

Embarazo Ectópico

Generalidades



Dra. Tania Graciela Tamayo Lien

EMBARAZO ECTÓPICO

GRAVE ABERRACIÓN DEL PROCESO REPRODUCTIVO, QUE SIGNIFICA LA IMPLANTACIÓN DEL HUEVO FECUNDADO FUERA DE LA CAVIDAD ENDOMETRIAL

EL TÉRMINO ECTÓPICO NO ES SINÓNIMO DE EMBARAZO EXTRAUTERINO

CONSTITUYE UN PELIGRO REAL DE MUERTE PARA MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

EPIDEMIOLOGÍA

REPRESENTA LA PRIMERA CAUSA DE MUERTE MATERNA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN LOS PAISES INDUSTRIALIZADOS

10 % DE LA MORTALIDAD MATERNA TOTAL

FRECUENCIA

SE HA DUPLICADO O TRIPLICADO
EN LA MAYORÍA DE LOS PAISES
INDUSTRIALIZADOS DURANTE
LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS.

Razones aparentes para el aumento de la incidencia del embarazo ectópico

- **Incremento continuo de los factores de riesgo**
- **Hay un mayor diagnóstico de embarazos ectópicos por el uso de métodos diagnósticos más sensibles y específicos**
- **La utilización creciente de técnicas de reproducción asistida**

FACTORES DE RIESGO :

- **CON CAUSALIDAD CONFIRMADA**

- INFECCIÓN PÉLVICA ALTA (ITS) CHLAMYDIA TRASHOMATIS
- TABAQUISMO - CIRUGÍA TUBÁRICA - ANTECEDENTES DE EE
- INDUCCIÓN DE LA OVULACIÓN CON CLOMIFENO

- **CON CAUSALIDAD DISCUTIDA**

- DUCHAS VAGINALES - ANTECEDENTES DE APENDICECTOMÍA
- EDAD 35 AÑOS - ABORTOS A REPETICIÓN
- ANTECEDENTES DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

OTROS FACTORES DE RIESGO

- DIFUSIÓN DE LOS ANTICONCEPTIVOS (DIU Y PROGESTÁGENOS)**
- ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA INCOMPLETA**
- TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA**
- EXPOSICIÓN AL DIETILETILBESTROL**
- ADHERENCIAS PÉLVICAS (ENDOMETRIOSIS)**
- ANOMALIAS DEL CARIOTIPO(EN ESTUDIO)**
- MALFORMACIONES GENITALES**
- TUBERCULOSIS GENITAL**

DIAGNÓSTICO



PENSAR EN ÉL

CUADRO CLÍNICO

- Dolor en bajo vientre
- Sangrado irregular
- Retraso menstrual

➤ **Signo de Eisenstädter:** Dolor al elevar útero que está rechazado al lado contrario de la tumoración

dolorosa

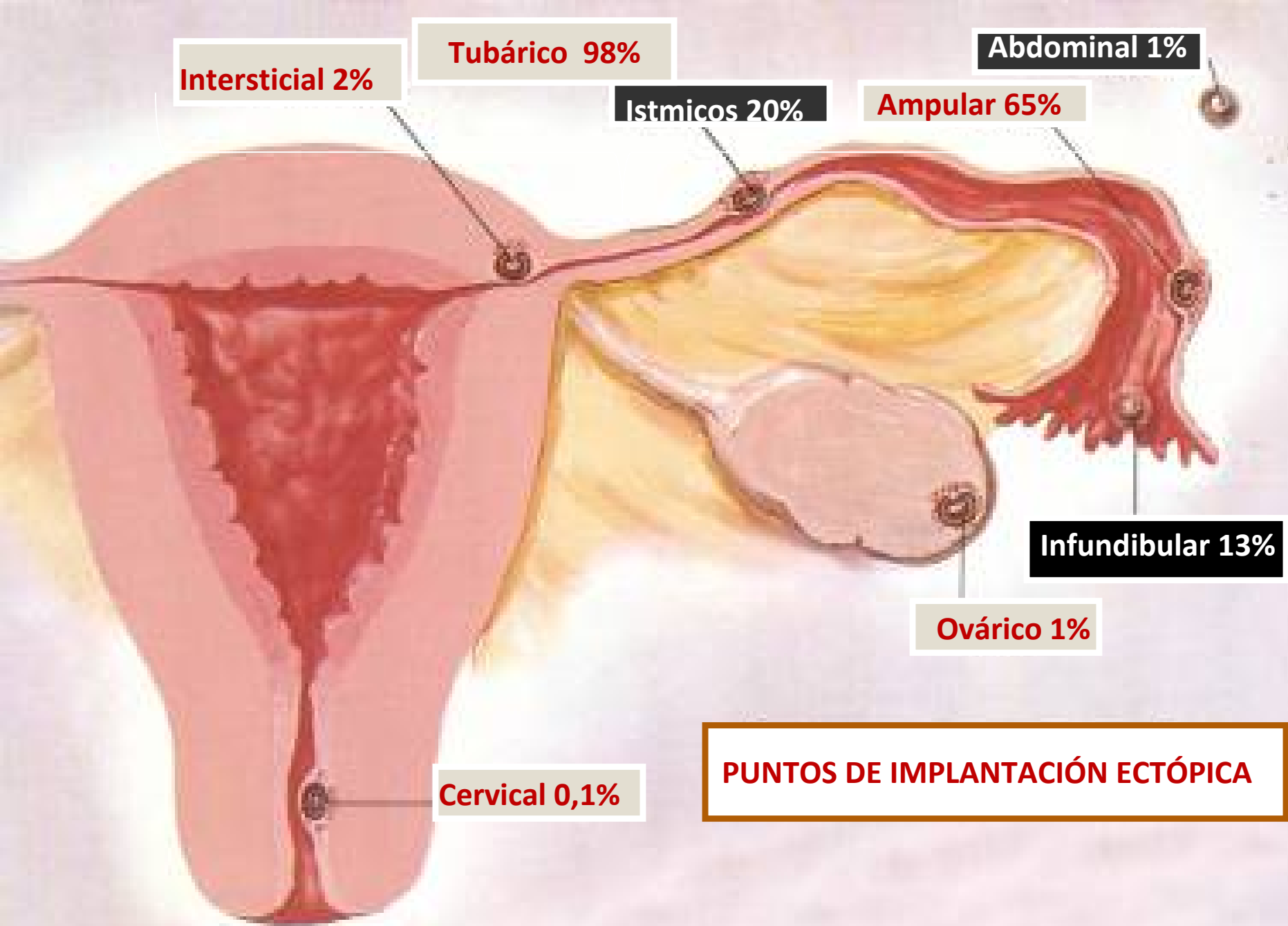
➤ **Signo de Hofstätter-Cullen-Hellendall:** Cianosis periumbilical

➤ **Signo de Kustallov:** Manos y plantas de pies azafranados

➤ **Burkaib:** 1923. Tenesmo vesical y rectal

➤ **Signo de Lifhendal:** El dolor y la matidez migran con el cambio postural

- **Signo de Glässer:** Tumorción sésil yuxtaterina
 - **Signo de Simon- Ruge:** útero verticalizado en el cornual
 - **Signo de Laffont o del frénico:** Dolor en hombro derecho y región escapular
-
- **Anisocoria:** Midriasis unilateral por irritación del simpático
 - **Signo de Proust:** Dolor en el fondo de saco de Douglas



Intersticial 2%

Tubárico 98%

Abdominal 1%

Istmicos 20%

Ampular 65%

Infundibular 13%

Ovárico 1%

Cervical 0,1%

PUNTOS DE IMPLANTACIÓN ECTÓPICA

SITIOS DE IMPLANTACIÓN

Tubárico 97 - 98%

❖ **Ampular 65 - 86 %**

❖ **Ístmico 20 - 30%**

❖ **Intersticial o cornual: 2- 4%**

❖ **Fímbrico 5 - 13%**

LOCALIZACIONES MENOS FRECUENTES

EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL

EMBARAZO HETEROTÓPICO

EMBARAZO CERVICAL (0.2%)

EMBARAZO OVÁRICO (0.5%)

EMBARAZO ABDOMINAL (1.4%) (9.2 de incidencia por cada 1000 EE)

EMBARAZO ECTÓPICO BILATERAL

EE OVÁRICO. CRITERIOS DE SPIGELBERG 1870

Trompa íntegra

Embarazo unido al útero por el ligamento útero-ovárico

Tejido de embarazo incluido en el ovario

Embarazo localizado en el lugar que ocupa el ovario

EE CERVICAL. CRITERIOS DE PALMAN Y MC ELIN

Cérvix blando y agrandado (útero en forma de reloj de arena)

Producto limitado adentro y firmemente adherido al endocérvix

OCl cerrado con OCE parcialmente abierto

PRUEBAS DE LABORATORIO

- HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO**
- VALORACIÓN DE GONADOTROPINA CORIÓICA HUMANA (HCG)**
- PRUEBAS URINARIAS DEL EMBARAZO**
- PROGESTERONA SÉRICA (≤ 15 ng/ml)**
- MARCADORES HORMONALES (CA-125)**

OTROS MEDIOS DIAGNÓSTICO

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

-ECOGRAFÍA VAGINAL

-ECOGRAFÍA CON DOPPLER COLOR Y PULSADO TRANSVAGINAL

**-VALORES CUANTITATIVOS DE FRACCIÓN BETA DE LA GONADOTROPINA
CORIÓICA COMBINADOS CON LEGRADOS DE LA CAVIDAD ENDOMETRIAL**

-CULDOCENTECIS

-LAPAROSCOPIA

- LAPAROTOMIA

TRATAMIENTO

MANEJO EXPECTANTE (ÉXITO 57 - 100 %)

Criterios de selección

Paciente asintomática y clínicamente estable

Diámetro máximo del EE de 2 a 4 cm

Ausencia de latido cardíaco embrionario

Valores decrecientes de β HCG (inicialmente ≤ 2000 UI/L)

Escasa cantidad de líquido en el saco de Douglas

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

➤ METHOTREXATE

Éxito de 83-100%. El latido cardíaco embrionario no lo contraindica

➤ ACTINOMICINA D

➤ CLORURO DE POTASIO

➤ GLUCOSA HIPERTÓNICA

➤ PROSTAGLANDINAS (PGE2 Y PGF2A)

➤ RU-486

TENDENCIAS PARA USO DE MTX

1- ADMINISTRACIÓN SISTÉMICA DEL MTX

- MTX 1 mg/kg IM c/48 h 4 dosis (DÍA 1, 3, 5, 7) alternar con Ácido fólico 0.1 mg/kg (DÍA 2, 4, 6, 8)
- MTX 0.4-1 mg/ día IM durante 3-5 días+ Ácido fólico
- MTX 50 mg/m² SC IM una sola dosis

2- ADMINISTRACIÓN ORAL DEL MTX

- MTX 5 mg c/8 h por vía oral por 5 días + Ácido fólico

3- ADMINISTRACIÓN LOCAL DE MTX

- Guiados por Laparoscopia /US transvaginal se punciona y aspira el contenido del saco gestacional, se inyecta el MTX 10 - 50 mg ó 1 mg/ kg

EE CERVICAL

INYECCIÓN INTRAOVULAR DE MTX

EE INTERSTICIAL/CORNUAL

A- INYECCIÓN INTRAOVULAR DE MTX

B- RESECCIÓN CUNEIFORME DEL CUERPO UTERINO, SALPINGECTOMIA O HISTERECTOMIA

EE OVÁRICO

RESECCIÓN PARCIAL O TOTAL, EN FUNCIÓN DE LAS CONDICIONES Y DESEOS DE GESTACIÓN FUTURA

EE ABDOMINAL

**EVACUACIÓN DEL FETO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL Y LIGADURA DEL CORDÓN UMBILICAL
(NO REMOVER PLACENTA)**

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- LAPAROSCOPIA

- LAPAROTOMIA

- 1- EXPRESIÓN TUBÁRICA
- 2- SALPINGOSTOMÍA LINEAL
- 3- SALPINGECTOMIA PARCIAL
- 4- SALPINGECTOMIA TOTAL



ANTIBIOTICOTERAPIA

- **Tetraciclinas**
- **Eritromicinas**
- **Quinolonas fluoradas**

**Estudio del comportamiento del embarazo
ectópico en el Hospital González Coro
2010-2011**

Dr. José Ignacio Frade

Grupo de edad	Frecuencia
Menor de 20 años	4
20 – 29 años	83
30 – 39 años	89
40 años y más	13

Cuadro clínico	Frecuencia
Dolor	165
Hemorragia	139
Retraso menstrual	70

Clasificación clínica	Frecuencia	Por ciento
No complicado	117	61,9
Complicado / Estable	70	37,0
Complicado / Inestable	2	1,1

Factores de riesgo	Frecuencia	Por ciento
Aborto provocado	125	66,1
Infertilidad	46	24,3
APP de Embarazo ectópico	45	23,8
Fumadora	39	20,6

Topografía	Frecuencia	Por ciento
Ampular	103	54,5
Ístmico	72	38,1
Cornual	9	4,8
Fímbrico	4	2,1
Instersticial	1	0,5
TOTAL	189	100

Vía quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Laparoscopia	164	86,8
Laparotomía	17	9,0
Ambas	8	4,2
TOTAL	189	100

Estudio de embarazo cervical en Hospital González Coro desde 2006 - 2012

Dra. Tania Tamayo Lien

Año	Número de nacimientos	Número de embarazos ectópicos		Porcentaje (EEC/ EE)
		No	%	
2006				1
2007	2859	125	4,4	0
2008	2851	170	5,9	0
2009	2909	184	6,3	0
2010	2735	118	4,3	0,84
2011	2722	101	4,0	0,99
2012	3075	110	3,5	0,90

Paciente	1	2	3	4
Edad	35	31	41	38
Paridad	3	0	0	0
Abortos	0	1	3	0
EG al ingreso	11	7	6,2	6,1
Antecedentes de EE	No	No	Sí	No

Cuadro clínico	No.	%
Dolor, sangramiento y opsomenorrea	2	50
Dolor y opsomenorrea	1	25
Sangramiento y opsomenorrea	1	25
Total	4	100

Metotrexate	Monodosis	Múltiples dosis
Caso 2	Sí	No
Caso 3	Sí	Sí
Caso 4	No	Sí

Modalidades terapéuticas

Casos

Farmacológico

Quirúrgico

PG

MTX
intraovular

MTX
sistémico

Conservador

Radical

1

No

No

No

No

Sí

2

Sí

Sí

Sí

Sí

No

3

No

No

Sí

No

No

4

No

Sí

Sí

No

No

BIBLIOGRAFÍA

- Rekart ML ; Gilbert M ; Meza R ; Kim PH ; Chang M ; Money DM ; Brunham RC. Chlamydia public health programs and the epidemiology of pelvic inflammatory disease and ectopic pregnancy.. The Journal Of Infectious Diseases [J Infect Dis] 2013 Jan 1; Vol. 207 (1), pp. 30-8. *Date of Electronic Publication: 2012 Oct 24.*
- Ectopic pregnancy: how the diagnostic and therapeutic management has changed. Van Mello NM ; Mol F ; Ankum WM ; Mol BW ; van der Veen F ; Hajenius PJ. Fertility And Sterility [Fertil Steril] 2012 Nov; Vol. 98 (5), pp. 1066-73.
- Ricardo Ramírez JM, Cisneros Domínguez Carmen, Rodríguez Duniert Robert Al. Cirugía videoendoscópica y por laparotomía en el embarazo ectópico complicado. Hospital Provincial Docente " Saturnino Lora Torres". MEDISAN 2009; 13 (6).
- Norah M van Mello, et.al. The METEX study: Methotrexate versus expectant management in women with ectopic pregnancy: A randomised controlled trial. BMC Women's Health 2008, 8:10 doi: 10. 1186/1472-6874-8-10.
- Tejerizo A, Arbúes – Gabarre J, Salazar FJ, Bajo JM. Embarazo ectópico. Concepto y clasificación. Estudios de sus diversas formas. Manual del Residente. SEGO 2007; 54 (443).

BIBLIOGRAFÍA

- Tamayo Lien, Tania. Embarazo ectópico posesterilización quirúrgica. A propósito de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol v.31 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2005
- Fdez Arena, Carmen. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol v.37 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2011
- Williamns. Tratado de Obstetrica. 21^{ra} ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
- Danfort. Tratado de Obstetricia y ginecología. 8^{va} ed. México: Ed Mc Graw-Hill Interam; 2000.
- Matos Quiala HA, Rodríguez Lara O, Estrada Sánchez G, Martínez Enfedaque M, Saap Nuño A, Osorio Rodríguez M, et al. Caracterización de embarazo Ectópico. Rev inf cient. 2008;58(2):1-9.
- Capote Arce R, Carrillo Bermúdez L, Guzmán Parrado R, Varona J, Mohamed Abdelaziz M. Embarazo ectópico cervical: presentación de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2007 Abr [citado 16 Nov 2010];33(1)

BIBLIOGRAFÍA

- Osorio Marta, Campos Rita, Rocha Ilda. Metotrexato en dose única para tratamento da gravidez ectópica tubária : experiencia de 7 anos. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, 54 - Metotrexato en dose única *Vol. 27- nº 1 - Enero- Febrero 2010*.
- Anuario Estadístico de Cuba Año 2011. Indicadores Básicos de Salud
- Mol F, Mol BW, Ankum WM, van der Veen F and Hajenius PJ. : Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management en the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2008; 14(4): 309- 19.
- ACOG Committee on Practice Bulletins No. 94 - Gynecology. Medical management of ectopic pregnancy. *ACOG Practice Bulletin* 2008; 111(6):1479–85. [PubMed: 18515537]