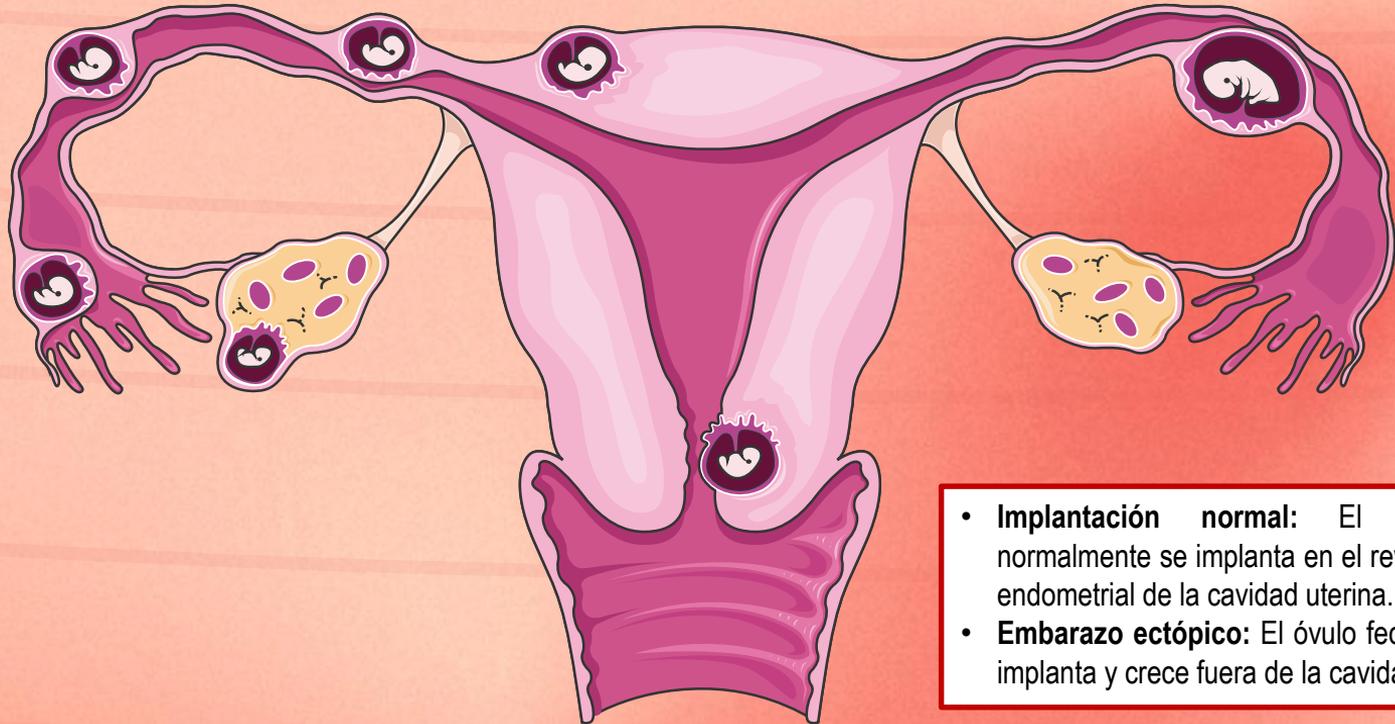


# EMBARAZO ECTÓPICO



- **Implantación normal:** El blastocisto normalmente se implanta en el revestimiento endometrial de la cavidad uterina.
- **Embarazo ectópico:** El óvulo fecundado se implanta y crece fuera de la cavidad uterina.

**FACTORES DE RIESGO:** Todo aquello que retrase el transporte del ovulo hacia la cavidad endometrial.



**S** er portadora de DIU

**T** abaquismo

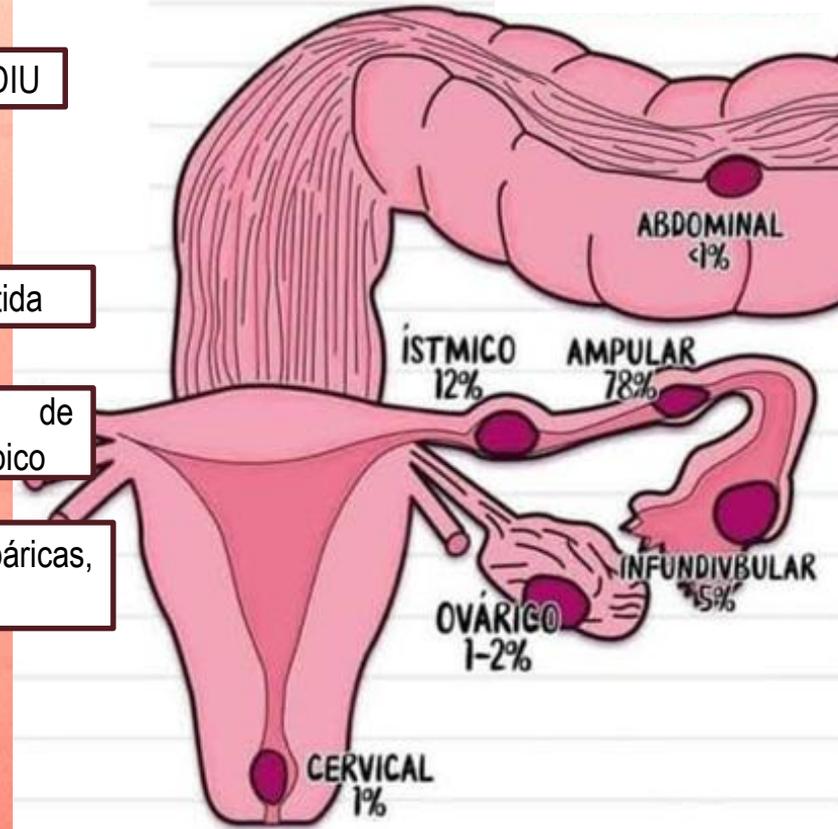
**R** eproducción asistida

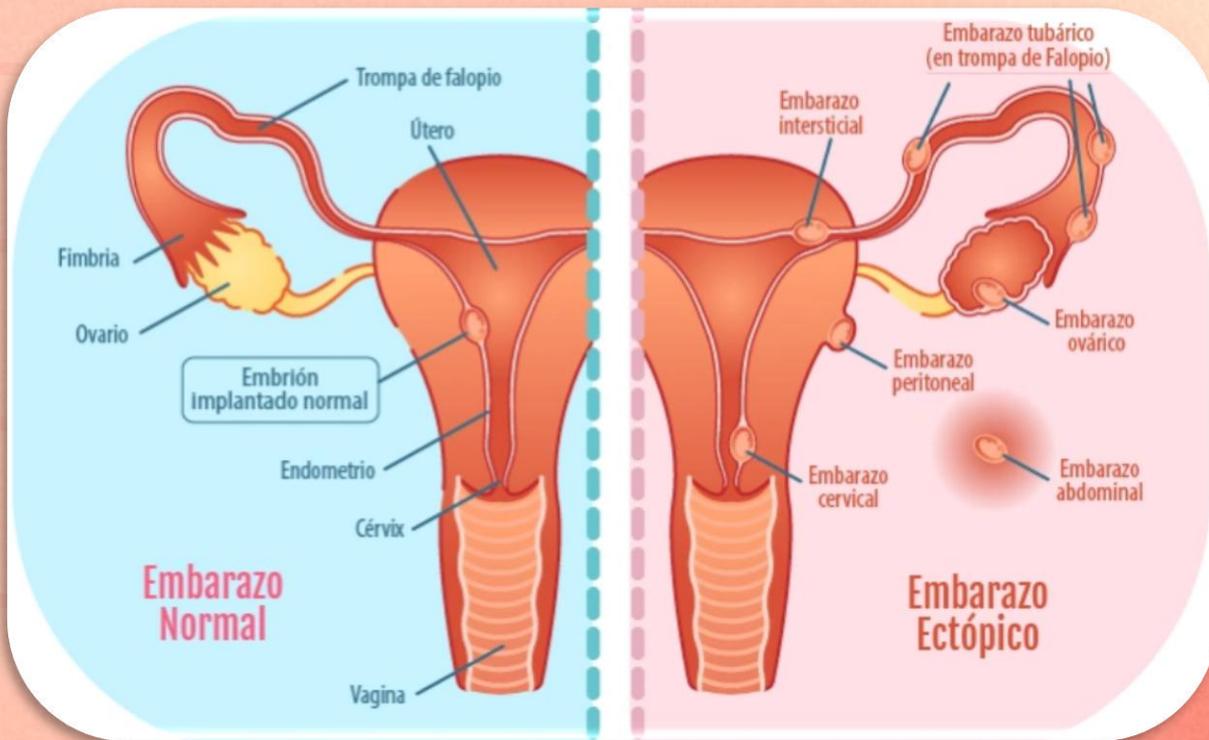
**AN** tecedente de embarazo ectópico

Ciru **G** ías previas (tubáricas, abdominales)

**E** pi

## LOCALIZACIÓN





**Agudo:** Nivel sérico elevado de  $\beta$ hCG y un crecimiento rápido; mayor riesgo de rotura tubárica.

**Crónico:** El trofoblasto anormal muere temprano, niveles de  $\beta$ -hCG sérica negativos o bajos. Típicamente se rompen tarde o no lo hacen, comúnmente forman una masa pélvica compleja que a menudo es la razón que provoca la cirugía de diagnóstico.

Trompa de Falopio  
↓  
Deficit de capa submucosa



Cigoto dentro de la musculatura invadida por trofoblasto.  
↓  
Embrión o feto ausente o atrofiado.



Embarazo ectópico  
↓  
Rotura tubárica, aborto o falla de embarazo.



**Desgarro de las vías de las trompas de falopio.**



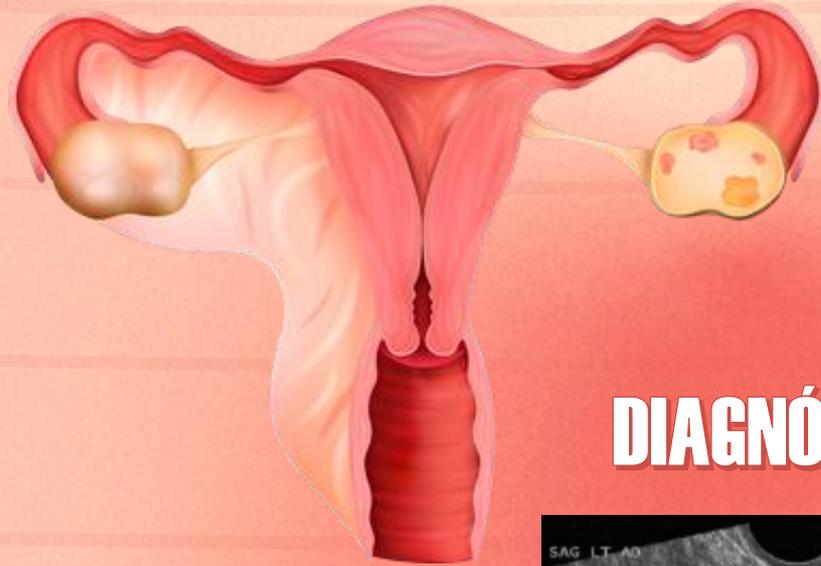
Sangre acumulada en el fondo del saco de Douglas.

Dolor pélvico



Amenorrea

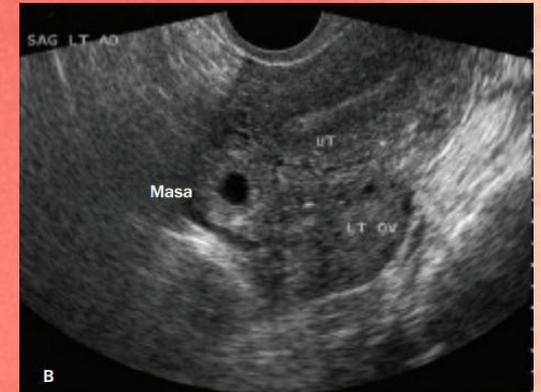
CUADRO CLÍNICO



DIAGNÓSTICO

sangrado transvaginal

- Clínica
- Fracción de  $\beta$ -hGC positiva: **>3 510 mIU/mL**
- US transvaginal (útero vacío)
- Laparoscopia: Diagnóstico + terapia operativa definitiva.



# TRATAMIENTO

## Expectante

Paciente estable, B-hGC <1000 y masa <2cm



## Paciente estable, NO candidato a metotrexato

### Laparoscopia

**Lapartomía urgente:** Paciente con inestabilidad hemodinámica

**Salpingostomía:** eliminar un pequeño embarazo sin rotura.

**Salpingectomía:** Para minimizar la rara recurrencia del embarazo en el muñón tubárico, se recomienda la extirpación completa de la trompa de Falopio.

## Metotrexato

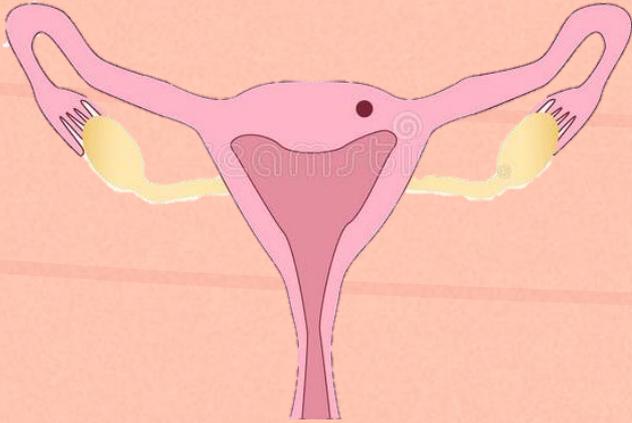
Paciente estable, B-hGC <3000 y masa <4cm



## Contraindicaciones Metotrexato

- Embarazo intrauterino
- Lactancia,
- Inmunodeficiencia
- Alcoholismo
- Nefropatía
- Hepatopatía
- Úlcera péptica.

# EMBARAZO INTERSTICIAL



**Definición:** Implantación dentro del segmento tubárico próximo que se encuentra dentro de la pared muscular uterina.



**Factor de riesgo:** Salpingectomía ipsilateral previa

**Clínica:** Amenorrea de 8-16 semanas

**Embarazo angular:** Implantación dentro de la cavidad endometrial, pero medial a la unión uterotubárica y al ligamento circular. Desplaza el ligamento circular hacia arriba y hacia afuera. **Pueden llegar a término, pero con un mayor riesgo de placentación anormal y sus consecuencias.**

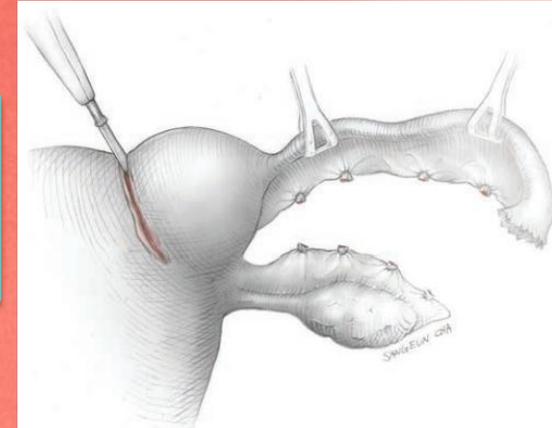


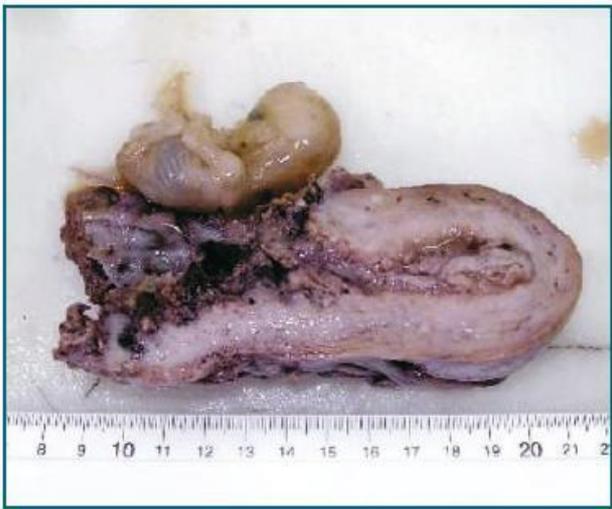
**Diagnóstico diferencial** → **Embarazos cornuales:** Concepción que se desarrolla en la trompa rudimentaria de un útero con una anomalía de Müller.

**Criterios:** Utero vacío, saco gestacional separado del endometrio y >1 cm alejado del borde más lateral de la cavidad uterina, y un manto miometrial delgado <5 mm alrededor del saco.



**Tratamiento:** Quirúrgico con resección cornual o cornuostomía se puede realizar mediante laparotomía o laparoscopia, según la estabilidad hemodinámica de la paciente





**Definición:** implantación dentro del miometrio de una cicatriz previa por cesárea.



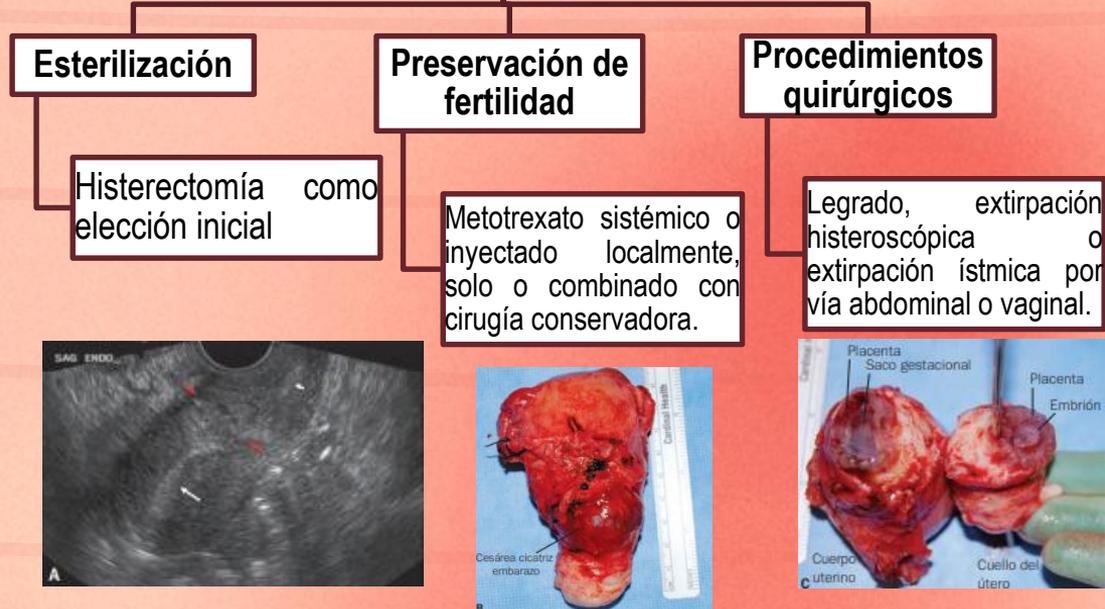
**Dificultad de diagnóstico:** Embarazo intrauterino cervicistémico y CSP.



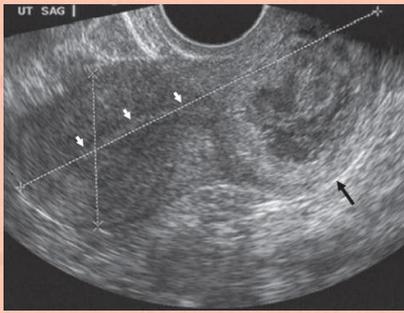
**Complicaciones a largo plazo:** Las malformaciones arteriovenosas uterinas.

**Cuadro clínico:** Dolor y el sangrado son comunes → Asintomáticas.  
**Diagnóstico:** Ecografía de rutina.

### TRATAMIENTO



# EMBARAZO CERVICAL



**Tratamiento** → **Objetivos:** minimizar la hemorragia, resolver el embarazo y preservar la fertilidad.

- **Médico/Quirúrgico:** mtx + quimioembolización (embolización de la arteria uterina)



**Diagnóstico:** Palpación, RM, ecografía 3D.



**Clínica:** Hemorragia masiva, cuello uterino distendido, fondo uterino ligeramente aumentado



**Definición:** Glándulas cervicales histológicamente opuestas al sitio de unión placentaria se encuentra debajo de la entrada de los vasos uterinos o por debajo del reflejo peritoneal en el útero anterior.

El endocérvix es erosionado por el trofoblasto y el embarazo se desarrolla en la pared fibrosa del cuello uterino.

# EMBARAZO ABDOMINAL

## Clínica

se pueden palpar las posiciones fetales anormales o se desplaza el cuello uterino.



## Diagnóstico

- **Ecografía:** Imprecisa, oligohidramnios inespecífico. El feto visto por separado del útero o colocado excéntricamente dentro de la pelvis; falta de miometrio entre el feto y la pared o vejiga abdominal anterior materna; tejido placentario extrauterino, o asas intestinales que rodean el saco gestacional.

→ **RM gold estándar.**

- Posible elevación de alfa-fetoproteína sérica materna



**Tratamiento** → depende de la edad gestacional

**Controlar la hemorragia y entrega del feto con evaluación placentaria.**



**Definición:** Implantación en la cavidad peritoneal exclusiva de implantes tubáricos, ováricos o intraligamentosos.

# EMBARAZO OVÁRICO



**Factores de riesgo: DIU**



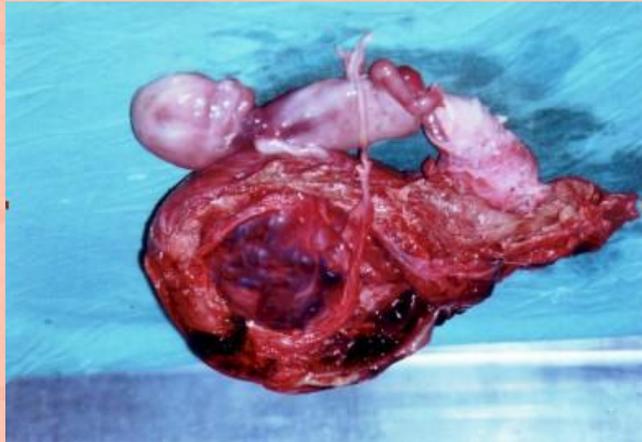
Monitorear los niveles de  $\beta$ -hCG para excluir el trofoblasto remanente.



**Ecografía trasvaginal:** un área anecoica interna está rodeada por un amplio anillo ecogénico que a su vez está rodeado por la corteza ovárica.



**Tratamiento quirúrgico:** Resección de cuña ovárica o cistectomía.



1. El tubo ipsilateral está intacto y es distinto del ovario
2. El embarazo ectópico ocupa el ovario
3. El embarazo ectópico está conectado por el ligamento utero-ovárico al útero
4. El tejido ovárico se puede detectar histológicamente en medio del tejido placentario