

TEMA 0-14: EMBARAZO ECTÓPICO.

CONCEPTO:

La gestación ectópica o embarazo ectópico se denomina así en contraposición al término eutópico, que significaría normalmente implantado. La nidación eutópica tiene lugar dentro de la cavidad uterina en el triángulo comprendido entre el fondo y cuernos tubáricos por arriba y el segmento uterino inferior por debajo: Toda implantación por fuera de esta área se considera ectópica, dando lugar a la entidad que nos ocupa.

Por eso, aunque se conoce también por su sinónimo de "*embarazo extrauterino*", éste es incorrecto, dado que existen variedades de gestación ectópica dentro del útero (p.ej. cervical o intramural).

LOCALIZACIONES:

Por orden de importancia son:

1.- **Tubárico**: Con diferencia el más importante, representando el 95-98% de todos los casos, por lo que a él nos referiremos fundamentalmente en este tema. A su vez puede localizarse en:

a) **Ampular**: 50% de los casos.

b) **Ístmico**: 30% de los casos.

e) El 20% restante lo comparten las formas distales **fímbrico** por un lado e **intersticial** (intramural o cornual) por el otro.

2.- **Ovárico**: 0.7-1% de los ectópicos; generalmente en su superficie.

3.- **Cervical**: 1-2% de los casos.

4.- **Abdominal**: <1% de los casos.

5.- **Otros**: Excepcionalmente raros, p.ej. en muñón de histerectomías, en úteros malformados, etc.

EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO:

Frecuencia: 1/100-200 embarazos, con un aumento en las últimas décadas, en relación con los factores de riesgo.

Etiología: Recordemos que, tras la fecundación en la ampolla tubárica, el huevo se implanta entre el 6º y 7º días allí donde se encuentre. Si su transporte se ha visto dificultado o imposibilitado, no alcanza la cavidad uterina en ese tiempo y se implantará en la trompa.

Podemos agrupar las causas que enlentecen o dificultan el transporte tubárico, constituyéndose en las causas etiológicas de la gestación tubárica, en:

1) En un 5% de los casos sus causas son **desconocidas**. Si bien en un 50% de los casos pueden considerarse accidentales, ante la dificultad de demostrar causa alguna.

2) En un 80% de los casos se atribuye a **alteraciones mecánicas** de las trompas:

a) **Anexitis** inespecíficas, gonocócica, fímica, etc. Aunque lleguen a curar, a veces con recuperación anatómica de la trompa, pueden dejar bridas, obstrucciones totales o parciales, o alteraciones en la motilidad y

funcionalismo tubáricos enlenteciendo o imposibilitando el transporte ovular. Probablemente quepa asociar a este factor la mayor frecuencia de embarazos ectópicos entre:

-Áreas con promiscuidad sexual.
-Áreas en que se practican sistemas de planificación familiar.

-Áreas donde el aborto es legal.
-Niveles socioeconómicos bajos.

b) **Salpingitis ístmica nodosa.**

c) **Bridas adherenciales** (perisalpingitis): Acodan y obliteran las trompas.

d) **Compresiones extrínsecas:** Sobre todo tumorales:

-Uterinas: Miomas.
-Tumores ováricos.

e) **Malformaciones tubáricas:**

-Trompas dobles, una de las cuales acaba en un fondo ciego.

-Divertículos de la pared tubárica, a veces consecuencia de salpingitis previas.

f) **Endometriosis:**

-A través de su acción mecánica compresiva, distorsionadora, etc.

-Por proporcionar islotes de endometrio donde se implantaría el huevo.

g) **Uso de DIU:** Da un 8-10% de anexitis inaparentes, y, bien por este mecanismo o por alteraciones en la motilidad y transporte tubáricos, incrementa la frecuencia de embarazos ectópicos entre sus usuarias.

h) **Minipíldora:** Probablemente por alterar la motilidad tubárica.

i) **Gestaciones en pacientes estériles:** Pueden asociar varios de los factores expuestos. Las nuevas técnicas de reproducción asistida han tenido una importante repercusión en el incremento de la frecuencia.

3) En un 15% de casos se atribuye a **alteraciones funcionales** de la trompa, a considerar, pero de difícil demostración:

a) **Trompas infantiles:** No sólo por su cortedad y estrechez, sino porque pudieran asociar alteraciones de su peristaltismo.

b) **Insuficiencia de cuerpo lúteo:** Condicionaría un transporte ovular lento.

c) **Secundarias a tratamientos inductores de la ovulación.**

d) **Reflujo endometrial:** Relacionado con el transporte ovular lento, el huevo alcanzaría la cavidad uterina en fase menstrual, siendo de nuevo rechazado a las trompas por un reflujo durante la regla.

e) **Cirugía reparadora tubárica:** Con microcirugía tubárica a pacientes estériles por este factor se consigue normalizar la anatomía de la trompa, pero no siempre su funcionalismo. Por ello no es de extrañar que hasta un 25% de las mujeres en que estas intervenciones son exitosas presenten algún episodio de embarazo tubárico. Algo semejante ocurre en caso de gestación tras esterilización tubárica.

f) **Captación ovular tardía:** El huevo alcanzaría su estado de implantación antes de alcanzar la cavidad uterina.

g) **Migración ovular externa:** Se produciría una captación ovular tardía por parte de la trompa contralateral al ovario del que procede. Esto se ha podido demostrar comprobando la existencia de un embarazo tubárico junto a un cuerpo lúteo en el ovario contralateral.

Anatomía patológica:

1.- **Trompa:** "El huevo excava en la trompa no sólo su lecho, sino también su tumba" (Werth).

El tejido corial se encuentra a este nivel. La anidación en la trompa puede ser, de acuerdo con el punto de su circunferencia en que lo haga:

- Basiotropa: En vecindad del mesosálpinx.
- Acrotropa: En el polo contrario.
- Ecuatotropa: Entre las anteriores.

Y según las papilas tubáricas:

- Columnar: En el extremo de una papila.
- Intercolumnar: Entre dos papilas.

Pero, si bien el endosálpinx sufre cambios deciduales capaces de anidar al huevo, la pared tubárica es delgada y su vascularización insuficiente para soportar el embarazo mucho tiempo.

Así, de entrada, se suele perder la parte más noble del huevo y entre el 50 y 90% de los casos se ha comprobado la existencia de huevos anembrionados en los embarazos ectópicos.

La trompa aparece engrosada, congestiva, con marcada vascularización y mucosa hipertrófica. Las deciduas capsular y parietal son mínimas. La trompa se llena de sangre, que la distiende (*hematosálpinx*) y aparecen áreas de su pared con tendencia a la necrosis e incluso a la perforación.

2.- **Endometrio:** En la cavidad uterina es característico:

- a) La ausencia de vellosidades coriales.
- b) El efecto del embarazo ectópico sobre el endometrio puede ser variable:

-Lo habitual es encontrar formas más o menos secretoras, más o menos decidualizadas, o con imágenes regresivas.

-Ocasionalmente se ha observado endometrio de aspecto proliferativo.

-En un 25-30% de los casos se aprecia una forma especial de decidualización conocida como "*fenómeno de Arias-Stella*", caracterizada por la presencia de grandes células claras, de núcleos atípicos, con mitosis y glándulas hipertrofiadas con escaso estroma entre las mismas, adosadas una contra otra ("*back lo back*"), lo que en conjunto recuerda al adenocarcinoma de endometrio. A veces este molde decidual así constituido se expulsa en bloque. No es un fenómeno específico del embarazo ectópico, pues también se ha visto como consecuencia de la administración exógena de gestágenos. No obstante su observación no da más de un 70% de seguridad diagnóstica de encontrarnos ante un embarazo ectópico.

3.- **Ovario:** En él se observa la persistencia del cuerpo lúteo como en cualquier embarazo normal.

4.- La sangre coleccionada en fondo de saco de Douglas forma el llamado **hematocele retrouterino**.

Evolución:

La deficiente anidación en la trompa puede evolucionar a:

1.- **Rotura tubárica**: Sobre todo en embarazos de la porción ístmica, que es la más estrecha. Se puede producir:

- De forma espontánea.
- Como consecuencia de una presión externa.
- Ante un incremento de la presión intraabdominal.

Tras romperse un embarazo de implantación basiotropa puede evolucionar a **embarazo intraligamentario**.

2.- **Aborto tubárico**: Sobre todo en gestaciones vecinas al extremo distal (en la ampolla o en el pabellón tubáricos). El peristaltismo tubárico acaba por expulsar el huevo a la cavidad peritoneal a través del pabellón de la trompa.

En los dos casos (rotura uterina y aborto tubárico), puede secundariamente evolucionar a **hematomola**: El huevo expulsado como aborto tubárico o a través de una rotura de una gestación de implantación acrotropa o ecuatotropa cae libre a la cavidad abdominal donde:

- Puede morir quedando como una *hematomola peritubárica*.
- Reimplantarse dando un *embarazo abdominal secundario*.
- Peritonitis: Es rara.

3.- **Litopedion**: Se produce la muerte del embrión que se momifica, se esqueletiza y se calcifica, quedando así remanente. Ocasionalmente se sobreinfecta. A penas sucede en un 10% de los casos.

4.- **Curación espontánea**: En casos precoces, que se mueren y reabsorben como cualquier cuerpo extraño. Quizás suceda así en alrededor de un 50% de casos no diagnosticados.

Sintomatología clínica:

1.-Inicialmente **asintomático**. Amenorrea con test de embarazo positivo, exploración ginecológica normal, salvo quizás un ligero dolor anexial. En esta fase alguno de los ectópicos interrumpe su desarrollo y se reabsorbe.

2.- **Amenorrea**: Se da en un 80% de los casos y suele ser corta (5-8 semanas), pudiendo llegar en casos extremos a 10 semanas.

3.- **Metrorragia**: Generalmente es escasa o moderada y de sangre oscura o negruzca, por descamación decidua; de aparición continua durante unos días o irregular con distinta intensidad. Se da en un 60% de los casos. Entre hemorragia y/o dolor debutan un 80-90% de los casos.

4.- **Dolor**: Puede aparecer como:

-Dolor continuo a nivel abdomino-pélvico (72%), lateralizado a una FI o en hipogastrio por irritación peritoneal por la sangre libre. Es de intensidad variable y con diferentes intervalos.

-Dolor brusco en puñalada, sobre todo ante rotura tubárica.

-Dolor cólico en fosa ilíaca, característico del aborto tubárico.

-Omalgia (*Signo de Lafont*), por irritación del nervio frénico a consecuencia del hemoperitoneo.

5.- **Sintomatología anémica**: Palidez y sudoración fría, desproporcionadas ante tan escasa hemorragia externa.

6.- **Shock**: En la crisis, junto al dolor agudo, puede darse una súbita e inexplicable pérdida de conocimiento, de la que la paciente se recupera con dificultad. Shock y lipotimia aparecen en casos de instauración cataclísmica

con oliguria, anisocoria, etc. El shock, además de su origen hipovolémico, puede también ser de origen neurógeno por el dolor.

7.- **Sintomatología subjetiva de embarazo:** Suele ser larvada y no muy importante.

8.- **Tenesmo urinario y/o rectal:** Por irritación de los órganos vecinos.

Diagnóstico:

Es básico tener su posibilidad siempre en mente, ante cualquier abdomen agudo o metrorragia en la gestación inicial, especialmente si existen antecedentes de esterilidad, reproducción asistida, cirugía tubárica, enfermedad inflamatoria pélvica, portadora de DIU, etc. El diagnóstico se basará en:

1.- **Sintomatología clínica:** El trípede sintomático amenorrea-metrorragia-dolor, considerado en conjunto, da lugar a los llamados **menogramas de Büschbeck**, que los interrelacionan:

Menograma tipo I: Tras una amenorrea de corta duración, se presenta un cuadro brusco de dolor sin metrorragia.

Menograma tipo II: Idéntico al anterior, pero asocia metrorragia escasa coincidente con el episodio doloroso.

Menograma tipo III: Existe un sangramiento como una regla coincidente con la anormal implantación ovular, por lo que se confunde con la regla y no existe amenorrea. Posteriormente se da el cuadro de dolor con la metrorragia escasa, como en el tipo II.

Menograma tipo IV (No de Büschbeck, sino de Galbis): Alrededor de la fecha de la regla, ésta no aparece, sino un cuadro de sangramientos escasos asociados a discreto dolor. Si se deja evolucionar conduce al cuadro de crisis dolorosa, acompañada o no de metrorragia.

2.- **Analítica:**

a) **Determinación de la β -HCG:** Indica que la paciente está embarazada, cosa que ella a veces no sabe o trata de ocultar, siendo su determinación en sangre y orina inexcusable ya en urgencias. Es altamente sensible incluso en orina (35 mUI/ml). La positividad en cualquier caso, sin la presencia de saco ovular intrauterino, orienta al diagnóstico de embarazo ectópico. Para establecer la naturaleza evolutiva o regresiva se requieren determinaciones cuantitativas seriadas, siendo en general los valores inferiores a los de la gestación intrauterina y no se duplican cada 48 horas.

b) **Hemograma:** Muestra la ya comentada anemia desproporcionada y que se agrava con el tiempo en analíticas seriadas. La VSG estará generalmente algo elevada por el embarazo, no por su condición de ectópico.

c) **Progesterona sérica:** A penas se usa; está disminuida (<30 ng/ml) en el embarazo ectópico.

3.- **Exploración abdominal:**

a) **Inspección:** Puede observarse la aparición de una equimosis periumbilical (*Signo de Cullen-Hoffstater*) o a nivel costo-lumbar (*Signo de Turner*). No son específicos del embarazo ectópico, pues también pueden aparecer en la pancreatitis aguda.

b) **Palpación:** Existe sensibilidad abdominal generalizada, pero no defensa.

c) **Auscultación:** Se aprecia peristaltismo intestinal.

4.- **Exploración genital:**

a) **Especuloscopia:** Se ve salir sangre negra procedente de la cavidad uterina, descartando la hemorragia genital baja.

b) **Tacto bimanual:**

-La exploración resultará más dolorosa y molesta de lo habitual, con sensibilidad vaginal y a la presión en hipogastrio y FF.II. Si estas molestias lo permiten puede palparse un anexo engrosado, junto a un útero blando y aumentado de tamaño, aunque de menor tamaño que el correspondiente a la amenorrea. Puede palparse el Douglas ocupado.

-*Signo de Kennedy:* La movilización cervical desencadena un dolor brusco.

-*Signo de Proust:* La presión en fondo de saco de Douglas es extremadamente dolorosa y la paciente lanza un grito ("grito de Douglas").

5.- **Ecografía:** Es un buen método diagnóstico, que, considerándola en el conjunto con la clínica y analítica, mejora muchísimo su predictividad diagnóstica.

a) **Ecografía abdominal:** Su sensibilidad a penas es del 50%, pero ayudará en casos de que no se disponga de la transvaginal. Los signos que orientan su diagnóstico serán:

+ *Signos uterinos:*

-Útero aumentado de tamaño, pero menos de lo que corresponde a la amenorrea.

-Cavidad uterina vacía, con análisis de embarazo positivo.

-Ecos difusos, mal estructurados en cavidad uterina, con análisis de embarazo positivo.

-Presencia de "pseudosaco gestacional" (20% de los casos), consecuencia de la reacción decidual, que puede confundir con una gestación intrauterina.

-La presencia de un saco gestacional intrauterino prácticamente descarta el embarazo ectópico, dado que la coexistencia de una gestación intrauterina con otra gemelar ectópica es de 1 por cada 30.000 embarazos.

+ *Imágenes extrauterinas:*

-Visualización de masas anexiales, sobre todo con cavidad uterina vacía y HCG positiva.

-Visualización ectópica del saco ovular, frecuentemente anembrionado como ya hemos comentado.

-Imagen de líquido libre en Douglas o de masa irregular a dicho nivel: Hematoma más o menos organizado o hematomola.

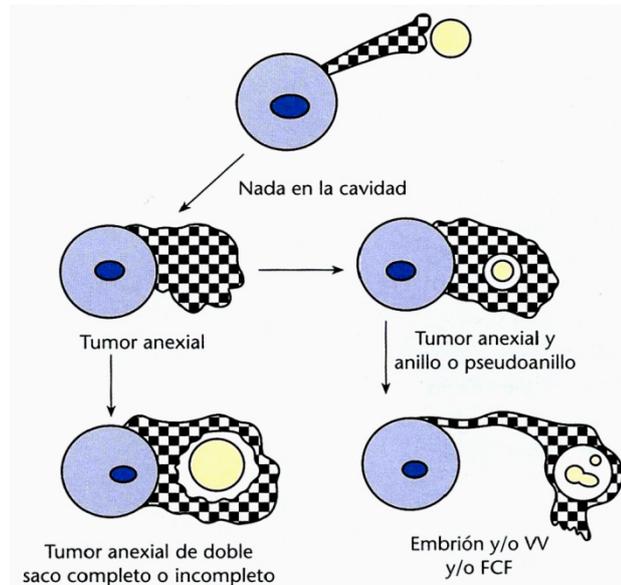
b) **Ecografía transvaginal:** Asociada o no al Doppler-color, aporta una serie de imágenes consecutivas, que incrementan la sensibilidad diagnóstica en función de la edad gestacional y la naturaleza evolutiva-involutiva del ectópico:

+ *Útero vacío:* Esta imagen, con decidua más o menos engrosada y amenorrea de ≥ 35 días orienta con una sensibilidad del 80% a un embarazo ectópico.

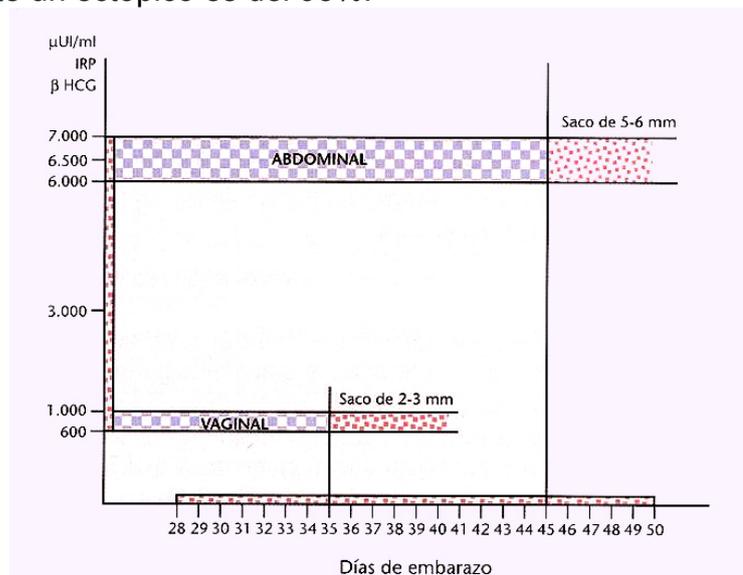
+ *Masa anexial en área tubárica:* Junto a lo anterior aumenta la sensibilidad al 85% y más aún si se visualizan en su interior vasos de baja resistencia con Doppler-color.

+ *Masa anexial con anillo o pseudoanillo*: El inicio de aparición en la masa de un saco gestacional es garantía absoluta del diagnóstico de embarazo ectópico. En casos involutivos puede apreciarse la imagen de doble saco o saco incompleto (pequeñas hemorragias o desprendimientos).

+ *Masa anexial con saco gestacional ± vesícula vitelina, embrión ± latido cardíaco*: Aunque patognomónico es raro e indica una gestación ectópica muy evolucionada, dado que suele romperse antes.



Diagnóstico conjunto ecográfico-analítico: A los 35 días de amenorrea debe verse ya un saco gestacional intrauterino por ecografía vaginal con una β -HCG que será superior a 1000 mU/ml; de no ser así la posibilidad de encontrarnos ante un ectópico es del 95%.



6.- **Valoración del estado general:**

Inicialmente puede ser bueno.

Destaca un cuadro anémico sin paralelismo con la hemorragia externa.

Ante la rotura tubárica o marcado hemoperitoneo la paciente entra en shock.

En cuanto a las constantes:

a) *Temperatura*: Suele ser normal, a veces discreta febrícula.

b) *Tensión arterial*: Tendencia a la hipotensión. Cabe hacer dos tomas: Una acostada y otra en bipedestación.

8.- **Culdocentesis o colpotomía posterior**: Punción del Douglas a través del fondo de saco vaginal posterior (no requiere anestesia) o sección con bisturí a dicho nivel (bajo anestesia). Se obtiene sangre por aspiración, que colocada sobre una gasa difunde homogéneamente si corresponde a un vaso que hayamos puncionado o forma un núcleo central de hematíes rodeado de un halo claro si procede del hemoperitoneo (en el que se ha redisuuelto el coágulo inicial).

Su fiabilidad diagnóstica es del 95%.

9.- **Legrado uterino**: Descarta la presencia de material ovular intracavitario y permite el diagnóstico del fenómeno de Arias-Stella.

10.- **Laparoscopia**: En caso de persistir la duda permite la visualización directa. Permite el diagnóstico de seguridad y eventual tratamiento.

11.- **Laparotomía exploradora**: En caso de abdomen claramente quirúrgico sin diagnóstico evidentemente establecido.

Diagnóstico diferencial:

1.- **Con hemorragias de la gestación Inicial:**

-Aborto:

	Amenorrea	Hemorragia	Color	Dolor	Anemia
Aborto	+	+++	Roja	Hipogastrio	+ / ++
Embarazo ectópico	+ ó Ø	+ ó Ø	Negrucza	F.I.	++ / +++

-Enfermedad trofoblástica.

2.- **Con cuadros dolorosos abdominales:**

-Anexitis y EPI.

-Dolor ovulatorio (*Mittelschmerz*).

-Complicaciones dolorosas del DIU.

-Abdomen agudo:

Digestivo. Apendicitis.

Urológico.

Vascular.

Torsión de quiste ovárico.

Rotura de vísceras abdominales.

-Otras causas de hemoperitoneo.

Esquemmatizando el diagnóstico diferencial más habitual:

	Amenorrea	Hemorragia externa	Dolor	Fiebre	Anemia
Embarazo ectópico	+ / Ø	Escasa, negruzca	FI	Ø	+++
Aborto	+	+++ (roja)	Hipogastrio	Ø	++
Apendicitis	Ø	Ø	Periumbilical	+	Ø
Torsión de	Ø	Ø	Difuso	±	Ø

quiste ovario			abdominal		
Anexitis	∅	++ (menstrual)	FF.II.	+++	∅

Tratamiento:

1.- **Expectante:** Es muy peligroso salvo que nos encontremos en fase diagnóstica, con pacientes asintomáticas y cifras de β -HCG <1000 mUI/ml, observando si éstas descienden.

2.- **Sintomático:**

-Analgésia: Procurando no enmascarar la sintomatología.

-Transfusión: Para combatir la hipovolemia.

3.- **Tratamiento quirúrgico:** Por vía abdominal, transvaginal (colpotomía posterior) o translaparoscópica. En pacientes sintomáticas o con inestabilidad hemodinámica o con cifras altas o crecientes de β -HCG.

Inicialmente cabe vaciar el hemoperitoneo y lavar la cavidad abdominal.

Luego puede practicarse:

a) Cirugía radical: Salpinguectomía o anexectomía completa.

Ocasionalmente extirpaciones más amplias.

b) Cirugía conservadora:

-Exprimir y ordeñar la trompa con hemostasia del lecho ovular sangrante (puede para ello usarse el baloncito de una sonda de Foley pediátrica): En casos vecinos al pabellón tubárico.

-Salpingostomía lineal, extracción del embarazo y reconstrucción microquirúrgica de la trompa: En casos de gestaciones tubáricas más proximales al útero.

4.- **Tratamiento médico:** Se pueden conseguir éxitos con la administración de **methotrexate**, directamente en el saco ovular (por laparotomía o laparoscopia) o, más habitualmente, por vía general. Se intentará este tratamiento en pacientes oligosintomáticas, hemodinámicamente estables, con imágenes ecográficas pequeñas (aunque haya embrión y latido cardíaco) y valoraciones de β -HCG no muy altas, aunque puedan ser superiores a 10.000 mUI/ml. El hemograma, función hepática y renal deben ser normales.

Se administra una dosis única i.m. (día 0) de 50mg/m², determinando la β -HCG sérica los días 5 y 10 y luego cada semana.

Si no disminuyen un 15% los valores en 10 días se administrará otra dosis, cosa que se puede repetir una tercera vez.

Debe asociarse la toma de 30 mg de ác. fólico diario. Y la paciente se controlará ecográficamente y de forma ambulatoria si está asintomática hasta la negativización de la β -HCG.

Aumentos o no disminución de la β -HCG tras la tercera dosis, pacientes que se vuelven sintomáticas o hemodinámicamente inestables serán subsidiarias de tratamiento quirúrgico.

(La mifepristona (RU 486)/misoprostol está contraindicada si se sospecha un embarazo ectópico).

Pronóstico:

La mortalidad fetal es del 100%.

Solo en raros casos regresivos iniciales puede desaparecer espontáneamente.

Para la madre la mortalidad en un sistema sanitario que se precie debe ser inferior al 1%, si bien se han descrito cifras hasta del 2%.

Fundamentalmente ocurre por hemorragia. Por ello en países subdesarrollados sin asistencia la mortalidad materna puede alcanzar hasta un 65%.

La posibilidad de recidiva es de aproximadamente de un 15 a un 20%.

La posibilidad de un ulterior embarazo a término tras un ectópico intervenido se cifra en alrededor del 25-50%.

EMBARAZO ECTÓPICO INTRAMURAL:

Se conoce también como embarazo cornual o intersticial.

Pese a ser una forma de embarazo tubárico, presenta unas características que hacen que debamos considerarlo separadamente.

Representa un 2.5% de todos los embarazos ectópicos.

A veces se ve asociado a adenomiosis, salpingitis ístmica nudosa, etc.

En su diagnóstico cobra gran interés la ecografía. El diagnóstico diferencial se hará con el mioma uterino de localización cornual.

Permite un mayor desarrollo ovular, que a veces alcanza hasta el 4º mes de gestación, por lo que su rotura, en vecindad de la anastomosis de las arterias tubárica y uterina, conducirá a una hemorragia mucho más grave, obligando frecuentemente a la realización de una histerectomía.

EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO:

Representa entre el 0.7 y el 1% de todos los embarazos ectópicos, si bien su frecuencia relativa tiende a aumentar, asociada al empleo del DIU, cada vez más frecuente.

Dentro del ovario la implantación puede ser:

a) Intrafolicular: La más frecuente.

b) Superficial: Casi siempre se trata en estos casos de un embarazo ovárico secundario (reimplantado en la superficie ovárica tras un aborto tubárico).

Su clínica es semejante a la del embarazo tubárico, predominando aquí la sintomatología dolorosa.

El diagnóstico diferencial cabe hacerlo con los tumores y quistes anexiales.

El tratamiento quirúrgico consiste sobre todo en la ovariectomía, habitualmente total, o incluso la anexectomía. Podría también beneficiarse del tratamiento médico.

EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL:

Su frecuencia (1/3372 embarazos) lo convierte en raro, siendo más frecuentes las implantaciones abdominales secundarias que primitivas.

El huevo se nutre de la vascularización de los órganos a los que se fija y a los que invade. Por ello con relativa frecuencia puede llegar a término.

El diagnóstico se realiza:

a) Por la clínica:

- Dolor exagerado ante los movimientos fetales.
- Palpación de partes fetales muy superficiales.

b) Ecografía: Gestación ectópica avanzada, con útero vacío rechazado a la pelvis.

El pronóstico materno es malo, con una mortalidad de hasta un 14%. En los casos en que llega a término son frecuentes las malformaciones fetales.

Tras el diagnóstico no debe permitirse su evolución. El tratamiento incluye la extracción del feto y, si fuera posible, de la placenta. No obstante, si la placenta afecta órganos vitales o su desprendimiento pudiera resultar fuertemente hemorrágico: cabe dejarla y esperar su regresión espontánea completa o extraerla en un segundo tiempo más adelante.

EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL:

Es muy raro (aproximadamente 0.1/1000 embarazos), siendo su frecuencia relativa del 1-2% de todos los embarazos ectópicos.

Puede dar hemorragias, que serán intensas si alcanza la arteria cervical.

Se diagnostica por visión cervical con espéculo y tacto cervical. La ecografía puede también ser orientativa.

El extirparlo puede resultar extremadamente hemorrágico. Si no responde a legrados y taponamientos repetidos, puede requerir la práctica de una histerectomía. Puede intentarse también el tratamiento médico con methotrexate.

OTRAS FORMAS DE EMBARAZO ECTÓPICO:

1. **Embarazo ectópico en útero (y/o trompas) malformados:** Se han descrito embarazos en:

- Cuernos uterinos no comunicantes con el exterior.
- Muñón tubárico.
- Trompa accesoria.

2. **Embarazo ectópico en muñón de histerectomía:** Muy raros. Son más frecuentes en muñones tubáricos restantes. Se ha descrito algún caso que ha llegado a término.

EMBARAZO EUTÓPICO EN ÚTERO ECTÓPICO:

Se han descrito casos raros, sobre todo en países subdesarrollados en úteros situados:

- En un saco herniario umbilical.
- En un saco herniario inguinal.