

PROTOCOLO de TRATAMIENTO del EMBARAZO ECTÓPICO

U.G.C. de Obstetricia y Ginecología del A.G.S.N.A.

Dr. Rafael Rodríguez Zarauz.

(Oct – 2004. Actualizado a Feb-2010)

Gestación intrauterina (GIU): saco gestacional intracavitario (descartar pseudosaco: ver saco vitelino o embrión o refuerzo ecorrefringente perisacular). Si endometrio lineal, aborto completo o EE.

Con **Eco-TV negativa** (no GIU):

- Buscar masa anexial (imagen de “donuts” o abigarrada), yuxtapuesta a ovarios (no confundir con cuerpo lúteo). Buscar también hemoperitoneo.

- β -HCG: Si > 1.500 mU/ml, repetir beta-HCG y Eco-TV en 2 días: si $\uparrow$ menos del 50%, casi seguro es EE o aborto; si < 1.500 mU/ml, repetir en 3 días. Aconsejan tto. de EE si β -HCG aumenta a los 2 días de superar los 1.500, sobre todo si > 2000 .

- Valorar NO TRATAMIENTO (conducta expectante) si el nivel de HCG disminuye (es aborto intra o extrauterino), sobre todo si es < 1000 mU/ml (realizando β -HCG semanal hasta negativización). No usar con β -HCG > 2000 mU/ml.

Progesterona: si < 5 ng/dl $\rightarrow$ aborto (intra o extrauterino); si > 20 ng/dl: GIU viable.

Todos los tratamientos (methotrexate; salpingostomía; salpinguectomía) tienen igual pronóstico genésico: 60% de embarazos a término, de ahí que la decisión sobre cuál utilizar deba consensuarse con la paciente. Como orientación:

- * Tratamiento conservador si EE no roto y deseo genésico.
- * Tto. quirúrgico si EE roto o deseo de ligadura tubárica.

TRATAMIENTO CONSERVADOR:

METHOTREXATO EN DOSIS ÚNICA: 50 mg/m^2 (de 70-100 mg, según área). No necesita rescate con folínico. $(\text{Área} = (\text{Peso} \times \text{Altura})^{1/2} / 60 \text{ m}^2)$.

Repetir la dosis si a los 7 días no ha disminuido la β -HCG al menos un 25% del valor del día 0 (previo a MTX). Repiten una dosis el 15-20%.

Opcionalmente, β -HCG a los 4 días del tto. y repetir dosis si no $\downarrow$ más del 15%.

Repetir otra dosis si la β -HCG no $\downarrow$ más del 15% entre el 7º y el 14º día.

Proceder de igual forma entre el 14º y el 21º día. Máximo 3 dosis únicas.

METHOTREXATO EN DOSIS MÚLTIPLE: (máximo 5 dosis)

Methotrexato: 1 mg/kg/día IM/IV días 1º, 3º, 5º y 7º, y

Ácido Fólico: 5 mg/12 h VO tras cada dosis de MTX (pero sólo si se da MTX).

Las dosis 3ª, 5ª y 7ª de MTX se darán sólo si la β -HCG no $\downarrow$ más del 15% en los correspondientes intervalos: 1-3º, 3-5º y 5-7º.

MTX: 1 mg/kg si β -HCG no $\downarrow$ más del 15% entre los días 7º y 14º, y citar cada 7 d.

METHOTREXATO INTRAVESICULAR: poco recomendable por tener menos eficacia (80%). Se administran 100 mg en gestaciones > 8 semanas.

“UpToDate” prefiere utilizar la pauta de Dosis Unica por defecto, dejando la Multidosis para los embarazos intersticiales y los cervicales, así como aquellos con niveles de β -HCG > 5000 mU/ml y LCF (+).

Antes de decidir tto. conservador, se explicará detalladamente todos los beneficios e inconvenientes del mismo y de la laparoscopia. Existe un posible impacto negativo del tto. conservador sobre la mujer debido al dolor abdominal mantenido e incluso incrementado, al estrés ante la elevación inicial de la β -HCG, el riesgo potencial de rotura tubárica, la necesidad de segundas pautas de tto., y la prolongada monitorización post-tratamiento.

En todo tto. conservador, repetir β -HCG semanal hasta negativización.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Indicaciones de TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EE:

Los mejores resultados del tto. no quirúrgico del ectópico se consiguen en pacientes asintomáticas, con espesor tubárico < 3 cm, nivel de β -HCG < 5000, ausencia de LCF, y buenas candidatas a monitorización post-tto. No obstante, las contraindicaciones de tto. conservador y, por lo tanto, indicaciones de laparoscopia son:

* Absolutas:

1. Dolor abdominal agudo.
2. Hemodinámicamente inestable.
3. Hemoperitoneo en Eco-TV > 300 cc.
4. Gestación heterotópica.
5. Contraindicaciones propias del methotrexate (leucopenia < 2000; trombopenia < 100.000; $\uparrow$ GOT, GPT o creatinina).

* Relativas:

1. β -HCG > 5000.
2. LCF +.
3. Masa anexial > 4 cm.
4. No deseo de fertilidad futura.
5. FIV/ICSI programada.

Técnicas quirúrgicas:

* Laparoscopia si EE roto o deseo de LBT:

- Salpinguectomía si: trompa seriamente dañada; sangrado local incoercible; ectópico recidivante en la misma trompa; tamaño del EE > 5 cm; paridad satisfecha o FIV programada. También en ausencia de las indicaciones anteriores si la trompa contralateral está sana.

- Salpingostomía o expresión tubárica (en fimbricos) si ausencia de indicaciones para salpinguectomía.

* La laparotomía solo está justificada en algunos casos de pacientes hemodinámicamente muy inestables (shock hipovolémico).

El tto. con salpingostomía requiere de controles de β -HCG (10% de persistencia trofoblástica con LPS). Si $\downarrow$ más del 75% en 24 h, no se produce persistencia.

Realizar β -HCG a los 7 días de la IQ:

- Si $< 5\%$ del valor pre-IQ $\rightarrow$ alta
- Si $> 5\%$, β -HCG a la semana:
 - Si $< 5\%$ del valor pre-IQ $\rightarrow$ alta
 - Si $> 5\%$ $\rightarrow$ una dosis de MTX de 50 mg/m^2
- Posible MTX profiláctico si el cirujano considera alto riesgo de recidiva.

SEGUIMIENTO de TTO. CONSERVADOR:

No se recomienda el tacto bimanual en el seguimiento del proceso por el riesgo de rotura tubárica.

* Pre-Tto.:

- Hemograma, bioquímica de función renal y hepática, grupo y RH, Beta-HCG.
- Eco-TV.

* Semanalmente: Eco-TV y β -HCG (a los 7 días de la última dosis. Hasta conseguir niveles $< 20 \text{ mU/ml}$. Media de 35 días, máximo de 3,5 meses). Reposo pélvico. Repetir hemograma y BQ de función renal y hepática antes de cada nuevo ciclo de tto.

Es habitual que los niveles de β -HCG se sigan elevando hasta 4 días tras la dosis o que se produzca un incremento moderado del dolor abdominal a las 24-48 h del methotrexato, debido al aborto tubárico o al hematoma tubárico producido por efecto del tto., así como un aumento del espesor tubárico por ese motivo, que no debe, por sí mismo, indicar la cirugía. Evitar AINEs (peligro de anemia aplásica), pautando paracetamol para el dolor. Incluso el dolor abdominal severo, en mujeres hemodinámicamente estables, tampoco es indicación absoluta de cirugía, aunque lógicamente se impone un control estricto de estas pacientes.

En todos los casos de EE > 8 sem y Rh negativas: administrar 50 mcg de Gamma-globulina Anti-Rh.

Si la clínica es razonablemente estable, la hospitalización no es necesaria.

Consejos para la paciente:

- * Evitar el coito hasta el fin del seguimiento.
- * Control del dolor abdominal con paracetamol.
- * Evitar el alcohol hasta 1 semana tras última dosis de MTX.
- * Evitar el sol durante el tto. con MTX (riesgo de dermatitis).
- * Evitar gestación hasta 3-4 meses tras última dosis de MTX (peligro de teratogenia).