

T.14 EMBARAZO ECTOPICO

CONCEPTO

Embarazo en el que la anidación se da fuera de la cavidad endometrial.

Puede ser:

- cervical
- tubárico
- ovárico
- abdominal (total o parcial)

El + es el tubárico: > 90% Nos referiremos por tanto al embarazo tubárico.

Su ha ido en aumento en los últimos años por:

- diagnóstico más preciso
- los factores etiológicos cada vez se dan con mayor frecuencia

En 1970 4/ 1000

1982 12/ 1000

1999 20/ 1400 en el Clínico

ETIOPATOGENIA

- Hormonales
- Factor embrionario
- Causas anatómicas de la trompa:
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- Quirúrgica (reparativa /esterilización)
- En algunos casos con DIU

1. Hormonales

Una de las causas de embarazo ectópico puede ser porque la inducción de la ovulación altera el clima de la mujer o porque al transferir los huevos (probeta), éstos pasen a la trompa.

2. Factor embrionario:

La mayoría de los embarazos ectópicos tubáricos no presentan desarrollo embrionario correspondiente al periodo de embarazo por alteración nutricional del embrión.

No hay patología cromosómica (?) descrita pero no se descarta del todo.

3. Causas anatómicas de la trompa

Fecundación 2–3 d en trompa. Necesita normalidad anatómica y funcional para que el huevo progrese hacia el útero.

a. Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

Es una patología cada vez más frecuente por la incidencia de las ETS. Cuando la mujer ha tenido una EPI un 10–15% quedan con cierta minusvalía tubárica.

Si EPI 3 veces 75% anomalía tubarica

b. Quirúrgica (reparativa–esterilización)

Las patologías tubáricas ya no se operan como tratamiento de la esterilidad. En algunas clínicas se sigue haciendo y se reconstruye anatómicamente pero no funcionalmente.

Esterilización por electrocoagulación de trompas. Un 15/ 1000 pueden tener repermabilización de trompa embarazo ectópico. Incluso en la ligadura de trompas puede haber embarazo ectópico (incluso uterino)

c. En algunos casos con DIU embarazo ectópico.

Se recomienda el DIU en mujeres que han tenido hijos.

En estos casos el embarazo ectópico suele ser ovárico.

ANATOMIA PATOLOGICA

Sobre la trompa, el huevo puede anidar en:

- parte ext: 1/3 ext *AMPULAR*
- parte media *ITSMICO*
- Parte intrauterina de la trompa: 1/3 int *INTRAMURAL /INTERSTICIAL*

El endosalpinx no tiene capacidad de proliferación y el trofoblasto perfora el endosalpinx y penetra en la musculatura donde perfora los vasos (hemocorial) hemorragias de la musculatura tubárica. Entre 10–20% de los casos penetra más allá (a serosa) y produce perforación tubárica.

En el endometrio aparecerán cambios propios del embarazo.

ARIAS–STELLA, describió una serie de cambios morfológicos:

- Hiperplasia endometrial secretora
- Nucleos con cambios morfológicos atípicos
- !producción de cromatina nuclear
- Nucleos aneuploides debido a la hCG

Signo de ARIAS–STELLA: cels claras con vacuolas características en su ept glandular

EVOLUCION

La anidación puede provocar muerte precoz del embrión.

El embrión queda retenido y será digerido.

Si perfora serosa perf tubárica rotura vasos hemorragia intraperitoneal aborto tubárico

La motilidad de la trompa intenta expulsar la masa ovular al abdomen. El huevo será absorbido o se operará.

Si la expulsión se da con trofoblasto activo emb abdominal siempre 2º a emb tubárico.

CLINICA

- Siempre se produce amenorrea propia del embarazo
- El embarazo ectópico igual que el normal) produce hCG por el trofoblasto que activa al cuerpo luteo y lo mantiene produciendo E y P que evitan la descamación del endometrio.

La hCG sufre ondulaciones ondulaciones cuerpo luteo declives horm esteroideas

peq hemorragias endometriales

- Dolor porque la trompa es distendida por el huevo y por coágulos
- Cambios que produce la hemorragia intraperitoneal:

La hemorragia tubárica cae a la cavidad abdominal por el ostium tubárico.

Si la hemorragia es muy intensa puede provocar la muerte.

La hemorragia por vagina es escasa pero el estado hemodinámico de la mujer está muy afectado lo normal son 500ml sang en cav abdominal)

Según **BUSHBECK** (menograma de Buchbeck)

- I: Dolor
- II: amenorrea + peq sangrado + dolor
- III: amenorrea + metrorragia + dolor

El menos frecuente es el III, luego el I y luego el II. **DIAGNOSTICO**

Métodos clínicos:

- **Anamnesis:** menograma de Buschbeck
- **hCG:** en su fracción β
- **Exploración:** buscar zona anexial anormalmente agrandada
- **Signo de Proust:** dolor selectivo cuando empujamos con los dedos hacia el

saco de Douglas donde ha caído la sangre.

- **Ecografía vaginal:** detección en etapas muy precoces de emb intrauterino. La mayoría de los casos la eco nos indica el lugar de la implantación.
- **Eco-Doppler:** nos indicará un ! de la vascularización por desarrollo

hemocorial, encontremos o no masa ovular en eco.

- **Laparoscopia:** si el diagnóstico es complicado e incierto

TRATAMIENTO

Si la hemorragia es importante hemostasia

Si mal estado general de la mujer laparotomía urgente + transfusión

En la actualidad se diagnostica precozmente por la valoración de la ecografía de la zona pélvica. Siempre se adopta una postura activa ttmtto xa evitar problemas:

- **Ttmtto quirúrgico**

a.1. Mutilador

Quitar la trompa con fracción de embarazo por salpingnectomía o resección parcial/ segmentaria.

a.2. Conservador

Por salpingostomía lineal o por MILLCING (aspiración contenido de la trompa)

Cuando se hace salpingostomía no se puede asegurar que no quede algún fragmento que se active y dé hemorragia.

Se hace un seguimiento BQ: determinaciones de hCG.

– Al 3º día de la intervención 15% de los valores q tenía antes de operarse. – Entre 6–9 días los valores de hCG deben ser nulos.

Si queda algo de tejido ovular se mantienen los valores de hCG e incluso pueden ascender *embarazo ectópico persistente*.

Se trata con laparotomía o laparoscopia.

- **Ttmtto farmacológico**

A mediados de los '80 Metotrexato (i.m); (Actinomicina, a veces);

Destruye el tejido trofoblástico.

Se utiliza en mujeres que son jóvenes o que quieren tener hijos en el futuro.

No se puede realizar en:

- ◆ Diagnóstico incierto
- ◆ Rotura tubárica
- ◆ Masa anexial > 6 cm.

Si el embrión es muy grande está muy agarrado.

Si tienen " 3.000 UI /ml de hCG.

◆ Enferma que la contraindican por presentar:

Disfunción hepática, discrasia sanguínea, nefropatía

Tb se hace seguimiento BQ de hCG.

El 20% hace embarazo ectópico persistente que necesita otro ttmo.

N.B: Si el embarazo no se interrumpe en la crisis, es cuando más posibilidades existen de que llegue a término y se debe adoptar una actitud expectante anuada.

Si la gestación llega a término intervenir por laparotomía.

La extracción fetal es muy fácil pero no la placentaria, por lo que es preferible dejarla y esperar su necrosis aséptica y reabsorción en el interior del vientre.

En casos de feto momificado (*LITOPEDION*) se debe intervenir para prevenir a la mujer de los trastornos que produce una tumoración abdominal