

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Un dilema clínico, el diagnóstico del embarazo ectópico

A clinical dilemma, the diagnosis of ectopic pregnancy

Carlos Moya Toneut^{1*} , Javier Cruz Rodríguez² , Miguel Román Sarduy Nápoles³ 

¹Hospital Provincial General Universitario “Mártires del 9 de abril”, Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba

²Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Miliam Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

³Hospital Ginecobstétrico Universitario “Ramón González Coro”, La Habana, Cuba

*Carlos Moya Toneut. carlosmt@infomed.sld.cu

Recibido: 17/06/2023 - Aprobado: 29/01/2024

RESUMEN

Introducción: el embarazo ectópico es en la actualidad un problema de salud a nivel mundial. El aumento de su incidencia se atribuye a las dificultades en el diagnóstico que muchas veces se presentan y a la morbilidad y la mortalidad que de él se derivan. Es una de las primeras causas de muerte en el primer trimestre de la gestación.

Objetivo: valorar el embarazo ectópico como un dilema clínico para el diagnóstico.

Métodos: se realizó una revisión bibliográfica narrativa que incluyó diversos textos, artículos, materiales impresos y digitales relacionados con el embarazo ectópico. Se consultaron las bases de datos y directorios SciELO, LILACS, Latindex, Medline y Scopus, mediante las palabras clave en español y operadores booleanos para ampliar los resultados: “hemorragias” AND “embarazo ectópico”. Fueron seleccionados 22 artículos originales y de revisión, en el contexto nacional e internacional, publicados entre 2000 y 2020.

Desarrollo: en toda enfermedad nosológica un buen interrogatorio y un examen físico favorecen el diagnóstico, por muy difícil que este sea. Seguir los pasos del método clínico ayuda a obtener un diagnóstico certero y oportuno. Es de trascendental importancia que el médico conozca la fisiopatología y los elementos clínicos en el embarazo ectópico, lo que puede ir a buscar en un interrogatorio exquisito y un examen físico detallado.

Conclusiones: la diversidad de presentaciones clínicas posibles ha llevado a considerarlo “el gran simulador de la Ginecología”, por lo que constituye un dilema clínico su diagnóstico en los diferentes niveles de atención de salud.

Palabras clave: embarazo ectópico, diagnóstico clínico, dilema clínico

ABSTRACT

Introduction: ectopic pregnancy is currently a world of health problem. The increase in its incidence is attributed to the difficulties in the diagnosis that are often presented and to the morbidity and mortality that derive from it. It is one of the first causes of death in the first quarter of pregnancy.

Objective: assess ectopic pregnancy as a clinical dilemma for diagnosis.

Methods: a narrative bibliographic review was carried out that included various texts, articles, printed and digital materials related to ectopic pregnancy. The databases and directories Scielo, Lilacs, Latindex, Medline and Scopus were consulted, through the keywords in Spanish and Boolean operators to expand the results: "Hemorrhages" and "Ectopic pregnancy". 22 original and review articles were selected, in the national and international context, published between 2000 and 2020.

Development: in every nosological illness a good interrogation and a physical examination favor the diagnosis, however difficult it may be. Following the steps of the clinical method helps to obtain an appropriate and timely diagnosis. It is transcendental that the doctor knows the pathophysiology and the clinical elements in ectopic pregnancy, which can go to look in an exquisite interrogation and a detailed physical examination.

Conclusions: the diversity of possible clinical presentations has led to "the great simulator of gynecology", so it constitutes a clinical dilemma its diagnosis in the different levels of health care.

Key words: ectopic pregnancy, clinical diagnosis, clinical dilemma

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) es, por definición, la implantación del producto de la concepción fuera de la cavidad endometrial. Un embarazo es eutópico cuando el huevo anida y se desarrolla en su lugar habitual, el endometrio de revestimiento de la cavidad uterina. La anidación en cualquier otro lugar resulta en un embarazo ectópico.⁽¹⁾

Es una patología enigmática e importante debido a su presentación engañosa, lo que lo convierte en una enfermedad peligrosa porque puede causar la muerte materna por complicaciones como la anemia aguda y el choque hipovolémico cuando se produce su ruptura y el diagnóstico es tardío. Hay localizaciones en las que, por su correlación anatómica, los hace más peligrosos y pueden llevar a una morbilidad grave y a una tasa de mortalidad alta aunque se realice un diagnóstico clínico precoz.

La trompa de Falopio es el sitio dominante en la mayoría de los casos de embarazo ectópico.^(1,2,3) Aproximadamente, el 75% de las muertes en el primer trimestre y el 9% de todas las muertes relacionadas al embarazo son por embarazo ectópico.⁽²⁾ La etiología del EE es multifactorial.^(1,2) Esta enfermedad ha ido en aumento por la utilización más frecuente de técnicas de reproducción asistida,⁽³⁾ entre otras causas.

En los Estados Unidos se estima que un 1,4% del total de los embarazos corresponde a su modalidad ectópica, en Alemania se contabilizan 20 por cada 1 000 nacimientos vivos,^(3,4) en el Reino Unido se contabilizan 30 mujeres con embarazo ectópico al día (aproximadamente 12 000 casos al año)^(3,5) y en Chile, en el año 2017, se señala una incidencia estimada entre el uno y el 2% de los embarazos, asociados a una alta morbilidad y mortalidad y responsable del 10% de la mortalidad materna.⁽⁶⁾

Cuba no está exenta de esta pandemia de la Ginecobstetricia en que se ha convertido el embarazo ectópico: entre los años 2000 a 2020, en cada uno, se ha producido al menos una muerte por esta causa, para un total de 95 muertes maternas por esta causa en esta etapa.⁽⁷⁾ Muertes estas que, a criterio del autor, en su mayoría, son evitables, y que están precedidas por:

- Mala conducta sexual y reproductiva
- Retraso de la paciente en acudir a la atención médica
- Errores diagnósticos y retraso en el mismo
- Violación de protocolos establecidos
- Errores técnicos.

El embarazo ectópico es considerado una enfermedad de origen multifactorial.^(1,3,4) A la luz de los conocimientos actuales, en la etiología del embarazo ectópico, persisten muchos puntos oscuros, pero existen factores de riesgo relacionados con su mayor incidencia y cuando concomita más de uno, se incrementa su riesgo. A pesar de esto, en una tercera parte o hasta en la mitad de los embarazos ectópicos, no se identifican factores de riesgo predisponentes. En teoría, cualquier proceso que dificulte la migración del embrión hacia la cavidad endometrial podría predisponer a las mujeres a la gestación ectópica.

El diagnóstico del embarazo ectópico es difícil. Mondor señalaba que el primer requisito es pensar en él.⁽¹⁾

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa que incluyó diversos textos, artículos y materiales impresos y digitales relacionados con la hemorragia obstétrica, el embarazo ectópico y la hemorragia posparto. Se consultaron las bases de datos y los directorios SciELO, LILACS, Latindex, Medline y Scopus, mediante las palabras clave en español y operadores booleanos, para ampliar los resultados: "hemorragias" AND "embarazo ectópico". Fueron seleccionados 22 artículos originales y de revisión, en el contexto nacional e internacional, publicados entre 2000 y 2022, los tipos de documentos seleccionados fueron artículos originales y revisiones bibliográficas. Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron: artículos disponibles en los portales de datos seleccionados que se relacionan con el tema, y se excluyeron las cartas al editor y los artículos repetidos.

El resultado de la búsqueda mostró un total de 46 artículos distribuidos por base de datos así: Medline, SciELO, LILACS y Latindex. Después de una lectura de los títulos fueron excluidos 24 artículos que no eran pertinentes con los objetivos de la investigación, para un total de 22 artículos referenciados en este estudio.

La información fue procesada por medio de una lectura detallada de los artículos incluidos y el análisis de documentos. Se tuvo en cuenta, además, la experiencia personal del autor.

DESARROLLO

En toda enfermedad nosológica un buen interrogatorio y un buen examen físico favorecen, en gran medida, el diagnóstico, por muy difícil que este sea. Seguir los pasos del método clínico ayuda a obtener un diagnóstico certero y oportuno. Es de trascendental importancia que el médico conozca la fisiopatología y los elementos clínicos en el embarazo ectópico, lo que puede ir a buscar en un interrogatorio exquisito y un examen físico detallado.

La presentación clínica del embarazo ectópico no brinda datos específicos. El profesor Botella Llusíá señala: "describir la clínica del embarazo ectópico con una sintomatología única es un empeño inútil".⁽⁸⁾

Hoy día sería utópico hablar solamente de diagnóstico clínico del embarazo ectópico sin reconocer la utilidad de los medios auxiliares de diagnóstico, pero el médico tiene que hacer gala de todo el saber clínico para diagnosticar un embarazo ectópico precoz o antes de que este se complique.

La incidencia de embarazos ectópicos es difícil que se detenga, por el contrario, va en ascenso a nivel mundial, según criterios de la Sociedad Española de Fertilidad, 2019; existen una serie de factores que intervienen en el incremento de la incidencia de embarazos ectópicos: hay una mayor proporción de embarazos ectópicos que se diagnostican, aumento del número de pacientes que se someten a técnicas de reproducción asistida (TRA), el empleo de métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino, el aumento de la enfermedad inflamatoria pélvica, pacientes con embarazos ectópicos previos, pacientes con cirugía abdominal previa, especialmente tubárica, esterilidad, endometriosis y tabaquismo, entre otros.⁽⁹⁾

El interrogatorio o anamnesis (del griego *ana*, nuevo; *mnesis*, memoria) consiste en interrogar a la paciente o a sus allegados acerca de los padecimientos actuales y pasados, así como otros datos que puedan ser de utilidad para el diagnóstico (edad, relaciones sexuales, enfermedades como la endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazos ectópicos previos, esterilidad tubárica, operaciones abdominales o pélvicas, uso de dispositivos intrauterinos, uso de inductores de la ovulación, síndrome de Asherman, malformaciones genitales, tabaquismo, oligoastenospermia en la pareja masculina, etc.). Respecto al interrogatorio de la historia de la enfermedad actual el Profesor Jiménez Díaz, gloria de la clínica española, señalaba: "antes de la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación (lo que constituye el examen físico), el médico debe saber efectuar la escuchación".⁽¹⁾

Es importante recordar que, en esta enfermedad, aproximadamente la mitad de las mujeres en las que se manifiesta no presentan factores de riesgo conocidos para la misma.

El médico, una vez que se encuentra con su paciente, tiene que lograr obtener su confianza y su colaboración y que se percate de la importancia del procedimiento de exploración. Este es uno de los procedimientos exploratorios más difíciles e igualmente uno de los más eficaces para reconocer cualquier enfermedad y requiere la mayor capacidad y preparación del médico; su pericia y su habilidad en el interrogatorio influyen de manera positiva en lograr un buen resultado en el interrogatorio, es el criterio del autor.

En la etapa inicial del embarazo ectópico la paciente puede estar totalmente asintomática o presentar los mismos síntomas de un embarazo normal.

Los síntomas principales son:

- Amenorrea de pocos días o semanas, generalmente de seis a ocho semanas
- Pérdidas sanguíneas, parduscas, de poca intensidad ("borra de café")
- Dolor intenso en la fosa ilíaca que se irradia a la pelvis, la región lumbar o el epigastrio, incluso al hombro (omalgia), por irritación del nervio frénico
- Disquecia
- Disuria

- Lipotimias.⁽¹⁾

Un buen examen físico es de vital importancia en cualquier enfermedad nosológica, el embarazo ectópico no es ninguna excepción al respecto. Algunos elementos en el examen físico del embarazo ectópico:

La presentación clínica del embarazo ectópico no brinda datos específicos. Puede ser desde anodina hasta encontrar los signos siguientes:

- Anejo: engrosado y doloroso (el 97 y hasta el 98% de los embarazos ectópicos son de localización tubárica)^(1,6,10,11,12,13)
- Fondo de saco de Douglas: ocupado y doloroso
- Útero: su tamaño es inferior al correspondiente por amenorrea, aunque está aumentado por el influjo hormonal del embarazo.^(1,12)

Los hallazgos al examen físico también están relacionados con la forma de presentación y se pueden presentar los hallazgos siguientes:

- Embarazo ectópico asintomático: al inicio del embarazo, cuando no se han producido complicaciones
- Embarazo ectópico sintomático, sin rotura tubárica: la paciente presenta molestias abdominales vagas o dolor abdominal que se acompaña de pequeñas pérdidas sanguíneas
- Accidente hemorrágico agudo: se puede dividir en dos grupos, según la magnitud de los síntomas y signos:
 - Con estabilidad hemodinámica
 - Con signos de descompensación hemodinámica o choque.⁽¹⁾

La paciente presenta síntomas y signos de abdomen agudo, como defensa abdominal, y signos de choque hipovolémico, como palidez de la piel y las mucosas, taquicardia, hipotensión, mareos, lipotimia, sudación, frialdad, sed, etc.; el choque se puede presentar hasta en el 50 % de los casos.^(1,13,14)

En la literatura médica se describen múltiples signos clínicos de embarazo ectópico complicado y abdomen agudo hemorrágico. Como curiosidad histórica, en las épocas preultrasónica y pregonadotrópica, se describieron cerca de 30 signos, y cada uno se denominó con el epónimo de quien lo refirió; muchos son una pequeña variante de alguno acuñado con anterioridad. Uno de verdadera curiosidad es la descripción de anisocoria, al presentarse midriasis unilateral por irritación del simpático tubárico, que a través del centro cilioespinal estimula la dilatación pupilar. Algunos de los múltiples signos clínicos de embarazo ectópico complicado y abdomen agudo hemorrágico que denotan choque hipovolémico:

- Signo de Laffont o de Puig-Stajanov: el dolor en bajo vientre se irradia a la región subescapular y al hombro derecho (omalgia) por irritación del nervio frénico
- Signo de Proust: dolor concreto del fondo de saco de Douglas (grito del Douglas), en el que se produce un abombamiento blando, prominente y progresivo
- Signo de Oddy: dolor intenso, provocado por la micción y el cateterismo vesical
- Signo de Santomanso y Salmon: anisocoria (desaparece cuando cesa la hemorragia y en la mayoría de los casos falta)
- Signo de Cullen-Hofstätter-Hellendal: coloración azulada del ombligo, debida a la delgadez extrema de la pared abdominal a ese nivel; también se conoce como signo del botón azul ventral

- Signo de Grey-Turner: es igual al de Cullen, pero se describe en los flancos
- Signo de Banki: dolor intenso que se provoca al rechazar el cuello uterino contra la sínfisis del pubis
- Signo de Kustallov: coloración azafranada de las palmas de las manos y las plantas de los pies, presente siempre en las grandes hemorragias
- Signo de Adler: hipersensibilidad abdominal fija al voltear a la paciente; puede ser útil, pero es muy inconsistente
- Signo de Blumberg: dolor a la descompresión en la fosa ilíaca derecha (es muy evidente también en los cuadros apendiculares)
- Signo de Granville-Chapman: la paciente presenta dificultad al incorporarse, sin la ayuda de los brazos
- Signo de Fraenkel: dolor por la movilización del cuello uterino lateralmente (es muy evidente también en las salpingitis agudas)
- Signo de Eisenstädter: dolor al elevar el útero, que está rechazado al lado contrario de la tumoración dolorosa
- Signo de Gläsmér: tumoración sésil yuxtauterina.

Se debe señalar que casi todos estos signos se presentan tardíamente, pero hay que tenerlos en cuenta, a pesar de que la presentación clínica del embarazo ectópico ha cambiado en los últimos años gracias a la mayor exactitud en los métodos y los medios de diagnóstico, unido a una evolución del pensamiento médico, lo que ha permitido detectarlo en fases asintomáticas y precoces.⁽¹⁾

¿Qué es el estado de choque hipovolémico?

Se entiende por choque aquel estado patológico de hipoperfusión tisular e hipoxia celular que se caracteriza por el aporte insuficiente de oxígeno y otros sustratos metabólicos, esenciales para la integridad celular y el adecuado funcionamiento de órganos vitales. En el choque hemorrágico la hipoxia celular se desencadena por la hipovolemia secundaria a la hemorragia, con caída del retorno venoso y el gasto cardíaco. La mantención de este estado provocará un fallo orgánico múltiple y un choque irreversible de no mediar una oportuna y adecuada reanimación.

El clínico obstetra debe conocer la fisiopatología del choque por hipovolemia para poder interpretar adecuadamente las manifestaciones clínicas iniciales y emprender un tratamiento correcto en cada momento evolutivo del choque.⁽¹⁵⁾

En el estado de choque pueden presentarse manifestaciones clínicas diversas, aunque es muy común que la paciente se encuentre intranquila o con depresión física y mental. Todos los signos clínicos que se presentan son imputables a la hipoperfusión.

Síntomas y signos por orden de aparición:

- Signos muy precoces o subclínicos:
 - Disminución de la intensidad del pulso en la inspiración
 - Prueba de hipotensión ortostática positivo.
- Signos precoces:
 - Taquicardia, palidez, sudación y frialdad
 - Disminución de la presión del pulso
 - Lentificación capilar
 - Gradiente distal.
- Signos tardíos:

- Hipotensión arterial (<90/60 mmHg)
- Oligoanuria (<30 ml/h o 0,5 ml/kg/h)
- Acidosis metabólica (pH <7,25)
- Alteraciones del estado de vigilia.
- Signos de letalidad:
 - Hipotermia
 - Trastorno de la coagulación
 - Acidosis metabólica.^(15,16,17)

Un elemento a tener en cuenta en el examen físico ante la sospecha de embarazo ectópico lo constituye la localización topográfica del embarazo. La implantación del embarazo ectópico puede tener lugar en la trompa, en el ovario, en la cavidad abdominal, en el cuello o en el cuerno uterino, de ahí que este embarazo no pueda ser sinónimo de extrauterino.⁽¹⁾

Existen variedades que dependen del número de embarazos:

- Gestaciones ectópicas gemelares (dobles o triples)
- Gestaciones ectópicas bilaterales
- Coexistencia o combinación de una gestación ectópica con una eutópica (embarazo heterotópico).^(1,18)

Es muy importante recordar que el embarazo ectópico molar es una verdadera rareza, pero hay que tomarlo en consideración cuando se investiga a una paciente con embarazo ectópico. El primer caso de embarazo ectópico molar lo informó Otto, en 1871, y fue a nivel tubárico. Las estadísticas mundiales plantean una incidencia aproximada de 1,5 casos por millón de habitantes y en la literatura científica se han comprobado entre 40 a 43 casos.⁽¹⁾

La existencia de localizaciones no habituales o atípicas del embarazo ectópico ponen a prueba la pericia del Especialista en Ginecobstetricia, se señalan:

- En un muñón de trompa residual (posterior a salpingectomía parcial)
- Embarazo cervical (es el 0,1% de los embarazos ectópicos, generalmente es posible solo en los estadios tempranos de la gestación. El cérvix es un sitio anómalo y peligroso de implantación placentaria porque el trofoblasto puede penetrar a través de la pared cervical o hacia la irrigación uterina. Con frecuencia la gestación cervical se confunde con un proceso neoplásico debido a la marcada vascularidad y el aspecto friable del cérvix)
- Embarazo cornual
- Embarazo intersticial
- Embarazo abdominal (se presentan entre un 1,4% de estos, con una incidencia de uno por cada 10 000 partos. Se produce la implantación en distintos sitios del abdomen, incluidos el epiplón, el hígado, el bazo, el intestino, los grandes vasos, el fondo de saco pélvico, el ligamento ancho, las paredes pélvicas laterales y retroperitoneal)
- Embarazo ectópico poshisterectomía: en la literatura médica se informan alrededor de 30 casos a nivel mundial, principalmente secundarios a histerectomía vaginal y con menor frecuencia a histerectomía abdominal, sobre todo cuando no se cierra la cúpula o se cierra incompletamente. La hipótesis respecto a la patogenia es la formación de trayectos fistulosos entre la vagina y la cavidad pelviana
- Embarazo ovárico (ocurre en uno de cada 2 100 a 7 000 embarazos)

- Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea anterior (ocurre en menos del 1% de los embarazos ectópicos, con una incidencia de uno por cada 1 800 a 2 216 embarazos. Se estima que, en pacientes con más de una cicatriz de cesárea anterior, existirá un 6% de probabilidad de que los siguientes embarazos ocurran dentro de esta. Este tipo de embarazo puede extenderse desde el exterior de la cicatriz, invadir estructuras adyacentes o crecer hacia el interior de la cavidad uterina. Esto último se asocia a un aumento del riesgo de placenta acreta de tres a cinco veces)
- Embarazo ectópico intramural
- Embarazo heterotópico (es muy infrecuente en la población normal, con una incidencia de uno por 30 000 cuando ocurre de forma espontánea. Aproximadamente casi un 1% de los embarazos secundarios a reproducción asistida resultan en un embarazo heterotópico).^(1,11,19,20,21,22)

Los embarazos ectópicos no tubarios son una condición poco frecuente y están asociados a una alta morbilidad materna. Son difíciles de diagnosticar debido a que la mayoría de las veces las pacientes presentan una clínica poco específica, similar a la de otras enfermedades obstétricas más frecuentes, por lo que muchas veces se diagnostican de forma tardía. No dejan de tener razón los clásicos de la Ginecología cuando lo señalan como “el gran simulador de la Ginecología”. En relación con esta variedad de localización diferentes investigadores han planteado criterios clínicos, sonográficos e histológicos.

El desarrollo tecnológico de los medios auxiliares de diagnóstico es innegable, pero no se puede apartar la clínica ginecobstétrica para realizar un diagnóstico oportuno y exitoso de esta enfermedad tan controversial. Por todo, el autor propone una serie de criterios clínicos para el diagnóstico exitoso y precoz del embarazo ectópico:

- Los síntomas dependen de la edad gestacional, la localización topográfica y el momento evolutivo
- En las etapas iniciales puede ser totalmente asintomático o presentarse con síntomas similares a los de un embarazo eutópico
- Ante toda mujer en edad reproductiva que presente síntomas relacionados con esta afección (dolor abdominopélvico) no se descartará la posibilidad de un embarazo ectópico, incluso en pacientes jóvenes que nieguen tener relaciones sexuales
- Una gran proporción de pacientes en las que se diagnostica un embarazo ectópico no presenta factores de riesgo para desarrollarlo
- Ante toda paciente con antecedente de embarazo ectópico y síntomas y signos (o ambos) de la enfermedad buscar la posibilidad de un nuevo embarazo ectópico
- El uso de métodos anticonceptivos no excluye la posibilidad de un embarazo ectópico
- La confirmación de un embarazo eutópico por ultrasonografía no excluye la posibilidad de un embarazo ectópico (se debe recordar la existencia de embarazos heterotópicos)
- Luego de una interrupción de embarazo intraútero, si persisten los síntomas y los signos de gestación, se debe pensar en la posibilidad de un embarazo heterotópico, lo que adquiere mayor valor si persisten pruebas de embarazo positivas o se tacha una masa anexial

- En toda laparoscopia o laparotomía exploratoria en la que se detecte un embarazo ectópico tubárico revisar el anejo contralateral por la posibilidad de un embarazo ectópico bilateral
- Las pacientes histerectomizadas, sobre todo por vía vaginal, no están exentas de presentar un embarazo ectópico
- Ante una paciente con sangrado genital anormal, sobre todo que rememore la “borra de café”, y en la que persista el sangrado luego de un legrado diagnóstico hemostático, habrá que pensar en la posibilidad de un embarazo ectópico
- Las pacientes con esterilización quirúrgica (independientemente del método empleado), cuando acuden con dolor abdominopélvico, pueden tener un embarazo ectópico (embarazo ectópico de muñón de trompa residual)
- La amenorrea es algo difícil de precisar en el diagnóstico de un embarazo ectópico porque el sangrado genital –aunque escaso– se puede confundir con la menstruación
- En toda gestación ectópica, en sus etapas iniciales, al examen físico se puede comprobar que el útero está discretamente aumentado, generalmente por debajo del tamaño que le corresponde para el tiempo de amenorrea
- La no existencia de amenorrea no excluye la posibilidad de un embarazo ectópico
- Ante la duda o sospecha clínica de embarazo ectópico se deben agotar todos los medios diagnósticos disponibles para llegar a él.

También considera el autor que existen elementos clínicos a tener en cuenta que están relacionados con los medios auxiliares de diagnóstico:

- Ante una prueba de embarazo positiva, con ausencia de saco gestacional intraútero por ultrasonido ginecológico o ultrasonido transvaginal, pensar, en primer lugar, en un embarazo ectópico; luego, en un embarazo eutópico de menos de cinco semanas, cáncer de mama u ovario hormonodependiente, etcétera
- Una prueba de embarazo negativa no excluye el diagnóstico de embarazo ectópico (el producto de la concepción puede estar diferido y aportar una prueba de embarazo negativa)
- Recordar la posibilidad de un seudosaco gestacional intraútero (visible en el ultrasonido ginecológico) que se aprecia, en ocasiones, en los embarazos ectópicos (lo que requiere de toda la experiencia y la habilidad de los Especialistas en Ginecología y en Imagenología para definirlo)
- Ante la sospecha clínica de embarazo ectópico se deben realizar ultrasonidos transvaginal y abdominal completos explorando todo el abdomen, por los diversos sitios de localización de un embarazo ectópico, que pueden ser los más insospechados.
- Una laparoscopia negativa de embarazo ectópico con poco tiempo de amenorrea tampoco excluye la posibilidad de un embarazo ectópico porque un embarazo ectópico muy pequeño en el momento de realizar ese procedimiento puede pasar desapercibido, a lo que se añade la habilidad y la experiencia del endoscopista.⁽¹⁾

En la duda es un error más grave, ignorar un embarazo ectópico, que diagnosticarlo sin que exista.⁽⁸⁾

CONCLUSIONES

El embarazo ectópico es una enfermedad de difícil diagnóstico en su etapa no complicada fundamentalmente. El diagnóstico clínico precoz es primordial en esta enfermedad en cualquier etapa de su evolución para disminuir la morbilidad y la mortalidad por esta causa y mejorar las posibilidades reproductivas de las pacientes que lo padecen, para lo que deben estar preparados tanto los médicos de la atención primaria como los de la atención secundaria de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moya Toneut C. Embarazo ectópico [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017 [citado 28/09/2022]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros/embarazo_ectopico/embarazo%20ectopico_completo.pdf
2. Hu Liang H, Sandoval Vargas J, Hernández Sánchez AG, Vargas Mora J. Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Rev Clín Esc Med UCR-HSJD [Internet]. 2019 [citado 28/09/2022];9(1):28-36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
3. Espinoza Garita S, Garnier Fernández JC, Pizarro Alvarado G. Generalidades sobre embarazo ectópico. Rev Méd Sinerg [Internet]. 2021 [citado 28/09/2022];6(5):e670. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms215c.pdf>. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.670>
4. Taran FA, Kagan KO, Hübner M, Hoopmann M, Wallwiener D, Brucker S. The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2015 [citado 28/09/2022];112(41):693-704. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4643163/>. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0693>
5. Layden E, Madhra M. Ectopic pregnancy. Obstetrics, Gynaecol and Reproductive Medicine [Internet]. 2020 [citado 28/09/2022];30(7):205-212. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1751721420300658>. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2020.03.011>
6. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [citado 28/09/2022];85(6):697-708. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600697. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000600697>
7. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2020 [Internet]. La Habana: Minsap; 2021 [citado 28/09/2022]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Espa%c3%b1ol-2020-Definitivo.pdf>
8. Botella Llusíá J, Clavero Núñez JA. Embarazo ectópico. En: Botella Llusíá J, Clavero Núñez JA. Tratado de Ginecología: Fisiología, Obstetricia, Perinatología, Ginecología. 14 Ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 1993. p. 391.
9. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé Alberto LT. Embarazo ectópico. Concepto y clasificación. Estudio de sus diversas formas. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT, editores. Fundamentos de obstetricia (SEGO). Madrid: Grupo ENE Publicidad; 2007. p. 443-456.
10. Corona Barsse G, Guadarrama Sánchez FR. Embarazo ectópico. En: Guadarrama Sánchez FR, Batiza Reséndiz VA, Sierra Lozada N, Zamora Escudero R. Obstetricia

- y temas selectos de medicina materno fetal. El Feto como paciente [Internet]. Guadalajara: Editorial Cuellar Ayala; 2020 [citado 28/09/2022]. Disponible en: http://flasog.org/wp-content/uploads/2022/03/LIBRO-OBSTETRICIA-TEMAS-SELECTOS-2020_compressed.pdf
11. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo de localizaciones poco frecuentes del embarazo ectópico. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [citado 28/09/2022];85(6):709–724. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600709&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000600709>
 12. Departamento de Cirugía del Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”. Guía de práctica clínica: Manejo del embarazo ectópico [Internet]. Lima: Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”; 2021 [citado 28/09/2022]. Disponible en: http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_MANEJO_DEL_EMBARAZO_ECT%03%93PICO.PDF
 13. Fuentes Ruiz NV, Salazar de Escolero A. Embarazo ectópico hepático. Alerta [Internet]. 2021 [citado 28/09/2022];4(1):5-11. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/419/4191889008/4191889008.pdf>. <https://doi.org/10.5377/alerta.v4i1.10099>
 14. Pommer R, Celis A, Campos J, Epifanio R, Díaz I. Embarazo ectópico. FLASOG [Internet]. 2022 [citado 28/09/2022]. Disponible en: http://flasog.org/wp-content/uploads/2022/03/Embarazo-Ectopico_compressed.pdf
 15. Moya Toneut C. Hemorragia posparto [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2021 [citado 28/09/2022]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros/hemorragia_posparto/hemorragia_posparto.pdf
 16. del Puerto Cruz A, Rodríguez García E, Piloto Padrón M. Hemorragia obstétrica. En: Nápoles Méndez D. Principales emergencias obstétricas que causan ingreso en las unidades de cuidados intensivos [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2021 [citado 06/07/2022]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/principales_emergencias_obstetricas/principales_emergencias_obstetricas.pdf
 17. Nápoles Méndez D. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado 06/07/2022];16(7):1114-1136. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000700013&lng=es
 18. Alonso Llanes Y, Piloto Padrón M, Santisteban Alba SR. Sangrado en obstetricia. En: Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y Ginecología [Internet]. 4ta ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023 [citado 16/05/2023]. p. 392-432. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/texto/obstetricia_ginecologia_4ta_ed/obstetricia_ginecologia_4ta_ed.pdf
 19. Moya Toneut C, Rodríguez Alemán OA, Rangel Roque I, Méndez Rodríguez A, Arechavaleta Machado JL, Moya Arechavaleta N. Embarazo ectópico ovárico. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado 06/07/2022];45(1):96-105. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000100096
 20. Carvajal Cabrera JA, Barriga Cosmelli MI. Embarazo ectópico. En: Carvajal Cabrera JA, Barriga Cosmelli MI. Manual de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 13a Ed. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2022 [citado 06/07/2022]. p. 621-629. Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022_compressed.pdf
 21. Pardina Pueyo SI, Domingo Alcalá-Santaella R, Jaén Zamora MJ. Gestación ectópica en cicatriz de cesárea previa con desenlace adverso. Prog Obstet Ginecol

[Internet]. 2022 [citado 06/07/2022];65:81-85. Disponible en:

<https://sego.es/documentos/progresos/v65-2022/n3/03%20Gestacion%20ectopica%20en%20cicatriz%20de%20cesarea%20previa%20con%20desenlace%20adverso.pdf>

22. Gary Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Embarazo ectópico. En: Gary Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams. Obstetricia [Internet]. 24 Ed. Ciudad de México: McGraw Hill Interamericana editores; 2022 [citado 06/07/2022]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100458429>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

CMT: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, visualización, redacción del borrador original, redacción (revisión y edición).

JCR, MRSN: curación de datos, análisis formal, metodología.