

Título: Traducción y comentarios sobre la guía clínica:
"Diagnosis and management of ectopic pregnancy"
Green-top Guideline No. 21
RCOG/AEPU Joint Guideline | November 2016

Nombre revisor: Esther Arango Fragoso. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

1. - Artículo Original:

Elson CJ, Salim R, Potdar N, Chetty M, Ross JA, Kirk EJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. BJOG 2016;.123:e15–e55.

2.- Resumen de la guía:

Esta guía reemplaza a "*The Management of Tubal Pregnancy, de 2004*"

2.1 Introducción y epidemiología:

- Embarazo localizado fuera de la cavidad endometrial.
- Indidencia de 2-3%.
- Factores de riesgo: tabaco, infecciones pélvicas, FIV.

2.2 Diagnóstico del embarazo ectópico:

2.2.1 EE Tubárico

A) Criterios ecográficos:

- **La ecografía transvaginal es la herramienta de elección en el EE tubárico (B)**
- **El embarazo ectópico tubárico se identifica como una masa anexial que se mueve de manera independiente del ovario (D)**

La ecografía TV tiene una sensibilidad del 87.0–99.0% y una especificidad del 94.0–99.9% en el diagnóstico del EE tubárico.

La laparoscopia no es el gold estándar en el diagnóstico, con una tasa de falsos negativos del 3.0–4.5%.

En el 20% de los casos se visualiza imagen compatible con pseudosaco (imagen econegativa sin doble reacción decidual)

B) Criterios analíticos

- **El nivel de progesterona sérica no es útil en el diagnóstico de embarazo ectópico (B)**
- **El nivel de beta HCG es útil en la planificación del manejo del EE ya identificado mediante ecografía (C)**

Una única determinación de beta HCG no permite diagnosticar un EE tubárico

El nivel inicial de beta HCG es un indicador pronóstico para el éxito del manejo expectante vs manejo activo del EE tubárico

2.2.2 EE cervical:

A) Criterios ecográficos

Criterios diagnósticos: (D)

- **Útero vacío**
- **Cérvix “ en forma de barril”**
- **Saco gestacional presente bajo el OCI**
- **Ausencia de signos de desprendimiento alrededor del saco**
- **Doppler color positivo adyacente.**

Los EE cervicales son raros (suponen sólo un 1% de los mismos)

La usencia ecográfica de signos de desprendimiento permite diferenciarlo del aborto en curso.

B) Criterios analíticos

- **Debe realizarse una única determinación de beta HCG en el momento del diagnóstico (D)**

Niveles de beta HCG por encima de 10000 en el momento del diagnóstico se relacionan con fracaso del tratamiento médico.

2.2.3. EE a nivel de cicatriz de cesárea

A) Criterios ecográficos

- **Uso de ecografía TV y complementando con ecografía abdominal (D)**
- **Uso de criterios ecográficos (D):**
 - **Cavidad uterina vacía**
 - **Saco gestacional o masa heterogénea de trofoblasto ubicada anteriormente en el nivel de la cicatriz de la cesárea (cara anterior de segmento uterino inferior)**
 - **Adelgazamiento miometrial o ausencia de miometrio entre SG y vejiga**
 - **Evidencia de trofoblasto a ese nivel, doppler color +**
 - **Canal endocervical vacío**
- **La RM puede ser útil como segunda línea en el diagnóstico diferencial (D)**

El EE a nivel de cicatriz de cesárea ocurre en 1/2000 embarazos

El 30% son ifradiagnosticados

Dos tipos de EE a nivel de la cicatriz de la cesárea:

- Progresión a cavidad uterina a medida que el SG crece y se desarrolla (embarazo viable con riesgo de hemorragia)
- Progresión a serosa con riesgo de rotura en el primer trimestre y hemorragia.

B) Criterios analíticos

- **No requiere control analítico para el diagnóstico**

Puede ser útil la determinación de una beta HCG de base para determinar el éxito del tratamiento conservador

2.2.4 EE Intersticial

A) Criterios ecográficos

- Criterios diagnósticos: (D)

- Cavidad uterina vacía
- **SG o imagen heterogénea localizada lateralmente a la trompa (en le región intramiometrial de la misma) rodeada por menos de 5 mm de miometrio**
- **Presencia de “ signo de línea intersticial**

- **La ecografía 3D y la RM pueden ayudar a confirmar la sospecha**

Implantación de EE tubárico en la región intersticial (1-6% de los EE)

El "signo de línea intersticial", que es una delgada línea ecogénica que se extiende desde el eco central de la cavidad uterina a la periferia del saco intersticial (sensibilidad del 80% y especificidad del 98% en el diagnóstico)

B) Criterios analíticos

Se debe realizar una determinación de b-hCG en el momento del diagnóstico para definir el tratamiento. En algunos casos, una repetición b-hCG en 48 horas puede ser útil para decidir un tratamiento adicional.

2.2.4 EE cornual

A) Criterios ecográficos:

- Criterios diagnósticos (D):

- **Visualización de porción intersticial de la trompa como parte del cuerpo uterino**
- **saco gestacional móvil, separado del útero y completamente rodeado por miometrio**
- **pedículo vascular contiguo al saco gestacional**

Es el embarazo ectópico más inusual, 1/76000 embarazos

B) Criterios analíticos:

Se debe realizar una determinación de b-hCG en el momento del diagnóstico para definir el tratamiento. En algunos casos, una repetición b-hCG en 48 horas puede ser útil para decidir un tratamiento adicional.

La decisión de tratamiento médico, quirúrgico o expectante va a depender de la clínica, el tamaño del EE y el nivel de beta HCG en el momento del diagnóstico.

2.2.5 EE Ovárico

A) Criterios ecográficos:

No existe consenso en cuanto los criterios ecográficos de diagnóstico de embarazo ovárico (D).

Hallazgos sugestivos:

- Imagen econegativa con refuerzo intraovárica, no separación del ovario con el movimiento, visualización de c lúteo aparte, doppler color positivo alrededor.

B) Criterios analíticos:

Se debe realizar una determinación de b-hCG en el momento del diagnóstico para definir el tratamiento. En algunos casos, una repetición b-hCG en 48 horas puede ser útil para decidir un tratamiento adicional.

2.2.6 EE abdominal

A) Criterios ecográficos:

- **Criterios diagnósticos (D) “Gerli et al”:**

- **Ausencia de SG intrauterino**
 - **Ausencia de patología anexial bilateral**
 - **SG rodeado de asas intestinales, separado de las mismas por peritoneo**
 - **Amplia movilidad particularmente evidente con la presión de la sonda transvaginal**
- **La resonancia magnética puede ser útil como diagnóstico complementario a la ecografía y para planificación de la cirugía. (D)**

B) Criterios analíticos:

Índice de sospecha junto con beta HCG elevada y criterios ecográficos descritos. (D)

2.2.7 E heterotópico:

A) Criterios ecográficos:

En la ecografía coexisten gestación intrauterina y embarazo ectópico

Mujer que tras ser sometida a alguna técnica de reproducción asistida presenta dolor pélvico persistente e imagen de gestación intrauterina.

B) Criterios analíticos:

Un nivel sérico de b-hCG tiene un valor limitado en el diagnóstico del embarazo heterotópico. (D)

Podemos sospecharlo en niveles de beta HCG superiores a lo esperado con gestaciones intrauterinas.

2.3 Tratamiento del embarazo ectópico

2.3.1 Tratamiento quirúrgico, médico o tratamiento conservador en el EE tubárico

- En caso tratamiento quirúrgico es preferible abordaje laparoscópico que abierto (A)
- Si la trompa contralateral está sana, es preferible realización de salpinguectomía en lugar de salpingostomía (B)
- En mujeres con antecedentes previos de (ee previo, daño tubárico contralateral, cirugía previa abdominal, EIP) es preferible salpingostomía (C)
- En caso de realizarse salpingostomía, la paciente debe ser informada del riesgo de enfermedad trofobástica persistente y la necesidad de seguimiento de la beta HCG.
- En mujeres candidatas a tratamiento médico se puede administrar metotrexate, nunca debe administrarse en la primera visita, a no ser que se trate de un EE claro y quede descartado por completo el embarazo intrauterino.(B)
- El manejo expectante puede ser considerado en pacientes estables asintomáticas con niveles en descenso de beta HCG y por debajo de 1500. (B)

2.3.2 Tratamiento quirúrgico, médico o tratamiento conservador en el EE cervical

- Debe considerarse tratamiento médico con metotrexate (D)
- El tratamiento quirúrgico debe reservarse para pacientes con sangrado abundante que suponga riesgo vital. (D)

2.3.3 Tratamiento quirúrgico, médico o tratamiento conservador en el EE sobre cicatriz de la cesárea

- Informar a la paciente de que los embarazos localizados en la cicatriz de la cesárea se asocian con aumento de la morbimortalidad (D)
- Puede considerarse tratamiento médico y quirúrgico con o sin medidas hemostáticas adicionales en pacientes diagnosticadas en el primer trimestre de gestación. (D)
- No hay evidencia suficiente para recomendar ninguna intervención en concreto, pero la literatura actual apoya la efectividad del tratamiento quirúrgico sobre el tratamiento médico (D)

2.3.4 Tratamiento quirúrgico, médico o tratamiento conservador en el EE sobre embarazo ectópico intersticial

- El tratamiento médico es aceptable en embarazos ectópicos intersticiales estables. (D)
- Se recomienda manejo conservador sólo en pacientes con descenso espontáneo de beta HCG (D)
- El tratamiento médico con metotrexate ha demostrado ser eficaz, pero no tiene suficiente evidencia para recomendarlo como administración local o sistemática (D)
- El manejo quirúrgico mediante resección laparoscópica cornual es una opción efectiva (D)
- Otras alternativas quirúrgicas pueden incluir resección histeroscópica guiada mediante laparoscopia o ecografía (D)
- No hay evidencia suficiente sobre seguridad y complicaciones en futuros embarazos para recomendar otros métodos no quirúrgicos (D)

2.3.5 Tratamiento quirúrgico, médico o tratamiento conservador en el EE sobre embarazo ectópico cornual

- El embarazo ectópico cornual debe ser tratado mediante escisión quirúrgica del cuerno rudimentario mediante laparoscopia o laparotomía. (D)

2.3.6 Tratamiento quirúrgico, médico o tratamiento conservador en el EE sobre embarazo ectópico ovárico

- Si se requiere de realización de una laparoscópica para establecer el diagnóstico de EE ovárico, es preferible tratamiento quirúrgico definitivo (D)
- El metotrexato sistémico puede usarse para tratar el embarazo ectópico ovárico cuando el riesgo de la cirugía es alto o en el postoperatorio en presencia de trofoblasto residual persistente aumento de los niveles de b-hCG. (D)

2.3.7 Tratamiento quirúrgico, médico o tratamiento conservador en el EE sobre embarazo ectópico abdominal

- La extirpación laparoscópica es una opción para el tratamiento del embarazo abdominal temprano. (D)
- Los posibles métodos alternativos de tratamiento serían el metotrexato sistémico con feticidio ecoguiado (D)
- El embarazo abdominal avanzado debe tratarse mediante laparotomía. (D)

2.3.8 Tratamiento quirúrgico, médico o tratamiento conservador en el EE sobre embarazo heterotópico

- Siempre tener en cuenta en embarazo intrauterino (B)
- El tratamiento médico con metotrexate sólo debe tenerse en cuenta en casos en los que el embarazo intrauterino no sea viable (D)
- La inyección local de cloruro potásico o glucosa hiperosmolar debe ser tenido en cuenta en pacientes clínicamente estables (D)
- La extirpación quirúrgica es la técnica de elección en pacientes con afectación hemodinámica y debe ser tenida en cuenta en pacientes estables (D)
- El manejo expectante puede ser tenido en cuenta en pacientes en los que los hallazgos ecográficos sugieran gestación extrauterina no viable (D)

2.4 Administración de inmunoglobulina antiD en pacientes RH negativo diagnosticadas de gestación ectópica.

- Debe administrarse inmunoglobulina antiD en pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico, con sangrado persistente o que presenten dolor abdominal. (D)

2.5 Efectos a largo plazo sobre la fertilidad

- En ausencia de antecedentes de subfertilidad o patología tubárica, se debe advertir a las mujeres que no hay diferencia en la tasa de fertilidad, riesgo de futuros embarazos ectópicos tubáricos o tasas de permeabilidad entre los las diferentes opciones de tratamiento (D)
- Se debe informar a las mujeres con antecedentes de subfertilidad que el tratamiento con manejo expectante o médico se asocia con una mejoría resultados reproductivos en comparación con la cirugía radical. (C)

- Las mujeres que reciben metotrexato pueden ser informadas de que no hay efecto en la reserva ovárica (D)
- Las mujeres sometidas a tratamiento con metotrexato sistémico para ectópicos no tubáricos pueden ser informadas existencia de recién nacidos vivos en embarazos posteriores (D)
- Las mujeres sometidas a un tratamiento laparoscópico de ectópico ovárico pueden ser informadas de que su perspectivas futuras de fertilidad son buenas (D)

2.6 Soporte y consejo en pacientes tratadas de embarazo ectópico

- La paciente debe ser informada de las diferentes opciones de manejo de la gestación ectópica, ventajas y desventajas, debe ser partícipe de la selección del tratamiento más apropiado (D)
- Facilitar servicios locales de asesoramiento y duelo (D)
- El entrenamiento de relajación muscular puede ser de utilidad para las mujeres que se someten a tratamiento ectópico con metotrexato. (D)
- Las pacientes tratadas con metotrexate deben esperar al menos 3 meses para buscar gestación (D)