

SEMINARIO DE TESIS

- I. NOMBRE DEL ALUMNO(A): ITZEL VALERIA ESPINOSA SARAUS

- II. CARRERA: MEDICINA HUMANA

- III. NOMBRE DE LA MATERIA: SEMINARIO DE TESIS

- IV. 8VO SEMESTRE

- V. TITULO DEL TEMA: EMBARAZO ECTOPICO

- VI. FECHA DE ENTREGA: 14- SEPTIEMBRE- 2020

INTRODUCCIÓN

El Embarazo Ectópico (E.E.) se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Se da exclusivamente en la especie humana y en los primates de experimentación. Representa una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna, en el primer trimestre del embarazo (alrededor del 10%).Mohamed Addi(**)

INDICE

EPIDEMIOLOGIA

FACTORES DE RIESGO

ETIOLOGIA

PRESENTACIÓN CLINICA

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

BIBLIOGRAFIA

EPIDEMIOLOGIA

El embarazo ectópico se produce al implantarse el blastocisto fuera de la cavidad endometrial, incluye embarazo tubario (98%), cervical, ovárico, intersticial, abdominal y en cicatriz de cesárea. Su frecuencia es aproximadamente un 2% de los embarazos, con una incidencia de 19 por 1000 embarazos y es responsable del 10% de la mortalidad materna.

Dr. Eliana Ruiz (CSA Head of Service)

FACTORES DE RIESGO

Antecedente de embarazo ectópico previo

Cirugía tubaria previa

Antecedente de enfermedad inflamatorio pélvica

Ligadura de trompas

Fertilización asistida

Uso de DIU

Tabaquismo

Edad mayor a 35 años

ETIOLOGÍA

Un embarazo ectópico ocurre cuando un óvulo fecundado no logra desplazarse con suficiente rapidez a lo largo de la trompa de Falopio hasta llegar al útero. Es posible que una infección o inflamación de la trompa obstruya parcial o totalmente su avance. La enfermedad inflamatoria pélvica, que puede estar provocada por una infección por gonorrea o clamidia, es una de las principales causas de la obstrucción de las trompas de Falopio.

PRESENTACIÓN CLINICA

- ✓ Amenorrea (de 6-10 semanas)
- ✓ Sangrado (oscuro o rojo)
- ✓ Dolor pélvico (uni o bilateral)
- ✓ Masa anexial palpable

Es importante un alto nivel de sospecha clínica, de esta patología, dado que solo el 50% de las pacientes acuden con la triada básica de: dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal.

Todos ellos en porcentaje variables (15), que puede o no ir acompañado de dolor de hombro, Blumberg +, inestabilidad hemodinámica, hasta el shock. Hay estudios que muestran EE asintomáticos en un 9%, solo estando presente amenorrea y/o spotting. Más aun, que se tiende a dar en pacientes jóvenes que compensan muy bien su hemodinámica, a veces con grandes hemoperitoneos, presentando solo leve taquicardia. También es frecuente su presentación atípica, confundiendo con síntomas gastrointestinales, urinarios, apendicitis, folículo roto sangrante, aborto espontáneo entre otros.

DIAGNOSTICO

Buscar signos de irritación peritoneal, como lo es Blumberg. Así como en tacto vaginal, el movilizar el cérvix provoque dolor severo, se debe pensar en hemoperitoneo. La visualización del cuello uterino, no ha sido de gran ayuda, buscando signos de embarazo.

El tacto vaginal, encontrando un útero blando y masa anexial, podría ser un elemento clínico de sospecha.

La ecografía transvaginal (eco TV) es lo primero que debemos realizar ante la sospecha de EE, ya que permite visualizar la cavidad uterina, anexos y fondo de saco posterior en forma clara, no así la transabdominal.

Cuando la ecoTV no es diagnóstica por sí sola, la cuantificación de β hCG es relevante. Valores entre 1.500 a 2.000 IU/L deben ir correlacionados con ver imagen intrauterina de saco gestacional.

TRATAMIENTO

El tratamiento médico tiene mayor éxito (70 a 96%) cuando se prescribe en aborto incompleto y con dosis altas de misoprostol 1 200 a 1400 µgr. Al parecer la vía de administración no modifica el éxito. No se ha probado diferencias entre el tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con aborto incompleto, muerte fetal temprana, en gestaciones menores de 71 días o diámetro de saco menor de 24 mm. El tratamiento médico para el manejo del aborto es considerado como una alternativa aceptable en casos seleccionados previo al tratamiento quirúrgico.

En embarazos menores de 7 semanas el régimen de Mefepristona 600 mg y 48 horas posteriores 800 µgr

Misoprostol oral es efectivo para el aborto médico.

En mujeres con embarazos mayores de 9 semanas el régimen de Mefepristona 200 mg oral y Misoprostol.

800 µgr vaginal está asociado a decremento en la tasa de continuación del embarazo, tiempo de expulsión, efectos secundarios, legrado complementario y disminución del costo.

El régimen de metotrexate y misoprostol es apropiado para manejo del aborto sólo en embarazos mayores de 9 semanas. Debiendo esperar en promedio 4 semanas para lograr aborto completo.

Existe evidencia que la administración de misoprostol es seguro y efectivo vía oral o vaginal y puede ser administrado domiciliariamente por la misma paciente.

BIBLIOGRAFIA

Chung K, Condous G, Goldstein S, Hajenius PJ et al. Pregnancy of unknown location: a consensus statement of nomenclature, definitions, and outcome. *Fertil Steril* 2011; 95:857 – 866.

20. Barnhart KT, Fay CA, Suescum M, et al. Clinical factor affecting the accuracy of ultrasonography in symptomatic first-trimester pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2011;117 (2 pt 1):299-306.

Murray H. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *AU. CMAJ.* 2005;173(8):905.

Ma. Antonia Basavilvazo. (2019). Diagnostico y tratamiento de embarazo tubarico. En *Guía de práctica clínica (37)*. C.D MEXICO: centro nacional de excelencia tecnológica en salud.