

COMPLICACIÓN: EMBARAZO ECTÓPICO

(Esta información es genérica, por lo que queda sujeta a las variaciones que el especialista considere oportunas)

(Le recomendamos que lea la información dada por la Sociedad Española de Fertilidad en la página http://www.sefertilidad.net/docs/pacientes/spr_sef_fertilidad.pdf)

Datos tomados el 13/11/17 de <http://americanpregnancy.org/es/multiples/complications/>
Texto supervisado por la Dra. de Reproducción Asistida Cecilia García Díaz

El embarazo ectópico surge cuando la implantación del embrión se produce fuera de la cavidad uterina, lo que sucede en el 1-2% de las gestaciones espontáneas y puede duplicarse en las que provienen de reproducción asistida.

El lugar de implantación ectópica más frecuente es la trompa (98%), pero también puede darse en el ovario, el cuello del útero (en dilataciones uterinas o abortos previos) y el abdomen (es el más peligroso), incluso puede aparecer al mismo tiempo que una gestación intrauterina.

Esto es debido, fundamentalmente, a lesiones anatómicas y/o defectos en la motilidad de las trompas de Falopio (por cirugía, embarazo ectópico previo, infección, tabaquismo, DIU, tener más de 35 años, etc.), ya que son las encargadas de captar el ovocito, albergar su fecundación y transportar el embrión resultante al útero.

La mayor parte de las veces, el embarazo ectópico se resuelve de manera espontánea y ni siquiera llega a diagnosticarse por ser asintomático (60%). Sin embargo, en otras ocasiones la paciente debuta con un shock: la futura placenta (órgano que pone en contacto la sangre materna con la del feto a través del cordón umbilical) invade la pared del tejido de asentamiento y, cuando alcanzan los vasos sanguíneos, desencadena una hemorragia interna dolorosa.

Se sospecha un embarazo ectópico si:

- ✓ La paciente tiene dolor abdominal agudo que puede o no acompañarse de otros síntomas (lumbalgia, sangrado vaginal, diarrea, dolor de hombro, mareo, síncope, dolor con la defecación, presión rectal, dificultad respiratoria, etc.).
- ✓ La imagen ecográfica no corresponde a un embarazo intrauterino (útero vacío, distensión en la trompa, líquido abdominal...).
- ✓ La hormona del embarazo (la gonadotropina coriónica humana, también conocida como β -hCG, producida por las células placentarias) no se eleva adecuadamente (lo normal es que se duplique cada 2 días al principio).

En caso de identificarse un embarazo ectópico, el especialista puede tomar tres medidas, dependiendo de la situación de la gestante:

- ✓ Esperar a que se resuelva espontáneamente.
- ✓ Dar tratamiento médico (fármacos que bloquean la división celular del embrión).
- ✓ Intervenir quirúrgicamente mediante laparoscopia o laparotomía.

Posteriormente, el especialista evalúa la eficacia de las medidas tomadas y determina el tiempo de recuperación antes de volver a buscar gestación (como pronto la tercera regla, no considerando como tal el sangrado del aborto, aunque en el aborto provocado con metotrexato, puede retrasarse hasta 6 meses), ya que, en ocasiones, surgen problemas que deben atenderse: la gravedad implica extracción de trompas (salpinguectomía), el embarazo se hace persistente (la β -hCG no desaparece), etc.

