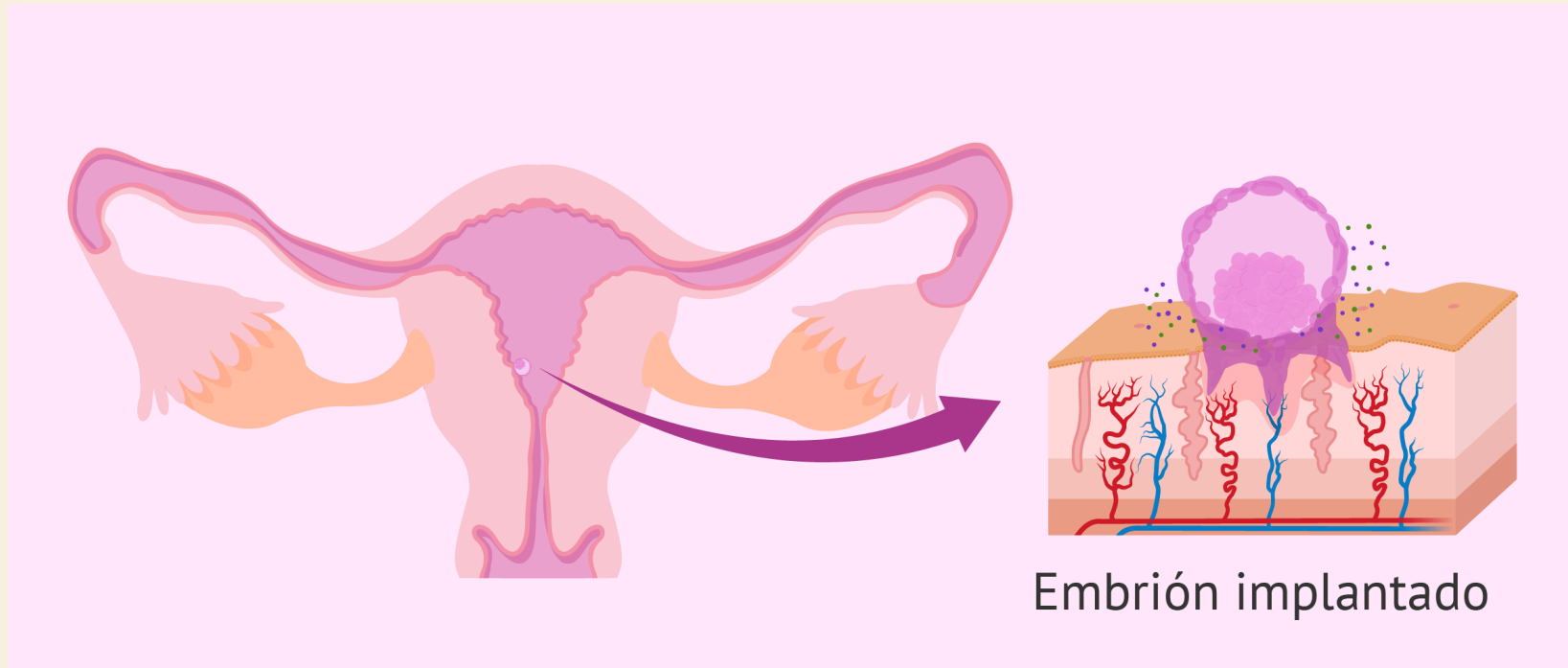


EMBARAZO ECTOPICO

LAURA DILERY CRUZ DÍAZ

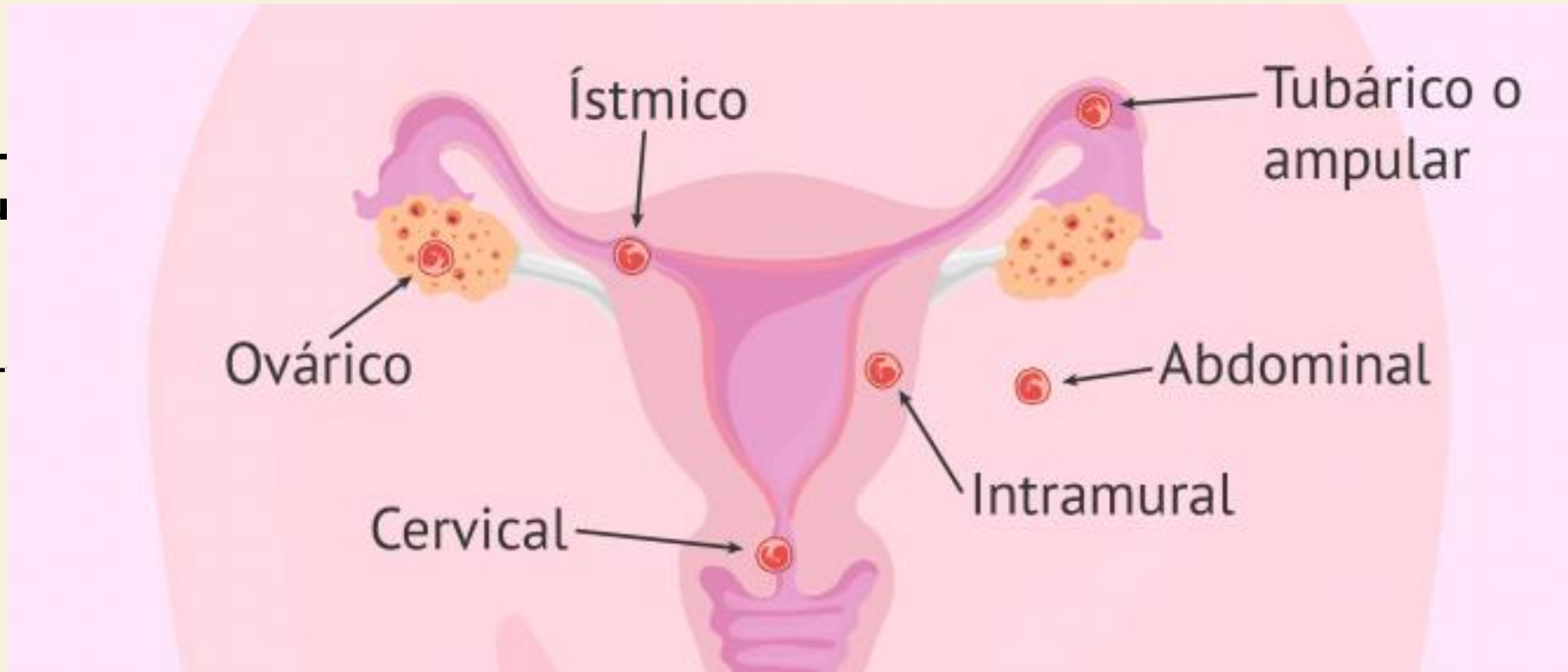
INTRODUCCIÓN

- Después de la fecundación y el tránsito de las trompas de Falopio, lo normal es que el blastocito se implante en la pared endometrial de la cavidad uterina.



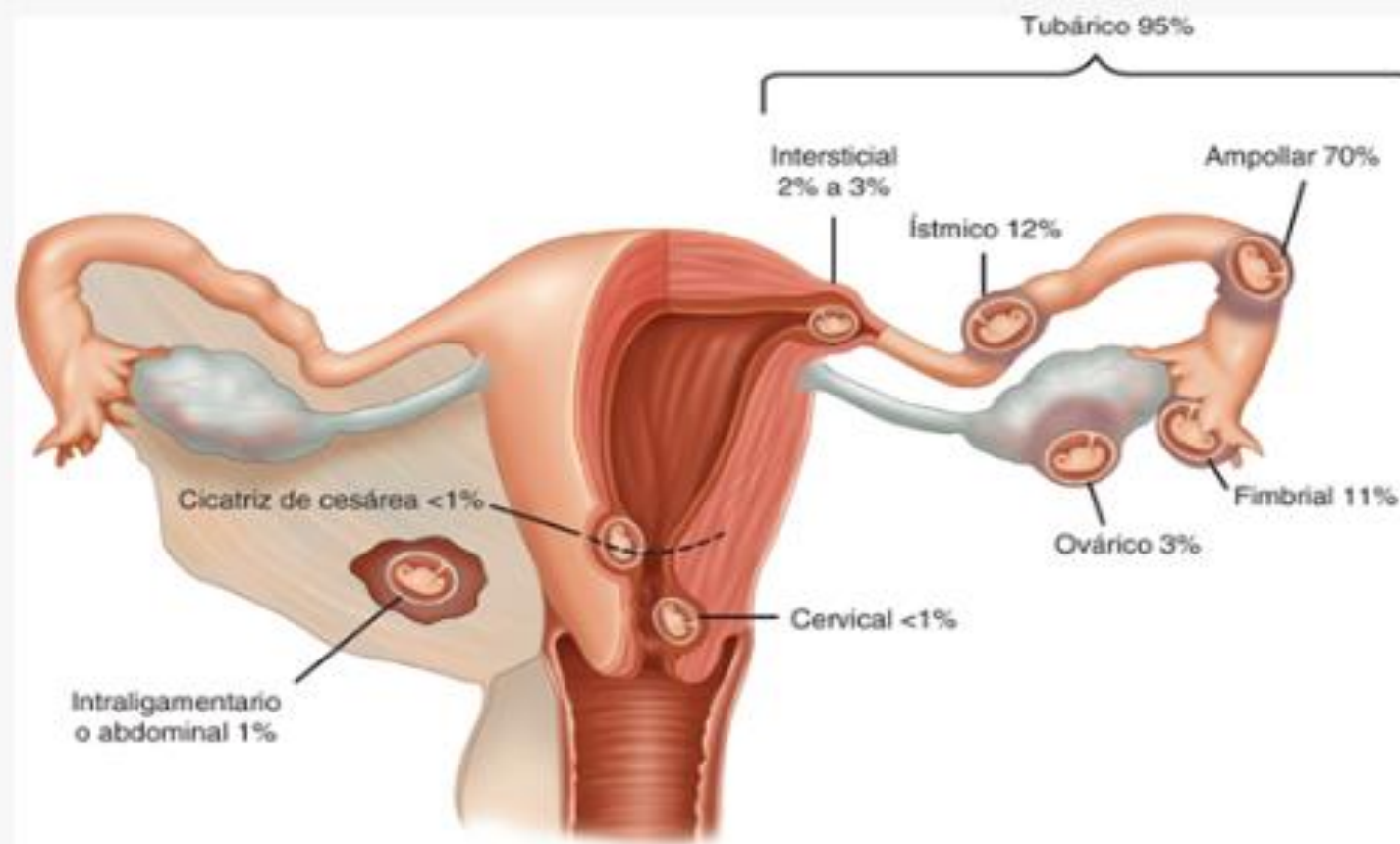
EMBARAZO ECTÓPICO

- L
- u
- L



ad
ana).

- Casi 95% de los embarazos ectópicos se implanta en los diversos segmentos de la trompa de Falopio y dan lugar a embarazos fimbriales, ampollares, ístmicos o intersticiales



Fuente: F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield: *Williams. Obstetricia, 24e*: www.accessmedicina.com
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

EPIDEMIOLOGIA

- El EE constituye una verdadera emergencia médica, ya que puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente (96-98 %), provocando un sangramiento interno de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte.

ETIOLOGIA

Factores que incrementan especialmente el riesgo son:

- Embarazo ectópico previo (10 a 25% riesgo de recidivas)
- Antecedentes de enfermedad pelviana inflamatoria (especialmente debida a *Chlamydia trachomatis*)
- Cirugía abdominal previa o particularmente cirugía tubaria (incluida la ligadura de trompas)

OTROS FACTORES DE RIESGO...

- Uso de dispositivos intrauterinos (DIU)
- Múltiples compañeros sexuales
- Tabaquismo
- Aborto inducido previo



FISIOPATOLOGIA

El trofoblasto del EE, es similar al del embarazo normal y secreta hormona gonadotropina coriónica (HGC), con mantenimiento del cuerpo lúteo del embarazo que produce estrógenos y progesterona suficientes para inducir los cambios maternos de la primera fase del embarazo.

Las causas de esta implantación fuera del sitio normal pueden deberse a factores tubarios y ovulares que ocasionen:

- Retraso, desviación o imposibilidad de la migración del huevo.
- Anticipación de la capacidad de implantación del huevo.

CLASIFICACIÓN

Momento de

- Primitivos: l
- Secundarios: l
Generalmen

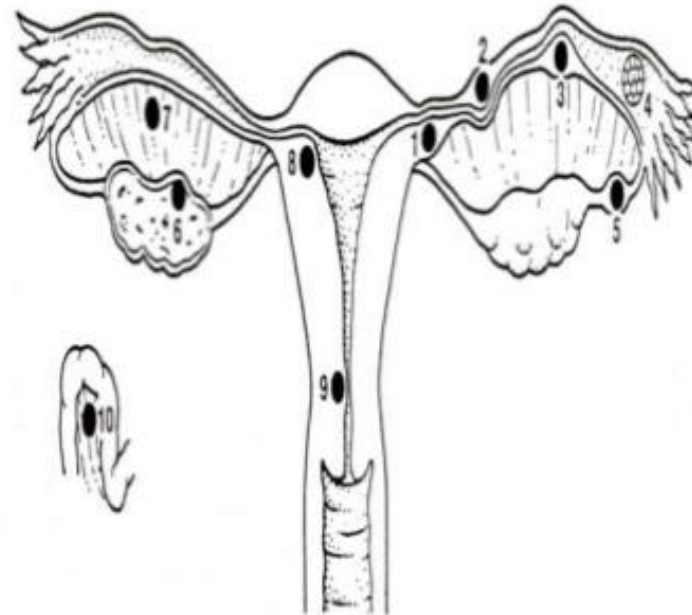
Según sitio de

- -Trompa, ov

CLASIFICACION

Por su ubicación:

1. Tubárica.
 - Intersticial o Intramural
 - Istmica
 - Ampular
 - Infundibular
2. Tubo-ovárica.
3. Cornual.
4. Ovárico.
5. Abdominal.
6. Cervical.
7. Intraligamentario



ca en otro sitio.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- A menudo, los primeros signos de advertencia de un embarazo ectópico son un ligero sangrado vaginal y dolor pélvico.
- Si el óvulo fecundado sigue creciendo en la trompa de Falopio, esto puede causar la ruptura de la trompa. Es probable que se produzca un sangrado intenso en el interior del abdomen.

DIAGNOSTICO

- Subunidad beta–cuantitativa de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG)
 - Ecografía pelviana
 - A veces laparoscopia
-
- Un embarazo ectópico roto es una emergencia quirúrgica porque causa hemorragia materna y riesgo de muerte; el diagnóstico rápido es esencial.

TRATAMIENTO

- Extirpación quirúrgica (en general)
- Metotrexato para los embarazos ectópicos pequeños y no rotos

La salpingectomía está indicada en cualquiera de los siguientes casos:

- El embarazo ectópico se ha roto.
- El embarazo ectópico está en el segmento distal ciego en mujeres que han tenido una salpingectomía parcial previa.
- La trompa uterina ha sido reconstruida.
- La hemorragia continúa después de la salpingotomía.

Metotrexato

Las mujeres pueden recibir una dosis única de metotrexato 50 mg/m² IM si todos los siguientes están presentes:

Los embarazos tubáricos no rotos tienen < 3 cm de diámetro.

No se detecta actividad cardíaca fetal.

El nivel de beta-hCG es < 5.000 mUI/mL idealmente