



EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo ectópico (EE) es aquel que se produce fuera de la cavidad endometrial. Es la causa más frecuente de mortalidad en el primer trimestre y puede suponer una emergencia quirúrgica.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de embarazo ectópico se sitúa entre el 1-2% de los embarazos. Existen una serie de factores de riesgo que aumentan las probabilidades de sufrir un embarazo ectópico:

- Antecedente de EIP.
- Endometriosis.
- FIV/ICSI.
- AC con gestágenos solos.
- DIU (el 15% embarazos son EE).
- Ligadura de trompas.
- Tabaco.



Es posible que anomalías del cigoto pueden tener relación con el EE. Hasta un tercio de los cigotos de un EE tienen alteraciones cromosómicas.

A más edad, más riesgo de embarazo ectópico, aunque esto puede ser simplemente un reflejo del riesgo acumulado a lo largo de los años de los factores descritos anteriormente.

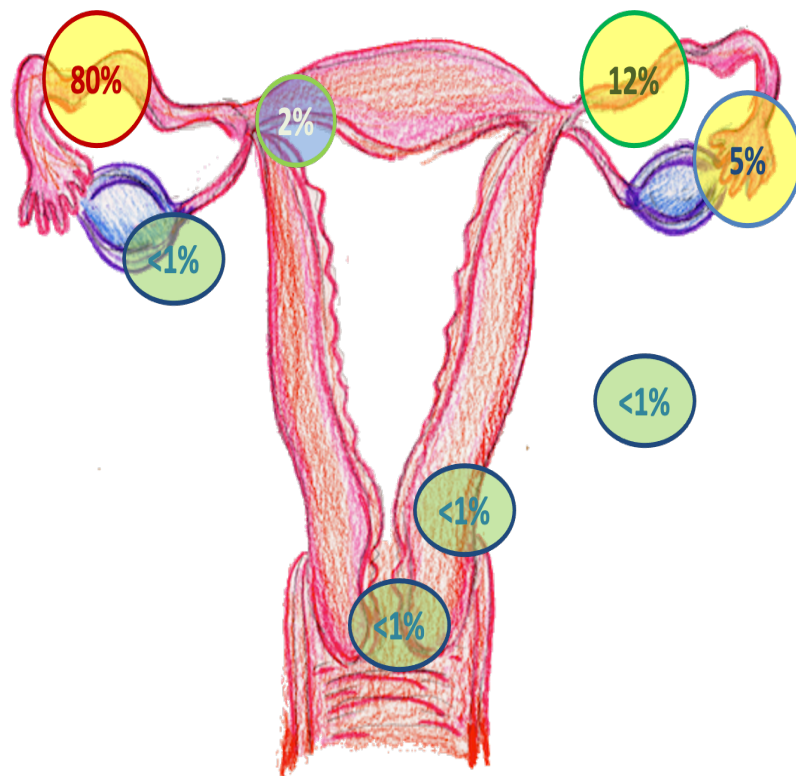
También existe la posibilidad de sufrir un embarazo “heterotópico”, es decir, la coexistencia de un embarazo intrauterino con un embarazo ectópico. Sin embargo, esta probabilidad es muy baja: una de cada 27.000 gestaciones.

Sufrir un embarazo ectópico tiene importantes implicaciones reproductivas, ya que sólo el 50% de las mujeres que han tenido un EE conseguirán tener hijos en el futuro y el riesgo de que vuelvan a tener otro embarazo ectópico, en la misma trompa (encaso de tratamiento conservador) o en la contralateral, es superior al 10%.

LOCALIZACIÓN

El 95% de los EE se producen en la trompa, (la mayoría de ellos en la porción ampular). Otras localizaciones posibles pero poco frecuentes son:

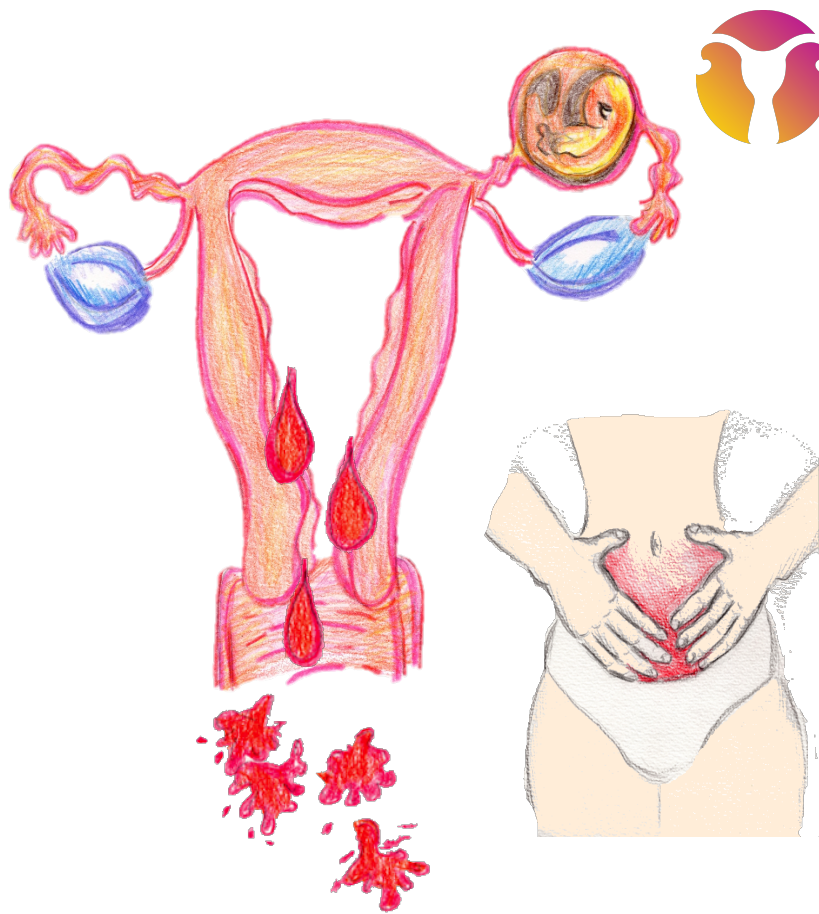
- Ampular 80 %
- Ístmico 12 %
- Fimbrial 5 %
- Intersticial (cornual) 2 %
- Abdominal <1 %
- Ovárico <1 %
- Cervical <1 %
- Cicatriz cesárea <1 %



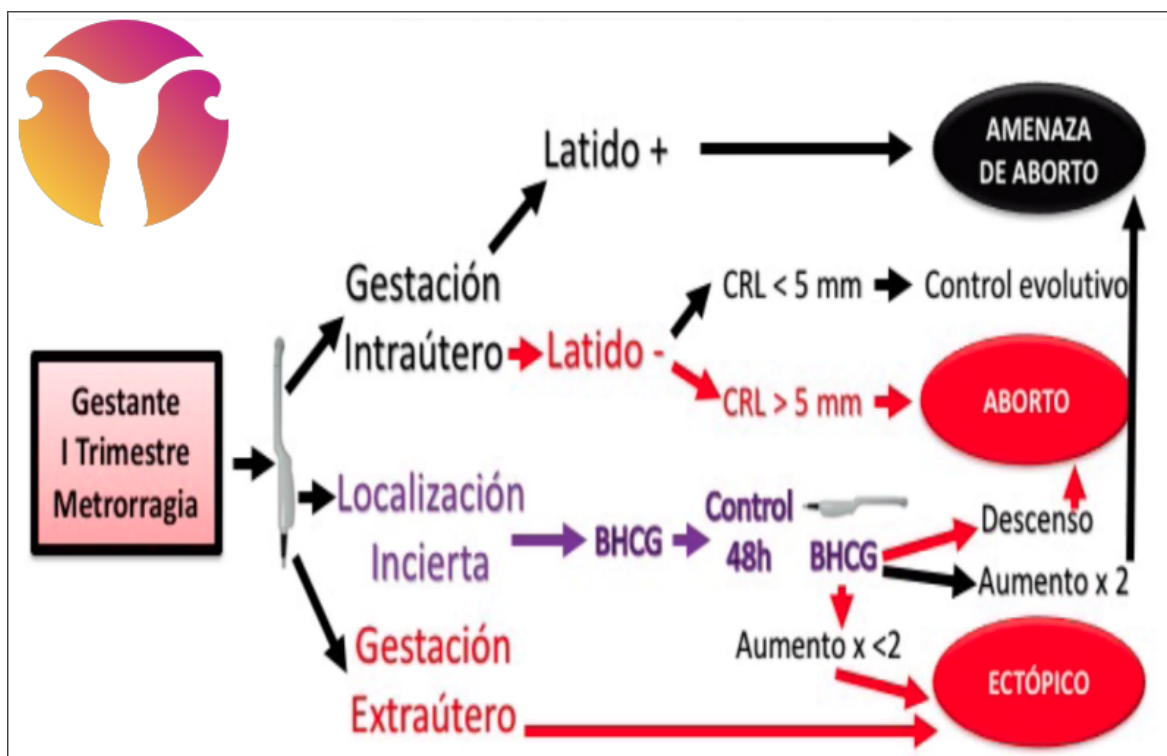
DIAGNÓSTICO.

La presentación de la gestación extrauterina suele ser muy inespecífica, ya que aparece como dolor abdominal y/o sangrado. Es importante conocer que, tanto el sangrado como el dolor se presentan con frecuencia en embarazos normales y evolutivos. Estos síntomas suelen aparecer entre las semanas 4-8 después de la última regla, pero pueden aparecer más tarde. En caso de sangrado, el EE se puede presentar como un abdomen agudo.

El diagnóstico del EE puede resultar complejo en algunas ocasiones. El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con el aborto o la amenaza de aborto, la rotura o torsión de quiste de ovario y el cuerpo lúteo quístico o hemorrágico. También una apendicitis o gastroenteritis puede plantearnos dudas diagnósticas.



Como explicamos en el vídeo de “Sangrado del primer trimestre”, cuando acude a consulta una mujer con un sangrado en el primer trimestre, (y también cuando acude por dolor abdominal), lo primero que debemos realizar es una ecografía. En el caso de no encontrar un saco gestacional intraútero, nos encontraremos ante una “Gestación de localización incierta”.



Ante un embarazo de localización incierta deberemos realizar una determinación seriada de B-HCG. Historicamente se afirmaba de forma categórica que con una B-HCG >2000 UI/mL debemos ser capaces de encontrar un saco intraútero. Sin embargo, esta cifra de B-HCG ya sabemos que no debe establecer, por sí sola, un diagnóstico definitivo.



Con una BHCG >1500 UI/ml el 80% de las mujeres tienen un saco gestacional visualizado; con 2000 UI/mL el 91%; y con 3500 UI/mL el 99%. Para la ecografía transabdominal, la zona discriminadora es más alta (aproximadamente 6500 UI/ml).

Además, existen factores que pueden afectar la detección temprana de un saco gestacional, incluida la habilidad del ecografista, la calidad del equipo de ultrasonido y la presencia de factores físicos (p. Ej., Fibromas, gestación múltiple, obesidad).

Lo que realmente nos es de utilidad, es la determinación seriada de la B-HCG, ya que, en principio, la hormona se duplicará cada 48h en los embarazos evolutivos, se mantendrá relativamente estable en los embarazos ectópicos y disminuirá en los abortos. Muchos autores propugnan que debe considerarse normal un aumento de las B-HCG >35% en 48h, evitando con esto tomar decisiones precipitadas y el sobretratamiento.

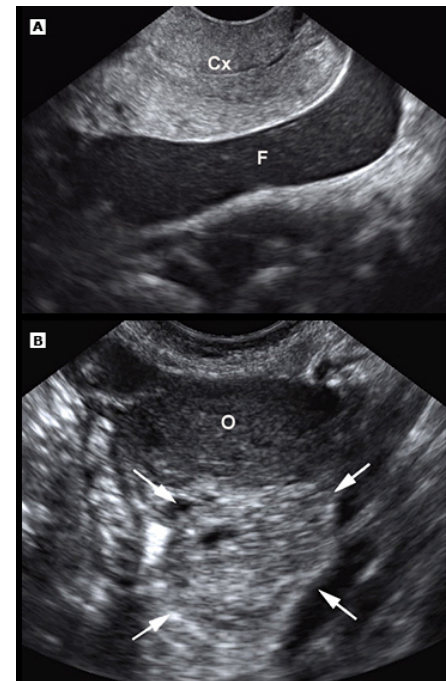
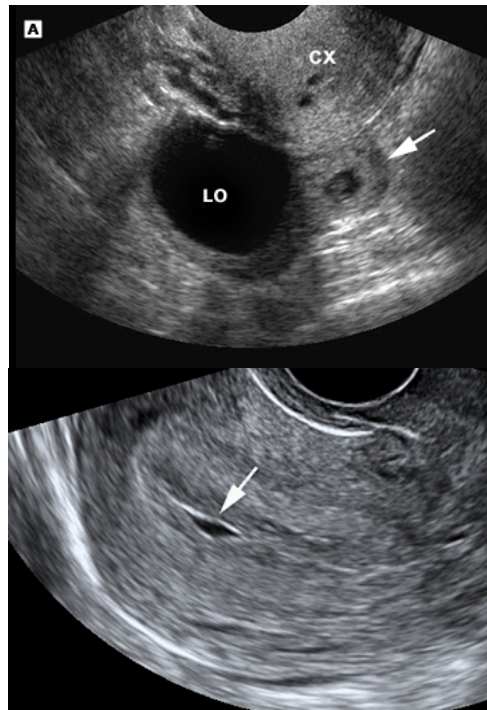
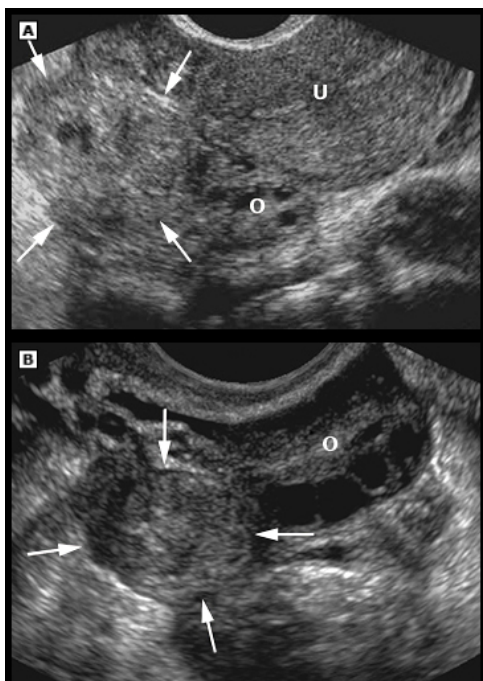
Sin embargo, el diagnóstico definitivo del embarazo ectópico DEBE SER ECOGRÁFICO, ya que hay casos en los que la B-HCG evoluciona de forma distinta a la esperada (por ejemplo, en las gestaciones gemelares).

Además, hay que tener en cuenta, que la presencia de un saco intrauterino no excluye por completo la posibilidad de embarazo ectópico. En primer lugar, hay que tener en cuenta que algo de líquido en el interior de la cavidad puede confundirnos y presentarnos una imagen que denominamos “pseudosaco” (aparece en un 20% de los casos). En segundo lugar, no debemos olvidar la posibilidad de gestaciones heterotópicas, sobre todo en las mujeres que se han sometido a una técnica de reproducción asistida.

ECOGRAFÍA

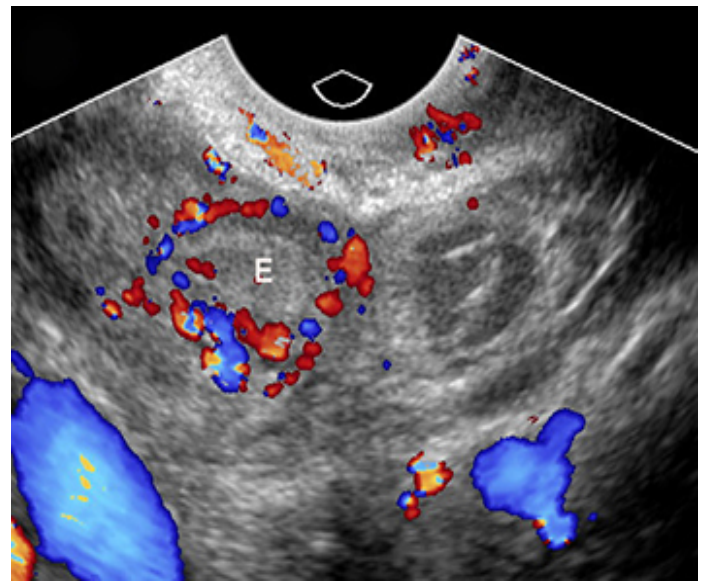
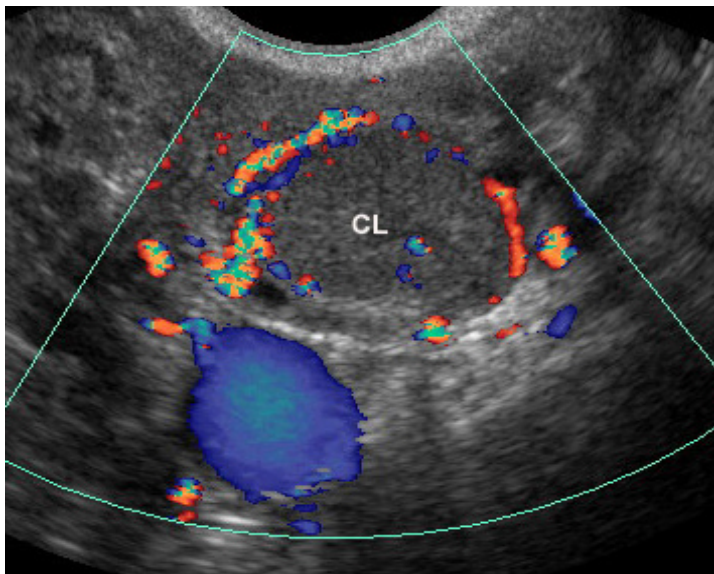
Aunque describiremos de forma más detallada, en un vídeo aparte, los hallazgos ecográficos propios del embarazo ectópico, estos son los hallazgos que con más frecuencia podemos encontrar:

- El hallazgo más común, (aparece en un 60% de los casos), es el de una masa heterogénea que se moviliza separadamente al ovario. Es lo que denominamos “blob sign”.
- Otro hallazgo más característico es el anillo tubárico, denominado “bagel sign”, que se muestra como un anillo ecogénico adyacente al ovario, apareciendo en un 20% de los casos e indicando un EE precoz.
- Líquido libre en la pelvis: aparece en un 25-50% de los casos, pero no es diagnóstico, porque puede aparecer en otros procesos como un cuerpo lúteo hemorrágico.
- En el 3-4% de los casos podremos visualizar un embrión con AC+.





El Doppler nos puede ayudar a la hora de diagnosticar un EE, aunque no ha demostrado mejorar la sensibilidad o la especificidad de la ecografía. La imagen típica en “anillo de fuego” puede verse tanto en el embarazo ectópico como en el cuerpo lúteo.



La RM puede ser útil cuando sospechemos embarazo cervical o intersticial (cornual). En este caso, la RM debe realizarse SIN gadolinio.

HISTORIA NATURAL

Si no se trata, el EE puede evolucionar de las siguientes formas:

1. Resolución espontánea: es difícil predecir en qué pacientes ocurrirá una involución espontánea, reabsorbiéndose el tejido ectópico.
2. Aborto tubárico: se refiere a la expulsión del embarazo a través de las fimbrias. A esto le puede seguir la reabsorción del tejido, el reimplante del tejido en otra localización y/o una hemorragia (que puede ser mínima o grave)
3. Rotura de trompas: que se suele asociar a hemorragia grave.

TRATAMIENTO

Comentaremos el tratamiento en el próximo vídeo.

