

● ¿Se diagnostica siempre a tiempo un embarazo ectópico?

F. J. Durán Rodríguez. Socuéllamos (Ciudad Real)

Mujer de 30 años previamente nulípara, que consulta por un cuadro de una semana de duración, consistente en molestias en fosa ilíaca derecha, de intensidad moderada, con carácter intermitente a lo largo del día, sin impresionar de ser mecánico. Suele presentar ciclos menstruales cortos de 22-24 días. La fecha de la última menstruación fue hace 40 días. Ha realizado un test de gestación que resultó positivo, y en los últimos tres días ha presentado una pequeña metrorragia. No refiere ningún otro tipo de sintomatología general acompañante de otros órganos o sistemas.

En la exploración presenta un abdomen blando, depresible, con dolorimiento a la palpación; no se objetiva situación de compromiso cardiovascular.

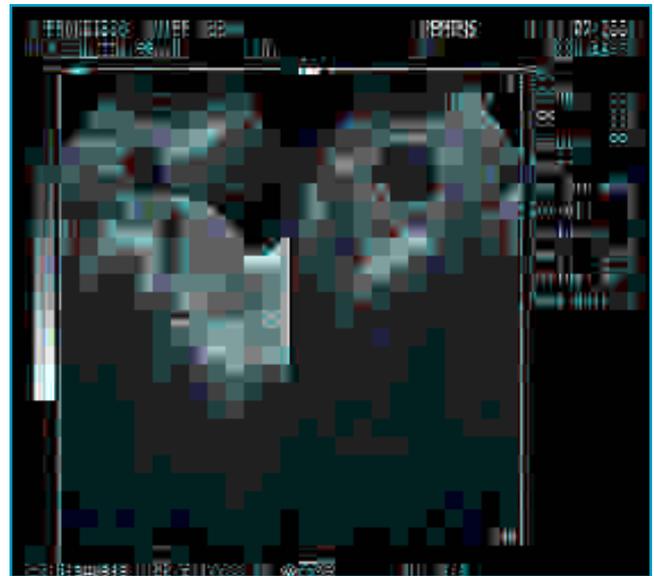
Se realiza estudio ecográfico con el siguiente resultado: se encuentra un útero de forma regular, en situación media de 8 x 4,1 x 5,3 cm en el que se visualiza la línea endocavitaria de forma correcta; se sugiere una fase inicial de segunda parte del ciclo menstrual, con un miometrio homogéneo y de ecogenicidad normal, sin deformidad de contornos. No se observa vesícula gestacional en su interior.

Se observa una formación de carácter quístico de 3,6 cm de diámetro en la teórica zona anatómica del ovario derecho, que se corresponde con un cuerpo lúteo gravídico, yuxtapuestas a esta formación se ven estructuras ecogénicas rodeadas posiblemente de líquido. El ensanche ampular derecho del útero aparece más engrosado. No se observan en ningún momento signos de latido cardíaco fetal, ni un aparente aumento decidual. Las imágenes son constantes, no cambian por posibles movimientos de asas intestinales.

Ante estos hallazgos y con la sospecha de una gestación ectópica se recomienda la valoración hospitalaria de la paciente.

FOTO N.º.1.- Corte longitudinal del útero con cavidad endometrial vacía, no se observa pseudobolsa.

FOTO N.º.2.- Corte en el que se puede apreciar un cuerpo lúteo gravídico, así como una importante heterocogenicidad de la zona.



Fotos 1 y 2

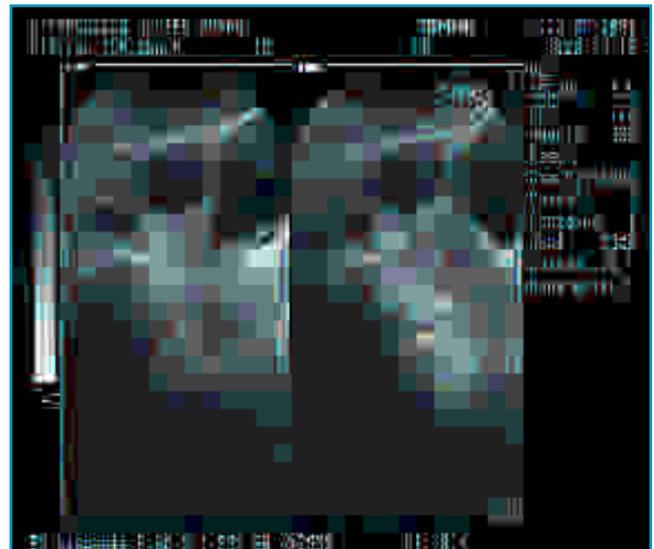




FOTO N°3.- Imágenes que muestran la existencia de una estructura hipocóica con contenidos ecogénicos correspondientes a un feto sin actividad cardíaca.

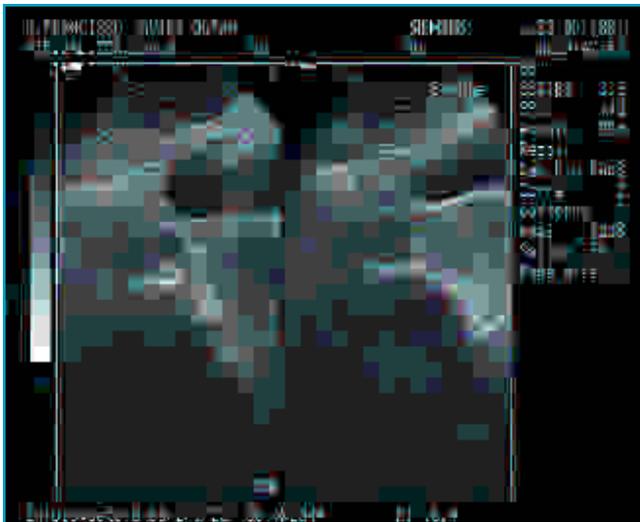


Foto 3

● EMBARAZO ECTÓPICO

Se entiende por embarazo ectópico toda gestación implantada fuera del endometrio de la cavidad uterina.

El mayor porcentaje de localizaciones de gestaciones ectópicas se encuentra a nivel tubárico, con un 98-99%. Le siguen el ovario, con 0,5-1% y un 0,1-0,15% en el cervix. De las localizaciones tubáricas dos tercios lo hacen a nivel ampular.

Hoy en día se acepta que se está dando un aumento en la incidencia de gestaciones ectópicas, que representan entre el 1-2,5% del total de gestaciones, a la vez que se está produciendo una disminución de la mortalidad; ésta es menor que uno por cada 1000 casos de gestaciones ectópicas en la actualidad, frente a 3,5 en el año 1970. Supone el 15% de las muertes de mujeres embarazadas.

Entre los factores que han influido en que se produzca este aumento de incidencia se han establecido los siguientes: más uso de métodos anticonceptivos, proliferación de técnicas reproductivas, mayor incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica y otras como pudieran ser las enfermedades de transmisión sexual y la existencia de abortos previos.

Las trompas de Falopio son dos conductos musculomembranosos de unos 12 cm de longitud en los que se describen cuatro partes: la intersticial, estrecha, tiene un diámetro de 0,3 mm y se encuentra incluida en la pared muscular del útero; el istmo se continúa con la anterior, hasta enlazar con la ampular, zona media y más ancha, para finalizar en el pabellón cuyo orificio externo se encuentra rodeado de fimbrias.

Histológicamente están formadas por tres capas: serosa, muscular y mucosa. En la zona distal predominan células ciliadas en la mucosa y es escasa la muscular, y a la inversa en la proximal, lo que hace que el transporte del huevo inicialmente se realice mediante movimientos ciliares y después por peristálticos.

La etiopatogenia íntima de una gestación ectópica se desconoce; no obstante se ha establecido una serie de factores cuya presencia facilita notablemente las posibilidades de que se produzca una gestación ectópica. Se han clasificado en factores mecánicos, funcionales, etc.

Entre los mecánicos, que estrechan la luz tubárica, podemos destacar: la salpingitis crónica; las adherencias peritubáricas secundarias a infecciones (postabortos, puerperales) o a endometriosis, así como otros posibles acodamientos o estrecheces de la trompa; existencia de episodios de embarazos ectópicos previos; cirugía tubárica previa por problemas de fertilidad; masas extrínsecas o malformaciones embrionarias.

Los funcionales retrasan el avance del huevo hacia la cavidad uterina, por lo que al cigoto le da tiempo a desarrollar su capacidad perforadora en lugares inadecuados. Diversas situaciones favorecen estos mecanismos entre las más destacadas: existencia de una movilidad tubárica alterada por desequilibrio entre progestágenos y estrógenos, como ocurre con el uso de anticonceptivos que sólo contienen progestágenos; en la anticoncepción postcoital de emergencia, o en la inducción de la ovulación; el uso del DIU; la esterilización tubárica; las técnicas de reproducción asistida, por el gran volumen de líquido que se tiene que utilizar en la transferencia embrionaria; el tabaquismo; endometriosis; etc.

Otros factores que también favorecen el que se desarrolle una gestación ectópica: que existan anomalías intrínsecas en el cigoto; el que la madre tenga una edad

avanzada; nuliparidad; incluso se llegan a mencionar factores raciales o de promiscuidad sexual.

Al igual que hemos visto una gran variedad de factores favorecedores de la existencia de una gestación ectópica, la sintomatología es igualmente muy variada. Puede ser totalmente asintomática, hasta debutar con un cataclismo clínico de gravedad producido por un shock hipovolémico con hemoperitoneo. Por lo general se suele presentar con una clínica incierta o subaguda que puede contribuir a que se retrase el diagnóstico.

La triada clásica de dolor, sangrado vaginal y masa anexial sólo se observa de forma clara en un 45% de los casos. En el 90% se da dolor pélvico o abdominal de intensidad variable, intermitente o continuo, sordo o agudo de tipo cólico, y puede ser tanto localizado como difuso. Deben poner en guardia, por pequeñas que sean, hemorragias posteriores a un retraso menstrual, máxime si se ha llegado a establecer el diagnóstico de gestación. También podemos encontrar otros síntomas más inespecíficos, como mal estar general, náuseas, vómitos, hipersensibilidad mamaria, etc.

Cuando se rompe la trompa se produce una hemorragia. Presenta sintomatología de abdomen agudo (defensa peritoneal, Blumberg positivo, etc.) y de shock hipovolémico (palidez, hipotensión, taquicardia, etc.).

El diagnóstico de presunción de gestación ectópica se sospecha por la clínica y la anamnesis, y tendremos que confirmarlo por medios analíticos y con estudios ecográficos.

La betaHCG es producida por el trofoblasto y es similar a la LH, de la que se diferencia por la fracción beta. En una gestación normal, tiene un ritmo de producción que hace que coincidiendo con la primera falta menstrual haya 100u/l; esta cifra se duplica cada dos días hasta alcanzar las 1200u; se duplicará cada tres días hasta alcanzar las 6000u y cada cuatro por encima de las 6000u. Se alcanza un máximo entre 50.000-100.000u entre la 10 a la 14 semana; dichas cifras decrecen y se sitúan entre 10.000-20.000 hacia la 20 semana. En una gestación ectópica no se sigue el ritmo normal de aumento, y aunque pueden existir muchas variaciones (en el 13% de los casos no hay diferencia con una gestación normal y en un 15% de las gestaciones intraútero pueden cursar con unos niveles menores), por lo gene-

ral se produce un menor aumento de las cifras y las duplicaciones tardan más en realizarse, por lo que las determinaciones seriadas nos ayudarán a establecer un diagnóstico de certeza, máxime si los utilizamos conjuntamente y unidos a los hallazgos ecográficos.

Ecográficamente se establece una serie de signos directos, indirectos y anexiales. Los directos consistirán en localizar el huevo fuera del útero, que tenderá a morir pronto por no tener lugar idóneo para su desarrollo; podremos encontrar desde huevos hueros hasta vellosidades rodeadas por coágulos de sangre; la localización de un latido cardiaco será un signo directo e inequívoco de localización de gestación ectópica. Consideraremos signos indirectos la ausencia de bolsa ovular uterina, la existencia de un endometrio grueso, indicativo de una reacción decidual, o la aparición de una pseudobolsa. Como signos anexiales tendremos el hematosalpinx y el hemoperitoneo.

Tendremos que realizar un diagnóstico diferencial prácticamente con toda la patología uteroanexial (cuerpo lúteo, quiste amarillo hemorrágico, torsión ovárica, fibromas subserosos, endometriosis ovárica, absceso tubarico, derrames pélvicos no hemorrágicos, mola hidatiforme). El signo de la doble decidua que se produce en la gestación intraútero: no la vamos a observar en el saco pseudogestacional del embarazo ectópico. El tratamiento, si se establece un diagnóstico precoz, sin rotura tubárica y con masas anexiales menores de 4 centímetros de diámetro se realiza con methotrexato, posteriormente habrá que recurrir a la cirugía.

● CONCLUSIONES

Dado que en la mayoría de los protocolos que se manejan se suele realizar la primera ecografía, denominada ecografía del primer trimestre, entre las semanas ocho a la doce (la fecha de realización práctica de la misma más cercana a las diez-doce semanas), pensamos que adelantar la realización de la primera ecografía entre las seis-ocho semanas y que pudiera ser realizada por el médico general de la paciente, pondría de relieve la existencia de estos cuadros con la antelación suficiente como para poder contribuir a disminuir la morbimortalidad que siguen presentando en la actualidad.