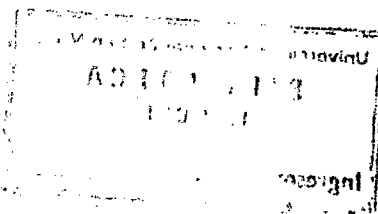


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN**



**Facultad de Obstetricia**



**Embarazo Ectopico**

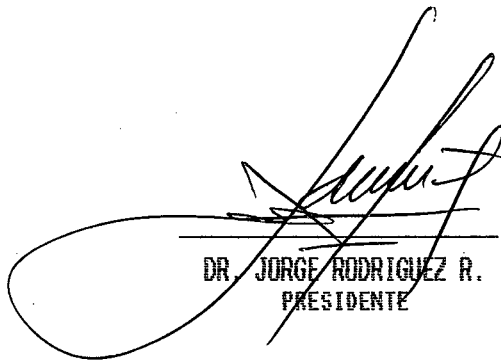
**Presentado por:**

**Marco Antonio Basualdo Ibañez**

**TARAPOTO, JULIO DE 1996**

UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE  
SAN MARTIN

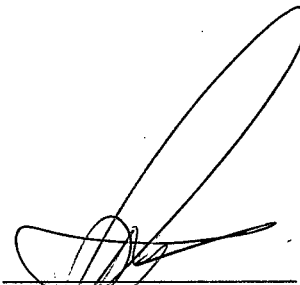
JURADO CALIFICADOR



DR. JORGE RODRIGUEZ R.  
PRESIDENTE



OBST. NELLY REATEGUI L.  
SECRETARIA



DR. LUIS SAMANIEGO F.  
VOCAL

## INDICE

1.-	Introducción .....	Pag. 5
2.-	Definición .....	Pag. 6
3.-	Frecuencia .....	Pag. 7
4.-	Etiología .....	Pag. 7
5.-	Clasificación .....	Pag. 10
6.-	Evolución .....	Pag. 14
7.-	Cuadro Clínico .....	Pag. 17
8.-	Diagnóstico .....	Pag. 27
9.-	Exámenes Auxiliares .....	Pag. 28
10.-	Diagnóstico Diferencial .....	Pag. 31
11.-	Tratamiento .....	Pag. 33
12.-	Pronóstico .....	Pag. 37
13.-	Conclusiones .....	Pag. 38
14.-	Bibliografía .....	Pag. 39

A la memoria de mi  
inolvidable Madre,  
**ADELINA.**

Con cariño, a mi  
padre, que con  
esfuerzo me ayudó,  
**JUAN.**

A mis hermanos con mucho  
cariño,  
**CESAR,**  
**CARLOS,**  
**DEYANIRE y**  
**ROGER.**

Con mucho afecto a mis  
tíos,  
**Francisco,**  
**Raymunda,**  
**Cecil,**  
**Felicita,**  
**Martha,**  
**Alex.**

## AGRADECIMIENTO

Un profundo agradecimiento a todos los docentes de la Facultad de Obstetricia por guiarnos a lo largo de todos los años de permanencia en esta facultad.

Un especial agradecimiento a los profesionales de la salud del Hospital I IPSS Tumbes, donde nos orientaron mientras duró nuestra permanencia en el internado.

## INTRODUCCION

En un embarazo intrauterino normal, el blastocito se implanta en el endometrio que reviste la cavidad uterina.

La implantación registrada en cualquier otro punto se designa con el nombre de embarazo ectópico.

Aunque más del 95% de los embarazos afectan la trompa de Falopio, el embarazo tubario no es sinónimo de gestación ectópica, sino tan sólo el tipo más corriente de dicha modalidad.

Tenemos también que es más frecuente en mujeres de raza negra que en las mujeres blancas y se considera también la situación socioeconómica, hábitos sexuales inadecuados como la promiscuidad, recrudecimiento de las enfermedades de transmisión sexual, pacientes en tratamiento de la infertilidad.

## EMBARAZO ECTOPICO

### I. DEFINICION:

Se entiende por embarazo ectópico, a la nidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad del útero.

El concepto de gestación ectópica (ectociesis), resulta más amplio que el de embarazo extrauterino, ya que incluye, además de las gestaciones que nidan fuera del útero, aquellas que presentan anomalías en su sitio de implantación uterina tales como el embarazo ampular, el embarazo cervical y el embarazo implantado en un cuerno uterino rudimentario.

El saco gestacional ectópico carece de la protección y apoyo que el miometrio, en estado de hiperplasia funcional brinda al embarazo normal, de este modo, la pared del saco ovular ectópico no sólo resulta inadecuada para su nutrición, sino también para resistir el proceso de desarrollo del huevo.

Las gestaciones ectópicas pueden originar cuadros

pelviabdominales agudos, subagudos o crónicos de mayor o menor gravedad, que en ocasiones compromete la vida de la madre.

## II. FRECUENCIA:

Es mayor en las multíparas que en las primíparas en general se observa en un embarazo ectópico por cada 100 a 200 nacidos vivos.

## III. ETIOLOGIA:

Los siguientes procesos se hallan implicados en la etiología del embarazo ectópico:

A) Procesos que impiden o retrasan el paso del huevo fertilizado al interior de la cavidad uterina.

1. Salpingitis: La endosalpingitis produce aglutinación de los pliegues arborescentes de la mucosa tubárica, con estrechamiento de la luz o formación de fondos de saco. La reducida ciliación de la mucosa tubárica debida a la infección puede también contribuir a la



secundario a la emigración externa del mismo, aumenta las propiedades invasoras del blastocisto que aún se encuentra en el interior de la trompa. Es posible que éste no sea un factor a destacar en la gestación ectópica humana.

7. Reflujo menstrual: el retraso de la fertilización del óvulo con hemorragia menstrual en el momento habitual podría teóricamente impedir que penetrase en el útero o bien hacerlo retroceder hacia la trompa, se dispone de escasas pruebas directas que corroboran esta hipótesis.

B) Aumento en la receptividad del óvulo fertilizado por parte de la mucosa tubárica.

1. Los elementos endometriales ectópicos pueden facilitar la implantación tubárica. Muchos observadores han descrito focos de endometriosis en las trompas de Falopio, aunque constituyen un hallazgo poco frecuente.

#### IV. CLASIFICACION DEL EMBARAZO ECTOPICO

Los embarazos ectópicos pueden ser:

##### 1. Embarazo Ectópico Primitivo:

La gestación ocurre en el sitio de implantación original, este puede ser:

##### a) Embarazo Tubario:

Constituye la modalidad más frecuente y representa el 98% a 99% de todos los embarazos ectópicos.

Según el segmento tubario en que se implanta el huevo se distinguen cuatro variedades:

##### - Embarazo Tubario Infundibular:

Es muy raro y se caracteriza por la implantación del huevo en el fondo del pabellón tubario próximo al óstium o en algunas de las fimbrias.

##### - Embarazo Tubario Ampular:

Es la variedad más frecuente, alrededor del 75% se implantan en la ampolla tubaria, lugar donde el

cigoto encuentra una mucosa relativamente gruesa dotada de pliegues arborescentes y un lumen comparativamente amplio.

- Embarazo Tubario Istmico:

Sigue en frecuencia a la variedad ampular, en el tercio interno de la trompa, el huevo encuentra condiciones muy desfavorables para su implantación.

- Embarazo Tubario Intersticial (Intramural):

Es excepcional, se complica casi siempre con el estallido o rotura del cuerno correspondiente y expulsión total o parcial del embrión hacia la cavidad peritoneal.

b) Embarazo Ovárico:

Es el que evoluciona en el parénquima ovárico aunque el ovario puede expulsar más fácilmente que la trompa. Lo frecuente es que se produzca la rotura en periodo temprano. Se distinguen dos

variedades de embarazo ovárico:

1. Embarazo Ovárico Superficial:

Es la más frecuente observándose en la corteza ovárica una zona rugosa, que puede sangrar en nappe, algunos coágulos, con o sin restos ovulares y un cuerpo lúteo de ubicación más o menos profunda como factores favorecedores se consideran la endometriosis ovárica y la capacidad pluridiferenciadora del epitelio germinal.

2. Embarazo Ovárico Profundo:

En el embarazo ovárico profundo el aspecto varía según las características de cada caso, encontrándose una cavidad hemorrágica abierta hacia el peritoneo, o bien cerrada y ocupada por un pequeño hematoma.

c) Embarazo Abdominal:

Es muy raro el embarazo abdominal primitivo. Sería consecutivo a la

fecundación y/o implantación en el peritoneo de un óvulo que ha extraviado su camino.

2. Embarazo Ectópico Secundario:

En estos embarazos el huevo se desprende de su inserción original para reimplantarse luego en otro sitio y continuar allí su desarrollo.

La variedad más frecuente está constituida por:

a) Embarazo Abdominal Secundario:

Este embarazo se origina por la reimplantación en el peritoneo, de un huevo previamente asentado en la trompa o en el ovario. Este embarazo se complica precozmente, sin embargo, puede alcanzar el II trimestre o el III trimestre e incluso puede llegar a término con feto vivo.

b) Embarazo Intraligamentoso Secundario:

Es de frecuencia excepcional, es secundario a una gestación ectópica

tubaria en que las vellosidades coriales perforan y destruyen la pared tubaria, permitiendo que el huevo continúe su desarrollo entre las hojas del ligamento ancho.

#### V. EVOLUCION

La evolución que puede seguir el embarazo tubario es muy variable. Habitualmente debido a que la mucosa y la muscular son mucho más delgadas que el cuerpo del útero, el trofoblasto, al proliferar perfora la pared y los vasos de la trompa y dan origen a hemorragias más o menos copiosas. Si los vasos abiertos no son de gran calibre, la sangre se derrama lentamente, para coleccionarse en el fondo de saco de Douglas y constituir un hematocele pelviano. Generalmente las contracciones tubáricas favorecen el desprendimiento del huevo y su pasaje al abdomen, produciéndose el aborto tubario, una vez en el abdomen el huevo por lo general se reabsorbe, pero en algunos casos, mucho menos frecuente puede reimplantarse en la cavidad peritoneal y dar lugar a un embarazo abdominal secundario.

En otras ocasiones la hemorragia es de tipo cataclísmico, debido al compromiso de vasos de mayor calibre y a la perforación de la trompa, en estos casos el cuadro clínico de la hemorragia y shock es muy grave lo que obliga a una rápida intervención quirúrgica para detener la hemorragia.

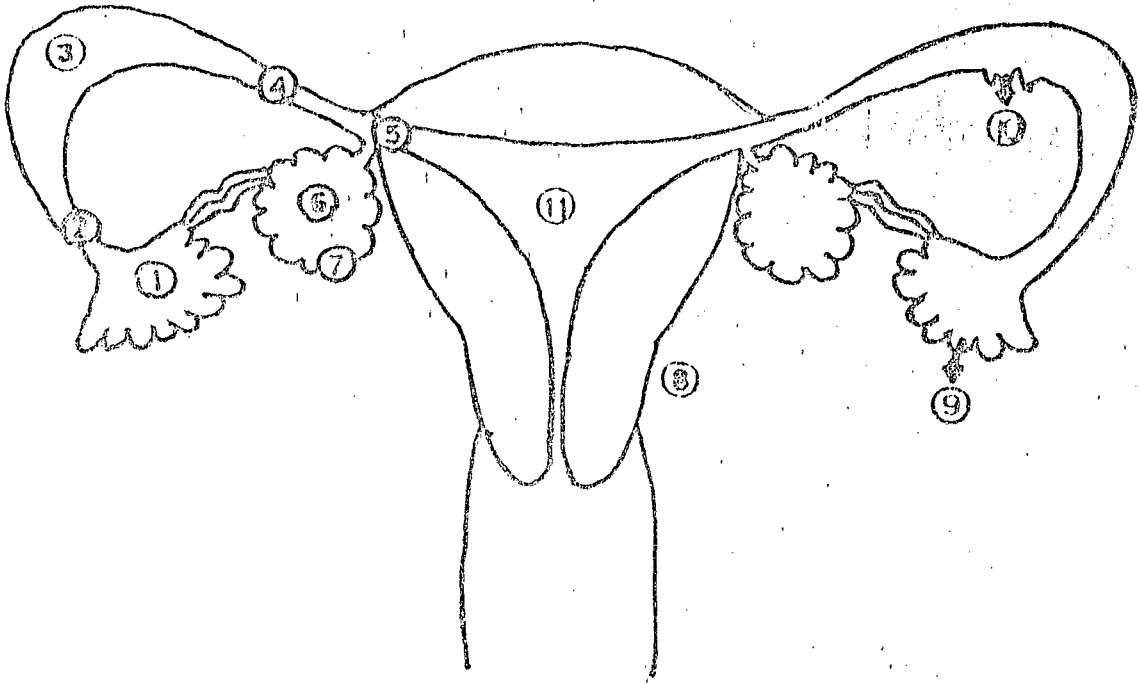


FIGURA 01.- VARIEDADES DE EMBARZO ECTOPICO.

- (1).- Emb. Tubario Fimbriico.
- (2).- Emb. Tubario Infundibular.
- (3).- Emb. Tubario Ampular.
- (4).- Emb. Tubario Istmico.
- (5).- Emb. Tubario Intramural.
- (6).- Emb. Ovárico Profundo.
- (7).- Emb. Ovárico Superficial.
- (8).- Emb. Abdominal Primitivo.
- (9).- Emb. Abdominal Secundario.
- (10).--Emb. Intraligamentoso.
- (11).- Emb. Normotópico.



VI. CUADRO CLINICO:

1. Consideraciones Generales:

Con anterioridad a la rotura tubaria o al aborto, las manifestaciones de un embarazo tubario no son características, casi siempre, la paciente cree que su embarazo es normal o cree que está "abortando" un embarazo intrauterino, o ni siquiera sospecha que está embarazada.

En el llamado caso clásico de rotura de embarazo tubario, la menstruación normal es reemplazada por una ligera hemorragia vaginal. De súbito, la mujer siente un intenso dolor en la parte baja del abdomen, a menudo descrito como de carácter brusco, desgarrador o punzante. Se desarrollan trastornos vasomotores, que oscilan desde un vértigo a un verdadero síncope y la paciente presenta palidez. La palpación abdominal descubre hipersensibilidad, y el examen vaginal, en especial la motilidad del cuello uterino, produce un agudo dolor.

El fórnix posterior de la vagina puede

abombarse a causa de la presencia de sangre en el fondo de saco, o puede palparse una masa hipersensible ~~en el fondo de saco~~ en un lado del útero.

Se puede presentar quizás en el 50% de las pacientes que padecen hemorragia intraperitoneal significativa que manifiestan síntomas de irritación diafragmática, con dolor en el cuello o en el hombro más frecuentes en inspiración. Ello es debido a que la sangre contenida en el peritoneo alcanza e irrita los nervios sensitivos cervicales situados en la superficie interior del diafragma, caso que se da sobre todo en la inspiración. La paciente puede mostrar o no hipotensión mientras permanece en posición supina, puede llegar a tal estado al ser colocada en posición sentada.

El cuadro clínico resulta evidente en los casos de rotura o estallido de la gestación ectópica.

En cambio, las pacientes con embarazo extrauterinos en evolución o con complicaciones leves no presentan casi nunca

una historia típica o signos patognomónicos.

Una variada gama de afecciones pélvicas o abdominales puede acompañarse de síntomas o signos que sugieren una ectociesis.

Sea cual fuere el sitio de implantación ectópica, el útero por acción hormonal sufre modificaciones similares a las que ocurren en el embarazo normal: aumento de la irrigación, engrosamiento y reblandecimiento del cuerpo, la mucosa endometrial, se transforma en una decidua normal, decidualización que también puede estar presente en la trompa contralateral.

Analizaremos por separado el cuadro clínico según el desarrollo alcanzado por la ectociesis avanzada.

- Durante el Primer Trimestre:

El cuadro clínico es diferente según se trate de un embarazo extrauterino intacto no complicado; de un aborto tubario o de una rotura tubaria.

a) Embarazo Tubario en Evolución:

El embarazo extrauterino en evolución, por ser de curso silencioso, resulta muy difícil de diagnosticar a menos que por los antecedentes clínicos se los sospeche e investigue precozmente (laparoscopia, ecografía).

La anamnesis es similar a la de una gestación normotópica. El examen ginecológico puede mostrar el tinte violáceo característico de la mucosa vaginal y del entroito y un aumento de volumen uterino algo menor que el correspondiente a la edad gestacional con ausencia del signo de Hegar.

Constituye una excepción lograr palpar en una de las regiones anexiales una masa pequeña alargada o redondeada, lisa, blanda, móvil e indolora que la mayoría de veces se confunde con el cuerpo lúteo gravídico.

El empleo rutinario del examen ecográfico precoz durante la gestación permite la sospecha y el diagnóstico del embarazo tubario no complicado.

b) Aborto Tubario:

No contamos con ningún signo o síntoma que sea patognomónico y constante de aborto tubario. Sólo el análisis de cada uno de ellos, asociado a la sospecha de ectociesis nos permitirá acercarnos a confirmar el diagnóstico, los elementos de mayor importancia son: la amenorrea, casi constante, que puede ser interrumpida por hemorragias anormales en la fecha correspondiente a la menstruación, el dolor, presente en el 80% a 96% de los casos, es el más frecuente e importante de todos los síntomas y denuncia el comienzo de la complicación.

c) Rotura Tubaria:

La rotura o estallido de la trompa grávida con inundación peritoneal y hematocele cataclísmico se caracteriza por la tríada sintomática: dolor, síntomas de irritación peritoneal y síntomas de hemorragia interna.

El cuadro es de instalación brusca y dramática, sin mayores síntomas premonitorios sorprendiendo a la mujer en plena salud. En ocasiones existe el antecedente de uno o más accesos dolorosos previos, de algún esfuerzo físico excesivo o como ya lo advertimos, de una exploración genital poco cuidadosa.

- Gestaciones Ectópicas

Avanzadas:

Si la gestación alcanza el segundo o el tercer trimestre, se trata en la mayoría de los casos de un embarazo abdominal y excepcionalmente de una

gestación ovárica, tubaria o intraligamentosa.

Algunos casos evolucionan hasta estados bastantes avanzados sin presentar sintomatología, complicándose cerca del término, produciendo síntomas graves de oclusión intestinal, hemorragia interna o peritonitis aguda.

Durante su evolución coexisten en general, síntomas de gestación normotópica y síntomas peritoneales, que pueden conducir a la más variada serie de elucubraciones para explicar las molestias que la gestante puede referir: vómitos persistentes y repetidos, dolor abdominal de característica e intensidad variable, trastornos del tránsito intestinal, que van desde la constipación moderada

a la oclusión intestinal grave, síntomas de compresión vesical, movimientos fetales dolorosos, hiperestesia de la pared abdominal, metrorragia leve o moderada, etc.

En ocasiones, en las cercanías del término, puede presentarse un falso trabajo de parto, en forma de contracciones uterinas acompañadas en ciertas oportunidades de hemorragia vaginal y expulsión de la falsa caduca uterina.

El examen físico de la paciente con gestación ectópica avanzada no difiere mayormente del de una embarazada normal, en ocasiones la palpación abdominal revela partes fetales muy superficiales y cierto grado de sensibilidad.

Deben evaluarse cuidadosamente



los signos y síntomas siguientes:

i. Dolor:

El dolor puede ser unilateral o bilateral, en la parte baja del abdomen o en parte superior, o generalizado. En presencia de hemoperitoneo, puede sentirse dolor por la irritación diafragmática.

ii. Amenorrea:

La ausencia de un período menstrual no excluye de ningún modo un embarazo tubario, no se registra historia de amenorrea en 1/4 o más de los casos, una razón para ello es que la paciente confunde la hemorragia patológica, que frecuentemente ocurre en el embarazo tubario, con

un verdadero período menstrual y de este modo da una fecha errónea para el último período.

iii. Hemorragia Vaginal:

La hemorragia suele ser escasa, de color marrón oscuro, y puede ser intermitente o continua.

iv. Pruebas de Embarazo:

El tejido trofoblástico ectópico produce en general, concentraciones séricas de HGC más bajas que el embarazo normotópico, por lo que las antiguas determinaciones de HGC en orina, podían informar resultados falsos negativos.

VII. DIAGNOSTICO:

El enfoque diagnóstico de las gestaciones ectópicas se encuentra en plena transición, con progresivo abandono de la metodología tradicional basada en el examen bajo anestesia o legrado uterino diagnóstico y culdocentesis, y su reemplazo por modernas técnicas, más refinadas y certeras. La posibilidad de un diagnóstico precoz se ve sustentada por los avances en la vigilancia bioquímica de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica (HGC) y por la exploración ecográfica con equipos de alta resolución.

El diagnóstico y tratamiento temprano de las gestaciones ectópicas, antes de que aparezcan complicaciones severas, constituye un importante desafío para el clínico, ya que además de reducir la morbimortalidad materna, permite preservar en mejor forma el potencial de fertilidad de la paciente.

La adecuada interpretación de los datos anamnésticos, obtenidos mediante un interrogatorio bien orientado y del examen físico, constituyen los pilares fundamentales en el diagnóstico.

VIII. EXAMENES AUXILIARES:

a) Titulación de la HGC:

La titulación seriada de las concentraciones de HGC permite establecer la normalidad de una gestación o en su defecto identificar y localizar embarazos anormales, ectópicos o normotópicos, al correlacionar la evolución de sus valores con los antecedentes clínicos, los datos del examen físico y de otras técnicas complementarias.

El diagnóstico de gestación ectópica se basa en el concepto de un valor discriminatorio para la HGC entre 6,000 y 6,500 mUI/ml, sobre el cual la ecografía debería visualizar una gestación intrauterina en más de 90% de los casos, si esto no ocurre indica una alta sospecha de gestación ectópica, confirmándose este diagnóstico en el 86% de los casos.

b) Ecografía:

Su mayor utilidad en el diagnóstico de embarazo ectópico es la identificación de una gestación intrauterina, lo que virtualmente

excluye una ectóciesis.

La ecografía es de valor diagnóstico definitivo para gestaciones ectópicas, cuando es posible observar un saco gestacional con latidos cardíacos fetales en su interior.

c) Raspado Uterino Diagnóstico:

Su sensibilidad diagnóstica es baja, no alcanzando al 50%.

Sin embargo al no disponer de otros procedimientos diagnósticos complementarios más sofisticados y ante una cuadro clínico dudoso, el estudio histológico del material obtenido por legrado o expulsado espontáneamente, constituye un valioso aporte.

En el estudio histológico del endometrio se han descrito algunos signos que se consideran de gran valor y aún patognomónico de gestación ectópica, destacando entre ellos el signo de Arias Stella, corresponde a las modificaciones atípicas del endometrio, motivadas por acción hormonal, atipismo celular, gran actividad miótica, marcada proliferación glandular

mostrando las células altas y pálidas una estructura que puede confundirse con un proceso adenomatoso acentuado y aun con un adenocarcinoma endometrial. Estas alteraciones aparecen tanto en células aisladas como en grupos y excepcionalmente están presentes en la totalidad de la mucosa, la que puede exhibir glándulas con caracteres proliferativos como secretorios, el estroma suele mostrar grados variables de reacción decidual.

d) Función del Fondo de Saco Vaginal Posterior:

Es un procedimiento técnicamente fácil y que inclusive puede ser ejecutado sin anestesia.

Se le considera positiva si al realizar la punción da salida a sangre, de preferencia antigua, que no coagula y que contiene pequeños grumos o coágulos oscuros. Estas características permite diferenciar un falso positivo, producto de la punción de un vaso sanguíneo, que da salida a sangre fresca, que coagula y que no tiene grumos. Se le considera negativa si se aspira líquido claro o apenas teñido con sangre, y no diagnostica

si la aspiración es negativa. '

e) Laparoscopia:

Es de gran utilidad para establecer el diagnóstico definitivo cuando los otros medios auxiliares no son concluyentes, se aconseja, sin embargo no utilizarla como procedimiento diagnóstico inicial en casos de sospecha de ectociesis.

IX. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Los procesos más a menudo confundido con embarazo tubario son:

i. Salpingitis:

La enfermedad más habitualmente confundida con la rotura de un embarazo tubario es la salpingitis, en la que se registra a menudo una historia de ataques similares y, por lo general, no falta ninguna menstruación.

ii. Aborto de un Embarazo Intrauterino:

En la amenaza de aborto o en el aborto incompleto de un embarazo intrauterino, la hemorragia vaginal suele ser considerable. El

dolor en el aborto uterino es generalmente leve; probablemente rítmico, y se localiza en la parte baja de la línea media del abdomen, mientras que en el embarazo tubario es unilateral o generalizado.

iii. Quiste Retorcido o Apendicitis:

Tanto en torsión de un quiste ovárico como en la apendicitis, los signos y síntomas de embarazo, incluyendo la amenorrea, suelen no aparecer, la masa formada por un quiste ovárico retorcido es clara y definida, mientras que la de un embarazo tubario suele resultar menos concreta.

En la apendicitis, pocas veces se aprecia una masa en el examen vaginal y el dolor al mover el cuello uterino es mucho menos intenso que en la rotura del embarazo tubario, el dolor en la apendicitis además, suele localizarse en una zona más alta, sobre el punto de McBurney.

iv. Alteraciones Gastrointestinales:

En algunos casos, los síntomas más destacados de un embarazo ectópico roto son diarrea, náuseas y vómitos, y dolor abdominal. Un



diagnóstico y tratamiento erróneos pueden dar lugar al fallecimiento de la paciente.

v. Dispositivos Intrauterinos:

El dolor pélvico espasmódico y la hemorragia a partir del útero, ambos signos frecuentes de embarazo ectópico, pueden ser también causados por un DIU, estos instrumentos no evitan la ectociesis.

vi. Esterilización Tubaria Previa:

Esta intervención no evita por completo el embarazo, cuando falla, se producen tanto en gestación tubaria como intrauterina.

X. TRATAMIENTO:

El diagnóstico temprano de la ectociesis ha logrado reducir la incidencia de complicaciones severas y de intervenciones quirúrgicas de urgencia. Un número creciente de mujeres deseosas de preservar su potencial de fertilidad, son beneficiadas con posibilidades terapéuticas más conservadoras.

La elección de la modalidad terapéutica debe considerarse: el cuadro clínico, la edad, la

paridad de la paciente la localización de la gestación ectópica, la extensión del segmento comprometido y el tipo de daño, las condiciones de la pelvis, las tecnologías disponibles y la experiencia del equipo médico. Debe tratarse de conservar la trompa comprometida especialmente si es la única, ante los deseos de la paciente de preservar su fertilidad.

1. Tratamiento Quirúrgico:

Tenemos:

a) Cirugía Radical:

Se practica salpingectomía, la ooforectomía sólo en los casos de embarazo ovárico. La salpingectomía conserva en la actualidad indicaciones absolutas, daño irreparable del oviducto sea por lo extenso de su compromiso, por el grado de extensión al mesosalpinx o por compromiso de su irrigación o por sangrado no controlable en un intento de cirugía conservadora.

b) Cirugía Conservadora:

Es posible practicar cirugía

tuboconservadora o reparadora en embarazos tubarios en evolución no complicadas, con pocas alteraciones de la anatomía tubaria y sin mayor compromiso hemodinámico. La decisión deberá considerar los deseos de fertilidad futura de la paciente.

2. Tratamiento No Quirúrgico:

Tenemos:

a) Tratamiento Expectante:

Este tratamiento se apoya en informes anecdóticos de recuperaciones afortunadas de abortos tubarios completos, confirmados por laparoscopia, con descenso de las cifras de HGC a concentraciones no medibles y que se recuperan sin problemas.

Existe controversia sobre este tipo de tratamiento expectante, ya que incluso en los casos de regresión espontánea persisten dudas sobre el futuro de la función tubaria y de la fertilidad.

b) Tratamiento Médico:

El empleo de agentes quimioterápicos o citotóxicos por vía sistémica se ha planteado como alternativa terapéutica no quirúrgica, en casos de gestaciones ectópicas en evolución confirmada clínicamente o por laparoscopia.

La droga más empleada es el Metotrexato (MTX), la adición del factor citrovirum, antídoto del MTX, ha permitido aumentar su inocuidad y eficacia del tratamiento.

Las mejores indicaciones de quimioterapia la representan aquellas gestaciones ectópicas como el embarazo intersticial o cornual y el embarazo cervical, en que las técnicas conservadoras no sean practicables o representen serios riesgos para la madre.

Recientemente se ha utilizado como tratamiento de embarazos tubarios no complicados, la inyección directa, en la trompa grávida, por vía laparoscópica de MTX o prostaglandinas. Son técnicas

simples sin efectos colaterales y con pocas complicaciones, los primeros resultados son alentadores tanto en lo que respecta a la curación de la ectociesis como a la preservación de la permeabilidad y del potencial reproductivo.

## XI. PRONOSTICO:

### 1. Materno:

Abandonado a su evolución natural, el embarazo extrauterino causa una elevada mortalidad materna, debida principalmente a anemia aguda, peritonitis, oclusión intestinal e infección.

### 2. Fetal:

Para el feto es fatal, el porvenir de los pocos fetos que logran llegar cerca de su viabilidad y pueden ser extraídos vivos del abdomen materno es pobre, dado que alrededor del 50% son malformados o deformados, débiles congénitos, dismáduros o prematuros, con alto riesgo de morir en las primeras horas de vida.

XII. CONCLUSIONES :

1. La ectociesis es una patología que produce muchas veces atenciones de urgencia, cuando no son muy bien diagnosticadas.
2. El objetivo principal en el tratamiento de la ectociesis es salvar a la madre.
3. En la actualidad es posible mantener la fertilidad de la madre con ectociesis no complicada.
4. En la ectociesis la ecografía es el método auxiliar de valor diagnóstico definitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- ABACHE E, Y COLS.- El Embarazo Ectópico en Pacientes Estériles. Rev. Obst y Ginecol. 1990 pp. 36 - 42.
- BAUTISTA K, Y COLS.- Incidencia y Correlación Clínico Patológica del Embarazo Ectópico en Hospital Arzobispo Loayza en el Período 1985 - 1989. Rev. Obst y Ginecol. 1990 pp. 36 - 38.
- GOMEZ F, Y COLS.- Tratamiento Médico con el Metrotexate en el Embarazo Ectópico. Rev. Obst y Ginecol. 1990 pp. 23 - 26.
- GUTIERREZ O, Y COLS.- Embarazo Ectípico: Diagnóstico y Tratamiento. Rev. Obst y Ginecol. 1990 pp. 14 - 22.

LARA R, Y COLS.-

Embarazo Ectópico y DIU.  
Rev. Obs y Ginecol. 1990  
pp. 33 - 38.

MOLINA S, Y COLS.-

Diagnóstico del Embarazo  
Ectópico por  
Ultrasonografía y  
Laparoscopia. Rev. Obst y  
Ginecol. 1990 pp. 18 -  
22.

PEREZ L, Y COLS.-

Embarazo Ectópico. Rev.  
Méd. Honduras 1991 pp. 51  
- 55.

PEREZ SANCHEZ G.-

Obstetricia. Editorial  
Interamericana. México  
D.F. 1993 pp. 475 - 488.

PRITCHAR J MAC DONALD, P.-

Obstetricia de Williams.  
6ta Ed. Salvat Editores  
S.A. Barcelona 1987 pp.  
409 - 424.



SOLAR, R Y COLS.-

Manejo Laparoscópico del  
Embarazo Ectópico. Rev.  
Obst y Ginecol. 1992 pp.  
48 - 53.

SCHAWARCZ R, Y COLS.-

Obstetricia. 4ta Ed  
Editorial El Ateneo,  
Buenos Aires - Argentina.  
1989 pp. 159 - 163.

TERAN D, Y COLS.-

Valor Predictivo de la HGC  
en el Dx Precoz del  
Embarazo Ectópico. Rev.  
Obst y Ginecol. 1991 pp.  
46 - 50.

YURAC R, Y COLS.-

Tratamiento del Embarazo  
Ectópico con Metotrexato,  
local, intramuscular o  
Manejo Expectante. Rev.  
Obst y Ginecológica. 1992  
pp. 56 - 60.

