

GESTACIÓN ECTÓPICA. UNA CONSULTA DE URGENCIAS EN EL PRIMER TRIMESTRE. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Autores: M^a del Carmen Ruiz Fernández, Ana Siles Carvajal, Gustavo Silva Muñoz.

RESUMEN:

El embarazo ectópico consiste en la implantación de óvulos fecundados fuera de la cavidad uterina, pueden ocurrir en cualquier parte del aparato reproductivo, aunque el más frecuente es el embarazo ectópico en la Trompa de Falopio. En la actualidad el incremento en la incidencia de casos de embarazo ectópico ha aumentado en las consultas de urgencias del hospital debido a múltiples factores como técnicas de reproducción asistida, Dispositivo Intrauterino, tabaco, embarazo ectópico previos, enfermedad inflamatoria pélvica... Debido a su alta incidencia hemos realizado una revisión actualizada sobre el diagnóstico y el tratamiento del mismo.

El diagnóstico comienza con identificación de la clínica (metrorragia, amenorrea y dolor abdominal constante con exacerbaciones) y anamnesis para conocer posibles factores asociados. Posteriormente se cursa analítica para determinar niveles de β -hCG y progesterona y se completa el diagnóstico con una ecografía.

Una vez realizado un diagnóstico diferencial con otras patologías similares se establecerá el tratamiento, que puede ser mediante una "conducta expectante", cuando la mujer se encuentra asintomática, con buen estado general y hemodinámicamente estable y la determinación de β -hCG es inferior a 1500 UI/L. Hasta el momento no existen estudios que demuestren una eficacia mayor en comparación del tratamiento con medicación. La ventaja encontrada está basada en evitar los efectos secundarios del metotrexate y su administración innecesaria a pacientes con abortos precoces intracavitarios que no han podido ser localizados ecográficamente. Con "tratamiento médico", mediante la administración Matrotexate de 50mg/m² parenteral de en pacientes con buen estado general y clínicamente estables. β -hCG inferior a 5000 UI/L. Y por último mediante "tratamiento quirúrgico". El tratamiento quirúrgico de elección será la salpinguectomía por vía laparoscópica. Se llevará a cabo cuando existe actividad cardiaca positiva del embrión, diámetro superior a 4cm, o alguna complicación asociada como hemoperitoneo, embarazo ectópico heterotópico, antecedentes de embarazo ectópico tratado con pauta conservadora, dificultad posterior de seguimiento de la paciente o contraindicación del metrotexate.

PALABRAS CLAVES: Embarazo ectópico, fisiopatología, clínica, diagnóstico, tratamiento, manejo urgente.

TITLE: ECTÓPIC GESTATION. AN URGENT CONSULTATION IN THE FIRST QUARTER. DIAGNOSIS AND TREATMENT.

ABSTRACT:

The ectopic pregnancy involves in the implantation of the ovules outside the uterine cavity. It may happen anywhere of reproductive system, although the most common is the ectopic pregnancy at Fallopian Tube. At present the increases at the incidence of ectopic pregnancy cases has increased in the accident and emergency department at hospital due to multiples factors a assisted reproduction techniques, intrauterine device, tobacco, previous ectopic pregnancies, inflammatory pelvic disease...

The diagnosis begins with the identification of the symptoms or clinic (metrorragia, amenorrea and constant abdominal pain with exacerbations) and anamnesis to know possible associated factors. Afterwards, an analytical course is taken to determine levels of β -hCG and progesterone and the diagnosis is completed with an ultrasound scan.

Once the differential diagnosis has been made with other similar pathologies, the treatment will be established. It can be by "expellant managment" when the woman is asymptomatic with good general condition and hemodynamically stable and also the levels of β -hCG is less tan 1500 UI/L. So far, there are no studies that demostrate the greater efficacy compared to medication treatment.

The found advantage is based in avoid the side effects of metotrexate and its innecessary administration to patients with early intracavity miscarriages that could not be localized with ultrasound scan. With "medical treatment" through metotrexate administration 50mg/m² parenteral in patients with good general condition and clinically stable, β -hCG less tan 5000 IU/L. And finally through "surgical treatment". The elective surgical treatment will be the salpinguectomy by laparoscopy. It will be carried out when there is a positive cardiac cavity of the embryo, diameter greater than 4cm or some associated complication such as hemoperitoneum, ectopic heterotopic pregnancy, background of ectopic pregnancy treated with conservative regimen, subsequent difficulty of following the patient or contraindicacion of metotrexate.

KEYWORDS: pregnancy ectopic, fisiopatología, clinic, diagnosis, treatment, urgent handling

INTRODUCCIÓN

El 1% de los óvulos fecundados son implantados fuera de la cavidad uterina, lo que produce un embarazo extrauterino, conocido como embarazo ectópico. Estos embarazos pueden ocurrir en cualquier parte del sistema reproductivo, aunque la implantación más frecuente es en la Trompa de Falopio en el 90% de los casos. Son una de las principales causas de morbi-mortalidad materna en el primer trimestre.

Las formas no tubáricas del embarazo ectópico incluyen el embarazo cervical (0,1%), el embarazo ovárico (0,5%), el embarazo abdominal (1,3%), el embarazo cornual (3%), el embarazo intraligamentario (0,1%), y el embarazo en cuerno uterino rudimentario.

El embarazo ectópico cornual es causado por implantación del botón embrionario en la porción distal de la Trompa de Falopio, que penetra en la pared uterina, en la unión entre el endosalpinx y el endometrio. Debido a la distensión miometrial, la gestación puede continuar su curso hasta que se produzca su rotura, normalmente en el primer trimestre del embarazo.

Estos embarazos suponen sólo un 2 a 4% de las formas ectópicas (1 de cada 2,500-5,000 embarazos), con índice de mortalidad materna de 2 a 2.5%.

El embarazo ectópico no tratado puede causar una rotura tubárica o una hemorragia intraabdominal. Existen varias opciones de tratamiento entre las que se encuentran la cirugía, el tratamiento médico o el manejo expectante.

La gestación extrauterina está causada por multitud de factores, entre los que se incluyen obstrucción anatómica o funcional de la trompa, alteración de la motilidad tubular, disfunción ciliar o factores moleculares que determinan la implantación en la trompa; aunque los principales causantes son, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía pélvica, las técnicas de reproducción asistida, la salpingectomía ipsilateral, anomalías uterinas y como principal factor predisponente destaca antecedentes de embarazos ectópicos en un 30% de los casos.

El riesgo de padecer embarazo extrauterino aumenta a partir de los 40 años, se piensa que por la acumulación de múltiples factores de riesgo.

Las mujeres que usan un dispositivo intrauterino tienen un menor riesgo de embarazo ectópico que aquellas que no usan anticonceptivos. Si, no obstante, se descubre que la mujer que usa un dispositivo intrauterino está embarazada, se debe descartar el embarazo extrauterino, ya que el 50% de dichos embarazos son extrauterinos.

FACTORES DE RIESGO PARA EL EMBARAZO EXTRAUTERINO

ALTO RIESGO	RIESGO MODERADO	BAJO RIESGO
<ul style="list-style-type: none">- Cirugía tubárica previa- Embarazo extrauterino	<ul style="list-style-type: none">- Esterilidad- Infección ascendente actual o anterior	<ul style="list-style-type: none">- Edad mayor de 40 años

previo

- **Esterilización**
- **Uso de Dispositivo intrauterino**
- **Exposición intrauterina al dietilestibestrol**
- **Tabaco**
- **Más de una pareja sexual.**
- **Patología tubárica**

En cuanto a la fisiopatología, el trofoblasto del embarazo ectópico, es similar al del embarazo intrauterino y secreta hormona gonadotropina coriónica (HGC), con mantenimiento del cuerpo lúteo del embarazo que produce estrógenos y progesterona suficientes para inducir los cambios maternos de la primera fase del embarazo. Esto permite que en las primeras semanas la evolución se presente con los signos normales de embarazo puesto que la fecundación se ha realizado correctamente, es la implantación la que ha sido errónea.

Las implantaciones anormales pueden ser extrauterinas en el ovario, trompas uterinas, órganos de la cavidad abdominal, peritoneo o intrauterinos a nivel del cuello uterino y/o de la porción intersticial de la trompa (en el cuerno uterino).

Las causas de esta implantación fuera del sitio normal pueden deberse a factores tubarios y ovulares que ocasionen:

- Retraso, desviación o imposibilidad de la migración del huevo.
- Anticipación de la capacidad de implantación del huevo.

En relación con el factor tubario la causa más importante es el daño estructural de la trompa a nivel endotelial producido por un proceso inflamatorio pélvico de tipo inespecífico, ya sea por infecciones de transmisión sexual o por infecciones de órganos adyacentes como: apendicitis, actinomicosis, tuberculosis o peritonitis no ginecológica.

En cualesquiera de los casos, ocurre una endosalpingitis que provoca disminución de los cilios, lo que compromete toda la estructura de la trompa (generalmente bilateral), obstruyéndolas parcial o totalmente, con formación de adherencias a estructuras vecinas, cuya causa más frecuente y peligrosa, es la infección por *Chlamidia trachomatis*, transmitida sexualmente de forma asintomática en un 30 %.

La clamidiasis y otras ITS, se han incrementado en los últimos años, debido a cambios en el comportamiento sexual y social, con tendencia a mayor precocidad y promiscuidad sexual

Las alteraciones hormonales producen disminución de la motilidad tubárica, lo que ocasiona el crecimiento del cigoto antes de llegar al endometrio, quedando retenido en la trompa. Estas alteraciones están dadas por diferentes niveles de estrógeno y progesterona en sangre, que cambian la cantidad de receptores responsables de la musculatura lisa en la trompa y el útero, los ejemplos son varios: anticonceptivos

orales de progestágenos, dispositivos intrauterinos con progesterona, el aumento de estrógenos pos ovulación, como ocurre con el uso de la "píldora del día siguiente", los inductores de la ovulación, así como los defectos de la fase lútea.

El tabaquismo tiene una toxicidad directa debido a que la nicotina actúa disminuyendo el peristaltismo de la trompa uterina y el movimiento ciliar, pero también presenta una toxicidad indirecta, dada por la acción antiestrogénica, variando los niveles de hormonas.

Con respecto al factor ovular se identifica el crecimiento demasiado rápido de la mórula con enclavamiento en la trompa, la rotura prematura de la zona pelúcida con implantación precoz del blastocisto, los fenómenos de transmigración interna uterina y externa abdominal, que necesitan mayor tiempo, por lo tanto el cigoto queda atrapado al llegar a esa trompa. También puede ocurrir la fecundación precoz del óvulo, antes de su llegada a la trompa.

OBJETIVOS:

Los objetivos que nos hemos planteado son los siguientes:

- Conocer la clínica que presentan las pacientes que acuden a la consulta de urgencias con embarazo ectópico para realizar un diagnóstico diferencial y una atención temprana.
- Identificar los pasos necesarios para realizar un diagnóstico adecuado y establecer la prioridad en la atención dependiendo de la gravedad.
- Buscar los tratamientos específicos para el embarazo ectópico y la efectividad de los mismos en la actualidad.

MÉTODO:

Se realiza una revisión sistemática en las bases de datos automatizadas, recopilando estudios actualizados en los últimos cinco años sobre diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en urgencias. La búsqueda se realiza en "Biblioteca Cochrane Plus", "Medline", "Scielo" y "Pubmed". Se incluye información de artículos anteriores de gran interés científico. También se consultaron protocolos y páginas web de relevancia científica.

RESULTADOS:

CLÍNICA:

El embarazo ectópico puede ser totalmente asintomático, normalmente cuando no hay afectación ni de la Trompa ni del embrión y también puede manifestarse con dolor pélvico que es peor en un lado que en otro, estaríamos ante una barto tubárico o con un choque hemorrágico grave con lo que halaríamos de rotura tubárica.

Suelen diagnosticarse entre la 6^a y 9^a semana de gestación y en la mayoría de los casos presentan síntomas inespecíficos.

La triada sintomática clásica se identifica con spotting leve vaginal en el primer trimestre, dolor pélvico y amenorrea secundaria, aunque son síntomas que también se

detectan en un embarazo intrauterino de evolución normal y en un aborto espontáneo temprano.

Además se pueden incluir otras manifestaciones como dolor abdominal que se irradia al hombro, defensa abdominal o abdomen agudo, shock hemorrágico, inestabilidad hemodinámica y sícope.

En vista a que la sintomatología es tan inespecífica generalmente se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías con síntomas similares como tumores quísticos o sólidos anéxaes que causa irritación peritoneal (especialmente por torsión o rotura), infección anexar, apendicitis o síndrome de hiperestimulación ovárica con ascitis.

Dependiendo de la clínica y el pronóstico se diferencia:

Embarazo ectópico no complicado, que desaparece antes de que finalice el primer trimestre, evoluciona normalmente hasta la reabsorción total. Los síntomas son variables, según el momento de evolución y localización.

En la etapa inicial transcurre igual que un embarazo normal. A la exploración se identifica cierta sensibilidad en el cuello del útero, el tamaño uterino no corresponde con el tiempo de amenorrea, y en ocasiones se aprecia una tumoración uterina unilateral que orienta hacia el diagnóstico, posteriormente se inicia el sangrado y dolor.

Embarazo ectópico complicado: El cuadro clínico de la rotura de la trompa y el hemoperitoneo, basado en signos vitales y descompensación hemodinámica por si solos no verifican el diagnóstico.

Esta forma clínica es más fácil de diagnosticar, pero es más peligrosa y con alta mortalidad. Puede clasificarse según la hemodinámica de la paciente esté comprometida o no y se verifica por tres tipos de accidente.

- Con estabilidad hemodinámica. Se complica con hematosálpinx y aborto tubárico.
- Descompensación hemodinámica por la rotura del mismo, causando un hemoperitoneo.

Los accidentes del embarazo ectópico pueden ser los siguientes:

- a) Muerte ovular precoz, formándose el Hematosálpinx, se desprende el huevo y los residuos vellositarios con lesiones del lecho placentario lo que provoca reacciones fibrosas tardías que provocan obstrucción total o parcial de la trompa y del cierre de los extremos de esta.
- b) Aborto tubárico: Es la forma más habitual puede ser completo (cese de la hemorragia y desaparición de los síntomas) o incompleto (persistiendo la hemorragia pudiendo llegar a la formación de pólipos placentarios).
- c) Rotura tubárica, El sangrado es abundante por rotura de arterias que son ramas del territorio vascular ovárico y uterino. Este sangrado puede formar un hematoceli difuso o un hematoma intraligamentoso.

La rotura de la trompa se produce por agrietamiento y pocas veces por rotura total. Se piensa que es debido a un fallo de la apoptosis, fenómeno que existe en los tejidos

maternos y fetales sobre todo en el embarazo en etapas iniciales, entonces el tejido trofoblástico tendría mayor persistencia y agresividad terminando con la rotura de la trompa.

Ante la consulta a urgencias de una mujer gestante con sintomatología que indique una sospecha de embarazo ectópico nuestro protocolo de actuación debe seguir unos pasos para verificar el diagnóstico oficial y establecer el tratamiento específico e individualizado.

DIAGNÓSTICO:

Hay que comenzar diferenciando el embarazo ectópico del embarazo de ubicación desconocida, ya que ambos se identifican por la ausencia de embarazo intrauterino en el estudio ecográfico.

El diagnóstico se va a centrar en:

- Anamnesis: identificar antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, gestación ectópica previa, cirugía tubárica previa, DIU, oclusión tubárica, esterilidad, técnicas de reproducción asistida, tabaquismo, exposición a DES.
- Clínica:
 - Metrorragia que suelen ser de carácter escaso y continuo, otras veces intermitente.
 - Amenorrea: retraso menstrual no superior a 2-3 semanas en el 75-90% de los casos.
 - Dolor abdominal constante y con exacerbaciones, de intensidad leve a moderada, según la fase evolutiva del cuadro, en hipogastrio, aumentado en una de las fosas ilíacas. El dolor grave “en puñalada” que se irradia a la región sacra y en ocasiones al hombro, puede ser indicativo de rotura del ectópico, especialmente si se acompaña de síntomas y signos de shock hipovolémico, que no guarda relación con la metrorragia habida.
- Ecografía, si:
 - **$\beta\text{-hCG} > 1000 \text{ UI/L}$** debería objetivarse saco gestacional intrauterino.
 - **$\beta\text{-hCG} \geq 1500 \text{ UI/L}$** con masa anexial sólida, quística y/o líquido libre en el fondo de saco de Douglas es muy sugestiva de gestación ectópica.
 - **$\beta\text{-hCG} \geq 2400 \text{ UI/L}$** sin imagen de saco intrauterino y sin imágenes sospechosas anexiales, se suele tratar de una gestación ectópica.
En este caso es importante examinar trompas, ovarios, cuernos uterinos y cuello en busca de embarazo ectópico
Recordar la posibilidad de embarazo heterotópico en aquellas pacientes a las que se ha sometido a tratamientos de fertilidad.

En las gestaciones múltiples suelen visualizarse los sacos intraútero con β -hCG ≥ 2000 UI/L.

- Identificación de los niveles de progesterona:
 - Se sospecha de gestación ectópica cuando los valores de progesterona se sitúen entre **5 ng/ml y 25 ng/ml**
 - No se debe descartar un embarazo ectópico con cifras **> 25 ng/ml**, la posibilidad de que se trate de una gestación viable intraútero es del 98%.
 - Si los valores son **< 5 ng/ml** muy probablemente se trata de una gestación no evolutiva (intra o extrauterina).
- La determinación de progesterona no es valorable si tratamiento con progesterona exógena o gestantes sometidas a FIV.
- Determinación de β -hCG seriada en plasma:
 - Si la disminución de los valores de **β -hCG son superiores al 50% cada 48 horas**, suele tratarse de una gestación no evolutiva.
 - **Si su valor aumenta al doble en 48 horas o al 500% en 4 días** diagnostican con un VPP 99% una gestación intrauterina evolutiva.
 - **Si los incrementos sean inferiores al 50% cada 48 horas**, sospecharemos una gestación extrauterina.
 - **En los casos de gestación múltiple los niveles iniciales de β -hCG suelen ser más elevados.** Aunque con una frecuencia muy baja (1 de 103 -104 de los test realizados), existe la posibilidad de falsos positivos de β -hCG en plasma (en estos casos, el test de embarazo en orina será negativo)

- Legrado uterino:

Útil en aquellos casos de embarazo de localización desconocida y probablemente no evolutivo según las determinaciones hormonales. Si la cifra de β -hCG tras el legrado disminuye $>15\%$ a las 8-12h, se tratará de un aborto. En caso contrario se tratará de una gestación ectópica.

- Laparoscopia:

La realizaremos para confirmar el diagnóstico en aquellas pacientes con síntomas y resto de pruebas no concluyentes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es necesario realizar un diagnóstico diferencial del embarazo ectópico para no confundirlo con otros procesos ginecológicos con similar clínica como el aborto, la enfermedad inflamatoria pélvica, el cuerpo lúteo hemorrágico o el quiste de ovario accidentado (por torsión o rotura), además de otros procesos pélvicos como la apendicitis.

1. **El aborto incompleto**, identificado con un dolor abdominal de tipo cólico central, la metrorragia es igual o superior a la regla y está precedida siempre de amenorrea. La exploración general no muestra signos de anemia, y si la hay, está en relación con la metrorragia habida. Es el examen histopatológico el que revela el error diagnóstico.
2. **La enfermedad inflamatoria pélvica (EPI)**, es un proceso a menudo susceptible de tratamiento médico. Se diferencia del ectópico por la clínica, la analítica y en última instancia por la laparoscopia. La clínica revela fiebre y leucorrea y la analítica revela leucocitosis con desviación a la izquierda y ausencia de signos de anemia. Además, la determinación de β -HCG es negativa y en la culdocentesis se obtiene líquido purulento.
3. **El quiste de ovario accidentado al igual que el cuerpo lúteo hemorrágico**, suelen presentar el mismo cuadro del ectópico accidentado, con inestabilidad hemodinámica, por lo que es difícil diferenciarlos del mismo. La confirmación del diagnóstico suele realizarse durante el acto quirúrgico. En este caso el error diagnóstico, no tiene trascendencia, dado que el tratamiento de ambos procesos es quirúrgico.
4. **Otros procesos pélvicos como la apendicitis puede confundirse con el ectópico.** En este caso la diferenciación es a causa del dolor localizado en fosa ilíaca derecha con defensa abdominal, la participación de sintomatología gastrointestinal y los signos de un proceso infeccioso apendicular.

TRATAMIENTO:

El tratamiento se puede llevar a cabo de tres formas:

- **Conducta expectante:** se llevar a cabo en mujeres asintomáticas, con buen estado general y hemodinámicamente estables, cuando la determinación de β -hCG es inferior a 1500 UI/L, la ecografía es normal y se evidencia una disminución superior al 50% del valor inicial de la β -hCG en 48 horas. Se efectuarán controles clínicos y analíticos a la paciente cada 48-72 horas hasta que la cifra de β -hCG sea < 5 UI/L.

El seguimiento debe realizarse con un mínimo de dos determinaciones semanales de β -HCG, y una ecografía transvaginal semanal hasta que los niveles de β -HCG bajen de 20 UI.

Son signos de buen pronóstico los niveles inicialmente bajos de β -HCG, el descenso rápido de los mismos, y la reducción en el volumen de la masa anexial.

No existen hasta el momento estudios que demuestren una eficacia mayor en comparación del tratamiento con metrotrexate. La ventaja encontrada está basada en evitar los efectos secundarios del metotrexate y su administración innecesaria a pacientes con abortos precoces intracavitarios que no han podido ser localizados ecográficamente. La revisión de los estudios observacionales en los que se siguió una conducta expectante pone de manifiesto una tasa de

resolución espontánea del 69%. Los niveles bajos de β -HCG tuvieron un valor predictivo significativo para la resolución espontánea. Las tasas de resolución espontánea ascendieron al 88% con niveles de β -HCG

- **Con tratamiento médico:** mediante la administración parenteral de Metotrexate en pacientes con buen estado general y clínicamente estables.

Para llevar a cabo el tratamiento la frecuencia cardiaca fetal debe ser negativa, diámetro < de 4cm y β -hCG inferior a 5000 UI/L.

Este tratamiento estará contraindicado en los siguientes casos:

- Mal estado general.
- Hemoperitoneo ecográficamente significativo (fuera del Douglas).
- Antecedente de embarazo ectópico homolateral con tratamiento conservador previo.
- Embarazo ectópico heterotópico
- Leucopenia
- Anemia.
- Plaquetopenia
- Elevación de enzimas hepáticos.
- Elevación de creatinina.
- Ulcera péptica activa.
- Lactancia materna.
- Rechazo a eventual transfusión sanguínea.

Previo al inicio del tratamiento el ginecólogo debe explicar a la paciente el diagnóstico y resolver las dudas oportunas, debemos explicar en qué consiste el tratamiento con metotrexate, de los controles que se seguirán haciendo y del requerimiento de un seguimiento estricto, así como de los signos de alarma que indicarían acudir a urgencias del hospital de nuevo. Una vez explicado el procedimiento para iniciar la señora debe firmar el consentimiento del tratamiento y se realizará una analítica de control que incluya: Hemograma, BO básica, Perfil hepático, GS y Rh (si negativa administrar γ -globulina anti-D) No es imprescindible el ingreso.

El tratamiento consiste en una dosis **única de Matrotexate de 50mg/m² por vía intramuscular** tras el diagnóstico.

El metotrexato es un antagonista del ácido fólico que inhibe la síntesis de las purinas y pirimidinas, lo que interfiere con la síntesis de ADN y la proliferación celular. Secundario a su efecto sobre los tejidos altamente proliferativos, el metotrexato es potencialmente tóxico cuando se administra en dosis altas.

Se le explica a la señora que tendrá que volver al hospital para realizarse una determinación de β -hCG al cuarto y al séptimo día tras la administración del tratamiento.

- Si el 7º día la β -hCG es un 15 % inferior respecto a la determinación del 4º día se considera efectivo el tratamiento y se realizaran controles de β -hCG semanales hasta cifras < 15 UI/L.
- Si la disminución de la β -hCG entre el 7º y el 4º día es inferior al 15 % indicaremos, repetir la dosis de metotrexate en una semana y realizar el mismo control o tratamiento quirúrgico

Esta pauta terapéutica está recomendada en gestaciones extrauterinas tubáricas.

En caso de gestaciones extrauterinas ya sean ováricas, cornuales, cervicales o sobre cicatriz de cesárea anterior es recomendable la “multidosis de metotrexate”:

- Administración de Metotrexate (1 mg/kg) IM (día 1, 3,5 y 7).
- Administración de Ac. Folínico (0.1 mg/kg) IM (día 2, 4,6 y 8).
- Control cada 48 horas de β -hCG hasta que la β -hCG disminuya >15 % respecto al control previo.
- Control β -hCG semanal hasta < 15 UI/L
- Control β -hCG el día 14: Si la cifra de β -hCG es superior al 40 % de la cifra inicial se considera fracaso del tratamiento.

- **Quirúrgico:**

Indicado si:

- Diámetro superior a 4 cm.
- Presencia de embrión con actividad cardiaca positiva.
- Presencia de hemoperitoneo ecográficamente significativo (fuera de Douglas).
- EE heterotópico con uno de los sacos en la trompa
- Antecedente de EE homolateral tratado de manera conservadora.
- Dificultad de seguimiento posterior de la paciente.
- Contraindicación del metotrexate.
- Cuando la paciente no desee tratamiento conservador
- Fracaso del tratamiento médico

El tratamiento quirúrgico de elección será la salpinguectomía por vía laparoscópica. Se reservará la vía laparotómica para aquellas pacientes en las que no se pueda realizar una laparoscopia, porque la situación hemodinámica de la paciente la contraindique o ante la presencia de múltiples adherencias que dificulten el acceso a las trompas por laparoscopia.

CONCLUSIONES:

El embarazo ectópico es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna en el primer trimestre de gestación. Siendo responsable de un 9% de muertes durante la gestación.

En la actualidad se identifican mayor número de embarazo ectópicos debido al aumento de factores de riesgos por el uso de técnicas de reproducción asistida, empleo de métodos anticonceptivos como el Dispositivo Intrauterino, embarazos ectópicos previos, gestaciones en mujeres con edad superior a los 35 años, aumento de enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, tabaquismo... Es por ello que es una de las principales causas por los que las mujeres acuden a urgencias del hospital durante el primer trimestre de gestación.

El embarazo ectópico constituye una emergencia médica, ya que puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente (96-98 %), provocando un hemorragia interna de tal magnitud que puede llevar a un mal pronóstico materno con una desestabilización hemodinámica o un daño de la trompa afectada y limitar la vida reproductiva de esa mujer.

A pesar del incremento notable del embarazo ectópico en los últimos 20 años, su mortalidad ha disminuido 10 veces en el mismo periodo de tiempo gracias a la rapidez diagnóstica y las actuales posibilidades terapéuticas.

Cuando el personal sanitario de atención obstétrica ya sea ginecólogo o matrona reciba a la señora en primer lugar es primordial realizar una anamnesis adecuada. Conocer la sintomatología que presenta y realizar un diagnóstico a la mayor brevedad, ya que si estamos ante un embarazo ectópico nos encontramos ante el riesgo de una rotura tubárica o una hemorragia intra-abdominal.

Una vez se conozca el diagnóstico y la gravedad del mismo es primordial informar lo que implica un embarazo ectópico y los tratamientos recomendados dependiendo del caso individual. Una vez dada toda la información al paciente debe firmar el consentimiento.

En cuanto al tratamiento específico tras la revisión realizada se identifica que la cirugía laparoscópica es factible y menos costosa que la cirugía abierta en el tratamiento del embarazo ectópico tubárico. En pacientes sin riesgo inminente y sin contraindicaciones asociadas se puede optar a tratamiento no quirúrgico, Entre los cuales se identifican el tratamiento médico con metotrexate sistémico, una opción para las mujeres con embarazo ectópico tubárico sin signos de hemorragia, cuyos niveles en sangre de la hormona del embarazo son relativamente bajos. Aún no es posible realizar una evaluación adecuada del manejo expectante del embarazo ectópico tubárico.

DISCUSIÓN:

El embarazo ectópico se ha convertido en los últimos años en una de las consultas urgentes más frecuentes al hospital por gestantes durante el primer trimestre. La mayoría de los casos no tiene complicaciones posteriores pero en el caso de haberlas la mujer puede presentar un mal pronóstico con una descompensación hemodinámica debido a una rotura tubárica. Tras la revisión se identifica que un diagnóstico rápido disminuye el riesgo de complicaciones por lo que es muy importante conocer la clínica habitual y realizar un diagnóstico diferencial para realizar un tratamiento lo más precoz posible. Son necesarios continuar los estudios sobre la actitud expectante como uno de los tratamientos de elección ya que hasta el momento no se identifica con exactitud su efectividad.

BIBLIOGRAFÍA:

- Hajenius PJ, Mol F, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, van der Veen F. Intervenciones para el embarazo ectópico tubárico (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Pantoja Garrido M, Cabezas Palaciones MN, Tato Varela S. Protocolo de tratamiento multidosis con metotrexato a pacientes con embarazo ectópico cornual. Ginecol Obstet Mex.2016, may;84 (5)319-323.
- Carmen Fernández Arenas. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo Rev Cubana Obstet Ginecol v.37 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2011.
- Florin Andreu Taran, Karl Oliver Kagan, Marcus Hubner, Marcus Hoopmann, Diethelm Wallwiener, Sara bruker. El diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico. Dtsch Aztebl Int. 2015 Oct; 112(41): 603-704.
- Paula Celis M, Francisco Fuentes Q, Daniela Miguelles R, Adriana Doren V. Tratamiento médico del embarazo ectópico no complicado; experiencia del hospital regional de talca. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.82 no.1 Santiago feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000100006>