

## EMBARAZO ECTÓPICO

MEIRA DA LA COSTA, ALANA; ARANCIBIA ULLOA, FERNANDO LUIS



Alana Meira da la Costa

### RESUMEN

Los embarazos ectópicos no son muy comunes, se producen en aproximadamente dos de cada 100 embarazos. Sin embargo, se han convertido en un hecho más frecuente en los últimos 30 años. Según la OMS (2009) el 90% de los embarazos ectópicos son en las trompas, aunque también se pueden encontrar en cervix, abdomen y ovario. La distribución topográfica de los Embarazos Ectópicos se puede esquematizar así: el 98% son de asiento tubárico, el 1% se desarrollan en el ovario y el 1% se implanta primaria o secundariamente en el abdomen. Entre los factores de riesgo se encuentran con más frecuencia, en mujeres que cursaron con embarazos ectópicos previos, uso de dispositivo intrauterino, cirugías previas de trompas, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, o historia de infertilidad. La frecuencia es de 1 a 2.6% de todos los embarazos; la mortalidad es de 1 por 1.000 de todos los embarazos ectópicos, la tasa de recurrencia es del 12%. Otros factores que podrían incrementar su riesgo de experimentar un embarazo ectópico son: el hecho de quedar embarazada después de haber cumplido los 35 años de edad, el haber experimentado previamente un embarazo ectópico, y el hecho de haberse sometido en el pasado a alguna clase de cirugía en sus trompas de Falopio. Desafortunadamente, estos factores de riesgo no siempre pueden llegar a prevenirse.

### ABSTRACT

Ectopic pregnancies are not common, occurring in approximately two of every 100 pregnancies. However, one fact has become more frequent in the past 30 years. According to WHO (2009) 90% of ectopic pregnancies are tubal, but can also be found in the cervix, abdomen and ovary. The topographic distribution of ectopic pregnancies can be outlined as follows: 98% are tubal seat, 1% develop in the ovary and 1% of primary or secondary implants in the abdomen.

Among the risk factors found more often in women who had undergone previous ectopic pregnancy, intrauterine device use, previous tubal surgery, previous pelvic inflammatory disease, or history of infertility. The frequency is 1 to 2.6% of all pregnancies, the mortality is 1 per 1,000 of all ectopic pregnancies, the recurrence rate is 12%. Other factors that may increase your risk of ectopic pregnancy are: getting pregnant after having served 35 years of age, having previously experienced an ectopic pregnancy, and the fact that in the past been subjected to some kind of surgery on your fallopian tubes. Unfortunately, these risk factors can not always get to be prevented.

**PALABRAS CLAVE:** Embarazo; Ectópico.

**KEYWORDS:** Pregnancy; Ectopic.

### INTRODUCCION

Los embarazos normales se desarrollan en el útero de la mujer.

“Ectópico” significa fuera de lugar. En un embarazo ectópico, un óvulo fertilizado se aloja en un lugar incorrecto del cuerpo de la mujer. En la mayoría de los embarazos ectópicos, el óvulo se aloja en las trompas de Falopio. Ése es el motivo por el que los embarazos ectópicos a menudo se denominan “embarazos tubáricos”. En muy pocas ocasiones, los embarazos ectópicos se pueden ubicar en otras parte del cuerpo, como el cuello del útero, ovario o en otro lugar del abdomen de una mujer.

Estos tipos de embarazos son riesgosos. Pueden causar hemorragias internas, infecciones y la muerte de la paciente. Según la OMS (2009) los embarazos ectópicos no son muy comunes. Se producen en aproximadamente dos de cada 100 embarazos. Sin embargo, se han convertido en un he-

cho más frecuente en los últimos 30 años. Los especialistas creen que este aumento se debe a:

Un aumento en las infecciones de transmisión sexual que pueden dejar cicatrices en las trompas de Falopio

#### Tratamientos de infertilidad

Un embarazo ectópico puede poner en riesgo la vida de una mujer. Es la causa principal de muertes relacionadas con el embarazo durante el primer trimestre en los Estados Unidos y otros países desarrollados. Un embrión en crecimiento puede romper o reventar una trompa de Falopio. Esto puede causar hemorragia e infección internas.

#### ANTECEDENTES

Un embarazo ectópico se caracteriza por encontrarse el ser vivo fuera de la cavidad uterina; aunque es proceso común, su diagnóstico puede dificultarse y puede poner en riesgo la

vida de la madre. Debe sospecharse en cualquier mujer con sangrado vaginal leve y dolor abdominal bajo lateralizado (derecho o izquierdo).

Según la OMS (2009) el 90% de los embarazos ectópicos se presentan en las trompas, aunque también se pueden encontrar en cérvix, abdomen y ovario. Entre los factores de riesgo se encuentra con más frecuencia, en mujeres que cursaron con embarazos ectópicos previos, uso de dispositivo intrauterino, cirugías previas de trompas, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, o historia de infertilidad.

La OMS (2009), se refiere al embarazo ectópico en cifras: la frecuencia es de 1 a 2.6% de todos los embarazos; la mortalidad es de 1 por 1.000 de todos los embarazos ectópicos, la tasa de recurrencia es del 12% (5-20% T. Tritsch). Actualmente, la incidencia del Embarazo Ectópico crece de modo alarmante en todos los países desarrollados (Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Suecia, Finlandia, etc.). En los EE.UU., por ejemplo, se tiene una cifra aproximada entre 80.000 a 90.000 casos. Se inculpan como causas principales de esa mayor incidencia la epidemia de enfermedades de transmisión sexual iniciada en la década de los 70 y el empleo de DIU.

Otros factores inculpados son ciertas intervenciones médicas (inducción de la ovulación; administración de estrógenos o de gestágenos, la minipíldora de solo progestina, por ejemplo, la Fivet, el aborto inducido, la cirugía reparadora de la trompa) o algunas circunstancias que se dan en la mujer (la tendencia a retrasar el momento de tener hijos, la presentación anterior de otro Embarazo Ectópico o la infertilidad).

La distribución topográfica de los Embarazos Ectópicos se puede esquematizar así: el 98% son de asiento tubárico, el 1% se desarrollan en el ovario y el 1% se implanta primaria o secundariamente en el abdomen. Un número insignificante lo hace en el cérvix uterino, el ligamento ancho, en un cuerno uterino rudimentario y en otras localizaciones excepcionales.

Las consecuencias adversas principales del Embarazo Ectópico para la mujer consisten en el riesgo de muerte causada por la hemorragia intraperitoneal, y en la pérdida o disminución de la fertilidad. Según la OMS (2009), las tasas de mortalidad materna absoluta y relativa causadas por el Embarazo Ectópico han ido descendiendo a lo largo de los dos últimos decenios, a pesar del citado y fuerte aumento en la incidencia ha pasado de ser de 35 muertes por 10.000 casos en 1970, a 4,2 muertes por 10.000 casos en 1985 y a 1 caso por 1.000 en 2008. Esta disminución se atribuye al

diagnóstico más precoz y eficiente del Embarazo Ectópico y a la aplicación de modernos métodos de tratamiento.

A principios del siglo pasado, la mortalidad causada por el Embarazo Ectópico tubárico avanzado era del 69%. La tasa de mortalidad materna ligada al embarazo abdominal varía mucho de unas instituciones a otras. Se han dado cifras de hasta el 20%, cosa fácil de comprender si se tienen en cuenta el riesgo de hemorragia catastrófica, de trastornos de la coagulación, y de sepsis y fístulas intestinales postoperatorias.

A pesar de los avances modernos en el diagnóstico y el tratamiento, las mujeres que han tenido antes un Embarazo Ectópico presentan una fertilidad disminuida: sólo de un 30 a un 50% de ellas llegan a tener embarazos a término. Ello explica que la primera preocupación de muchos ginecólogos sea hoy la de desarrollar o aplicar técnicas (microquirúrgicas, farmacológicas) que favorezcan la fertilidad ulterior de estas mujeres.

## OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de casos de embarazo ectópico en mujeres gestantes, las causas, factores de riesgo, y complicaciones en la mujer, lo cual contribuye al aumento de la morbimortalidad materno infantil.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores de riesgo del embarazo ectópico
- Describir las causas del embarazo ectópico en la gestante.
- Determinar la cantidad de casos de embarazos ectópicos que se presentan en mujeres
- Describir las complicaciones más frecuentes por embarazo ectópico

## METODOLOGÍA

El tipo de estudio es descriptivo. Se describe la situación de la gestante con embarazo ectópico para determinar los síntomas más comunes (dolor abdominal, amenorrea) pero con un leve sangrado, así como también las complicaciones por esta causa.

Entre las técnicas utilizadas están: Técnicas de fuentes primarias: como datos estadísticos mundiales y técnicas de fuentes secundarias: Revisión de literatura

## RESULTADOS

### Embarazo ectópico

Según la OMS (2009) es la implantación del embarazo en un lugar diferente al endometrial (capa interna del útero). Algunos autores la denominan extrauterino, que es un término inadecuado, ya que también son embarazos ectópicos los que se implantan al inicio de las trompas de Falopio y

en el cuello uterino (embarazo cornual y cervical respectivamente).

Los más frecuentes son los de implantación tubárica y ovárica, aunque raramente también puede implantarse un embarazo ectópico en cualquier órgano intra-abdominal. La frecuencia de aparición varía entre 0,3 al 1% del total de embarazos. La evolución natural del embarazo ectópico es la interrupción y complicación con hemorragias internas abdominales.

### Causas del embarazo ectópico

Un embarazo ectópico es causado frecuentemente por una afección que obstruye o retarda el paso de un óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio hacia el útero, posiblemente causado por una obstrucción física en la trompa. (Berec, 2007)

La mayoría de los casos son el resultado de una cicatrización provocada por: Embarazo ectópico previo; infección previa en las trompas de Falopio; cirugía de las trompas de Falopio. Existe un 50% de las mujeres con embarazos ectópicos ha padecido hinchazón (inflamación) de las trompas (salpingitis) o enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).

Algunos embarazos ectópicos pueden deberse a: defectos congénitos en las trompas de Falopio; complicaciones de una apendicitis; endometriosis; cicatrización causada por una cirugía pélvica previa. En unos pocos casos, se desconoce la causa. Algunas veces, una mujer puede quedar embarazada después de practicarse una ligadura de trompas (esterilización tubárica). Es más probable que los embarazos ectópicos ocurran dos o más años después del procedimiento y no inmediatamente después de éste. En el primer año después de la esterilización, sólo cerca del 6% de los embarazos serán ectópicos, al igual que la mayoría de los embarazos que ocurran dos o tres años después del procedimiento.

Las mujeres que se han sometido a una cirugía de recanalización tubárica con el fin de volver a quedar embarazadas también tienen un mayor riesgo de embarazo ectópico. El hecho de tomar hormonas, específicamente estrógenos y progesterona (como las que se encuentran en las pastillas anticonceptivas), puede hacer más lento el movimiento normal del óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio y llevar a un embarazo ectópico.

Las mujeres que se someten a fecundación in vitro o que utilizan un dispositivo intrauterino (DIU) con progesterona también tienen mayor riesgo de embarazo ectópico. La "píldora del día siguiente" (píldora poscoital o anticonceptivo de emergencia) ha sido relacionada con varios casos de embarazo ectópico. (Schwardz, 2007)

### Factores predisponentes

Son varios los factores que predisponen un embarazo ectópico, pero en general los más frecuentes son los procesos que impiden el paso del huevo fecundado a través de la trompa.

Estos pueden ser inflamaciones en la misma (salpingitis), malformaciones de la trompa como divertículos o hipoplasia, adherencias consecutivas a cirugías abdominales y procesos inflamatorios pelvianos que llevan al acodamiento de las trompas. También pueden aparecer después de cirugías tubáricas para corregir alguna obstrucción.

### Síntomas

Entre los síntomas se pueden citar: (Pouly, 2004)

- Hemorragia vaginal anormal (por lo general con manchas)

- Amenorrea (ausencia del período menstrual)

- Sensibilidad en las mamas

- Lumbago

- Cólico leve en un lado de la pelvis

- Náuseas

- Dolor en la parte inferior del abdomen o en la pelvis

Si el área del embarazo anormal presenta ruptura y sangra, los síntomas pueden empeorar. Éstos pueden abarcar:

- Sensación de mareo o mareos reales

- Dolor referido al área del hombro

- Dolor agudo, súbito e intenso en el área inferior del abdomen

El sangrado interno debido a una ruptura puede llevar a que se presente shock, el primer síntoma de casi el 20% de los embarazos ectópicos.

### Signos y exámenes

Se realiza un examen pélvico que puede mostrar sensibilidad en dicha área. Una prueba de embarazo generalmente es positiva. (De Novak, 2005)

Los exámenes que se pueden hacer son:

- Culdocentesis para verificar si hay sangre en el área pélvica o abdominal

- Hematocrito (puede ser normal o alto)

- Ecografía transvaginal o ecografía del embarazo (muestra un útero vacío)

- Conteo de leucocitos (puede estar normal o alto)

Se puede necesitar una laparoscopia, una laparotomía o una dilatación y legrado para confirmar el diagnóstico. Un em-

barazo ectópico puede afectar los resultados de un examen de progesterona en suero.

Sentir una sensación de dolor agudo, lacerante; especialmente en la zona del abdomen, es una señal de alarma muy importante que dejaría entrever que podría estar desarrollando un embarazo ectópico. Si experimentara una combinación de algunos de estos síntomas, es necesario realizar la consulta médica lo antes posible para que el mismo pudiera examinarla y determinar si está desarrollando un embarazo ectópico.

### Factores de riesgo

El daño causado en las trompas de falopio, ya sea por el desarrollo de cicatrices o por el surgimiento de alguna obstrucción es una de las causas principales del desarrollo de embarazos ectópicos. Las cicatrices podrían haber sido causadas por la cirugía, pero también podrían haber sido causadas por infecciones, tales como: enfermedades inflamatorias de la zona pélvica, gonorrea y clamidia. El hecho de buscar inmediatamente el tratamiento adecuado para resolver estos problemas podría minimizar su riesgo de desarrollar cicatrices, y además podría ayudarla a prevenir un embarazo ectópico.

Otros factores que podrían incrementar su riesgo de experimentar un embarazo ectópico son: el hecho de quedar embarazada después de haber cumplido los 35 años de edad, el haber experimentado previamente un embarazo ectópico, y el hecho de haberse sometido en el pasado a alguna clase de cirugía en sus trompas de falopio. Desafortunadamente, estos factores de riesgo no siempre pueden llegar a prevenirse. (Alvarez, 2005)

Además, si tuviera colocado un DIU en el momento en el que quedó embarazada, existirían grandes probabilidades de que su embarazo se convirtiera en un embarazo ectópico. El hecho de haberse sometido a tratamientos para mejorar la fertilidad también podría incrementar estos riesgos.

Identificar tempranamente los signos propios de un embarazo ectópico no sólo ayudará a minimizar las probabilidades de que el tratamiento al que se haya sometido le deje cicatrices, sino que también podría ayudarla a salvar su vida. Si sospecha de embarazo, y sintiera alguna clase de molestia o de dolor (especialmente en la zona del estómago), debería realizar un control ginecológico inmediatamente.

### Clínica

La clásica tríada clínica de embarazo ectópico incluye: dolor, amenorrea y sangrado vaginal. Los síntomas se pueden presentar desde las primeras semanas de embarazo. Normalmente el dolor suele ser abdominal, lo cual puede parecer un común dolor de estómago o cólicos. La diferencia es que

el dolor es muy fuerte y se localiza en la parte baja del abdomen. También es posible sentir dolor al orinar o al hacer un movimiento brusco. Lamentablemente, sólo el 50% de las pacientes presentan con signos clásicos. Las pacientes pueden presentar otros síntomas comunes a los embarazos precoces: náuseas, sensación de plenitud, fatiga, dolor abdominal bajo, cólicos fuertes, y dispareunia reciente. (Sosa, 2008)

Una forma de confirmar el embarazo es con una prueba de ultrasonido; habitualmente puede verse el embrión desde la primera semana. Si no se encuentra un embrión en el útero, pero se padecen los síntomas mencionados, es probable que sea un embarazo ectópico.

El dolor abdominal es el síntoma más común, el cual se presenta generalmente en las fosas ilíacas e hipogastrio, pero puede afectar cualquier parte del abdomen y asociarse con dolor en el hombro por irritación diafragmática. Le sigue la amenorrea con algún grado de sangrado vaginal.

Sin embargo, sólo el 40-50% de las pacientes con un embarazo ectópico presentan sangrado vaginal, el 50% tienen una masa palpable de anexos, y el 75% pueden tener dolor abdominal. Aproximadamente el 20% de las pacientes con embarazos ectópicos están hemodinámicamente comprometidas en la presentación inicial, que es altamente sugestiva de rotura. Afortunadamente, con el uso de las técnicas modernas de diagnóstico, la mayor parte de los embarazos ectópicos pueden ser diagnosticados antes de la ruptura.

Muchos trastornos pueden tener una presentación similar a un embarazo extrauterino. Los más comunes son la apendicitis, la salpingitis, la ruptura de un quiste del cuerpo lúteo o foliculo ovárico, un aborto espontáneo o la amenaza de aborto, la torsión de ovario y una infección urinaria.

### Diagnóstico

A medida que las tasas de embarazos ectópicos aumentan, son cada vez más los exámenes a las pacientes para asegurarse de que no están desarrollando un embarazo ectópico. Esto significa que cada vez serán más las mujeres que podrán ser diagnosticadas y tratadas a tiempo; contribuyendo de esta manera a que las tasas de mortalidad provocada por esta complicación puedan disminuir. (Bayless, 2005)

Si no se ha confirmado el embarazo, se debe realizar un análisis de orina para confirmar el mismo. Si el mismo arroja un resultado positivo, se le solicitaría un análisis de sangre a fin de medir sus niveles de HCG (gonadotropina coriónica humana). Basándose en la fecha de su último período menstrual y en la duración aproximada de su embarazo se podrían llegar a calcular los niveles apropiados de HCG.

Los niveles de HCG en un embarazo ectópico tienden a no aumentar tan rápidamente como sucedería en los embarazos normales. Si su análisis de sangre mostrara que sus niveles de HCG fueran menores de lo que deberían ser, contaría con grandes probabilidades de estar experimentando un embarazo ectópico.

Se debe realizar un examen pélvico para poder comprobar si hay signos o síntomas propios de esta clase de embarazos. Se controlará todo para determinar si algo anda mal. Por otro lado, le podría realizar una prueba de ultrasonido, a fin de monitorear y de confirmar o no la presencia de un embarazo ectópico. No obstante, el hecho de obtener un diagnóstico visual preciso que indique la presencia de un embarazo ectópico no siempre será una tarea sencilla.

Dado que es difícil detectar cualquier clase de embarazo antes de la sexta semana, si sospechara que está experimentando un embarazo ectópico tempranamente debería someterse a controles periódicos de sus niveles de HCG hasta que llegara a la sexta semana del embarazo. Si, llegado ese momento, sus niveles de HCG aún no hubieran aumentado tan velozmente como deberían haberlo hecho, se le podría realizar una prueba de ultrasonido para poder determinar sus probabilidades de desarrollar un embarazo ectópico.

### Evaluación

Al evaluar a la paciente, se establece: (Dorfman 2005)

**Síntomas:** Dolor abdominal (98%), amenorrea (retiro de la regla) (65%), sangrado vaginal (80%), con o sin síntomas de embarazo temprano, náuseas, vómito, desmayo, vértigo, dolor en hombro, sensación de estreñimiento, fiebre no muy elevada.

**Examen físico:** Corroborar los signos vitales con cambios al ponerse de pie, inestabilidad hemodinámica (baja presión arterial). La pelvis se puede encontrar normal en etapas tempranas, en el 50% de los casos se palpa una masa hacia alguna de las trompas, el útero suele estar crecido, dolor a la movilización del cuello del útero y en el fondo de saco, cuando hay sangrado en cavidad abdominal.

**Paciente inestable:** Cuando hay una emergencia de abdomen agudo y/o se sospecha de shock hemorrágico, de inmediato se debe confirmar sangrado abdominal con una punción (culdocentesis), en la cual se obtiene sangre que no coagula. Si a esto se le agrega una prueba positiva de embarazo, se puede decir que en el 99% de los casos se trata de un embarazo ectópico. Actualmente, con el uso de ultrasonido se abrevian muchos de éstos estudios y el diagnóstico es más preciso.

### Exámenes de laboratorio

Entre las pruebas que se deben realizar, se recomienda: (Rodríguez, 2003)

**Prueba de embarazo:** Existen pruebas en sangre, que diagnostican embarazo entre los 5 y 7 días después de la implantación del huevo en la matriz (2 días antes de la fecha en que se espera la menstruación).

**Biometría hemática:** Para ver si hay algún grado de anemia aguda, provocada por el sangrado.

**Ultrasonido:** Con un buen equipo, un embarazo se detecta a las 6 semanas con ultrasonido transabdominal, y a las 5 semanas con ultrasonido transvaginal, viéndose si es intra o extrauterino. También se busca la presencia de sangre libre en abdomen.

### Tratamiento

Si el embarazo ectópico fuera detectado tempranamente, el tratamiento para tratar un embarazo ectópico sería bastante simple. A la mujer embarazada se le administraría Metotrexato durante las primeras semanas del embarazo. La misma es una droga inyectable que se encargaría de disolver al feto y de permitir que el organismo lo reabsorbiera. Éste es un procedimiento no invasivo, y reduce la cantidad de cicatrices que podrían llegar a quedar en sus órganos reproductivos. (Rubin, 2005)

Los casos de embarazos ectópicos más avanzados requerirán cirugía para poder interrumpir el embarazo en cuestión. A pesar de que en el pasado ésta era una cirugía mayor y requería la realización de extensas incisiones, en la actualidad, este procedimiento ha sido simplificado y puede llevarse a cabo mediante una cirugía laparoscópica.

Un laparoscopia es un tubo largo y hueco que posee una luz en uno de sus extremos, la cual le permite al médico ver a través de su interior e insertar instrumentos quirúrgicos telescópicos en él para poder realizar la cirugía.

Este procedimiento no es demasiado invasivo; sólo se le deberá realizar una pequeña incisión en la parte baja de su abdomen (lo suficientemente grande como para que entre el laparoscopia). A veces, se le deberá realizar otra pequeña incisión como para que puedan pasar los instrumentos quirúrgicos. Si hubiera mucho daño interno o si experimentara hemorragias; sería necesario recurrir a algún otro procedimiento más invasivo.

Luego de haber realizado su tratamiento, deberá seguir examinándose y controlándose periódicamente para asegurarse de que sus niveles de HCG vuelvan a cero. Si estos niveles no disminuyeran podría tener que someterse a otros tratamientos; usualmente algún tratamiento en el que se usara Metotrexato, a fin de disolver los vestigios del embarazo.

Es realmente importante recibir el tratamiento adecuado lo antes posible, para tratar exitosamente un embarazo ectó-

pico. Si no se lo tratara, el embarazo ectópico podría causar la muerte de la mujer embarazada.

## Complicaciones

La complicación más común es la ruptura con sangrado interno que lleva a que se presente shock, pero rara vez se presenta la muerte por esta causa. En el 10 a 15% de las mujeres que han experimentado un embarazo ectópico se presenta infertilidad. (Harrison 2002)

La conducta consiste en:

- Hospitalización, estabilización de las constantes, transfusión.
- Cirugía para extirpar el feto, la placenta y los tejidos dañados.
- Si no se puede reparar la trompa de Falopio, se extrae entera (el embarazo normal se puede conseguir con sólo una trompa).

## Prevención

El Embarazo Ectópico está alcanzando las dimensiones de una importante epidemia. Como en las restantes epidemias, los médicos tienen un deber doble; deben proporcionar, en primer lugar, una atención efectiva y oportuna a las mujeres afectadas.

Es importante el esfuerzo que deben realizar, toda vez que al identificar los factores que influyen en su propagación, se deben establecer las medidas preventivas apropiadas para erradicarla, ya que amenaza la vida y la fertilidad de las embarazadas.

Es probable que la mayoría de las formas de embarazos ectópicos que ocurren fuera de las trompas de Falopio no sean prevenibles. Sin embargo, los embarazos tubáricos (el tipo más común de embarazo ectópico) pueden en algunos casos prevenirse, evitando aquellos trastornos que podrían ocasionar cicatrización en las trompas de Falopio. Lo siguiente puede reducir el riesgo de un embarazo tubárico.

Evitar los factores de riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) como la promiscuidad, las relaciones sexuales sin preservativos y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). (De Palo 2006)

Acudir al control prenatal o control ginecológico con regularidad, la cual permita detectar con tiempo cualquier cambio, inflamación o enfermedad de transmisión sexual.

## Pronóstico

Si la mujer ha tenido un embarazo ectópico tienes mayor probabilidad de tener otro. También puede tener dificultad de volver a quedar embarazada. Después de tener un embarazo ectópico se debe dar tiempo al cuerpo para sanar y

restablecerse, antes de tratar de quedar en embarazo nuevamente. (Sosa, 2008)

Si una de las trompas se rompió o se tuvo que extraer, la mujer continuará ovulando como antes, pero las posibilidades de concebir se reducirán un 50%. La posibilidad de que se repita un embarazo ectópico se sitúa entre un 7–10% y esto dependerá del tipo de cirugía que se aplicó y de cualquier daño que se hiciera a la(s) trompa(s) que queda.

Cuando una de las trompas de Falopio se daña (debido a una adherencia, por ejemplo) aumentan la posibilidad de que la segunda trompa esté dañada también. Esto no solo significa que tienes menos posibilidades de concebir de lo normal, sino también que el riesgo de otro embarazo ectópico es mayor. En los casos relacionados con el DIU/T de cobre o espiral, no parece haber un mayor riesgo de otro embarazo ectópico en el futuro si se quita el dispositivo.

Antes de intentar tener otro embarazo es conveniente tener un tiempo de recuperación física y emocionalmente. Normalmente los médicos recomiendan esperar por lo menos tres meses para dejar que su cuerpo sane. Los sentimientos varían después de un embarazo ectópico: algunas mujeres quieren quedarse embarazadas de nuevo inmediatamente, mientras que otras sienten pavor con la idea y no pueden soportar el estrés de otro angustioso embarazo. Es importante recordar que aunque la idea de otro embarazo ectópico te puede asustar, tienes muchas posibilidades de tener un embarazo normal y sano.

## CONCLUSIONES

Este tipo de embarazo es causado frecuentemente por una afección que obstruye o retarda el paso de un óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio hacia el útero, posiblemente causado por una obstrucción física en la trompa.

El diagnóstico de sospecha del embarazo ectópico suele realizarse tras una evaluación combinada de antecedentes clínicos, marcadores hormonales y datos ecográficos. La ecografía suele ser útil para confirmar la sospecha clínica de un embarazo ectópico, lo que, al permitir el diagnóstico en las primeras fases, disminuye considerablemente la morbilidad y la mortalidad maternas.

La mayoría de los casos son el resultado de una cicatrización provocada por una infección previa en las trompas de Falopio, cirugía de las mismas o embarazo ectópico previo. Hasta un 50% de las mujeres con embarazos ectópicos ha padecido inflamación de las trompas (salpingitis) o enfermedad inflamatoria pélvica.

La ecografía y la ultrasonografía gineco-obstétrica constituyen un estudio importante para corroborar el diagnóstico clínico. Con un buen equipo, un embarazo se detecta a las 6 semanas con ultrasonido transabdominal, y a las 5 semanas con

ultrasonido transvaginal, viéndose si es intra o extrauterino. También se busca la presencia de sangre libre en abdomen.

## RECOMENDACIONES

Una mujer que presenta síntomas de embarazo ectópico (especialmente dolor en la parte baja del abdomen o sangrado vaginal anormal) debe notificarle esto a su médico. Cualquier mujer fértil y sexualmente activa puede tener embarazos ectópicos, sin importar el uso de anticonceptivos.

Es probable que la mayoría de las formas de embarazos ectópicos que ocurren por fuera de las trompas de Falopio no sean prevenibles. Sin embargo, un embarazo tubárico (el tipo más común de embarazo ectópico) puede en algunos casos prevenirse, evitando aquellos trastornos que podrían ocasionar cicatrización en las trompas de Falopio.

Algunos aspectos pueden ser recomendables para reducir el riesgo:

Evitar los factores de riesgo para enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) como la promiscuidad, las relaciones sexuales sin condón y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Hacer un diagnóstico y tratamiento oportunos de las enfermedades de transmisión sexual.

Hacer un diagnóstico y tratamiento oportunos de salpingitis y de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).

Con el avance de los métodos diagnósticos y su aplicación a los grupos de mujeres de alto riesgo para el Embarazo Ectópico, se puede diagnosticar hoy el EE con mucha precocidad y seguir muy de cerca su evolución

## BIBLIOGRAFÍA

Alvarez, R. 2005. Salud Pública. Medicina Preventiva. Editorial Manual Moderno. México.

Bayless RB. 2005. Embarazo ectópico no tubarico. Clin Obstet Ginecol. Toronto. Canadá.

Berec, J. S. 2007. Ginecología; 12ª Ed., Mc Graw Hill. Interamericana. México.

Comstock C. Ultrasonografía. Embarazo ectópico ovárico. Gynecol. Obstet. EE.UU. 2005

De Novak, G. 2005. Ginecología. 12ª Ed. Mc Graw Hill; Interamericana; México.

De Palo, G. 2006. Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior; Ed. Mc Graw Hill. Colombia.

Dorfman SF. 2005. Epidemiología del Embarazo ectópico. Clin Obstet Ginecol. NY. EE.UU.

Harrison, P. 2002. Medicina Interna: La Obesidad; Ed. Interamericana. España.

Hofmann HM. et.al. Embarazo cervical. Estudio de casos en diagnóstico y tratamiento. Ed. Arch. Gynecol. Obstet. 2005

Ministerio de Salud y Deporte. 2008. Embarazo, parto y puerperio. Salud Materno Infantil. Ed. Universitaria. La Paz. Bolivia.

# Compite Med

## Respuesta

### Caso N° 2: (Viene de Pag. N° 31)

#### a) El neurinoma, neurilemmoma o schwannoma

Es el tumor nervioso periférico más frecuente y tiene su origen en las células de Schwann. Constituye un 5% de las neoplasias benignas de los tejidos blandos. Es un tumor benigno de la vaina neural, al igual que el neurofibroma, del cual se diferencia por sus características histopatológicas. La resonancia magnética describió un tumor sólido en la continuidad del nervio mediano, de baja densidad y sin realce vascular.