

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de Embarazo Tubario

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-182-09



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA**0001 Embarazo tubárico****GPC****Diagnóstico y Tratamiento de Embarazo Tubario****ISBN 978-607-8270-62-0****DEFINICIÓN**

El Embarazo Tubario se define como la implantación del huevo fecundado en la trompa de Falopio. Su incidencia va del 1 al 2% y su prevalencia está aumentando. El embarazo tubario es una condición clínica que puede poner en riesgo la vida y tiene efectos negativos en el potencial reproductivo.

FACTORES DE RIESGO

Antecedente de cirugía tubaria, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo tubario previo, exposición a dietilestilbestrol, uso de dispositivo intrauterino, pacientes sometidas a técnicas de fertilización asistida, tabaquismo.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Se deben considerar los factores de riesgo para establecer sospecha de embarazo tubario. Cerca de la mitad de las pacientes con embarazo tubario no tienen factores de riesgo identificables ni hallazgos sugestivos al momento de la exploración física inicial. La triada clásica compuesta por dolor, sangrado y masa anexial sólo se presenta en 45% de las pacientes. A la exploración física 30% de pacientes con embarazo tubario no presentan sangrado transvaginal, 10% pueden tener masa anexial palpable y 10% tiene un exámen pélvico normal. La localización más frecuente del embarazo ectópico es en la tuba uterina, manifestándose con dolor y sangrado, sin evidencias de embarazo intrauterino y con una masa anexial. El sangrado del embarazo tubario es lento, gradual y algunas pacientes pueden permanecer hemodinámicamente estables a pesar de hemoperitoneos de 1000 a 1500ml.

En toda paciente en edad reproductiva y con vida sexual que presenta retraso menstrual, dolor y sangrado transvaginal debe descartarse la presencia de embarazo tubario a través de ultrasonografía pélvica transvaginal y determinación sérica de β - HCG.

La detección por ultrasonido transvaginal de una masa anexial, combinada con una concentración de β - HCG de 1000 mUI/mL tiene una sensibilidad de 97%, una especificidad de 99% y unos valores predictivos positivo y negativo de 98% para diagnóstico de embarazo tubario.

Para la detección temprana del embarazo tubario temprano el US transvaginal ofrece mayor sensibilidad que el pélvico abdominal por lo cual debe realizarse el primero si se cuenta con el recurso de lo contrario utilizar el pelvicoabdominal

- Ante la duda diagnóstica de embarazo tubario, la evaluación laparoscópica está indicada.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

La ultrasonografía transvaginal debe ser considerada en todas las pacientes con sospecha de embarazo tubario con el fin de visualizar un embarazo intrauterino o extrauterino.

La determinación seriada de los niveles séricos de β -HCG y el ultrasonido pélvico transvaginal son de utilidad en el diagnóstico de embarazo tubario.

Los niveles séricos de β -HCG por si solos no diferencian un embarazo tubario de un intrauterino. Las determinaciones seriadas de β -HCG tienen 36% de sensibilidad y 65% de especificidad para la detección de embarazo tubario.

Los rangos de β -HCG de la zona de discriminación son de 1500 a 2000mUI y estos se asocian con la presencia ultrasonográfica del saco gestacional intrauterino.

La determinación sérica β -HCG es más sensible que la determinación en orina. Una prueba negativa de β -HCG en sangre excluye el diagnóstico de embarazo con embrión vivo, pero no descarta la presencia de un embarazo tubario.

- La detección por ultrasonido transvaginal de una masa anexial, combinada con una concentración de β -HCG de 1000 mUI/mL tiene una sensibilidad de 97%, una especificidad de 99% y unos valores predictivos positivo y negativo de 98% para diagnóstico de embarazo tubario.

TRATAMIENTO

El Tratamiento del embarazo tubario puede ser Médico, Quirúrgico y Expectante.

El tratamiento médico consiste en uso de Metotrexate con o sin Acido Fólnico.

El tratamiento con metotrexate está recomendado en pacientes con:

Estabilidad Hemodinámica

Embarazo tubario no roto

Sin datos de sangrado activo intra-abdominal

Pacientes con niveles séricos de β -hCG menores de 2000 mUI/ml.

Tamaño del saco gestacional menor de 3.5cm

Ausencia de latido cardíaco embrionario

Existen tres protocolos de administración de metotrexate para el tratamiento de embarazo ectópico monodosis, doble dosis y multidosis. Se recomienda monodosis ya que los resultados son similares y con menos toxicidad. En la modalidad de multidosis se recomienda alternar con ácido fólico cuatro dosis.

Contraindicaciones para el uso de metotrexate:

Absolutas:

Lactancia

Disfunción renal, hepática, pulmonar o hematológica.

Hipersensibilidad a Metotrexate.

Enfermedad Acido Péptica

Relativas:

Saco gestacional mayor a 3.5 cm

Actividad cardíaca embrionaria

El tratamiento quirúrgico puede consistir en laparoscopia o laparotomía.

Son indicaciones para tratamiento quirúrgico en embarazo tubario:

Pacientes no candidatas a tratamiento médico con metotrexate.

Falla al tratamiento médico

Embarazo heterotópico con embarazo intrauterino viable

Pacientes hemodinámicamente inestables.

Pacientes con inestabilidad hemodinámica deben ser estabilizadas antes de entrar a quirófano.

En pacientes con embarazo tubario hemodinámicamente estables, se recomienda el abordaje laparoscópico, siempre y cuando se cuente con el recurso material y humano necesarios.

Ante las siguientes circunstancias se considerará de primera elección la laparotomía exploradora: Antecedentes de cirugía abdominal, presencia de adherencias pélvicas, inexperiencia del cirujano laparoscopista

Las indicaciones de salpingectomía incluyen:

Daño severo de la tuba uterina

Embarazo tubario recurrente en la misma tuba uterina

Sangrado persistente después de la salpingostomía

Embarazo tubario mayor a 5 cm

Embarazo heterotópico

Pacientes con paridad satisfecha

El manejo expectante del embarazo tubario no está claramente establecido. El manejo expectante es un tratamiento para el embarazo tubario en casos seleccionados. Esta forma de tratamiento es aceptable cuando involucra mínimo riesgo para la paciente. El manejo expectante debe ser utilizado sólo en pacientes asintomáticas, con diagnóstico ultrasonográfico de embarazo ectópico sin evidencia de sangrado en el fondo de saco posterior y niveles séricos de β -hCG menor a 1000UI/ml. En las pacientes con manejo expectante se deben realizar determinaciones bisemanales de β -hCG y ultrasonido semanal para asegurar la disminución del tamaño de la masa anexial y de las concentraciones séricas de β -hCG.

uso de inmunoglobulina anti-D

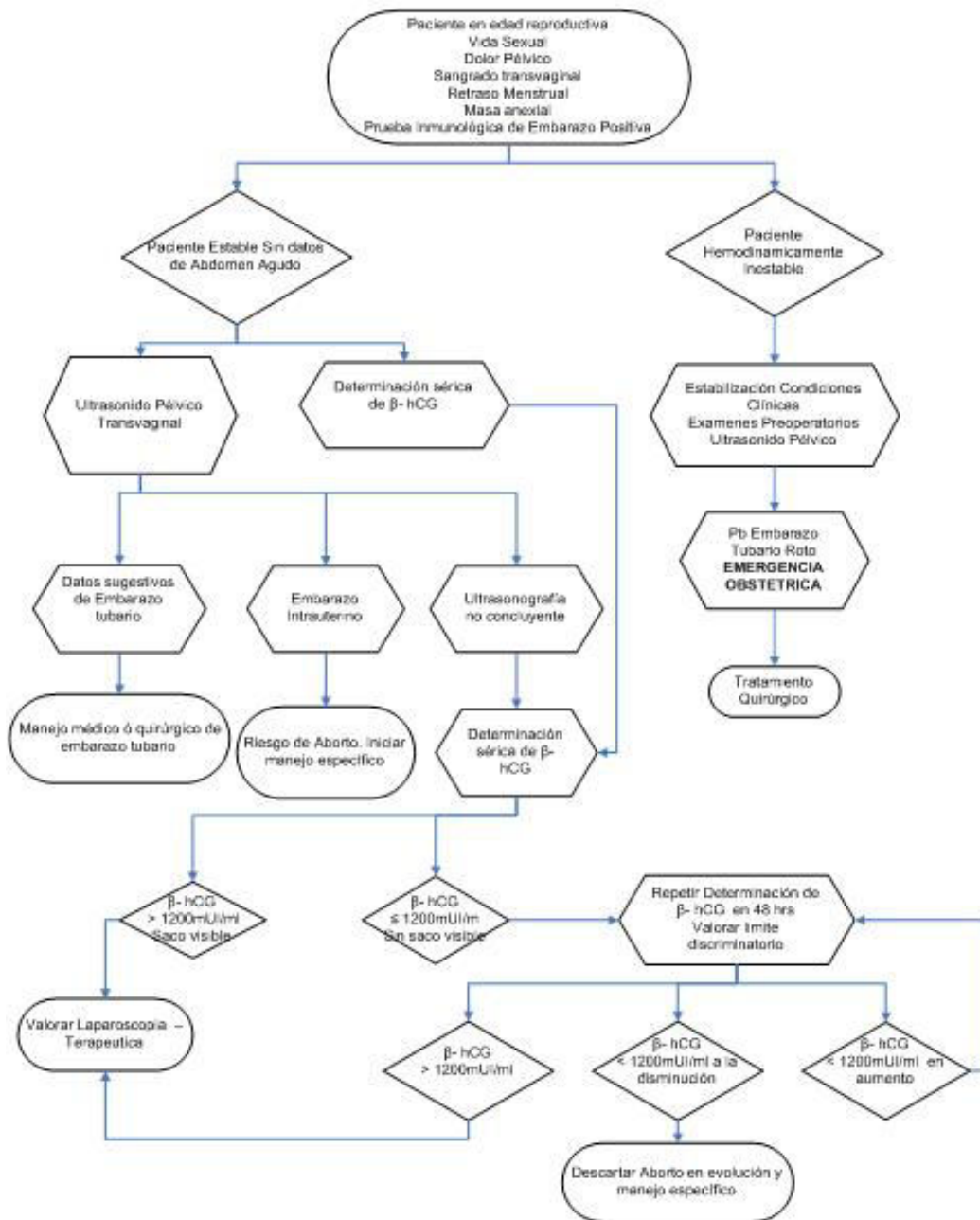
En pacientes con embarazo tubario que son Rh Negativo no sensibilizadas, se recomienda la aplicación de inmunoglobulina anti D a razón de 250 UI.

TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMBARAZO TUBARIO

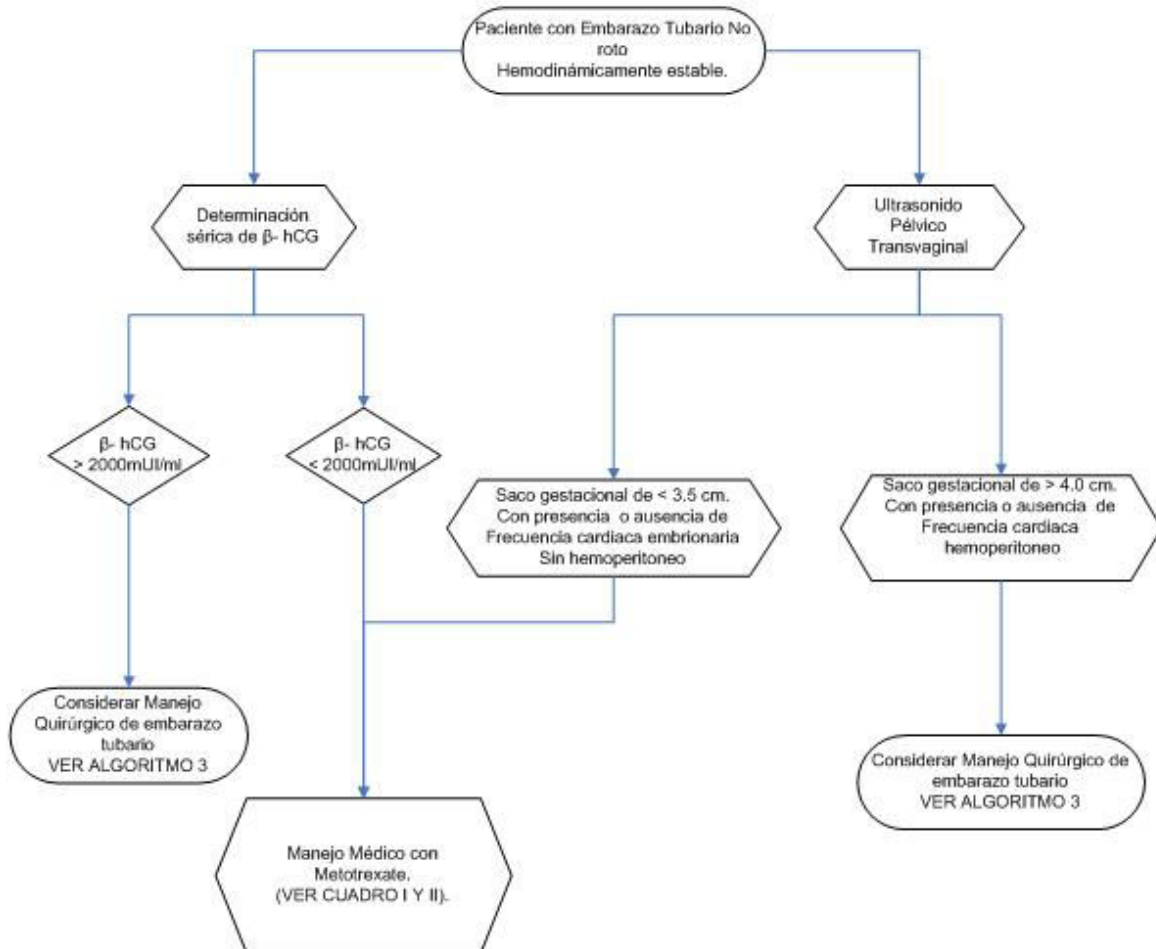
Número de dosis	Dosis	Especificaciones
Monodosis	50 mg /m ² SC Intramuscular día 1	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación sérica de β-hCG el día 4 y 7 • Verificar una reducción del 15% de β-hCG entre el 4° y 7° día. • Posteriormente determinar semanalmente β-hCG hasta obtener niveles no gestacionales. • Si los niveles séricos de β-hCG no disminuyen por abajo del 15% administrar MTX 50 mg /m² SC intramuscular y determinar concentración sérica de β-hCG los días 4 y 7. Esto se puede repetir como sea necesario. • Si durante el seguimiento los niveles de β-hCG no muestran cambios o se incrementan repetir la administración de metotrexate.
Dos dosis	50 mg /m ² el día 0 Repetir 50 mg /m ² en el día 4	<ul style="list-style-type: none"> • Determinaciones séricas de β-hCG el día 4 y 7, esperando reducción del 15% de β-hCG entre el 4° y 7° día. • Si la disminución de β-hCG es mayor a un 15% determine los niveles de β-hCG semanalmente hasta alcanzar las concentraciones no gestantes. • Si los niveles séricos de β-hCG no disminuyen del 15% administrar MTX 50 mg /m² SC los días 7 y 11, determinando las concentraciones séricas de β-hCG al 7 y 11. • Si los niveles de β-hCG disminuyen 15% entre los días 7 y 11 continúe monitorizando las concentraciones de β-hCG semanalmente hasta que se alcancen niveles séricos de β-hCG no gestantes. • Si la disminución es menor del 15% de β-hCG, considere el tratamiento quirúrgico.
Multidosis Fijas	1 Mg/Kg intramuscular los días 1, 3, 5,7 alternando con ácido folínico 0.1 Mg/ Kg intramuscular en los días 2, 4, 6 y 8.	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar MTX 1 Mg/Kg intramuscular los días 1, 3, 5,7 alternando con ácido folínico 0.1 Mg/ Kg intramuscular en los días 2, 4, 6 y 8. • Determinar las concentraciones séricas de β-hCG en los días de aplicación de MTX hasta que los niveles disminuyan 15%. • Las concentraciones séricas de β-hCG pueden incrementarse inicialmente por arriba de los valores pre tratamiento, pero después del 15% de disminución monitorice semanalmente hasta alcanzar las concentraciones no gestantes. • Si las concentraciones séricas de β-hCG no disminuyen o se incrementan considere repetir el MTX usando el régimen descrito.

Algoritmos

Algoritmo 1. Diagnóstico de Embarazo Tubario



Algoritmo 2. Tratamiento Médico del Embarazo Tubario.



Algoritmo 3. Tratamiento Quirúrgico del Embarazo Tubario.

