

Revisión del artículo

Juan José Etchepareborda

Especialista en Medicina Reproductiva - Especialista en Endoscopia Ginecológica

Son de destacar algunos aspectos sobre el embarazo ectópico descriptos en la introducción del trabajo que estamos comentando: la incidencia del 1-2% de los embarazos en el mundo desarrollado, el compromiso de la fertilidad posterior y el aumento de las posibilidades de otro embarazo ectópico futuro. Estos 3 aspectos jerarquizan la necesidad de un diagnóstico precoz del embarazo extrauterino.

En la práctica, la ausencia de un saco gestacional en la cavidad uterina evaluado mediante ecografía transvaginal a partir de los 24 días de la concepción o por arriba de las 1500-2000 UI de β -HCG, y la evolución de la fracción β de gonadotropina coriónica por debajo del 66% cada 48 horas (trabajos recientes han bajado este índice al 53%), son los indicadores clínicos más fehacientes de la posibilidad de un embarazo ectópico. De todas maneras, estas dos circunstancias también pueden presentarse en una amenaza de aborto precoz.

La realidad es que no existe un marcador biológico que permita diferenciar entre un embarazo ectópico y un embarazo ortotópico que evoluciona hacia un aborto, lo cual lleva, en muchas oportunidades, a una demora en el diagnóstico del primero. Este diagnóstico tardío trae aparejado un mayor daño tubario ocasionado por el mismo embarazo y por la necesidad de un mayor intervencionismo quirúrgico en los casos en que se pueda conservar la trompa. Asimismo, la postergación del diagnóstico hace que con mayor frecuencia deba recurrirse a la salpingectomía, porque la jerarquía del daño tubario la hace irre recuperable. Todos estos aspectos han llevado a que la búsqueda de un marcador específico del embarazo ectópico sea una historia de larga data.

Las sustancias séricas que más se han investigado como marcadores del embarazo ectópico son: progesterona, inhibina B, activina A, factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF), β -1-glicoproteína específica del embarazo, proteína A plasmática asociada al embarazo, desintegrina y metaloproteasa 12 (ADAM-12), factor inhibidor de la leucemia (LIF). Algunas han

mostrado mayor correlación que otras con la ubicación extrauterina del embarazo. Incluso se ha buscado utilizar un conjunto de ellos en forma simultánea para conformar un test múltiple que permita el diagnóstico. En concreto, no se dispone en la actualidad de un marcador específico.

Este trabajo trae una nueva propuesta: el factor de crecimiento placentario (PIGF). El PIGF sérico fue indetectable en los 15 casos de embarazo ectópico y en 12 de los huevos muertos y retenidos, y estuvo presente en todos los casos de embarazos ortotópicos que evolucionaron favorablemente.

La mayor dificultad diagnóstica no reside en diferenciar el ectópico del embarazo normal, sino del embarazo uterino que evoluciona en forma desfavorable. La ausencia de PIGF sérico no resuelve esta duda diagnóstica, por lo que su utilidad es muy limitada. La detección de PIGF sérico permitiría, según los resultados de este trabajo, descartar un embarazo ectópico. Si este hallazgo se logra confirmar en estudios de mayor escala, el PIGF sería realmente una determinación útil para descartar el embarazo extrauterino más que para confirmarlo. Esa sería su verdadera utilidad.

Ante la falta de un biomarcador específico es prudente enfatizar que la herramienta diagnóstica más precoz y específica sigue siendo el criterio clínico. Para diagnosticar un embarazo ectópico es imprescindible pensar en su posibilidad. La segunda premisa de importancia es que no es recomendable esperar a confirmar ecográficamente la localización extrauterina del embarazo para tomar una conducta activa. Ante la sospecha de un embarazo ectópico, es preferible realizar una laparoscopia de más que correr el riesgo de un diagnóstico tardío.

Juan José Etchepareborda

Especialista en Medicina Reproductiva

Especialista en Endoscopia Ginecológica