Embarazo ectópico: elección de diferentes modalidades terapéuticas

Luis Ernesto Pérez Agudelo*

Los avances diagnósticos con bHCG, progesterona (P), ecografía transvaginal (ECO-TV), y laparoscopia (LPS) nos permiten detectar precozmente el 80% de los Embarazos Ectópicos (EE) aún asintomáticos. Mucho más si alertamos a las pacientes con riesgo de sufrirlo (1): EE previo (10-15%); plastias tubáricas previas (12-15%); patología tubárica; enfermedad de transmisión sexual o EPI (12%); DIU (9-13%); estrógenos postcoito (10%); inductores ovulación (2-10%); polución y tabaquismo.

Primero se debe confirmar embarazo con prueba en orina o sangre. En caso de embarazo normal la bHCG se duplica cada 48 horas, la P es > 15 ng/ml (>20 ng/ml si inductores), y la ECO-TV muestra saco intrauterino con niveles de bHCG mayores de 1.000 mUI/ml (PRI) a las 4 semanas (2) (Tabla 1).

Tabla 1
EVOLUCION DE UN EMBARAZO NORMAL

-bHCG se duplica cada 48 hrs -P > 15 ng/ml (>20 ng/ml si inductores) - Se correlacionan:		
ECO-TV	bHCG mU/ml (PRI)	Semanas
Saco intrauterino	> 1.000	4
Saco vitelino	> 7.200	5
Fetocardia	> 10.800	6

Se sospecha EE o aborto cuando el incremento de la bHCG en 48 hrs es inferior al 66%, la P < 9 ng/ml, y no se ve saco intrauterino (con bHCG > 1.000 mU/ml). Algunos clínicos además descartan aborto practicando en el consultorio biopsia endometrial por aspiración en busca de vellosidades al lavado con solución salina, o por congelación. Si no es aborto se continúa pensando en EE monitorizándolo con bHCG y ECO-TV para clasificarlo y darle un adecuado tratamiento: **radical** si hay paridad resuelta, o **conservador** si hay deseos de fertilidad futura (fig.1).

Todo manejo conservador (expectante, Metrotexate, LPS, LPT) implica monitorización con bHCG a los 3, 7, y cada 7 días hasta que se negativise; y ECO-TV cada semana según el caso.

Manejo expectante. Exitoso en el 70-80% de los casos, con resolución hasta bHCG negativa a los 20 días, promedio 3-43 (3). EE persistente 25% requiriendo MTX o intervención quirúrgica. Trompas permeables 75% (HSG). Pronóstico de 75% de embarazos intrauterinos y solo 25% de EE recurrente.

Metrotexate (MTX). 1 mg/k IM como única dosis se utiliza en el manejo conservador del 40% de los EE; igualmente efectiva a las dosis múltiples y a la incómoda aplicación intra-amniótica; sin necesidad de aplicar Leucovorin; pero contraindicado en enfermedades hema-

Figura 1
MANEJO CONSERVADOR DEL EMBARAZO ECTOPICO

tológicas, hepato-renales y ácido péptica (4). Exitos en el 65-90% con negativización de bHCG a las 2-6 semanas. EE persistente 25% requiriendo más MTX, o cirugía. Permeabilidad tubárica (al menos una) en el 77% de los controles. Futuros embarazos intrauterinos 80% y EE recurrente en el 10% de las pacientes (5).

Laparoscopia (LPS). Salpingostomía lineal para el ampullar, salpingostomía distal para el infundibular, resección segmentaria para el ístmico e intersticial. Permite un 95% de éxitos con resolución a los 13 días. Persistencia del EE en el 5-15% (MTX o nueva cirugía). Pronóstico de embarazos intrauterinos 57% y 10-15% de EE recurrente.

Laparotomía (LPT). Técnicas parecidas al manejo laparoscópico. Exitos en el 70-90% y solo persistencia en el EE en 3-5% de los casos. EE recurrente en el 12% de las pacientes.

Sin lugar a duda el mayor reto del manejo conservador es mejorar la fertilidad futura de nuestras pacientes. Si actuamos precozmente en las primeras semanas del embarazo -especialmente en pacientes con riesgo-, también les ayudaremos económicamente porque los costos van aumentando si se trata en forma expectante, con MTX o con cirugía.

BIBLIOGRAFIA

1. Ankum WM., Mol BWJ., Van Der Veen F., Bossuyt PMM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1996; 65: 1093.
2. Ory SJ. New options for diagnostic and treatment of ectopic pregnancy. *JAMA*. 1992; 267: 534.
3. Zohav E., Gerner O., Segal S. Reproductive outcome after expectant management of ectopic pregnancy. *Europ. J. of Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1996; 66(1): 1.
4. Corsan GH., Karacan M et al. Identification of hormonal parameters for successful systemic single dose methotrexate therapy in ectopic pregnancy. *Human. Reprod.* 1995; 10: 2719.
5. Alexander JM., Rouse DJ., Varner E., Austin JM jr. Treatment of the small ectopic pregnancy: a cost analysis of methotrexate versus laparoscopy. *Obstet. Gynecol.* 1996; 88(1): 123.

* Unidad de Infertilidad y Endocrinología Reproductiva, Hospital Militar, Bogotá.