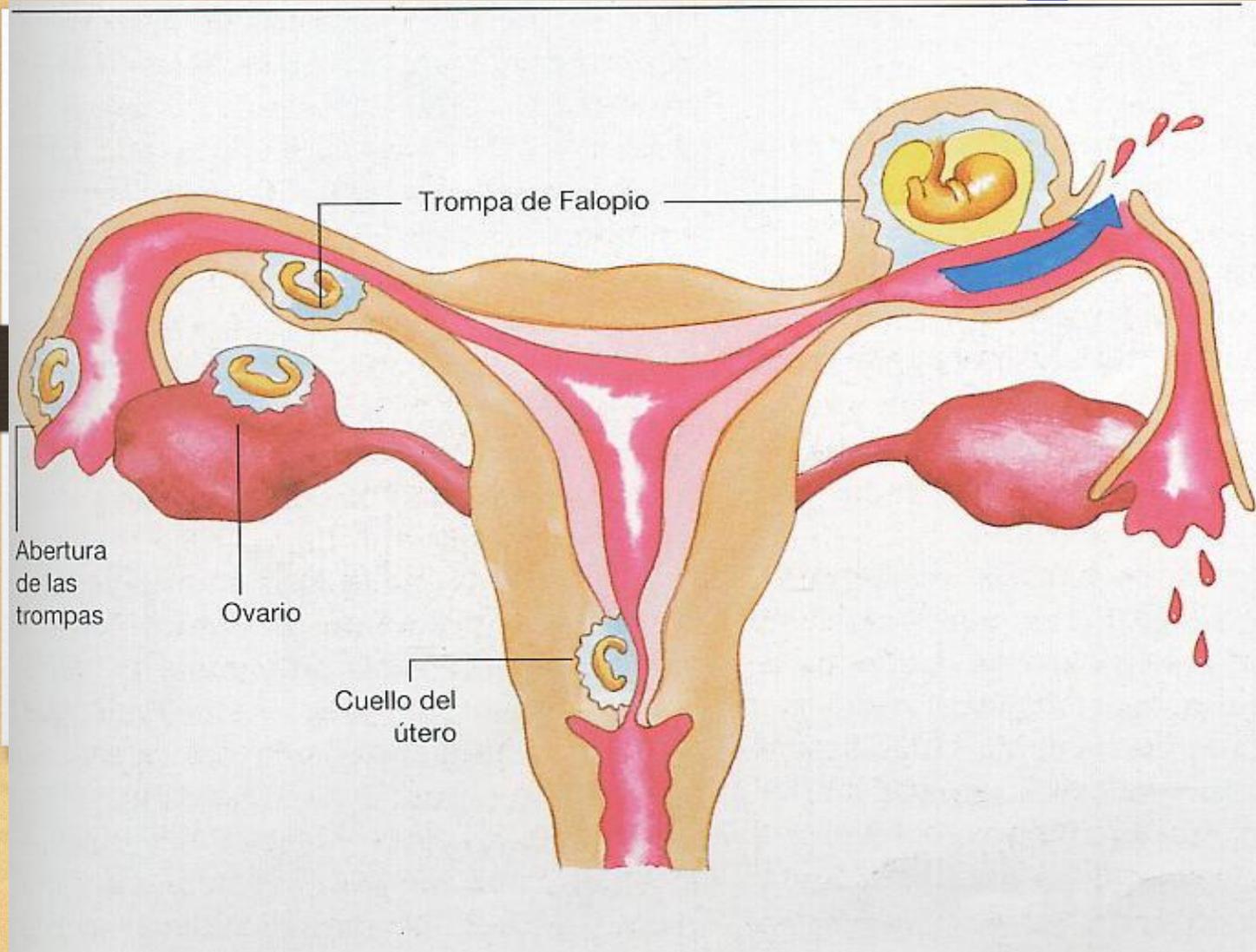


Embarazo Ectopico

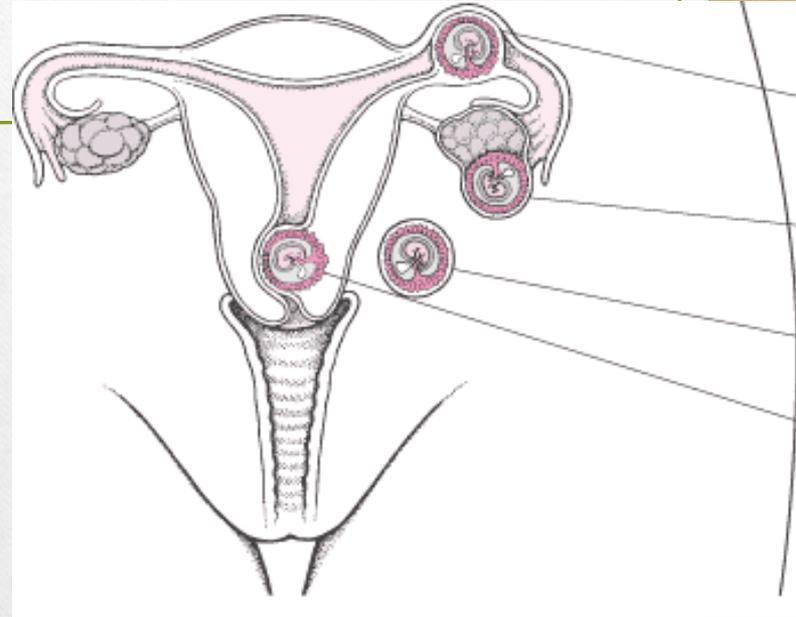


DEFINICION

Se considera embarazo ectópico a toda gestación en la que el huevo fecundado se implanta en un lugar distinto al habitual que corresponde a la cavidad uterina, incluyendo implantación uterina no habitual como cervical o cornual.

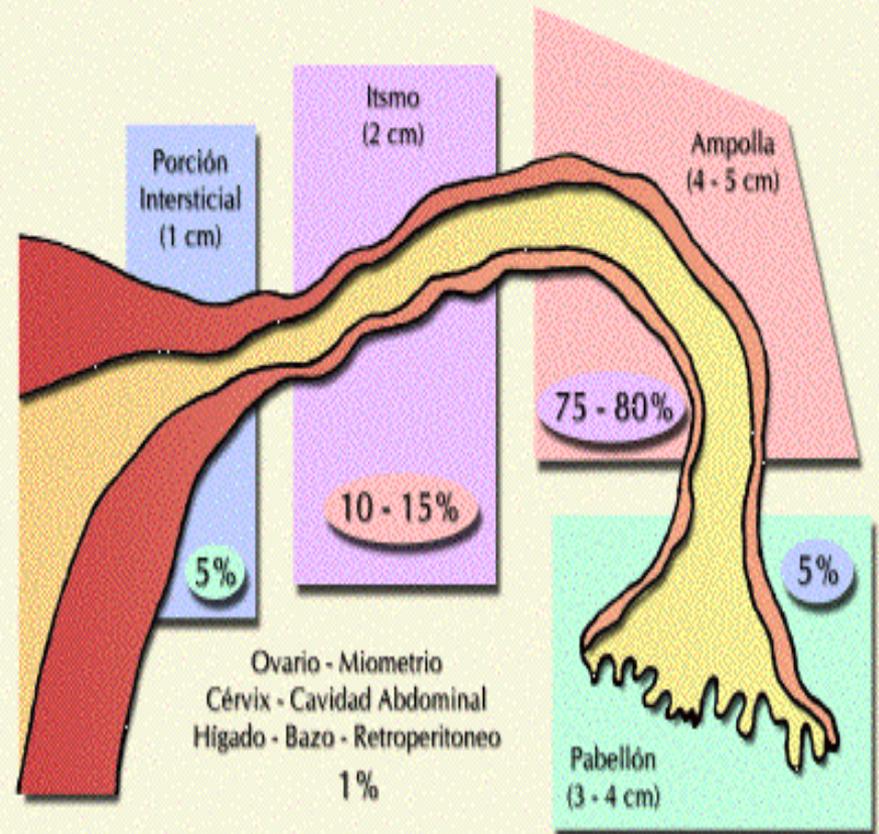
UBICACIÓN MAS FRECUENTE

- Trompa de Falopio 98.3%
- Cavidad abdominal 1.4%
- Uterino (cuerno-cérvix) 0.15%
- Ovárico 0.15%



UBICACIONES MAS FRECUENTES

- La porción ampular.
- La porción istmica.
- El infundíbulo.
- Intersticial.



FISIOPATOLOGÍA

- Demora en el transporte
- Defectos en el embrión
- Alteraciones hormonales

PATOLOGÍA

• :

- Trofoblasto penetra pared de trompas
- Respuesta desidual mínima en estroma
- Muerte prematura del producto
- Erosión de vasculatura

HISTORIA CLINICA

- Consulta por dolor pelvico uni o bilateral, puede acompañarse de amenorrea y sangrado vaginal irregular.
- En caso de Embarazo Ectopico roto puede haber :
Dolor irradiado al hombro, abdomen agudo, y signos de shock (hipotensión, taquicardia, palidez, lipotimia)

DIAGNOSTICO

- Anamnesis
- Características del dolor abdominal
- FUR
- Características de la FUR
- Tipo de Sangrado
- Síntomas acompañantes
- Factores de riesgo.

FACTORES PREDISPONENTES

Alto riesgo

- Cirugía tubaria.
- Esterilización.
- Embarazo ectópico previo.
- Uso de DIU.
- Patología Tubarica
- Reproducción asistida

MODERADO RIESGO

- Infertilidad.
- Infecciones genitales previas.
- Múltiples compañeros sexuales.

BAJO RIESGO

- Infección pélvica previa.
- Tabaquismo.

SINTOMAS EE

- (%) Pacientes
 - Dolor abdominal 90-100
 - Amenorrea 75-95
 - Hemorragia vaginal 50-80
 - Vértigo y mareo 20-35
 - Urgencia para defecar 5-15
 - Síntomas de embarazo 10-25
 - Eliminación de restos 5-10
 - tisulares
-

DR. DOUGLAS MARTI

SIGNOS EE

- (%) Pacientes
 - Hipersensibilidad anexial 75-90
 - Hipersensibilidad abdominal 80-95
 - Masa anexial * 50
 - Aumento de tamaño uterino 20-60
 - Cambios ortostáticos 10-15
 - Fiebre 5-10
-

* En el 20% de los casos se presenta en el lado opuesto al embarazo ectópico.

EXAMEN FISICO

- Toma de signos vitales. Descubrir signos de shock.
- Estado de conciencia.
- Estado abdominal.
- Evaluación Obstétrica:
 - Especulo: Evaluar sangrado, dilatación y abombamiento de fondo de saco.
 - Tacto Vaginal: Masa anexial, tamaño uterino y dolor a la palpación anexial.

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

- Amenaza de aborto.
- Hemorragia uterina disfuncional
- Apendicitis.
- Endometriosis
- Colitis
- Dismenorrea
- Tumor retorcido del ovario.
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Infección de vías urinarias y embarazo

MANEJO

- Ingreso
- Nada por boca
- Signos vitales cada 4 horas
- Via endovenosa permeable con soluciones isotónicas.
- Exámenes de laboratorio:
Tipeo Rh y Prueba Cruzada
Hemograma completo
Pruebas de coagulación

MANEJO

- Exámenes de Laboratorio
B-HCG cualitativa (aun sin amenorrea)
Pruebas hepáticas y renales si amerita
- Ultrasonografía pélvica:

SIGNOS DE EE EN LA ECOGRAFIA

- **Directo**

Presencia extrauterino de un saco ovular con trofoblasto y embrión con latido cardíaco.

- **Indirecto**

1. Ausencia de saco de gestación intrauterino
2. Signo del saco doble o pseudosaco
3. Colección líquida en el fondo de saco de Douglas con espículas
4. Masa pseudoquistica en la fosa iliaca

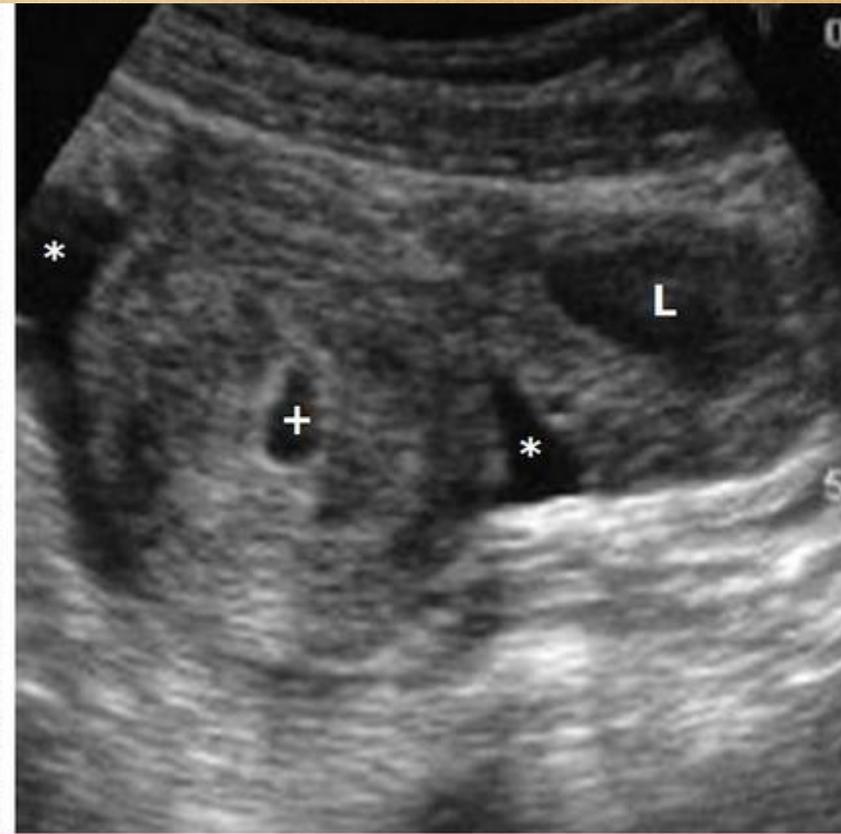
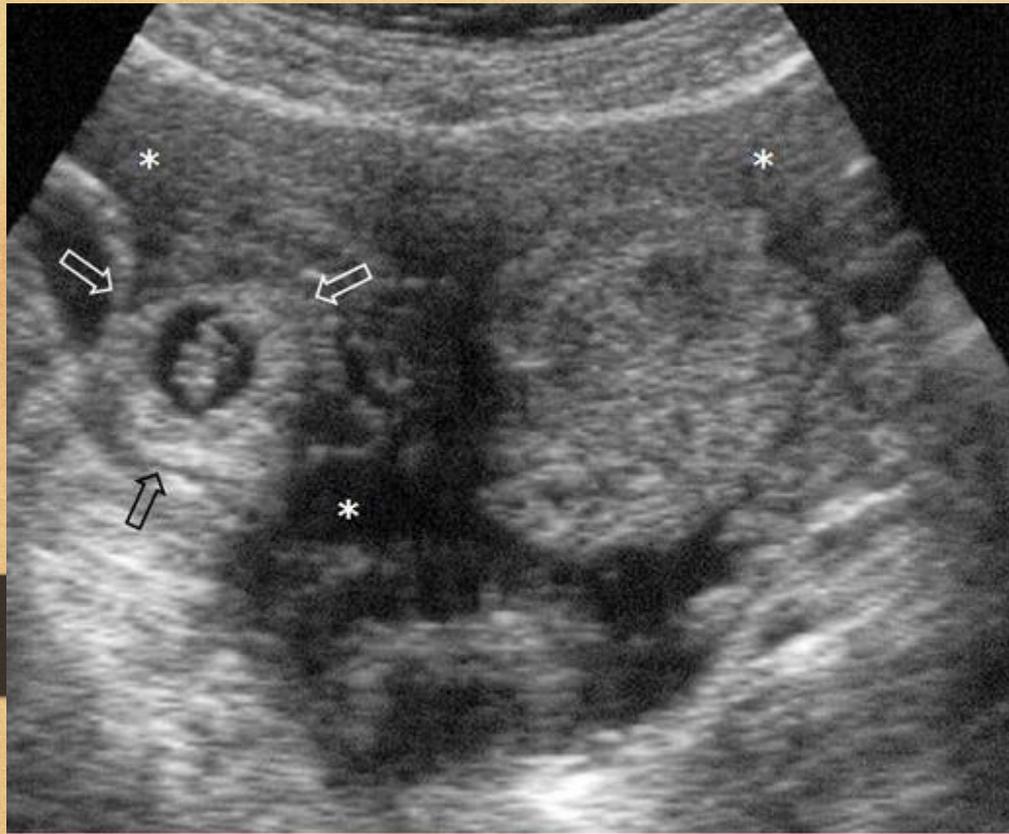


Fig. 17: Gestación ectópica tubárica rota. Anillo tubárico derecho (flechas huecas) con embrión vivo en su interior (especificidad del 100% de embarazo ectópico). Hemoperitoneo abundante (*), sobre todo regional. El útero presenta un pequeño seudosaco gestacional (+) en el centro de la luz endometrial. El ovario contralateral contiene un quiste lúteo (L), con una pared menos gruesa y ecogénica que la del saco gestacional ectópico.
References: Complejo Hospitalario de Ávila - Ávila/ES

MANEJO EE NO ROTO

MANEJO EXPECTANTE

Debe realizarse en III nivel de atención según los siguientes criterios:

- Paciente Hemodinamicamente estable
- Sangrado Leve, sin dolor o dolor leve
- Ausencia de hemoperitoneo
- B-HCG cuantitativa menor a 1500 mU/l
- USG: masa ectópica menor a 3.5 cms
- Consentimiento informado

METROTEXATE DOSIS

- Dosis seriada 1mg/Kg de peso días 1, 3 5 y 7. Midiendo los valores de B-HCG previo cumplimiento dosis siguiente, cuyo valor debe descender 15%.
- Dosis Única: 50mg/m² de S.C. IM dosis única, medir niveles de B-HCG los días 4 y 7, Su valor debe descender al menos 15%

CONTRAINDICACIONES

- Absolutas: Nefropatía, hepatopatía, inmunodeficiencias, úlcera péptica, discrasias sanguíneas, neumopatías activas, alcoholismo.
- Relativas: Saco gestacional mayor de 4 cms

Antes de usarlo tomar pruebas de función hepática y renales.

-
- Si no desciende el valor de B-HCG después de dosis de MTX:

Una segunda dosis si no hay contraindicación o tratamiento quirúrgico.

AL DAR ALTA

- Solicitar B-HCG cada semana hasta que se negativice.
- Consejería sobre PF
- Intervalo intergenesico

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE EE NO ROTO

- Via Laparotomia o Videolaparoscopia

- Cumple con los criterios de:

No signos de ruptura

No candidata a manejo farmacológico

Fracaso tratamiento farmacológico

Paciente desiste de tratamiento farmacológico.

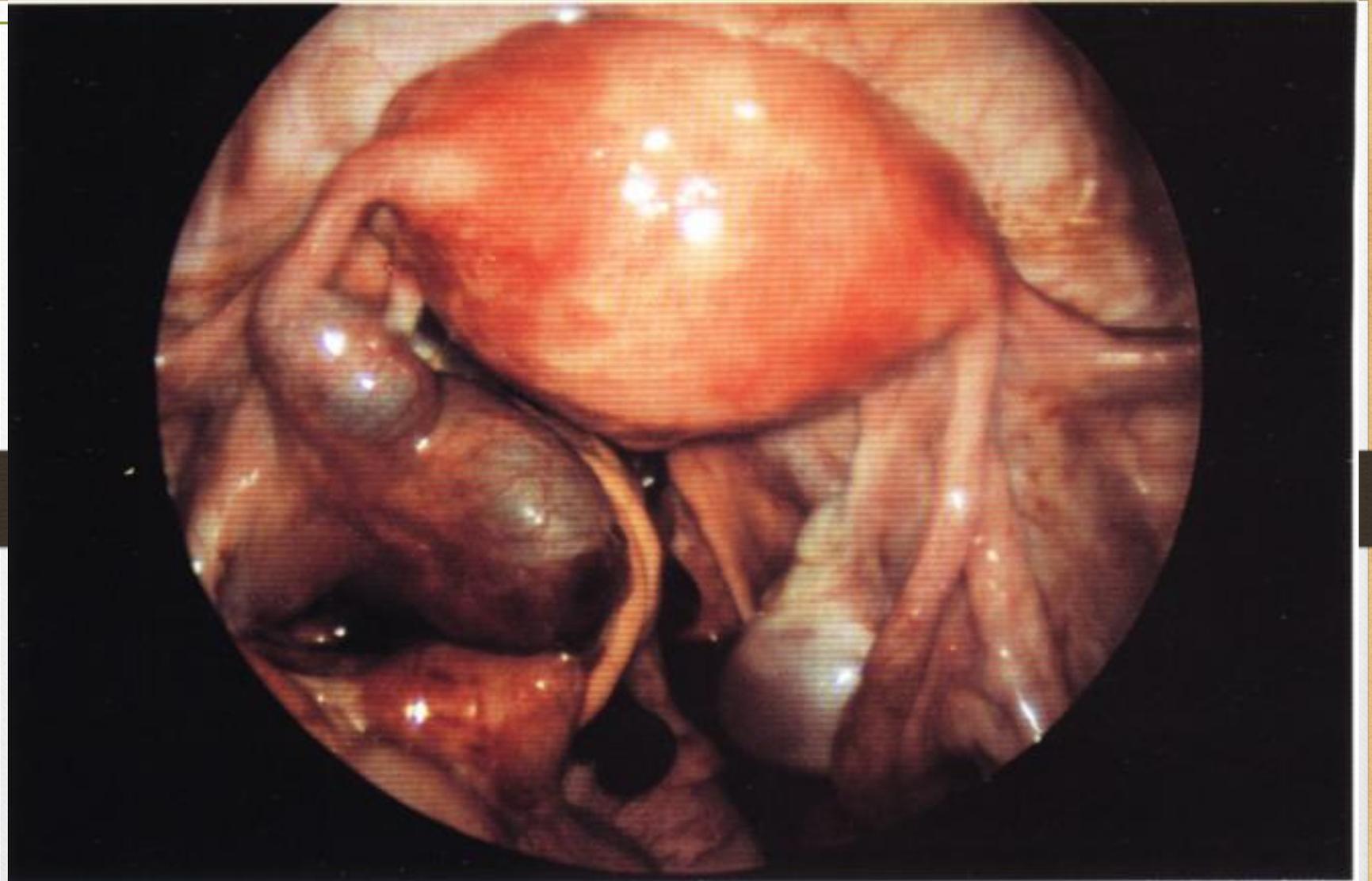
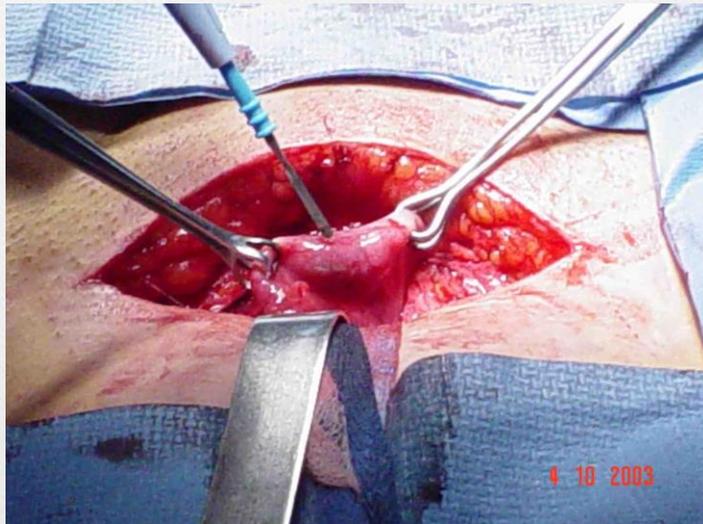


Figura 33. Laparoscopia en la que puede observarse un embarazo en la trompa izquierda a punto de romperse. Capítulo 8.

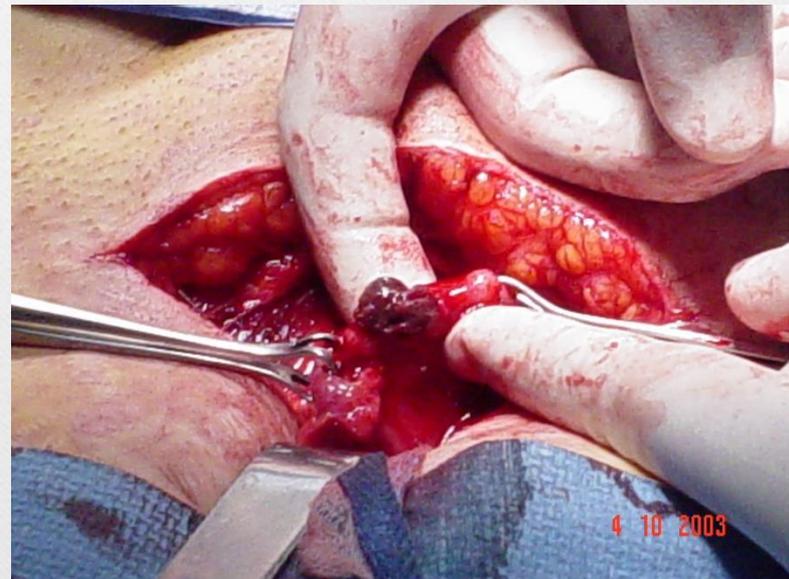
MANEJO QUIRURGICO

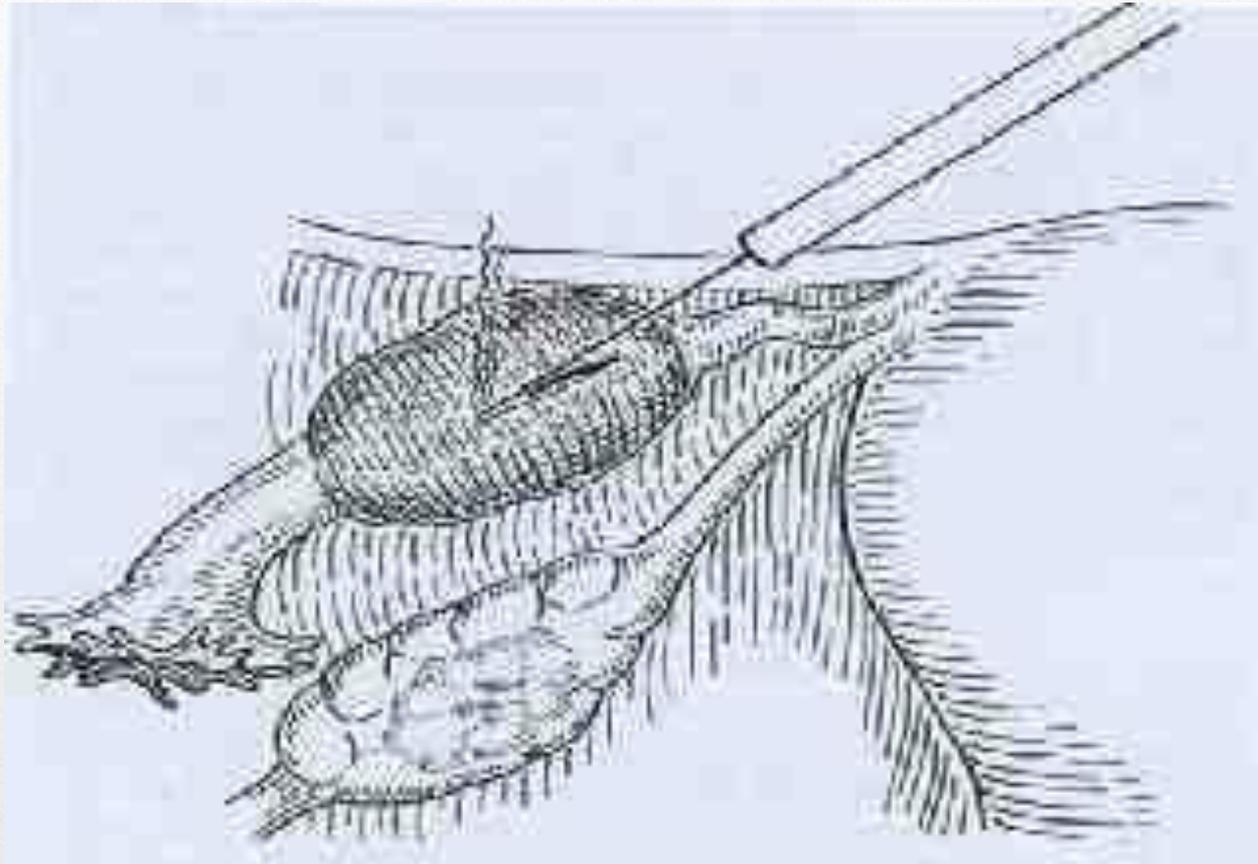
- Conservador: Salpingostomia o Salpingotomia
- Radical: Salpinguectomia

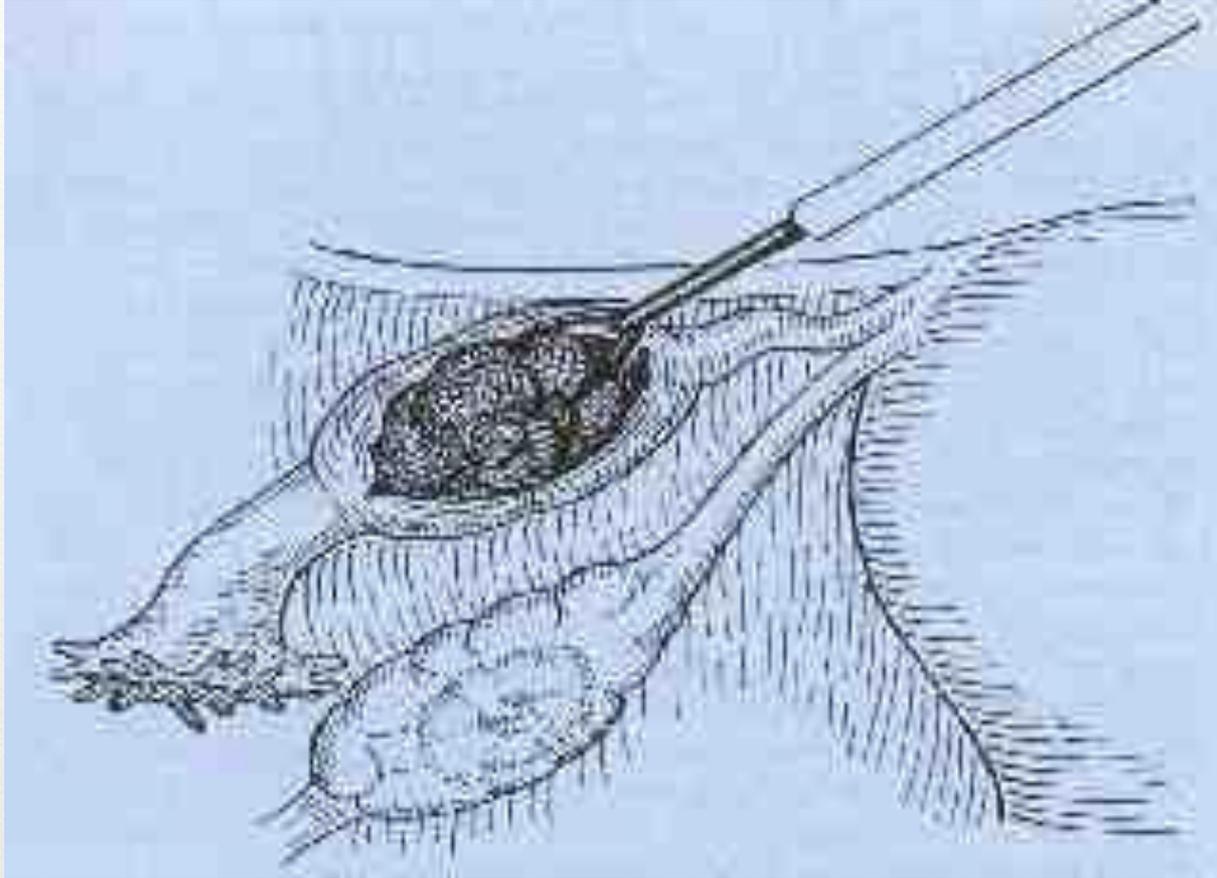
Identificación de EE No Roto



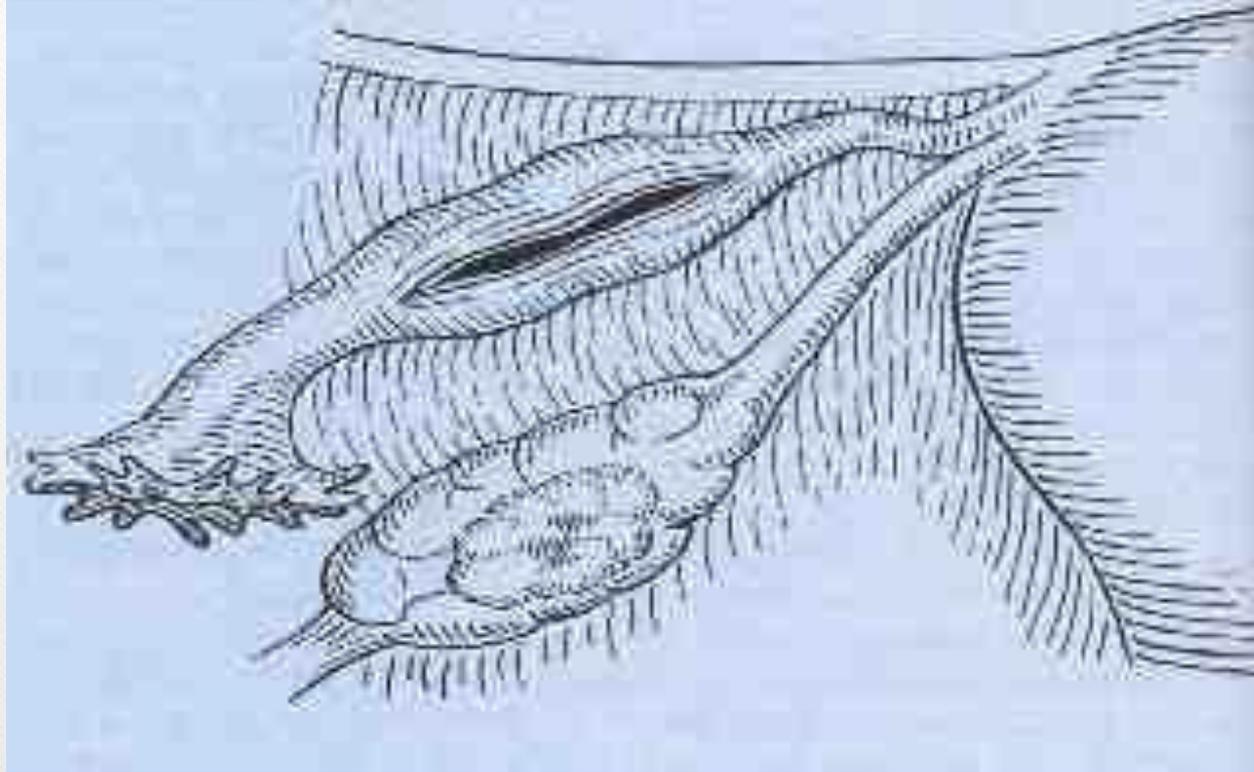
Salpingostomia







DR. DOUGLAS MARTI



DR. DOUGLAS MARTI



Fig. 11.20 Espina externa: partus: marcada con una línea discontinua el área de la incisión.

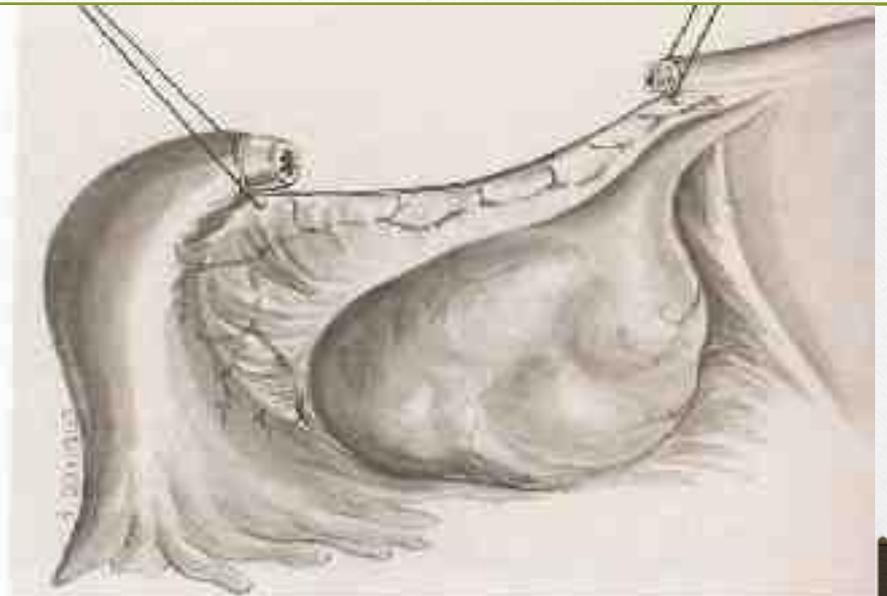


Fig. 11.21 Sargingestoría por el ligadura de los cuernos tubáricos tra-
estipación del segmento tubárico con contenido embriónico.



DR. DOUGLAS MARTI



MANEJO EE ROTO

- Ingreso
- Nada por boca
- Signos vitales cada 15 min
- Dos vías venosas permeables
- Restitución de líquidos según condición de la paciente

MANEJO

Exámenes de laboratorio:

Tiempo Rh y Prueba cruzada

Hemograma completo

Pruebas de coagulación

B-HCG cualitativa aun sin amenorrea

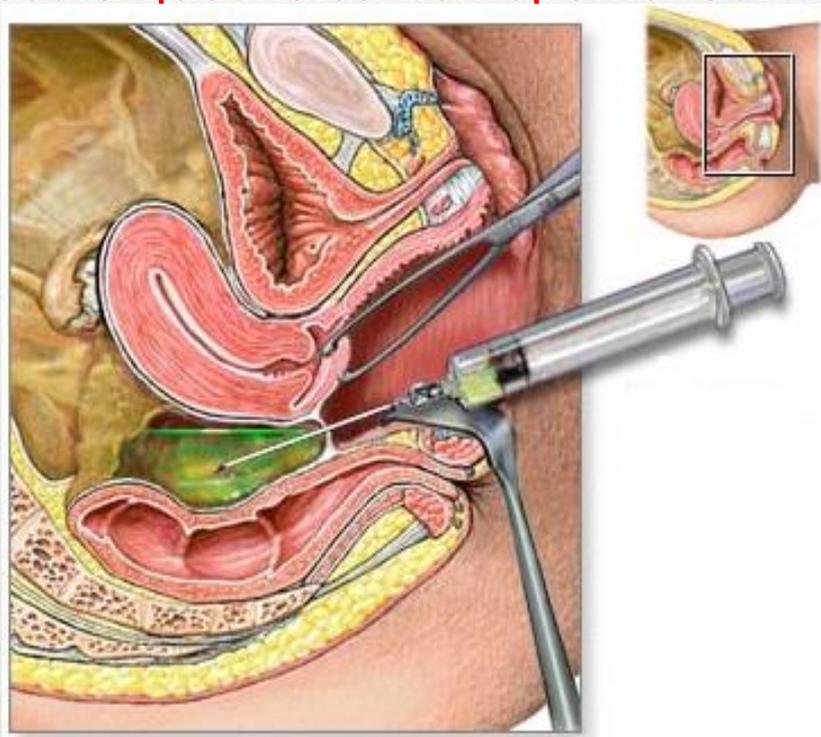
Ante la presencia de shock, iniciar manejo inmediato de código rojo.

MANEJO

- Si el estado de la paciente lo permite toma de USG pélvica
- Culdocentesis si no se cuenta con USG ni B-HCG cuantitativa

CULDOCENTESIS

- Es la punción aspiración del contenido del fondo de saco de Douglas que se efectúa por vía vaginal, siendo POSITIVO cuando se aspira sangre oscura que indica hemoperitoneo.

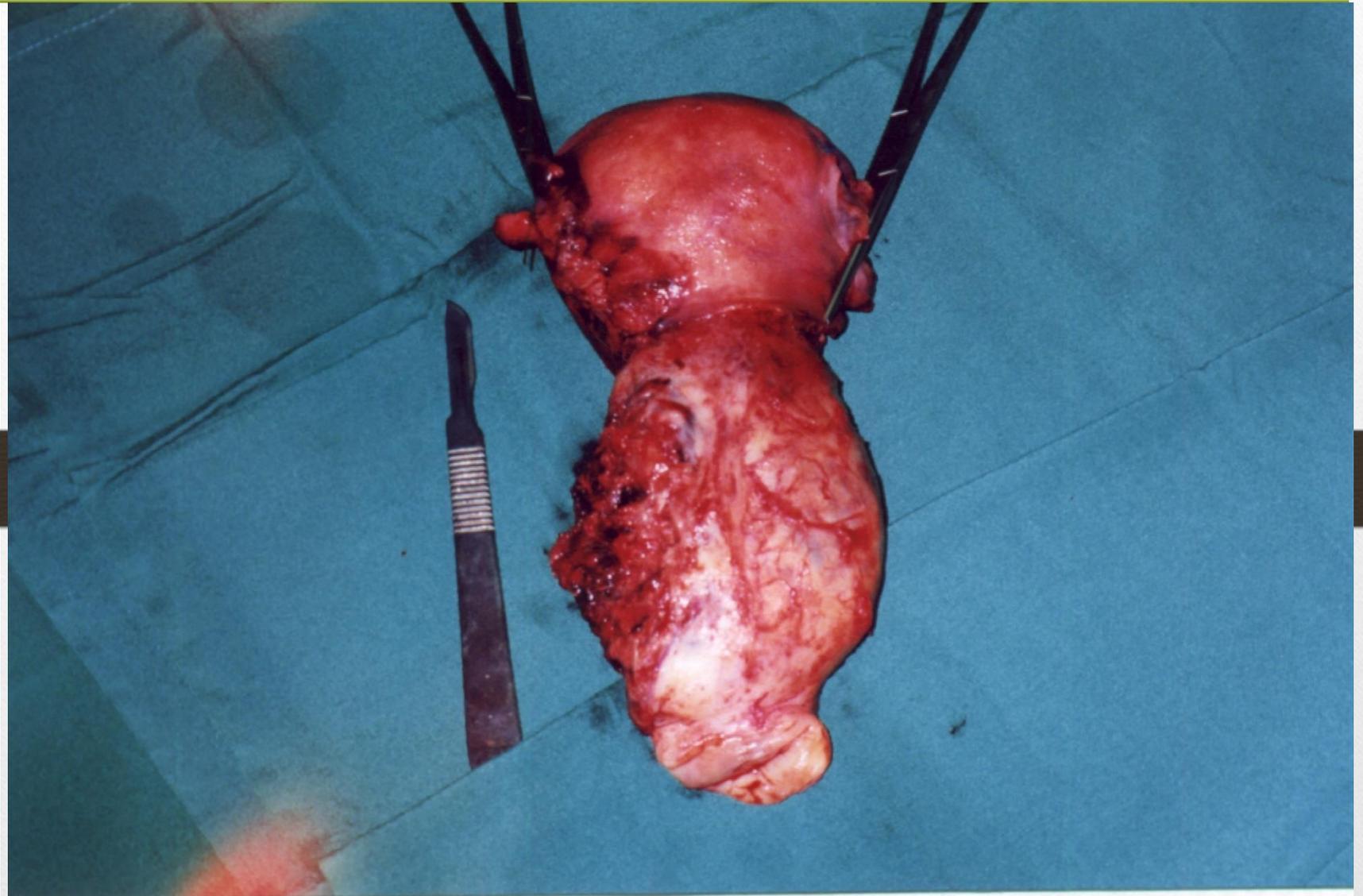


MANEJO QUIRURGICO

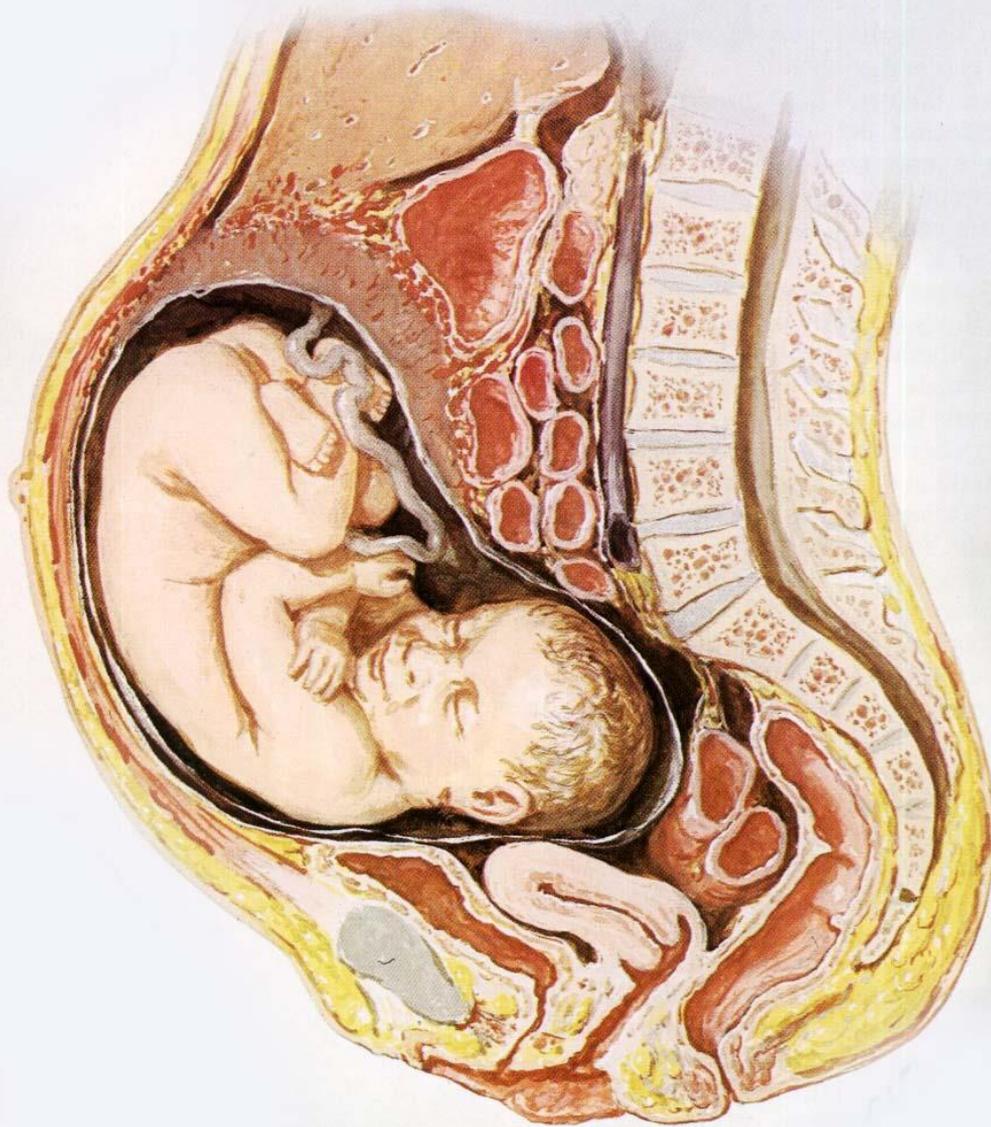
- Laparotomía Exploradora:
- Salpinguectomía o Salpingooforectomía (si se compromete ovario)
- Si hay paridad satisfecha y paciente lo desea puede realizarse esterilización quirúrgica contralateral.
- Si embarazo ovárico: ooforectomía total o parcial.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

- Embarazo cornual: Salpinguectomia + cuña cornual + reparo uterino o Histerectomia
- Embarazo Cervical: HAT
- Embarazo abdominal: Laparotomia con extracción del feto, Dejar placenta in situ. Y tratar a posteriori con MTX
- Embarazo Heterotopico:
- Tratamiento con la finalidad de preservar la viabilidad de embarazo intrauterino.



DR. DOUGLAS MARTI



DR. DOUGLAS MARTI

EXPERIENCIA EN EL HNZ

- En el período de estudio (1997- 2001) se reporta un embarazo ectópico por 238 partos.
- 15 casos en los extremos de la vida fértil (21%)
- 26 casos en nulíparas (36%)
- El motivo de consulta mas frecuente fue el dolor pélvico (74%).
- El 33% se desconoce amenorrea.
- El 75% se diagnóstica clínicamente como embarazo ectópico.

EXPERIENCIA EN EL HNZ

- El 26% se presenta hipotensa o en choque.
- El 64% se utiliza USG o HCG en sangre como método diagnóstico.
- El embarazo ectópico tubárico es el mas frecuente (95.8%).
- El 71% de los embarazos se encuentran rotos.
- La técnica quirúrgica mas utilizada es la salpingectomía.
- No se presento mortalidad materna.



DR. DOUGLAS MARTI

GRACIAS!!!

DR. DOUGLAS MARTI