



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura

Medicina Humana

Materia

Ginecología y obstetricia.

Docente

Dr. Josué Vázquez Sumoza

Trabajo

Infografía de embarazo ectópico.

Estudiante

Kevin Jahir Kraul Borrallés

Grado y grupo

6 semestre

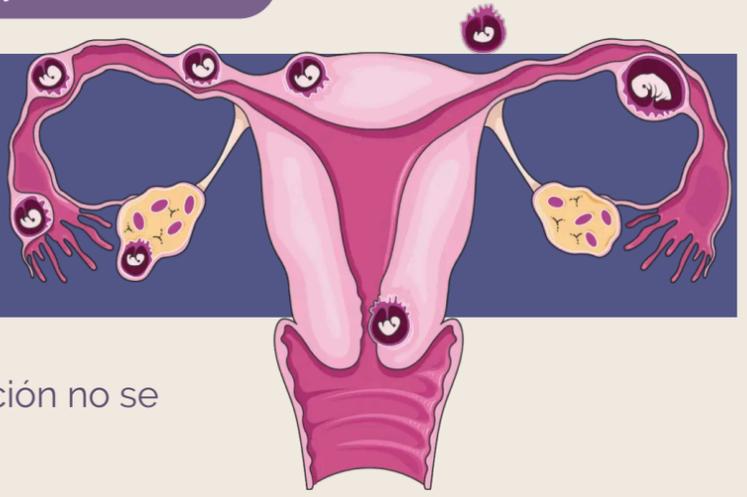
Grupo "A"

Parcial 3

Tapachula, Chiapas

29 de mayo de 2025

EMBARAZO ECTÓPICO



Gestación extrauterina, cuando la gestación no se localiza a nivel endocavitario.

PATOGENIA

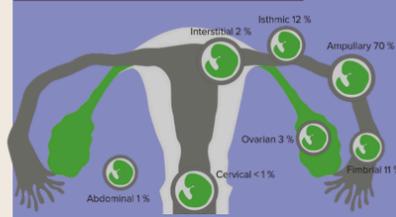
Las trompas de Falopio no poseen una capa submucosa, lo que permite que el óvulo atraviese el epitelio. A medida que el cigoto se implanta, el trofoblasto invade y prolifera, lo que puede resultar en una ruptura tubárica.

Diferencias clínicas:

Embarazo ectópico agudo: concentración alta de la B-HCG

Embarazo ectópico crónico: No progresa, hay trofoblastos anormales que mueren y hay disminución de la B-HCG

LOCALIZACIÓN



Embarazo tubárico 95%
La ampolla 70%
Istmo 12%
Fimbria 11%

Segmento intersticial.
Cervical.
Abdominal.
Ovárica.
Cicatriz de cesárea.

EMBARAZO HETEROTÓPICO

En la paciente embarazada, se observa una implantación endometrial "normal"; sin embargo, en la misma gestación se detecta un embarazo en otra localización, lo que indica un embarazo ectópico.

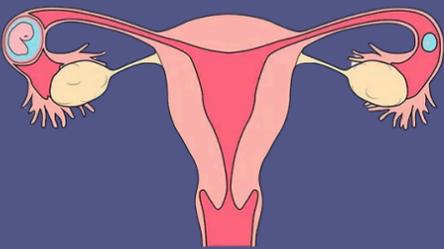


EVIDENCIAS CLÍNICAS

EPIDEMIOLOGÍA

El embarazo ectópico es la causa más frecuente de muerte materna durante el primer trimestre de gestación.

La tasa de mortalidad es de 1,8 fallecimientos cada 1.000 embarazos ectópicos.



FACTORES DE RIESGO

1. Embarazo ectópico previo 15%
2. Cirugía tubárica.
3. Infecciones (clamydia tracomatis)
4. Anormalidades anatómicas o daño a trompas
5. Fecundación in vitro (heterotopico)
6. DIU
7. Edad >35 años
8. Tabaquismo
9. Cirugías pélvicas



CLÍNICA

- Edad fértil
- Triada clásica
- Amenorrea
- Dolor pélvico
- Sangrado transvaginal
- Vértigo y síncope (hipovolemia en ectópico roto)



DIAGNÓSTICO

Interrogatorio:

- FUM
- Embarazos previos
- Semiología del dolor
- Técnicas de reproducción asistida



Niveles de B-HCG se aumenta cada 48 horas

Progesterona

Diagnóstico de certeza: USG con masa anexial + BHCG menor a 1000U

Diagnóstico por imagen:

1ra elección: Ultrasonido transvaginal.

- Útero vacío 67%
- Líquido libre en fondo de saco 62%
- Sangrado transvsginal 51%



Patrón endometrial:

Sign de bagel o del anillo o de la dona (vpp 95%) - Anillo de fuego-

- Enfermedad trofoblástica gestacional.
- Pérdida temprana del embarazo.
- Amenaza de aborto.
- Causas no obstétricas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TRATAMIENTO

Hemodinámicamente estable.

Bhcg <2000 u/i

Saco gestacional <3,5

- **Tratamiento médico.**

Metotrexato 50mg/m² superficie corporal IM (50mg x 1.72 m² = 86mg).

2 dosis

Metotrexato 50mg/m² día 1

Metotrexato 50mg/m² día 4

+

Ácido fólico

- **Tratamiento quirúrgico**

Inestabilidad hemodinamica

Producto vivo >2000g

Saco gestacional >35mm

Falla al tratamiento

Localización atípica

- **Laparoscopia**

Salpingostomía (Se retira la parte afectada)

Salpingectomía (se retira un segmento de la trompa.



Bibliografía:

