

PROTOCOLO:

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA GESTACIÓN ECTÓPICA

Serveis de Ginecologia i Medicina Maternofetal (Protocolo Conjunto)
Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona

1. INTRODUCCION

El embarazo ectópico es una causa importante de morbi-mortalidad durante el primer trimestre de gestación.

Durante los últimos decenios su incidencia ha aumentado de forma notable, debido en parte al incremento de los factores de riesgo y en parte a una mayor precisión en los métodos diagnósticos, aunque es muy difícil cuantificarla, dado que actualmente, en muchas ocasiones los embarazos ectópicos se tratan de forma ambulatoria.

El 90% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa y de estos el 80% en la porción ampular. Los de localización extratubárica se asocian a una mayor morbilidad.

2. DIAGNOSTICO DE GESTACIÓN ECTÓPICA

Anamnesis: antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, gestación ectópica previa, cirugía tubárica previa, DIU, oclusión tubárica, esterilidad, técnicas de reproducción asistida, tabaquismo, exposición a DES.

Clínica: amenorrea, dolor y/o metrorragia

Ecografía: con cifras de β -hCG superiores a 1000 UI/L debería visualizarse un saco gestacional intrauterino. Una β -hCG \geq 1500 UI/L con una imagen ecográfica de masa anexial sólido/quística y/o líquido libre en el fondo de saco de Douglas es muy sugestiva de gestación ectópica. Una cifra de β -hCG \geq 2400 UI/L sin imagen ecográfica de saco intrauterino (aunque no se objetiven imágenes sospechosas anexiales), se trata casi con seguridad de una gestación ectópica. En este caso es importante el examen detenido de: trompas, ovarios, cuernos uterinos y cuello en busca de una imagen de sospecha de EE (tener presente la posibilidad de embarazo heterotópico en aquellas pacientes a las que se ha realizado un tratamiento de fertilidad). En las gestaciones múltiples suelen visualizarse los sacos intraútero con β -hCG \geq 2000 UI/L.

Determinación de progesterona: Sospecharemos una gestación ectópica cuando los valores de progesterona se sitúen entre 5 ng/ml y 25 ng/ml (aunque no se puede 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 tan valorable en aquellas pacientes que se administran progesterona exógena o en aquellas que han quedado gestantes en un ciclo de FIV.

Determinación de β -hCG seriada en plasma

Cuando la disminución de los valores de β -hCG son superiores al 50% cada 48 horas, suele tratarse de una gestación no evolutiva (intra o extrauterina).

Incrementos superiores al doble de su valor en 48 horas o al 500% en 4 días diagnostican con un VPP 99% una gestación intrauterina evolutiva.

Cuando 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 10^3 - 10^4 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: Puede ser 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 (β -hCG disminuye $<15\%$), se tratará de una gestación ectópica. La presencia de vellosidades coriales en el estudio histológico también nos confirmará la localización intrauterina.

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

3. TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Conducta expectante: Podemos realizarla en aquellas pacientes asintomáticas, con buen estado general y clínicamente 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 efectuaran controles clínicos y analíticos a la paciente cada 48-72 horas hasta que la cifra de β -hCG sea < 5 UI/L.

Médico: Consiste en la administración parenteral de Metotrexate en pacientes con buen estado general y clínicamente estables.

Indicaciones:

- Actividad cardiaca negativa (con actividad cardíaca positiva disminuye drásticamente el éxito del tratamiento).
- Diámetro inferior a 4 cm
- β -hCG inferior a 5000 UI/L

Contraindicaciones

- Mal estado general (dolor y/o estado hemodinámicamente inestable)
- Hemoperitoneo ecográficamente significativo (fuera del Douglas)
- Antecedente de EE homolateral con tratamiento conservador previo
- EE heterotópico (valorar otras alternativas como la cirugía en el heterotópico tubárico o inyección intrasacular de CIK en otras localizaciones).
- Contraindicaciones del MTX: Leucopenia, anemia, plaquetopenia, elevación de enzimas hepáticos, elevación de creatinina, úlcera péptica activa, lactancia materna.
- Rechazo a eventual transfusión sanguínea.

Antes de iniciar el tratamiento deberemos:

Informar a la paciente del tratamiento que vamos a realizar, de los controles necesarios y del requerimiento de un seguimiento estricto, así como de aquellos síntomas que aconsejan acudir al hospital. No se aplicará en los casos que no puedan cumplir estos requisitos.

Firmar el consentimiento informado.

Realizar analítica de control que incluya: Hemograma, BQ básica, Perfil hepático, GS y Rh (si negativa administrar γ -globulina anti-D)

No es imprescindible el ingreso

Dosis única:

METOTREXATE 50 mg/m² IM

Controles de β-hCG:

d1 (MTX) d4 (β-hCG) d7 (β-hCG)
↓ ↓ ↓

- Si la cifra de β-hCG el d7 es un 15 % inferior respecto a la determinación del d4 consideramos el tratamiento como efectivo y realizaremos controles de β-hCG semanales hasta cifras < 15 UI/L.
- Si por el contrario la disminución de la cifra de β-hCG el d7 en relación al d4 es inferior al 15 % indicaremos:
Repetir la dosis de metotrexate en una semana y realizar igual control ó
Tratamiento quirúrgico

Esta pauta terapéutica es aplicable a las gestaciones extrauterinas tubáricas. En caso de gestaciones extrauterinas ováricas, cornuales, cervicales o sobre cicatriz de cesárea anterior es recomendable la:

Multidosis de METOTREXATE.

Metotrexate (1 mg/kg) IM d 1 3 5 7
Ac. Fólico (0.1 mg/kg) IM d 2 4 6 8

Controles de β-hCG:

Control cada 48 horas hasta que la β-hCG disminuya >15 % respecto al control previo.

Control β-hCG semanal hasta < 15 UI/L

Control β-hCG d 14: Si la cifra de β-hCG es superior al 40 % de la cifra inicial ⇒ FRACASO.

Advertencias:

- Evitar relaciones sexuales hasta que la β-hCG sea indetectable
- Evitar exploraciones pélvicas y ecográficas durante la monitorización del metotrexate
- Evitar la exposición al sol
- Evitar alimentos y vitaminas que contengan ácido fólico
- Evitar alimentos flatulentos (pueden producir dolor)
- Evitar nuevo embarazo hasta que la β-hCG sea indetectable.

Efectos secundarios:

- Hinchazón abdominal
- Incremento de la β-hCG los primeros días
- Metrorragias o spotting
- Dolor abdominal a los 3-7 días, durante 4-12h
- Mielotoxicidad
- Hepatotoxicidad
- Estomatitis, gastritis, náuseas y vómitos
- Pneumonitis (raro)
- Alopecia reversible (raro)

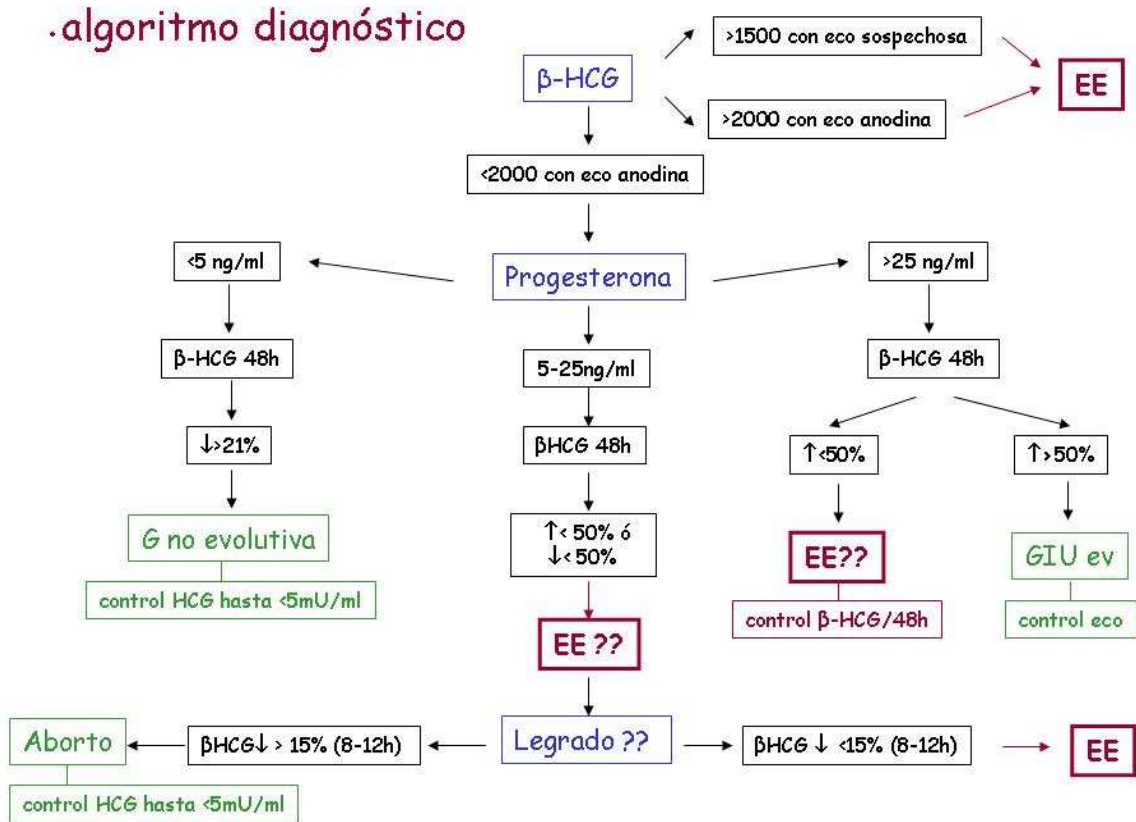
Quirúrgico:

Indicaciones:

- Diámetro superior a 4 cm.
- Presencia de embrión con actividad cardíaca 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, por que la situación hemodinámica de la paciente la contraindique o ante la presencia de múltiples adherencias que dificulten el acceso a las trompas por laparoscopia.

algoritmo diagnóstico



Responsables del protocolo: M. Creus (Ginecología) y S. Fernández (Medicina Maternofetal)

Última actualización: 5/02/07