



EMBARAZO ECTÓPICO

ALAIN GARCÍA DE CASTRO

R1 MFYC

C.S. ELVIÑA-MESOIRO



LA SIGUIENTE HISTORIA ESTÁ BASADA EN HECHOS REALES...

MC: Mujer de 55 años que acude al servicio de urgencias del CHUAC por dolor en fosa ilíaca derecha.

AP: 2 embarazos y 2 partos vaginales. Resto sin interés.

EA : Molestias inespecíficas 1 semana de evolución tras lo cual ha aparecido un dolor agudo localizado en fosa ilíaca derecha de 5h de evolución.

Es continuo, aumentando con los movimientos. Toma de ibuprofeno antes de acudir al servicio, sin mejoría.

No presenta fiebre ni vómitos. Sin otra clínica digestiva, urinaria ni ginecológica.

FUR: el día anterior. Sin ella desde hace 3 meses. Irregular último año



EF: Ligera palidez, facies de dolor, REG.

AC: rítmico, sin soplos.

AP: buena ventilación.

Exploración abdominal: palpación abdominal poco valorable por la defensa voluntaria, aunque en un principio no parece tener signos de peritonismo. RHA presentes.

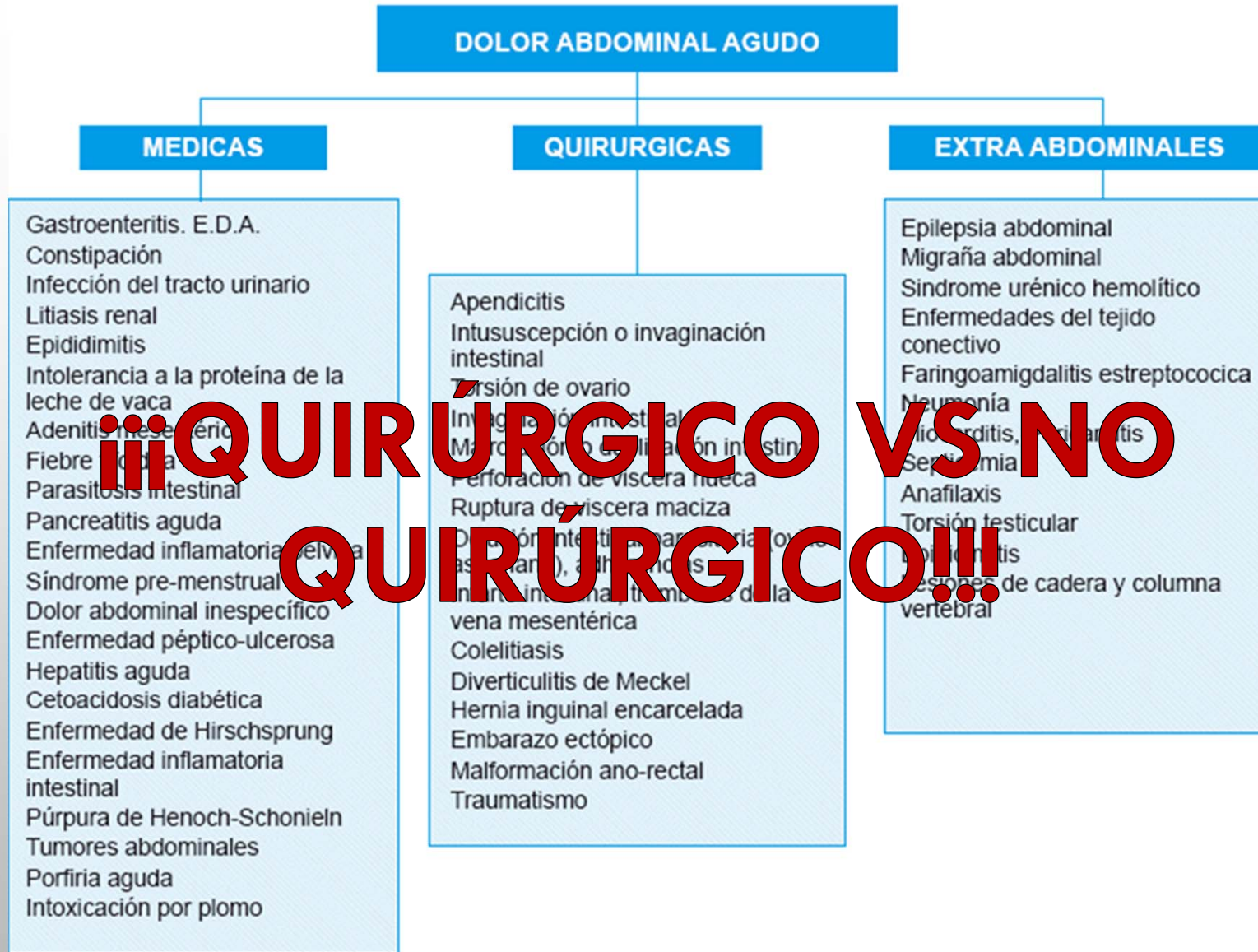
PPR: negativa.

TA: 130/85. **T°:** 37,1.

ECG: 95 lpm, sin otros cambios patológicos.



Cuadro # 1, Diagnóstico diferencial de dolor abdominal agudo.



QUIRÚRGICO VS NO QUIRÚRGICO!!!

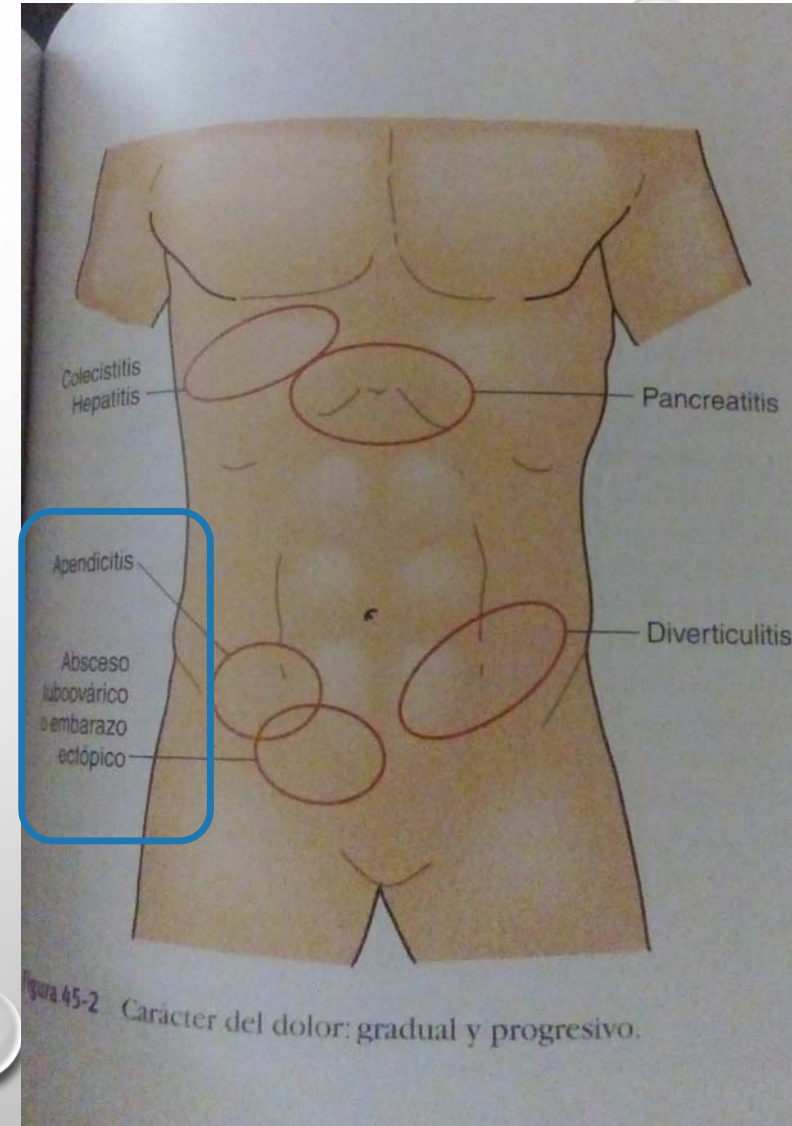
CON LA ANAMNESIS PODEMOS CONSEGUIR MUCHO

Continuo, bien localizado, aumenta con los movimientos (el paciente está quieto):

CAUSA INFLAMATORIA

Dolor por irritación abdominal.

- Contenido gastroduodenal, intestinal o biliar. Peritonitis química, puede tener BEG bastante tiempo.
- Pus o contenido colónico. Peritonitis bacteriana. Menos contractura abdominal que en el anterior pero peor EG, pudiendo dar shock séptico.
- Sangre u orina. Menor irritación peritoneal y puede no tener contractura



Dolor mal localizado, no se modifica con los movimientos y con frecuencia síntomas vagales:

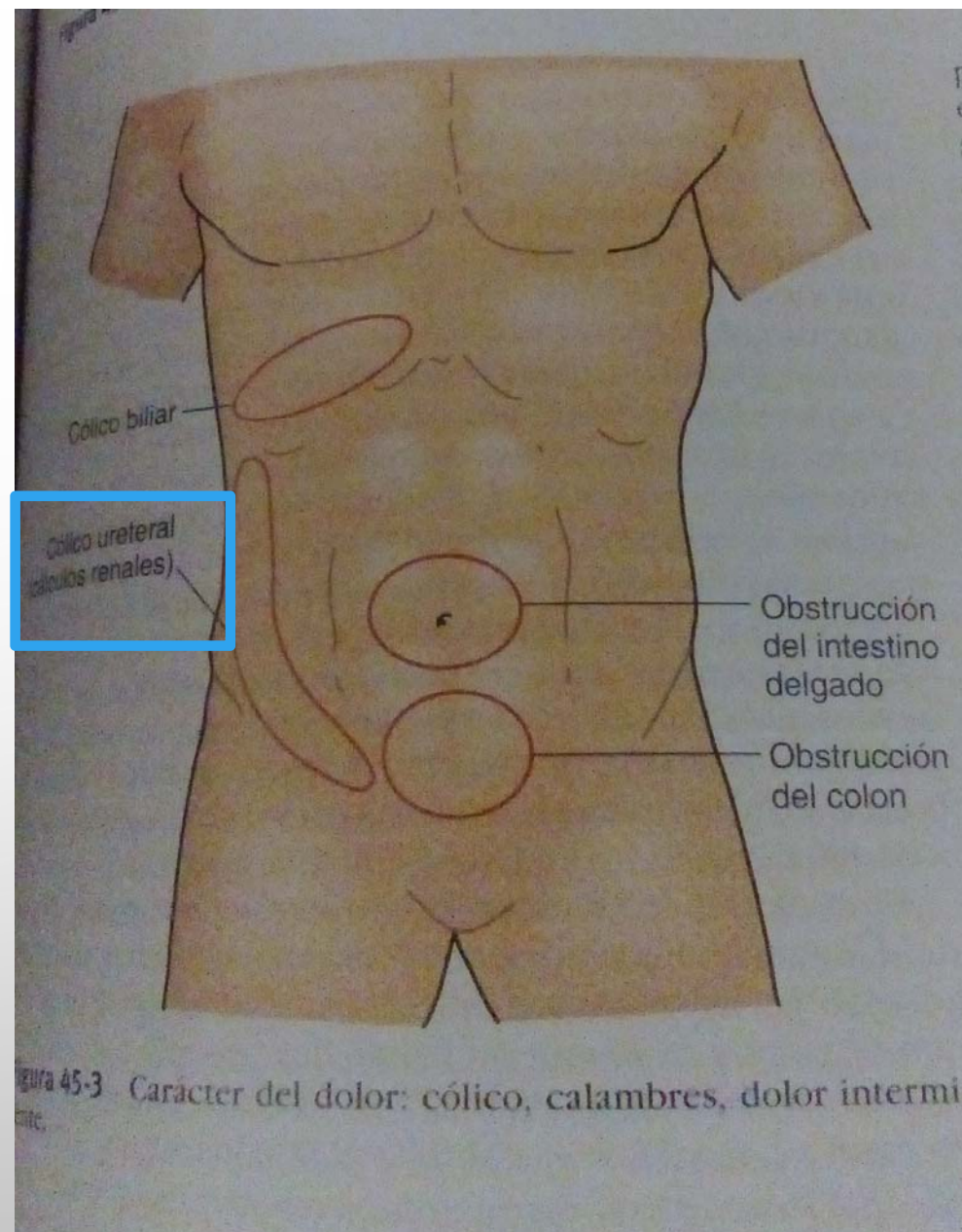
OBSTRUCCIÓN MECÁNICA DE VÍSCERA HUECA

- OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. Periumbilical, difuso...
- OBSTRUCCIÓN BILIAR. Cólico, hemicinturón...
- OBSTRUCCIÓN URINARIA. Fosa lumbar, gran componente vegetativo...

ISQUÉMICO: generalmente es pacientes más ancianos


- oclusión mesentérica.
- estrangulación
- torsión de órgano intraabdominal.

TRAUMÁTICO





NUNCA OLVIDARSE DE LOS ACOMPAÑANTES

- NÁUSEAS O VÓMITOS
 - ALTERACIONES DEL HÁBITO INTESTINAL
 - FIEBRE
 - SÍNTOMAS GINECOLÓGICOS. *¡PERSONAS JÓVENES!*
 - SÍNTOMAS UROLÓGICOS.
- 

EXPLORACIÓN FÍSICA

- INSPECCIÓN
- PALPACIÓN
- PERCUSIÓN
- AUSCULTACIÓN
- TACTO RECTAL Y VAGINAL

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica: amilasa y enzimas hepáticas, troponinas, TEST DE EMBARAZO
- Orina
- ECG
- RX de tórax (patología extraabdominal!!!) y de abdomen.
- ECO abdominal.
- Si tenemos muchas dudas, no lo dudes: LAPAROSCOPIA

¿OS ACORDÁIS DE NUESTRA PACIENTE?



¡¡¡SORPRESA!!!

BHCG +



MATERNO



Y ES QUE EL SEXO SÍ ES IMPORTANTE



Tabla 1. Cuadro de diagnóstico diferencial abdomen agudo ginecológico.

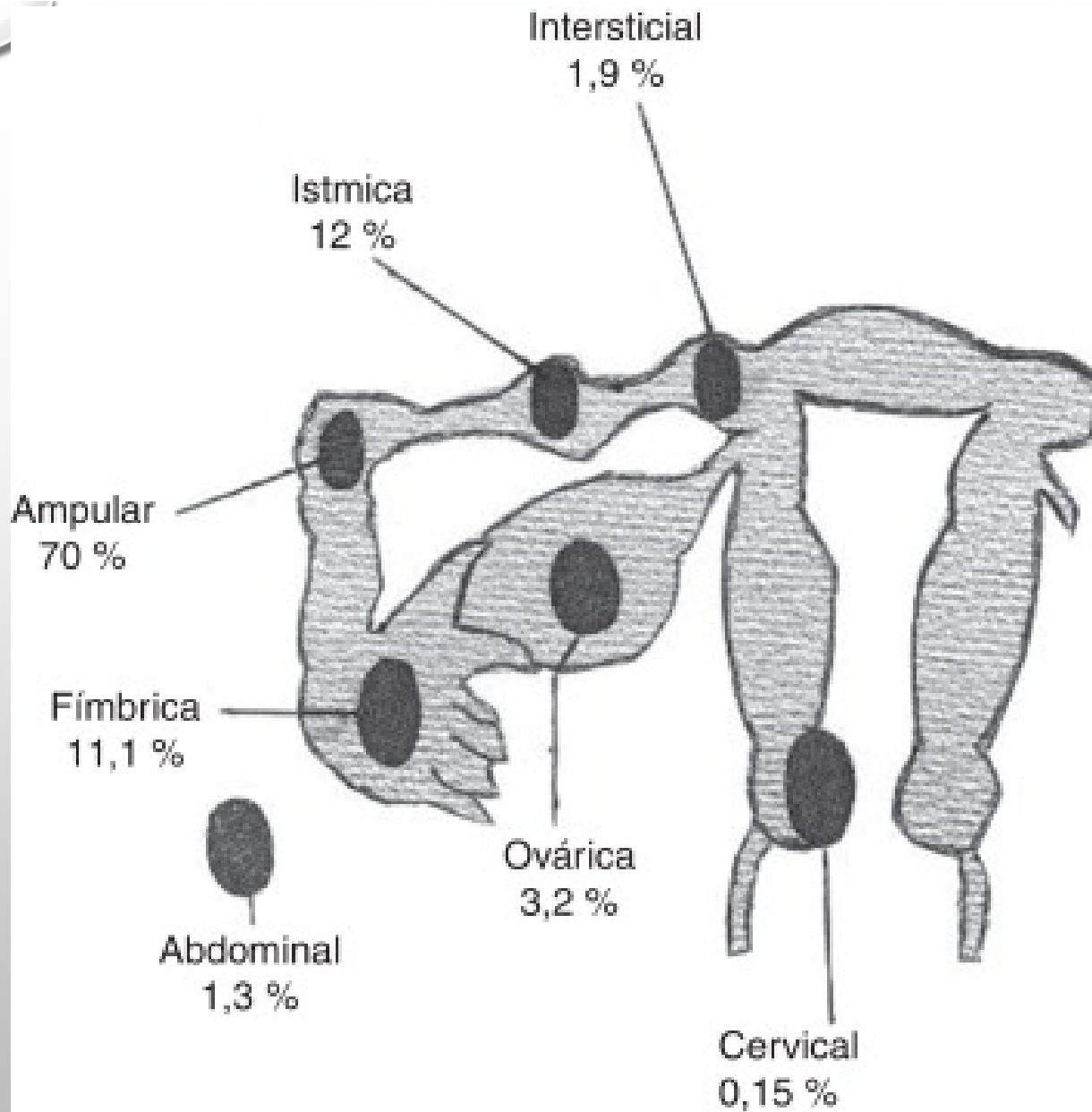
Sospecha diagnóstica	Clinica	Confirmación	Tratamiento
EIP	Fiebre, dolor, flujo vaginal anómalo	Bacteriológico Laparoscopia	Antibióterapia Cirugía
Ectópico	Amenorrea, dolor, sangrado vaginal, hemoperitoneo	Hemograma Prueba de embarazo Laparoscopia	Laparoscopia vs Laparotomía
Quiste anexial	Masa anexial Tacto doloroso	Ecografía	Laparoscopia vs Laparotomía
Mioma	Menometrorragia Útero irregular	Ecografía	Expectante vs Laparotomía
Infección orina	Fiebre, dolor lumbar/ suprapúbica	Urocultivo	Antibióterapia

EMBARAZO ECTÓPICO

- 1ª CAUSA DE MUERTE MATERNA POR SHOCK HEMORRÁGICO.
- INCIDENCIA: 1% y en aumento por cirugías conservadoras, diu, *mayor edad...*

SÍNTOMAS CLÁSICOS:

- DOLOR ABDOMINAL (99%). progresivo → dolor agudo
- AMENORREA (75%). 7-10 semanas.
- SANGRADO VAGINAL (56%). escaso, oscuro, intermitente



DIAGNÓSTICO

MÁS COMÚN: **BHCG (+) + MASA ANEXIAL COMPLEJA EN ECO TRANSVAGINAL.**

(E: 99,9%, VPP 96,7%, VPN 99,4%)

A partir de 1.500 de β hcg se debe poder visualizar el saco.

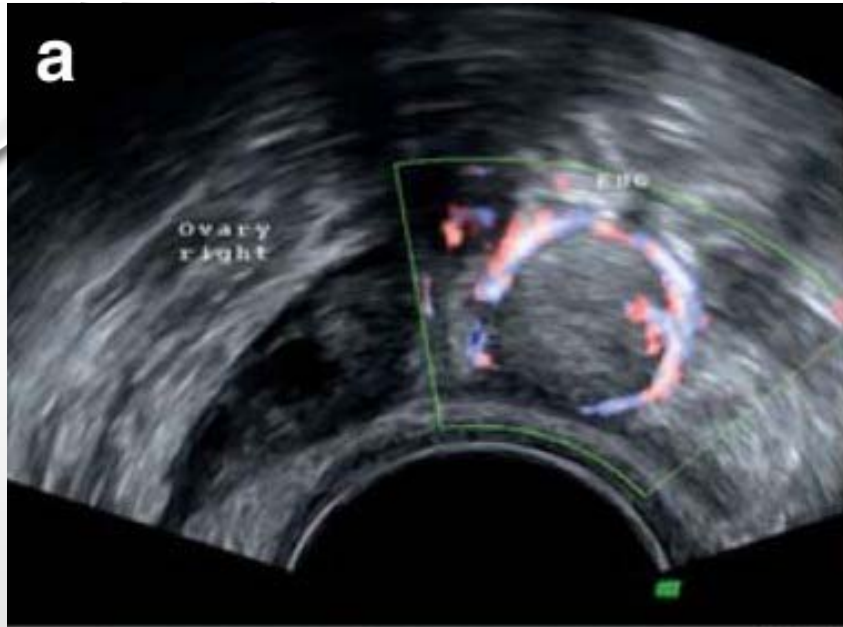
Ausencia de saco intrauterino con este nivel de β hcg →

Se repite ecografía y β hcg en 48 horas →

Si su elevación es menor del 65%: alta probabilidad el diagnóstico de GE.

PROGESTERONA:

- >25 NG/ML → Embarazo intrauterino en el 97,5%
- <1,5-5 NG/ML → Gestación no viable



TRATAMIENTO

- SALPINGUECTOMÍA: rotura de trompa o inestabilidad
- SALPINGOSTOMÍA: no rotura de trompa.
- MÉDICO (50 mg de metotrexate en dosis única i.m. y posterior control de β hcg hasta su negativización)
:sintomática + β hcg <5.000 ui + <3 cm
- EXPECTANTE: asintomáticas con deseo genésico y trompa de falopio íntegra + <2 cm + β -hcg en descenso o <1.000 mui/ml y de progesterona <25 ng/ml

INTERÉS ACTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

- En las últimas 3 décadas su incidencia ha aumentado
- Ha disminuido su morbimortalidad
- 1ª causa de mortalidad en el primer trimestre de embarazo, asociándose a otra nueva gestación en el 50% de los casos, de los cuales el 30-50% concluyen con el parto de un feto vivo
- SOSPECHA PRECOZ por MAP trascendental, ante toda mujer en edad fértil con:
 - 1) **FACTORES DE RIESGO** para gestión extrauterina (enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía tubárica, dispositivo intrauterino, EE previo, tabaquismo, endometriosis, cromosomopatías, fecundación asistida, inducción de la ovulación)
 - 2) **SÍNTOMAS TÍPICOS** (amenorrea, abdominalgia, metrorragia, síntomas generales de gestación –náuseas y vómitos–, e incluso síncope y shock; en ocasiones es asintomática)
 - 3) **EXPLORACIÓN FÍSICA TÍPICA** (tacto bimanual con masa anexial dolorosa, dolor ante la movilización cervical)
 - 4) **MARCADORES BIOLÓGICOS POSITIVOS** (β -hcg en orina y sérica, progesterona sérica)
 - 5) **CONFIRMAR** mediante las ecografías abdominal y transvaginal.

BIBLIOGRAFÍA

- FARRERAS, ROZMAN. MEDICINA INTERNA. EN: P. PARRILLA PARICIO, E.M.ª TARGARONA SOLER. CAPÍTULO 17, ABDOMEN AGUDO. XVII EDICIÓN. ELSEVIER 2012; P.125-128.
- TOWNSEND, BEAUCHMAN, EVVERS, MATTON. SABISTON: TRATADO DE CIRUGÍA: FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS DE LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA MODERNA. EN: RUSSELL G. POSTIER, RONALD A. SQUIRES. CAPÍTULO 45, ABDOMEN AGUDO. XVIII EDICIÓN. ELSEVIER 2009; P. 1180-1198
- TOWNSEND, BEAUCHMAN, EVVERS, MATTON. SABISTON: TRATADO DE CIRUGÍA: FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS DE LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA MODERNA. EN: STEPHEN S. ENTMAN, ET COLS. CIRUGÍA GINECOLÓGICA. XVIII EDICIÓN. ELSEVIER 2009; P.2222
- EZCURRA, R.; LAMBERTO, N.; PENAS, V.. ABDOMINAL-PELVIC PAIN IN GYNAECOLOGY. ANALES SIS SAN NAVARRA, V. 32, SUPL. 1, P. 49-58, 2009 .
- YASMINA JOSÉ GUTIÉRREZ, ÁLVARO ALVIR ALVARO, JOSÉ MANUEL CAMPILLOS MAZA, PILAR GARRIDO FERNÁNDEZ, BELÉN RODRÍGUEZ SOLANILLA, SERGIO CASTÁN MATEO. ABDOMINAL PREGNANCY. DIAGNOSIS AND MEDICAL TREATMENT WITH METHOTREXATE. PROGRESOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. VOLUME 54, ISSUE 5, MAY 2011, PAGES 257–260
- P.R. LÓPEZ-LUQUE, G.J. BERGAL-MATEO, M.C. LÓPEZ-OLIVARES. EL EMBARAZO ECTÓPICO: SU INTERÉS ACTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. SEMERGEN - MEDICINA DE FAMILIA VOLUME 40, ISSUE 4, MAY–JUNE 2014, PAGES 211–217
- TARAN F-A, KAGAN K-O, HÜBNER M, HOOPMANN M, WALLWIENER D, BRUCKER S. THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY. *DEUTSCHES ÄRZTEBLATT INTERNATIONAL*. 2015;112(41):693-704. DOI:10.3238/ARZTEBL.2015.0693.

GRACIAS POR LA ATENCIÓN Y FELIZ FIN DE SEMANA

