervical
- d) Ovárica
- e) Abdominal.

3.- La presencia en el endometrio de reacción decidual sin evidencia de trofoblasto, sugiere:

- a) Aborto incompleto
- b) Embarazo ectópico
- c) Mola hidatiforme
- d) Amenorrea de origen hipofisaria
- e) Ninguna es correcta

4.- Primigesta de 23 años, en su séptima semana de gestación, que acude por metrorragia escasa y dolor abdominal moderado. En la exploración se aprecia sangrado a través del OCE, útero aumentado de tamaño, engrosamiento anexial izquierdo y discreta irritación peritoneal. ¿Cuál sería el primer paso en la actuación diagnóstica terapéutica?

- a) Laparoscopia exploratoria

- b) Determinación seriada de B-HCG
- c) Examen ecográfico
- d) Reposo y reevaluación en una semana
- e) Metrotexate intramuscular.

5.- Mujer que acude por amenorrea de 7 semanas asintomática, sin evidencia, mediante ecografía, de útero ocupado. Al determinar la B-HCG, se obtiene cifra de 2500UI/l. Ante estos datos, en primer lugar habrá que pensar en:

- a) Gestación de evolución normal correspondiente a amenorrea.
- b) Gestación normal de menor tiempo que amenorrea.
- c) Gestación ectópica asintomática.
- d) Aborto precoz completo con expulsión total de restos ovulares intrauterinos.
- e) Embarazo molar de inicio, sin signos ecográficos intrauterinos.

6.- Todas las siguientes pruebas de diagnóstico complementario pueden ser útiles para detectar el embarazo ectópico, excepto una. Señálela:

- a) Test bioquímico de gestación.
- b) Culdocentesis.
- c) Radiografía simple de abdomen.
- d) Ecografía ginecológica.
- e) Exploración ginecológica.

7.- Paciente que acude a revisión por 8 semanas de amenorrea, asintomática. En la ecografía vaginal se observa una tumoración anexial izquierda, sin evidencia de embrión. En el útero no se visualiza saco gestacional. ¿Cuál es la actitud más correcta?:

- a) Ingreso para legrado.
- b) Alta y repetir ecografía en una semana.
- c) Culdocentesis.
- d) Salpingectomía urgente.
- e) Ingreso y determinación de niveles de B-HCG.

8.- Mujer que acude por dolor abdominal intenso tras la realización de un legrado, por sospecha de aborto incompleto. A la exploración se observa abdomen muy doloroso y salida de sangre a través del cérvix. En el diagnóstico diferencial debemos incluir:

- a) Restos embrionarios en el útero.
- b) Endometriosis.
- c) Embarazo ectópico.
- d) Todas son correctas.
- e) Sólo a) y c) son correctas.

9.- Mujer de 20 años diagnosticada de EE a nivel ampular, con saco gestacional menor de 3 cm., con actividad cardíaca embrionaria, asintomática y con niveles de B-HCG menores para su edad gestacional. ¿Cuál es el tratamiento más indicado?:

- a) Salpingectomía laparotómica.
- b) Tratamiento expectante.
- c) Tratamiento médico con Metrotexate.
- d) Histerectomía total con doble anexectomía.
- e) Ninguna es correcta.

10.- Mujer de 18 años diagnosticada de EE mediante ecografía que también muestra gran cantidad de líquido libre en Douglas, con mal estado general. No tiene hijos y conserva la trompa contralateral en perfecto estado. ¿Cuál es el tratamiento de elección?:

- a) Expectante y determinación del B-HCG.
- b) Salpingectomía.
- c) Legrado de cavidad uterina.
- d) Expresión tubárica.
- e) Ninguna es correcta.

11.- Tratamiento del embarazo ectópico abdominal:

- a) Legrado uterino.

- b) Histerctomía.
- c) Dejar evolucionar la regresión espontánea.
- d) Laparotomía con evacuación del embrión.
- e) Salpingostomía.

12.- Tras varias semanas de amenorrea y molestias abdominales, Carmen decide acudir a urgencias. Mediante ecografía no podemos confirmar ni descartar una gestación intraútero evolutiva. Actuación:

- a) Alta y repetir ecografía en una semana.
- b) Ingreso y determinaciones seriadas de B-HCG.
- c) Legrado por aborto incompleto.
- d) Todas son correctas.
- e) Ninguna es correcta.

13.- En el estudio de la paciente anterior, obtenemos valores de la B-HCG que corresponden con su semana de amenorrea. La ecografía sigue siendo dudosa. Ha empeorado su estado general y su hemoglobina ha caído a 7,6 gr/dl. ¿Qué actitud debemos tomar ahora?:

- a) Seguir la evolución con determinaciones de B-HCG y nuevas ecografías.
- b) La caída de la hemoglobina se debe a su estado depresivo.
- c) Alta y revisión en una semana.
- d) Laparotomía urgente para histerectomía.
- e) Ninguna es correcta.

14.-¿En cuál de las siguientes situaciones no debemos pensar en el diagnóstico diferencial de un EE?:

- a) Apendicitis.
- b) Torsión de quiste ovárico.
- c) Salpingitis.
- d) Aborto incompleto.
- e) Todas son correctas.

15.- Paciente de 15 años que acude por sangrado vaginal y que en la ecografía se observa un saco gestacional como de 6 semanas de amenorrea, sin actividad cardíaca embrionaria, localizado a nivel infundibular. La paciente está hemodinamicamente estable. ¿Cuál sería el tratamiento más indicado?:

- a) Metrotexate a altas dosis durante un mes.
- b) Expresión tubárica o salpingostomía por laparoscopia.
- c) Actitud expectante.
- d) Laparotomía urgente y anexectomía.
- e) Alta y revisión en una semana.

16.- Mujer que acude por sensación de náuseas tras 7 semanas de amenorrea. Mediante ecografía vaginal se observa un saco gestacional intraútero con actividad cardíaca embrionaria como de 6 semanas. ¿Qué le diríamos a la paciente?

- a) Que se marche tranquila, pues tiene un embarazo en evolución.
- b) Que debe quedarse ingresada porque el embrión no crece adecuadamente.
- c) Que debe quedarse ingresada para descartar un EE.
- d) Ninguna es correcta.
- e) Todas son correctas.

17.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

- a) La ausencia total de hallazgos ecográficos en los anejos no excluye nunca el diagnóstico de EE.
- b) La ausencia total de hallazgos ecográficos en los anejos excluye siempre el diagnóstico de EE.
- c) El diagnóstico del EE en las formas sintomáticas agudas se basa en el cuadro clínico.
- d) El aumento de la B-HCG, en ausencia de gestación intraútero puede ser indicativa de EE.
- e) Ninguna es correcta.

18.- La localización más frecuente de un E.E es:

- a) cervix uterino.
- b) Trompa
- c) Ovario
- d) Cavidad abdominal
- e) Trompa y cavidad abdominal con igual frecuencia.

19.- Son factores de riesgo E.E todos excepto:

- a) Ligadura tubárica previa
- b) Multiparidad
- c) Episodio de ectópico previo
- d) DIU
- e) Enfermedad pélvica inflamatoria

20.- Una de las siguientes afirmaciones sobre el E.E es falsa:

- a) Puede detener su evolución y pasar desapercibido
- b) La amenorrea es una constante
- c) Puede no existir dolor
- d) La metrorragia suele ser menor que una regla
- e) Hay síntomas de gestación

21.- Ante un diagnóstico de E.E sospechamos que se ha accidentado si:

- a) Dolor difuso en hipogastrio y ambas fosas ilíacas.
- b) Metrorragia
- c) Dolor irradiado a extremidades, zona lumbar o al hombro
- d) Dolor discreto a la exploración vaginal
- e) No líquido libre en Douglas en examen ecográfico

22.- En el E.E es falso que:

- a) La determinación de B-HCG en orina puede ser negativa
- b) En el E.E istmico, la rotura tubárica es precoz
- c) En el E.E intersticial la rotura uterina es la norma
- d) El E.E abdominal es el único que puede llegar a término
- e) En el ectópico accidentado existe correlación entre la intensidad del dolor y la cuantía del hemoperitoneo

23.- Respecto a la evolución del ectópico:

- a) Depende de su localización
- b) Puede descubrirse casualmente en el curso de una laparotomía, como una formación calcificada (litopedion)
- c) El ectópico abdominal puede ser primitivo o secundario, como evolución de un ectópico cervical.
- d) En el ectópico ampular es frecuente la evolución a aborto tubárico.
- e) Son asintomáticos hasta en el 50%

24.- En el ectópico complicado:

- a) El dolor es brusco, en puñalada
- b) Hay signos de peritonismo
- c) Es una urgencia quirúrgica
- d) Hay clínica secundaria a la hemorragia: lipotimia, palidez, anemia...
- e) Todas son correctas

25.- Es falso:

- a) La frecuencia del E.E es del 0,6-2%
- b) Las anomalías del cigoto son una de las causas etiopatogénicas
- c) La existencia de embarazo ectópico y eutópico es posible y se llama embarazo heterotópico
- d) El E.E se define como la implantación fuera de la cavidad endometrial
- e) Todas son ciertas

RESPUESTAS:

1.- D	8.- D	14.- E	20.- B
2.- C	9.- C	15.- B	21.- C
3.- B	10.- B	16.- A	22.- E
4.- C	11.- D	17.- B	23.- C
5.- C	12.- B	18.- B	24.- E
6.- C	13.- E	19.- B	25.- E
7.- E			