

Embarazo Tubario

www.clinicamujer.cl



Clínica de la mujer
MEDICINA REPRODUCTIVA

El embarazo ectópico (EE) es aquel que se anida en un lugar que no es la cavidad endometrial uterina. La mayoría de los EE ocurren en la trompa de Falopio y de ahí su nombre habitual de embarazos tubarios.

El manejo moderno del EE es una de las historias más exitosas de la medicina.

Incidencia

En los últimos años la incidencia de EE ha aumentado en la mayoría de los países. En USA, la incidencia aumentó de 0.4% a 1.7% de todos los embarazos. Este aumento puede deberse en parte al aumento de las enfermedades de transmisión sexual y al diagnóstico más precoz del EE.

¿Porqué ocurre el embarazo tubario?

Si bien es cierto la gran mayoría de los EE se asocia a enfermedad de la trompa (inflamaciones, adherencias), algunos ocurren en trompas sanas lo que hace postular otras causas tales como anomalías del huevo o incluso anomalías hormonales. Otros factores contribuyentes importantes son la cirugía reparadora tubaria (puede permeabilizar una trompa dañada) y las técnicas de fertilización asistida.

Presentación Clínica

El EE es el gran simulador. Puede presentarse como un ligero goteo vaginal o como un shock por anemia aguda al producirse la hemorragia en el abdomen. La presentación clásica de atraso menstrual, sangramiento genital y dolor abdominal es lo menos frecuente de encontrar.

Lo mejor es la sospecha diagnóstica y el recurrir rápidamente a los elementos de diagnóstico. Las pacientes que consultan con sintomatología aguda presentan complicaciones de su EE. La sospecha diagnóstica permite manejar el 80 % de los EE antes de que la trompa se rompa.

Diagnóstico Diferencial

- Embarazo normal (síntomas de aborto)
- Quiste ovárico roto
- Hemorragia del cuerpo lúteo
- Salpingitis
- Apendicitis
- Torsión anexial
- Endometriosis

Los antecedentes relevantes en la historia de la paciente son la esterilidad previa, los procesos inflamatorios pelvianos (PIP), la cirugía tubaria previa, el uso de técnicas de fertilización asistida y el método anticonceptivo en uso. Mujeres que hayan sido sometidas a cirugía conservadora por un EE tienen 10 veces más posibilidades de hacer otro EE. Debemos insistir sin embargo, que la mayoría de las pacientes no tienen estos antecedentes.

Tanto los PIP como la cirugía tubaria previa aumentan el riesgo de EE al dañar la trompa y favorecer la aparición de adherencias. La presencia de anticuerpos contra la bacteria Chlamidia tracomatis aumenta al doble el riesgo de EE.

En lo que se refiere a métodos anticonceptivos, éstos en general ofrecen protección frente al riesgo de EE, sin embargo cuando las usuarias de DIU se embarazan, el riesgo de EE está muy aumentado.

Métodos de Diagnóstico Precoz

A. Medición seriada de Gonadotrofina coriónica (GHC) que es la hormona que detectan los test de embarazo)

Un EE no roto puede presentar la misma sintomatología que un embarazo normal por lo que se requiere pensar en la posibilidad de un EE y en la puesta en práctica de métodos de diagnóstico adecuados los que son la medición de la GHC y la ecografía transvaginal.

La GHC es secretada por el embarazo incipiente y alcanza sus niveles máximos de 50.000 a 100.000 U en las semanas 8-10 de la gestación. Si una gestante mide su GHC sérica el día que debería haberle llegado la menstruación, ésta será de alrededor de 100 mIU/litro. Es muy probable que ese mismo día un test moderno (subunidad beta de la GHC) de embarazo en orina también esté positivo (sensibilidad 25 mIU/litro). Un test negativo de GHC en sangre virtualmente descarta la presencia de un embarazo. El nivel de sensibilidad del examen es de 5 mIU/lit.

Numerosos estudios han demostrado que en el embarazo normal precoz, las tasas de HCG se duplican cada 2.5 días hasta alcanzar unas 10.000 UI/lit. Incrementos menores se asocian a EE o abortos espontáneos.

Valores crecientes de GHC indican casi siempre un embarazo en evolución normal. Tasas que se nivelan o caen son incompatibles con una gestación normal.

Cuando el valor de la GHC en sangre sobrepasa las 1200 UI/lit debe visualizarse un saco intrauterino. La excepción son los embarazos múltiples.

Valores de GHC en declinación indican resolución espontánea o tratamiento médico o quirúrgico efectivo. Tasas de GHC mantenidas o en ascenso indican fracaso del tratamiento.

B. Ecografía Transvaginal

Un ecografista experimentado es capaz de detectar un saco gestacional una semana después de la fecha en que se esperaba la menstruación (embarazo de 5 semanas desde la última menstruación). En este caso el valor de GHC es mayor de 1200 UI/lit.

La ecografía permite también visualizar masas anexiales, el llamado complejo tubario que es la visualización del saco por fuera del útero, líquido libre alrededor de los ovarios o retrouterino (hemoperitoneo) y en ocasiones actividad cardíaca fetal fuera del útero.

En casos de dudas, puede repetirse la ecotomografía en 24 – 48 hrs.

C. Legrado Uterino

Su objetivo es detectar la presencia o ausencia de vellosidades coriales (parte de lo que será la placenta). La presencia de vellosidades prácticamente descarta la posibilidad de un EE (excepto en tratamientos de fertilización asistida) y se evita procedimientos como la laparoscopia.

Tratamiento del EE

1. Manejo expectante:

Se sabe que alrededor de un 25% de los EE se resuelve espontáneamente sin llegar a la ruptura. En estos casos el embrión muere y es reabsorbido o es abortado por la trompa a la cavidad abdominal.

Estas pacientes se manejan controlando con GHC y ultrasonografía seriada. Su pronóstico a largo plazo es similar a las pacientes tratadas activamente.

2. Tratamiento médico.

Esta modalidad terapéutica es interesante por las siguientes razones: menor daño tubario, costo menor y posiblemente mejor potencial de fertilidad. Se utiliza el methotrexato, un fármaco que interfiere con el desarrollo del saco gestacional.

A la fecha son innumerables los trabajos que avalan esta modalidad de tratamiento y algunos lo consideran como uno de los más grandes avances de la ginecología.

Antes de administrar el Methotrexate debe hacerse un hemograma y perfil hepático y administrar gammaglobulina anti rH a las pacientes rH negativas.

El tratamiento con methotrexato está especialmente indicado en aquellos casos en que el saco ectópico está ubicado en sitios cuya remoción quirúrgica implica un riesgo especial como es el caso de los embarazos intersticiales, cervicales u ováricos.

3. Tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico clásico era la extirpación de la trompa. La cirugía puede hacerse vía laparotómica o laparoscópica, siendo esta última la de elección en sobre el 80% de los casos. Varios estudios han demostrado definitivamente que la vía laparoscópica es mejor que la laparotómica en cuanto a resultados, costos, estadía hospitalaria, recuperación, pérdida sanguínea y necesidad de analgesia.

La única contraindicación verdadera de la laparoscopia en estos casos es la paciente inestable por la cuantía de la hemorragia interna, pero esto depende de la experiencia del cirujano y el anestesiólogo.

En resumen la clave para un manejo exitoso del EE es la sospecha clínica antes de que aparezcan síntomas, plantear la posibilidad de tratamiento médico y si no se cumplen las condiciones para hacerlo, resolverlo por medio de laparoscopia.