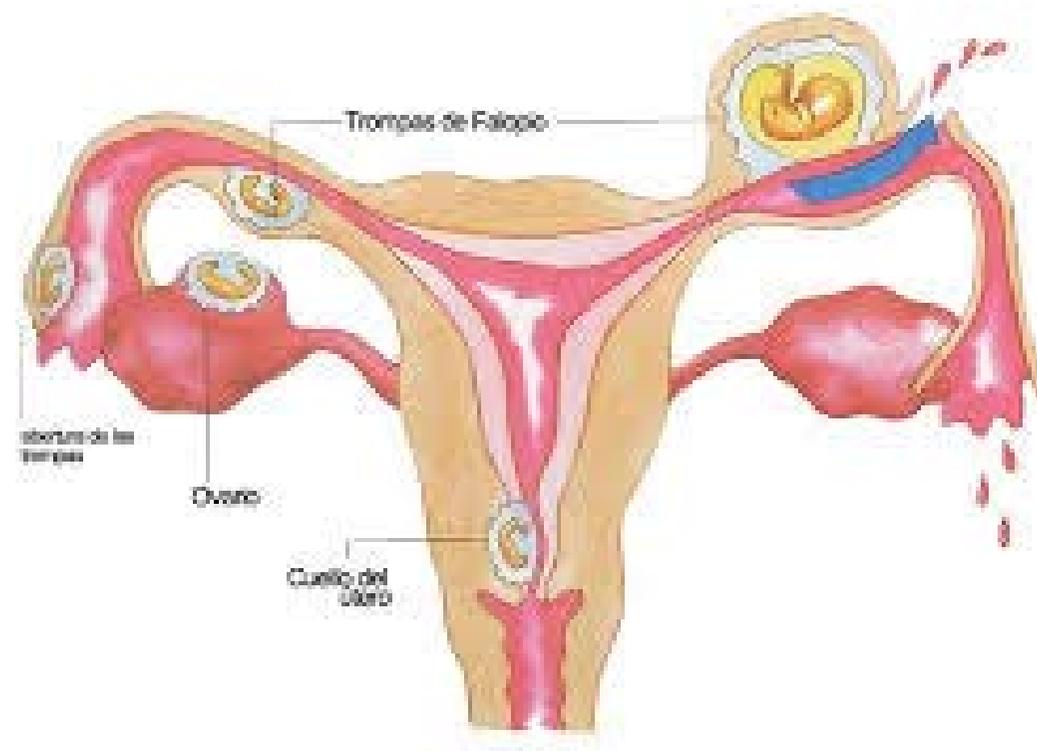


Embarazo ectópico



Concepto

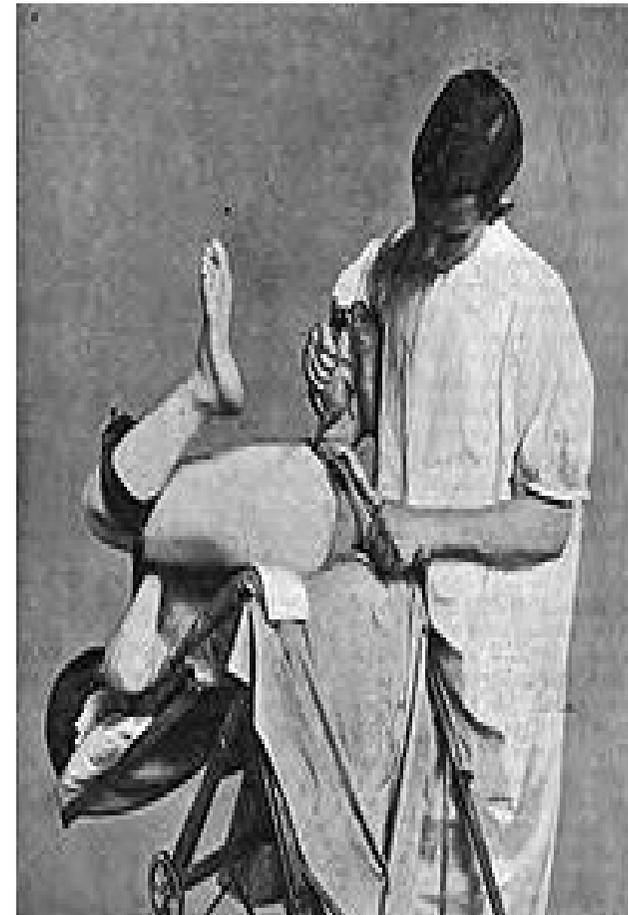
EMBARAZO ECTÓPICO

Es la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la cavidad uterina.



Historia

- El embarazo ectópico fue descrito por primera vez en el siglo XI.
- Hasta mediados del sigloXVIII, era una patología generalmente fatal.
- John Bard informó la primera intervención quirúrgica exitosa para el tratamiento de un embarazo ectópico en la ciudad de Nueva York en 1759.
- En Cuba en 1904 el Dr. E. Núñez operó con éxito un caso de ruptura tubárica por embarazo ectópico

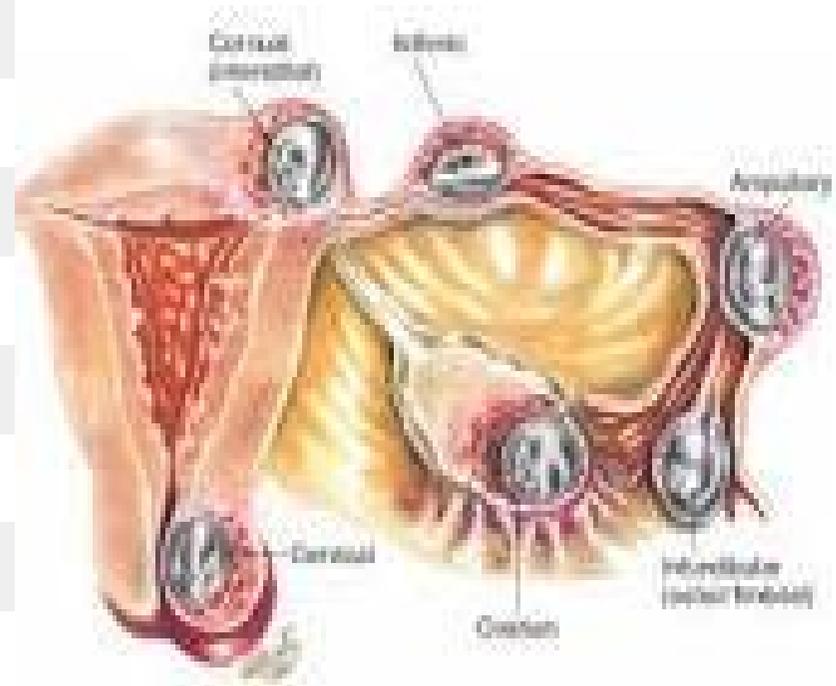


Epidemiología

- El 1,6% de los embarazos es ectópico.
- Son menos frecuentes entre las mujeres de raza blanca.
- 1 de cada 826 mujeres con embarazos ectópicos muere por complicaciones.
- En España se estima que el embarazo ectópico constituye aproximadamente 2.3% de todos los embarazos.
- Se presentan en 1 de cada 40 a 100 embarazos.
- Constituye del 5 al 12% de las causas de muertes maternas.

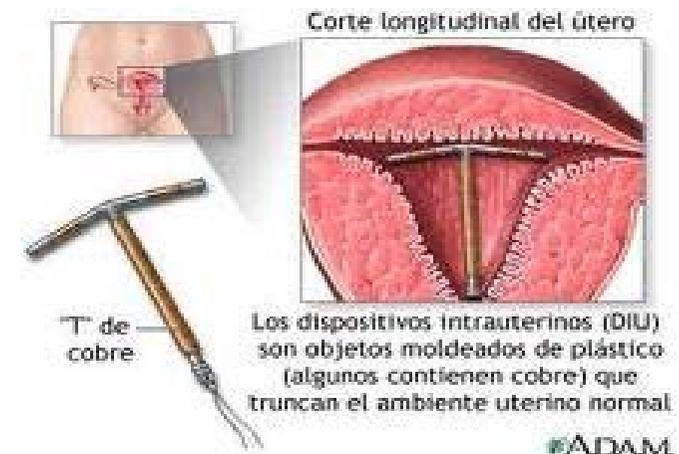
Ubicación

Trompa:	98.3%
Ampolla	72.6%
Istmo	12.3%
Fimbria	6.2%
Cuerno	1.9%
Abdominal	1.4%
Ovario	0.15%
Cérvix	0.15%



Etiología

- Endometriosis.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Operaciones sobre las trompas para buscar fertilidad.
- Embarazo ectópico anterior.
- Pacientes con DIU.
- Esterilización tubárica.
- Defectos congénitos en las Trompas de Falopio.
- Complicaciones de una apendicitis aguda.
- Tabaquismo.
- Fecundación in vitro.



Cuadro clínico

1. Embarazo Ectópico no complicado.
2. Embarazo Ectópico complicado.
Con estabilidad Hemodinámica.
Con signos de descompensación hemodinámica o shock

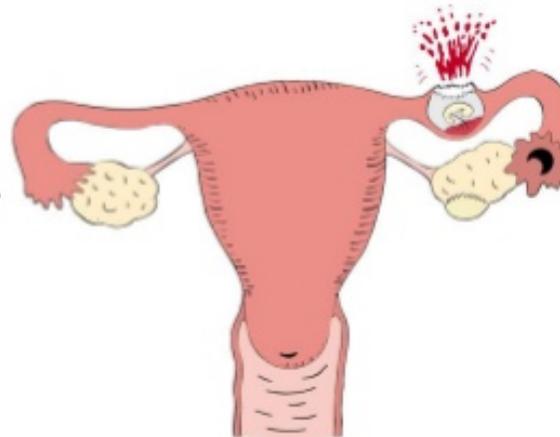


Cuadro clínico

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Embarazo ectópico roto

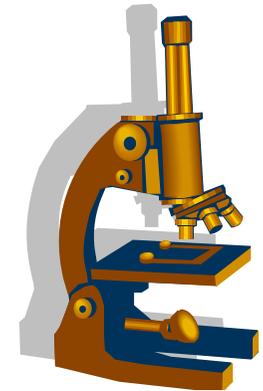
- Distensión abdominal y rebote.
- Sangrado transvaginal escaso.
- Dolor al movilizar el cuello y el útero.
- Masa anexial (por clínica o ultrasonido).
- Sangre libre en cavidad abdominal por clínica y ultrasonido.
- El fondo de saco posterior es muy doloroso de tal manera que la paciente huye al tacto vaginal.
- Dolor en el hombro.



Exámenes Complementarios

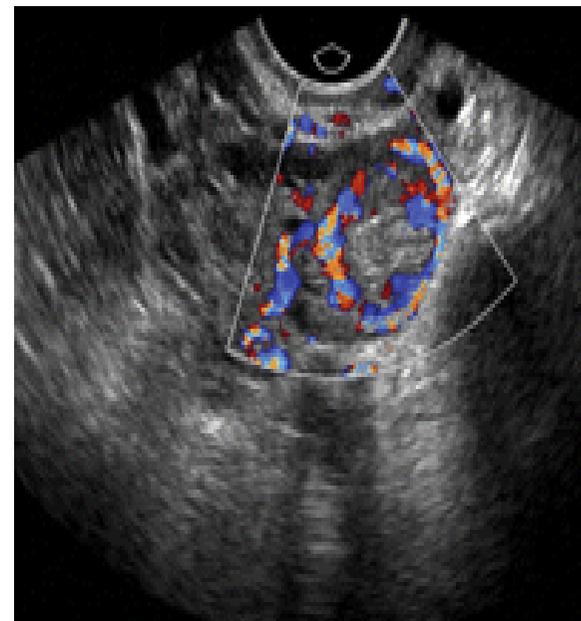
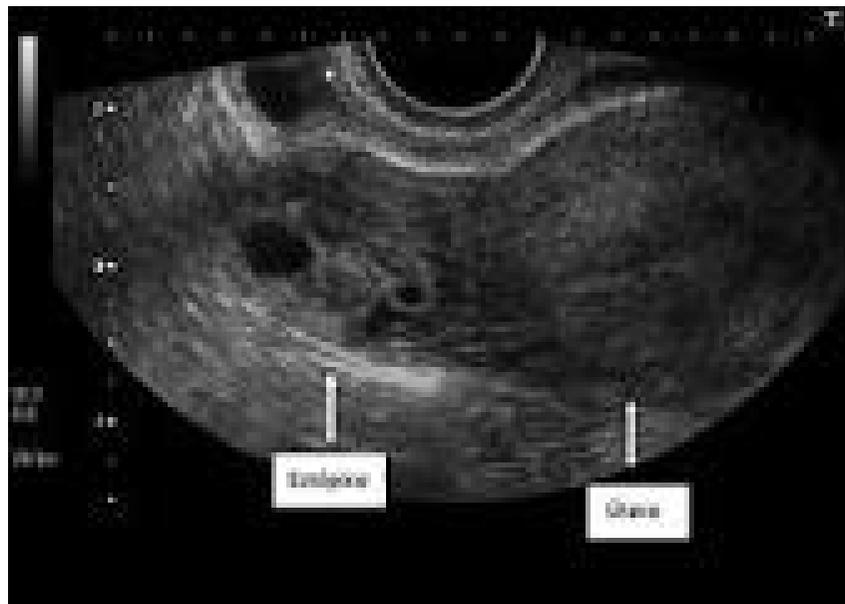


- Hemograma completo.
- Dosificación de gonadotropina coriónica humana en sangre y orina.
- Niveles de progesterona en sangre.
- Otros marcadores de sangre.



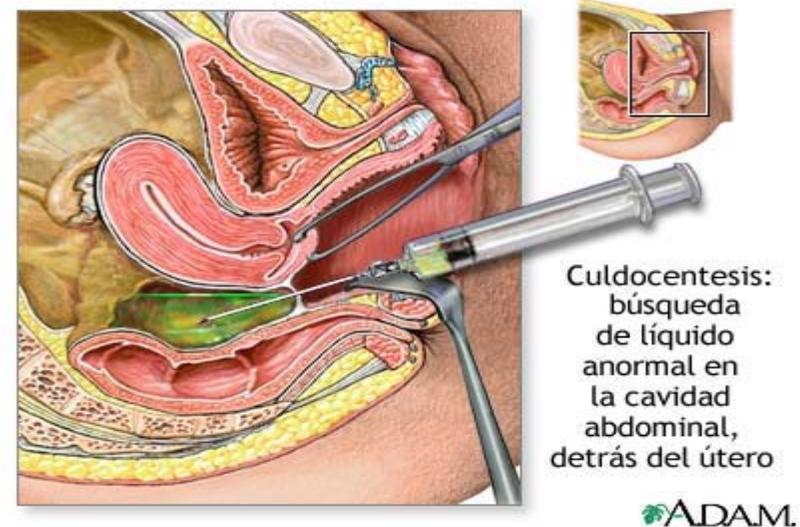
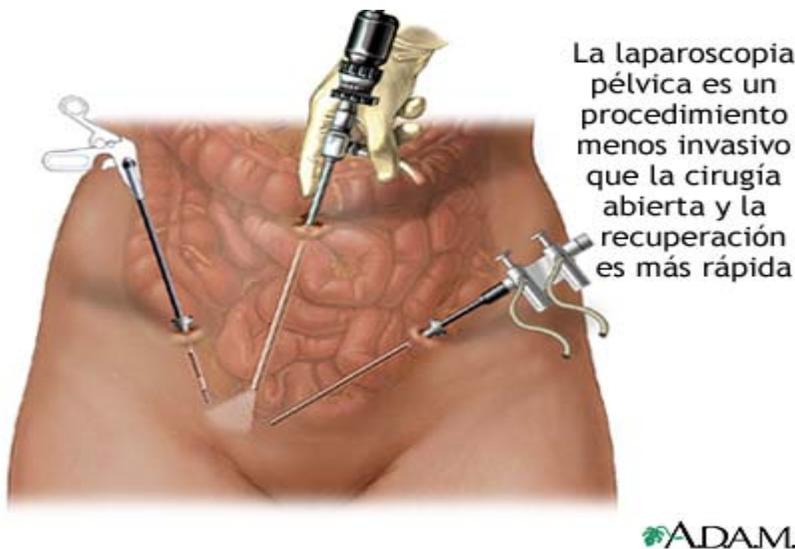
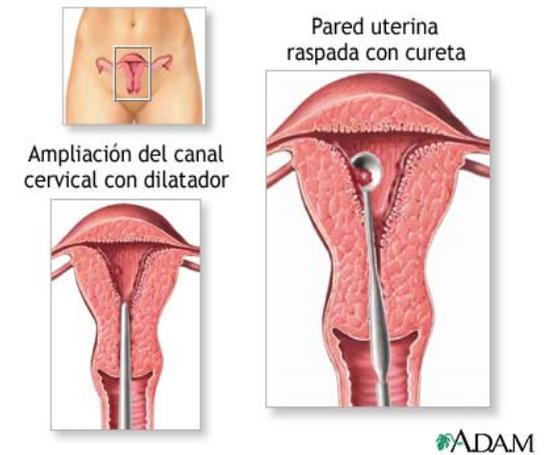
Ultrasonografía

- Abdominal.
- Transvaginal.



Exámenes complementarios Invasivos

- Punción del fondo del saco de Douglas.
- Punción abdominal.
- Legrado diagnóstico.
- Laparoscopia.
- Laparotomía.





Tratamiento

Médico



Quirúrgico





Diagnosis and laparoscopic treatment of cornual ectopic pregnancy

M. Sami Walid*¹ and Richard L. Heaton²

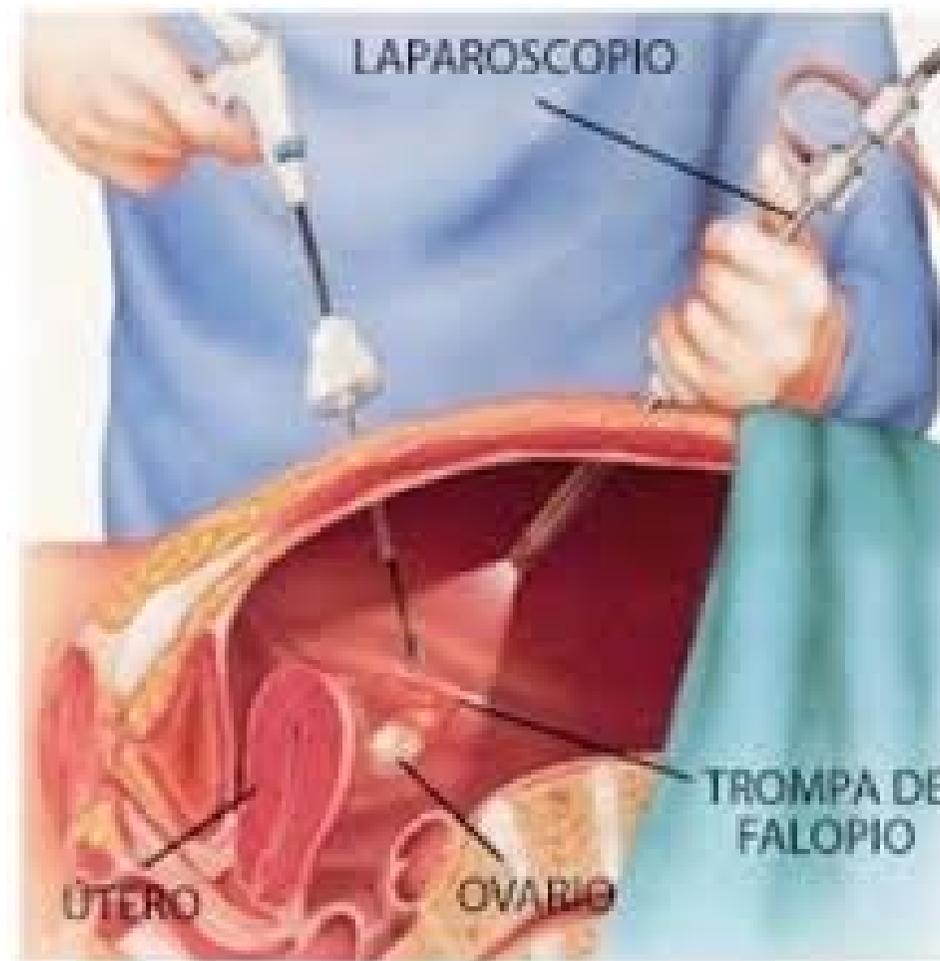
¹Medical Center of Central Georgia, Macon, GA, USA

²Heart of Georgia Women's Center, Warner Robins, GA,
USA

enero del 2010

Resumen.

Paciente de 27 años de edad con historia de enfermedad inflamatoria pélvica a repetición que refiere amenorrea, una prueba de hCG en orina positiva. Ecografía Transvaginal reveló un saco gestacional mal definidos y el corazón del feto venció en el miometrio del fondo uterino junto a las astas derechas. Alrededor de 500 cc sangre se evacuó de su abdomen. Se admitió como un abdomen agudo y hemoperitoneo. Se plantea un embarazo ectópico del cuerno derecho roto. Basado en la condición de la paciente con estabilidad hemodinámica , era sentido que el caso pudiera manejarse por vía laparoscópica.



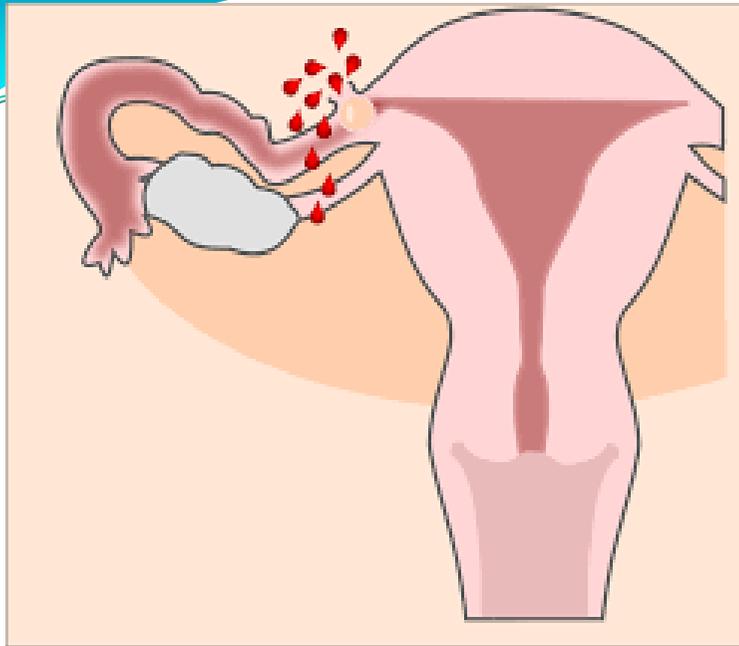


Figura 5. Laparoscopia: inyección de vasopresina diluida hacia la base del embarazo ectópico en la porción intersticial derecha.



Figura 2: Ballargo de carne prenatalsal con membranas retasumuldoas en regllo cornual localenda tras la laparotomia





MUCHAS GRACIAS