



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ARAZO ECTÓPICO



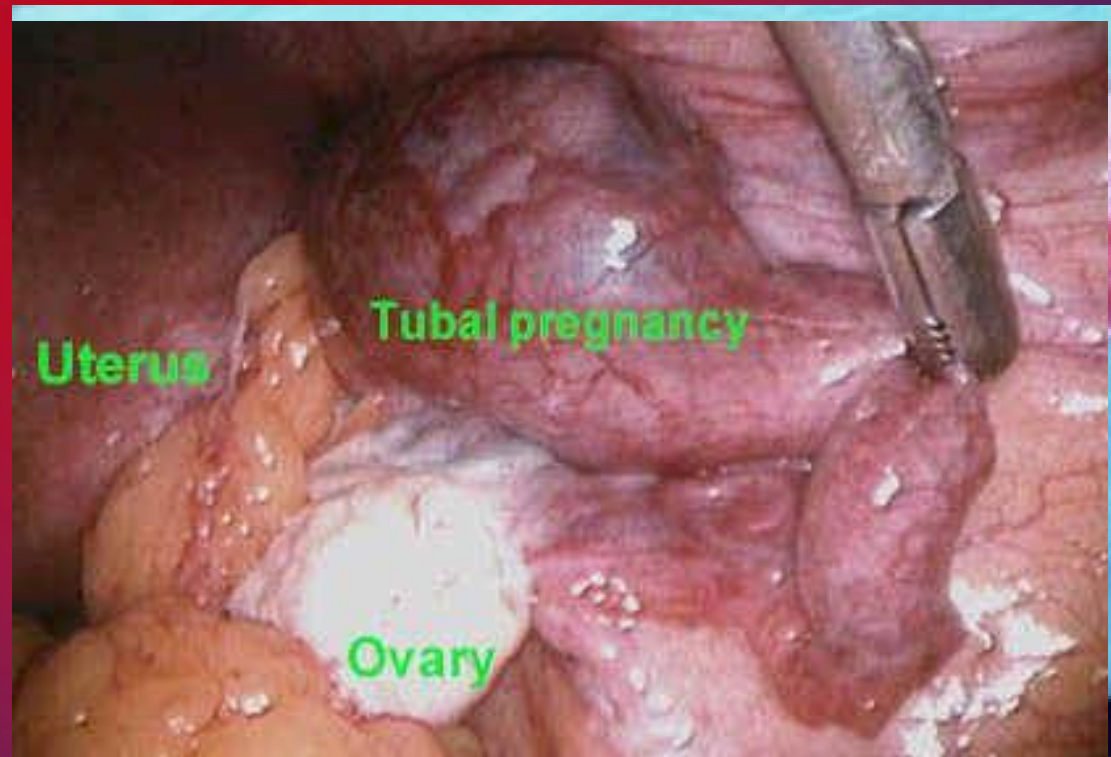
Rafael Rodríguez Zarauz
UGC Tocoginecología AGSNA
Enero 2010



TIPOS DE EE

Embarazo ectópico: cualquier embarazo fuera del endometrio (incluye los extrauterinos, intersticiales, cervicales, cicatriz de cesárea y miometriales).

- Tubárico: 96% (sobre todo, ampulares: 80%).
- Intersticial: 1%.
- Ovárico: 1%.
- Cervical: 1%.
- Abdominal: 1%.
- Histerotomía.
- Intramural.



EPIDEMIOLOGÍA

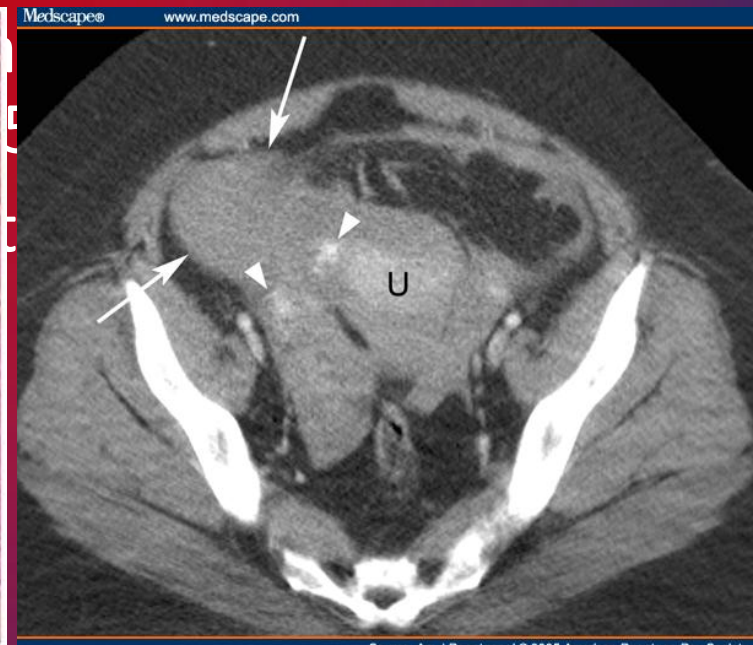
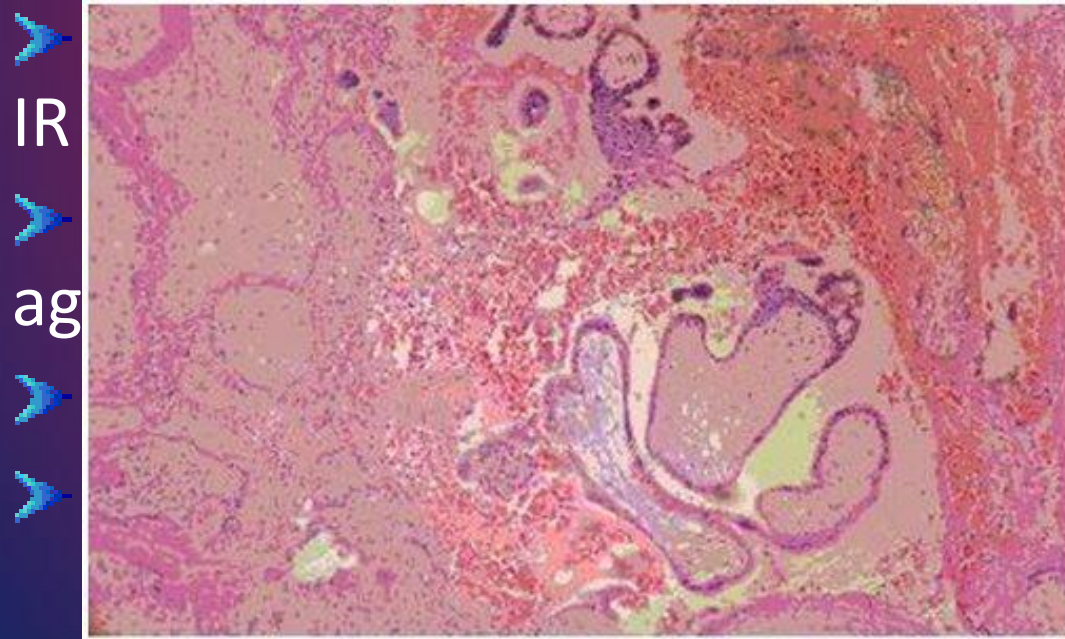
- Incidencia en España: 5-9 ‰. (EE.UU: 22 ‰).
- Primera causa de muerte materna en el 1º trimestre (80-90%). Tasa: 4 muertes por mil ectópicos, aunque ha
↓ a una décima parte entre 1970 y 1990.
- La etiología más frecuentes es: LBT, ectópico previo, EIP y FIV/ICSI.

DIAGNÓSTICO EE

- Ectópico roto: es básicamente clínico. Shock tras dolor abdominal muy intenso y brusco.
- Ectópico no roto:
 - **US-TV**: masa anexial y ausencia de saco intrauterino (S=93% y E=99%). Un 15-35% de ectópicos no se ven por ecografía.
 - **Beta-HCG**.
 - La clínica ayuda poco por inespecífica.
 - Otros poco útiles: progesterona, culdocentesis, Doppler, legrado, RMN, laparoscopia.

TODO POCO ÚTILES

- Progesterona: <5 ng/ml indican no gestación intrauterina viable (GIV), pero no discrimina EE o aborto. Sin embargo, Prog > 20 excluye razonablemente el EE (sólo 2,6%).
- Legrado: algunos lo aconsejan si HCG < 1500 y Eco sin GIV (30% de abortos y 70% de EE), para evitar el tto. con MTX del 30% de abortos.





AGNÓSTICO CLÍNICO

- Dolor abdominal (99%), amenorrea (74%) y metrorragia (56%). También se presentan habitualmente en el aborto en curso.
 - Dolor abdom: S=69% y E=26%.
 - Metrorragia: S=97% y E=15%.
- Otros síntomas: omalgia (por hemoperitoneo), urgencia defecatoria (hemoperitoneo en Douglas), fotopsias (en pre-shock).
- La exploración también es anodina si no está roto. Por otra parte, la movilización anexial debe realizarse con cuidado si se sospecha EE.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- a) Infecciones: Infección Urinaria, E.I.P., apendicitis, diverticulitis.
- b) Cólico Nefrítico.
- c) Masas anexiales: neoplasias, quistes torsionados o hemorrágicos, endometriosis.
- d) Miomas paridos.
- e) Dolor durante el embarazo. Difícil D.D. con:
 - el aborto completo precoz (sin material identificable expulsado).
 - la gestación heterotópica (1/30.000 embarazos). Atención a TRA (FIV/ICSI): 15% de ectópicos.



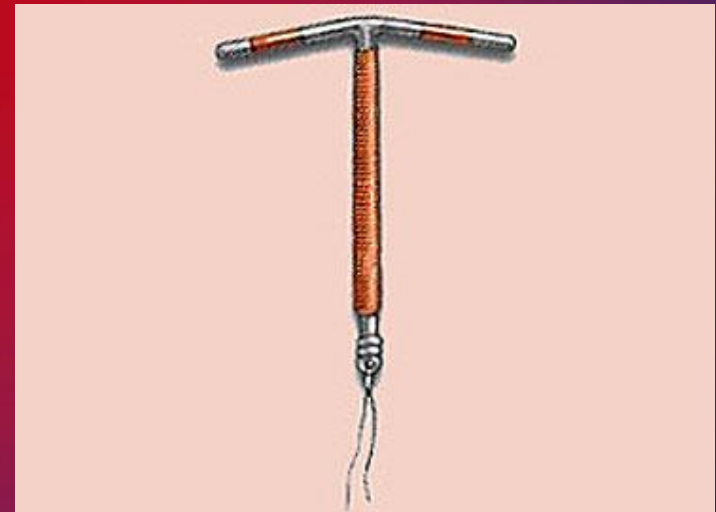
PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

⚡ A toda mujer en edad fértil con dolor abdominal se le debe pedir un test de gestación urinario, independientemente de la amenorrea descrita y de la anticoncepción utilizada.





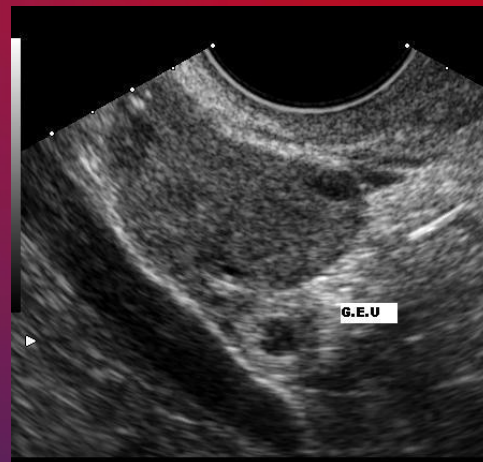
PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

DIAGNÓSTICO US-TV

- **US con cavidad uterina vacía y masa anexial** (con o sin saco gestacional, pero separada del ovario):
S=74% E=99,9% VPP=96,7% VPN=99,4%
- Imagen anexial en rosquilla es frecuentemente un cuerpo lúteo.
- El líquido en Douglas puede ser debido a la rotura de un quiste ovárico (S=63% y E=69%).





PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

DIAGNÓSTICO US-TV

- Dº de certeza: saco extrauterino con vesicula vitelina y/o embrión en su interior (muy poco frecuente).
- Cavity uterina vacía. Importante si es lineal (DD con aborto completo).
- Pseudosaco. No tiene refuerzo ecorrefringente perisacular.



DIAGNÓSTICO H.C.G.

- Su valor se duplica cada 1,4-2,1 días en las primeras sem.
- El 85% de GIV < 7 sem incrementan más del 66% cada 48 h. Ninguna GIV aumentó menos del 53% a los 2 días (resto: abortos o EE). El 21% de EE asociaron elevaciones > 53%.
- Buenas elevaciones no excluyen EE. Bajos incrementos excluyen GIV pero no diagnostican EE.
- El descenso de HCG indica embarazo no evolutivo (EE o IU). Aconsejan HCG semanal hasta desaparición.
- La “zona de discriminación” (excluye GIV con ECO ϕ) es 1500-2000 mU/ml.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- β -HCG > 1500 y US ϕ : E=84-96%.
- β -HCG > 2000 y US ϕ : E=80-98%.
- β -HCG > 1500 y US masa anexial: E=92-96%.
- β -HCG > 2000 y US masa anexial: E=96%.

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

- Si hemodinámicamente inestable → LPS/LPT.
- Si hemodinámicamente estable y útero vacío:
 - Si US con saco gestacional extrauterino (saco vitelino, polo embrionario, o LCF +) → Dº EE.
 - Si no US con EE → β -HCG:
 - < 1500 mU/ml.
 - > 1500 mU/ml.





PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

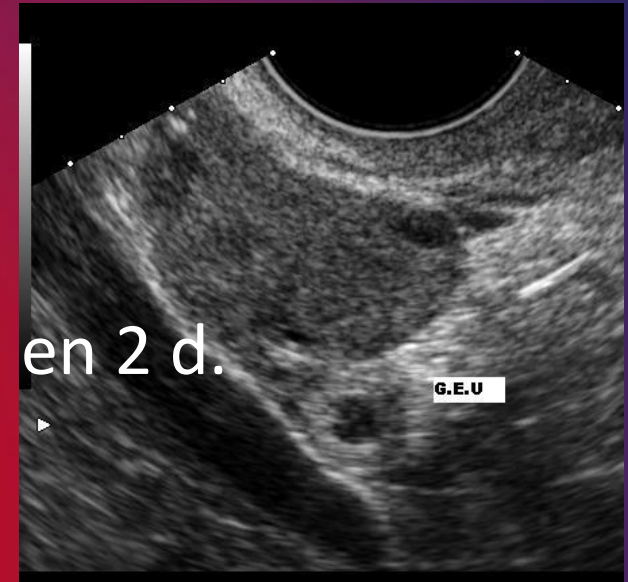
[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

PROCOLO Dº. β -HCG < 1500

- Repetir β -HCG en 72 h.
 - β -HCG en descenso → Dº Aborto (IU o EE) →
Control β -HCG semanal hasta negativo.
 - β -HCG doblado: control US hasta ver GIU o EE.
 - β -HCG en ascenso leve o mantenido → US-TV:
 - GIU.
 - Masa anexial → Dº EE.
 - US ϕ → EE o aborto.

PROTOCOLO Dº. β -HCG > 1500

- US con masa anexial → Dº EE.
- US sin masa anexial → Repetir β -HCG en 2 d.
- Si tras 2 días, US sin GIU:
 - β -HCG en descenso → Dº Aborto (IU o EE) →
Control β -HCG semanal hasta negativo.
 - β -HCG en ascenso o mantenido → Dº EE.



AMIENTOS E. ECTÓPICO

- a) QUIRÚRGICO: LPS O LPT. Casi siempre LPS.
 - Salpingostomía.
 - Salpinguectomía.
 - Expresión tubárica (en fímbricos)
- b) MÉDICO:
 - INTRAMUSCULAR: METHOTREXATE.
 - INTRASACULAR: MTX o CIK.
- c) EXPECTANTE.

En Rh negativas de más de 8 semanas → Anti-D 50 mcg IM.



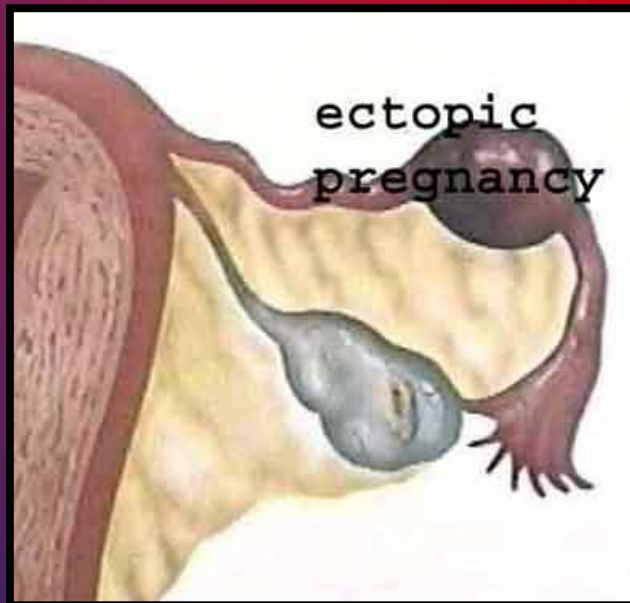
PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

AMIENTO MÉDICO MTX

- Aprox. 35% de EE son susceptibles de tto. médico.
- La dosis de MTX es 10 veces menor que las usadas en oncología.





PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

. MTX - CONDICIONES

- a) Hemodinámicamente estable.
- b) Posibilidad de seguimiento.
- c) No vivir lejos del hospital.
- d) Deseo de fertilidad futura.
- e) β -HCG < 5.000-10.000 mU/ml.
- f) No LCF positivo (no imprescindible).
- g) Masa anexial < 4 cm.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

INDICACIONES (de tto. médico)

- a) Ausencia de condiciones.
- b) Signos de inminente ruptura: dolor pélvico severo, hemoperitoneo > 300 ml o fuera de la pelvis (una bolsa de 10 x 3 x 5 son 150 ml).
- c) FIV/ICSI programada por patología tubárica.



CONTRAINDICACIONES (del MTX)

- a) Inmunodeficiencia, enfermedad pulmonar activa, úlcera péptica.
- b) Hipersensibilidad a MTX.
- c) Gestación heterotópica.
- d) Lactancia materna.
- e) Analítica patológica en hemograma, perfil hepático o renal.
 - ✓ Leucopenia $< 2.000 / \text{mm}^3$.
 - ✓ Trombopenia $< 100.000 / \text{mm}^3$.
 - ✓ GOT y GPT $> 30 \text{ U/l}$.
 - ✓ Creatinina $> 1,5 \text{ mg/dl}$



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

* Fallos d

✓ Si

✓ Si

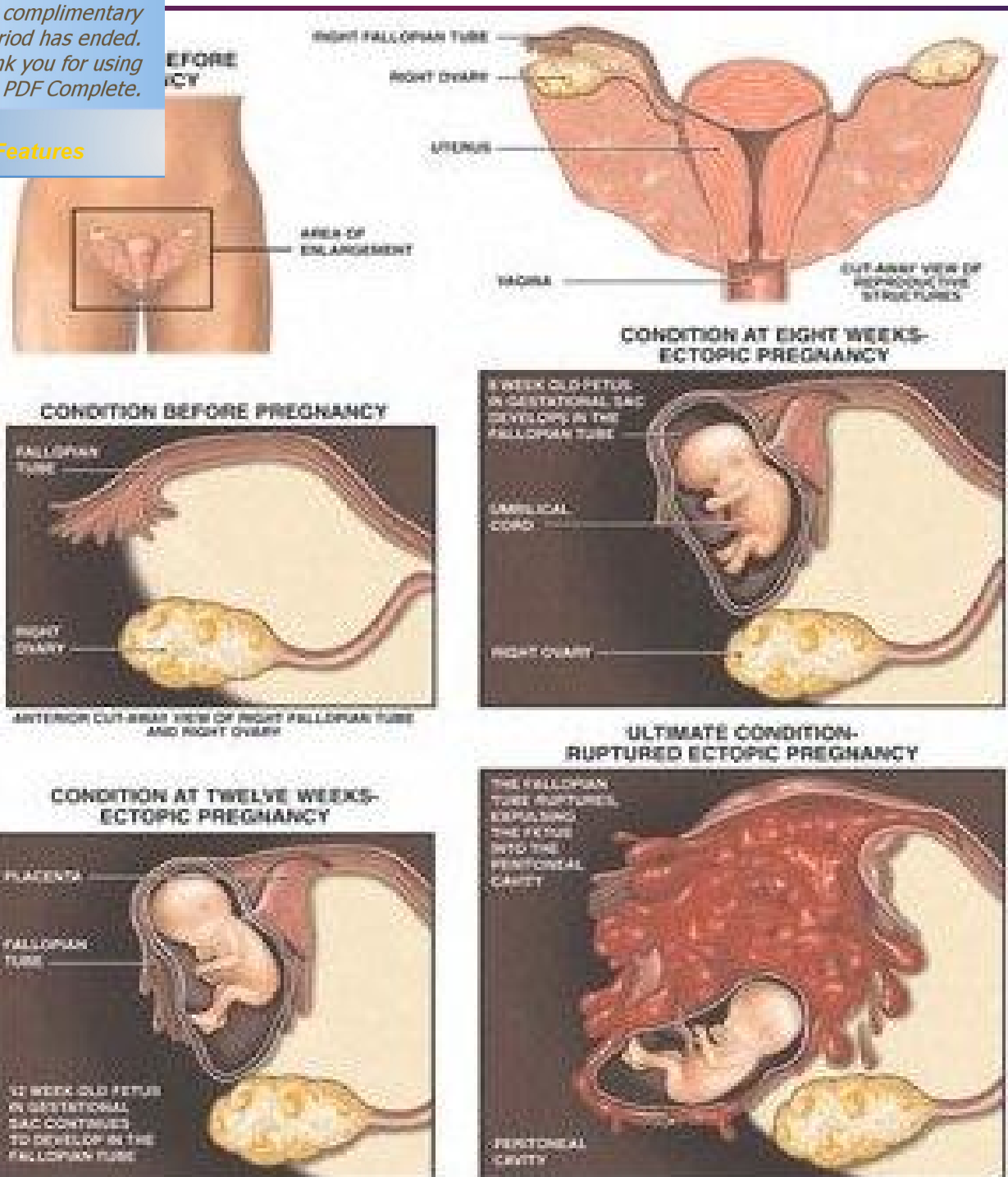
✓ Si

✓ Si

* LCF+ se

* Hemop

asocia a



no se



to. MTX IM- PAUTAS

➤ **DOSIS UNICA:** 50 mg/m²

Fórmula Superficie Corporal: $(\text{Peso} \times \text{Altura})^{1/2} / 60 = \text{m}^2$.

Adultas: 1,4-2,0 m² → 70-100 mg (1,5-2 viales).

➤ **DOSIS MÚLTIPLE:** 1 mg/Kg/día MTX (1º,3º,5º,7º), y

Acido folínico 0,1 mg/Kg/día (2º,4º,6º,8º).



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

to. MTX IM- PAUTAS

- El 14% de DU necesitan 2 ó más dosis. El 10% de DM sólo recibe una dosis.
- Parecida eficacia. Rev Sistem.: éxito en 89-91% de DU y 86-93% de DM.
- Menos efectos secundarios con DU (30 vs 40%).
- UpToDate aconseja DU, salvo en intersticiales (DM).
- Se realizará LPS en cualquier momento en que se detecten signos de rotura tubárica.



COLO DOSIS ÚNICA MTX IM

- 1º DÍA: β -HCG y analítica. MTX 50 mg/m² IM. ALTA inmediata.
- 4º DÍA (se puede obviar): β -HCG (frecuente elevación).
- 7º DÍA: β -HCG.
 - Si descenso < 15% entre días 4º-7º, o < 25% entre días 1º-7º, dar MTX 50 mg/m² IM.
 - Si descenso superior, β -HCG semanal hasta desaparición.
- 14º DÍA: β -HCG.
 - Si descenso < 15% entre días 7º-14º, dar MTX 50 mg/m² IM.
 - Si descenso > 15% entre días 7º-14º, citar día 21º.
- 21º DÍA: β -HCG.
 - Si descenso < 15% entre días 14º-21º, dar MTX 50 mg/m² IM.
 - Si descenso > 15% entre días 14º-21º, citar día 28º, y así sucesivamente.

(MÁXIMO 3 DOSIS)



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

PROTOCOLO DOSIS MÚLTIPLE MTX IM

Quimioterapia. MTX 1 mg/kg IM.

- 2º DÍA: Ac Folínico 0,1 mg/kg VO.
- 3º DÍA: β -HCG.
 - Si descenso < 15% entre días 1º-3º, dar MTX 1 mg/kg IM.
 - Si descenso > 15% entre días 1º-3º, citar a la semana para β -HCG.
- 4º DÍA: Ac Folínico 0,1 mg/kg VO (sólo si MTX el 3º día).
- 5º DÍA: β -HCG.
 - Si descenso < 15% entre días 3º-5º, dar MTX 1 mg/kg IM.
 - Si descenso > 15% entre días 3º-5º, citar a la semana para β -HCG.
- 6º DÍA: Ac Folínico 0,1 mg/kg VO (sólo si MTX el 5º día).
- 7º DÍA: β -HCG.
 - Si descenso < 15% entre días 5º-7º, dar MTX 1 mg/kg IM.
 - Si descenso > 15% entre días 5º-7º, citar a la semana para β -HCG.
- 8º DÍA: Ac Folínico 0,1 mg/kg VO (sólo si MTX el 7º día).

DOLO Dosis MÚLTIPLE MTX IM

> 14º DÍA: β -HCG.

- Si descenso < 15% entre días 5º-7º, dar MTX 1 mg/kg IM.
- Si descenso > 15% entre días 5º-7º, citar a la semana para β -HCG.

> 21º DÍA: β -HCG.

- Si descenso < 15% entre días 5º-7º, dar MTX 1 mg/kg IM.
- Si descenso > 15% entre días 5º-7º, citar a la semana para β -HCG.

> 28 DÍA: β -HCG.

- Si descenso < 15% entre días 5º-7º, dar MTX 1 mg/kg IM.
- Si descenso > 15% entre días 5º-7º, citar a la semana para β -HCG.

Siempre Folínico un día tras MTX, pero sólo si se da MTX.

(MÁXIMO 5 DOSIS)

DIAGNOSTICO y EVOLUCIÓN

➤ Efectos secundarios: son frecuentes (30-40%) pero menores (conjuntivitis, estomatitis).

❖ Dolor abdominal (1-2 días a la semana del tto.) es habitual (60-75%).

Incluso cuando es severo, la mayoría (85%) no necesitan cirugía. Se debe a la resolución del ectópico (necrosis, aborto tubárico, distensión tubárica por hematoma).

➤ Ecografía:

❖ La masa anexial puede aumentar en tamaño al principio y persistir por semanas (por el hematoma). No predice fallo terapéutico.

❖ Al igual que la β -HCG puede tardar más de 3 meses en desaparecer.

❖ No es necesaria en todas las visitas. Sólo útil si hemoperitoneo abundante.



SEGUIMIENTO y EVOLUCIÓN

- Opcional control analítico (hemograma y BQ hepática y renal) en día 7º.
- Evitar exploraciones pélvicas (peligro de rotura) durante el seguimiento.
- **Evitar AINEs** (puede producirse anemia aplásica). Pautar paracetamol. Evitar diuréticos.
- Abandonar controles si β -HCG < 20 mU/ml.
- El tto. con MTX IM no compromete futuros embarazos ni reduce la dotación folicular ovárica.



o. MTX IM- CONSEJOS

- a) Evitar el coito hasta fin de seguimiento.
- b) Dolor abdominal habitual. Control con paracetamol.
- c) Evitar gestación en 3-4 meses (posible teratogenia).
- d) Evitar el alcohol durante 1 semana tras última inyección MTX.
- e) Evitar el sol (riesgo de dermatitis) durante el tto.
- f) Evitar vitaminas y alimentos con ácido fólico.

M vs SALPINGOSTOMÍA LPS

- La recidiva de embarazo ectópico es similar en ambos casos: 15% (30% tras 2 ectópicos).
- Éxito similar: 82-95% en MTX y 80-92% en LPS.
- Tasas de gestación son similares (60%).
- Mayor frecuencia de efectos secundarios con MTX (60 vs 12%. Pero no se valoran raras complicaciones Qx).
- Funcionamiento físico y psicológico: mejor tras MTX.
- Menor días de seguimiento con LPS.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Tto. EXPECTANTE

- No hay estudios aleatorizados entre Tto. Expectante y Médico.
- Éxito muy variable (50-100%) dependiendo del criterio de inclusión.
- 10 estudios prospectivos (347 pacientes) muestran una tasa de éxito del 70% (todas hemodinámicamente estables y con HCG en descenso).
- Tasa de embarazos intrauterinos tras tto. expectante (“de presunto ectópico”): 63-88%.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CONDICIONES del Tto. EXPECTANTE

- Limitadas indicaciones para UpToDate: US ϕ o masa anexial, β -HCG $< 1500-2000$ mU/ml (en otros apartados consideran < 200) y en descenso, e incluir condiciones de tto. médico.
- Algunos consideran una contraindicación el hemoperitoneo abundante. Otros entienden que puede ser consecuencia del aborto tubárico y contemplan tto. expectante si la clínica lo permite.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Manejo del Tto. EXPECTANTE

- β -HCG cada 48 h. Tras 3 descensos consecutivos, pasar a β -HCG semanal, hasta no detectable.
- Abandonar manejo expectante si dolor abdominal severo o β -HCG no desciende.



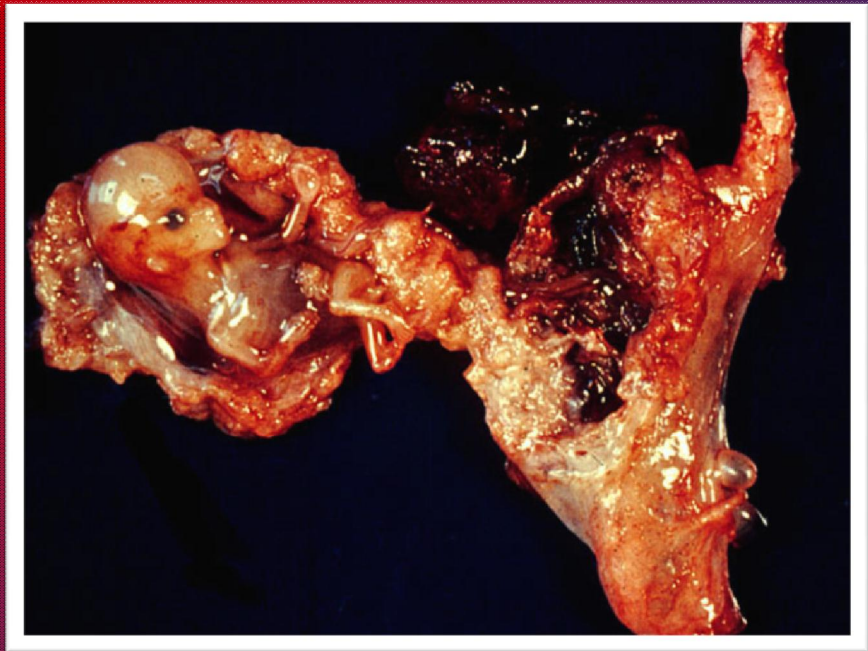
PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CIONES Tto. QUIRÚRGICO

- a) Contraindicaciones de tto. Médico.
- b) Fallo del tto. médico o expectante.





PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Tto. QUIRÚRGICO OSTOMÍA vs SALPINGUECTOMÍA

- La salpingostomía se asocia a persistencia trofoblástica (3-4% con LPT y 8-11% con LPS), situación no producida con salpinguectomía.
- Obviamente, la salpinguectomía también evita la recurrencia de ectópico en la trompa afecta (8-15% tras salpingostomía).



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Tto. QUIRÚRGICO OSTOMÍA vs SALPINGUECTOMÍA

- UpToDate considera que la elección es difícil al no existir estudios aleatorizados publicados (están en marcha).
- Los estudios de cohorte no muestran diferencias en cuanto a reproducción futura (GIU) si la salpinguectomía se realiza con una trompa contralateral aparentemente sana.



PDF
Complete

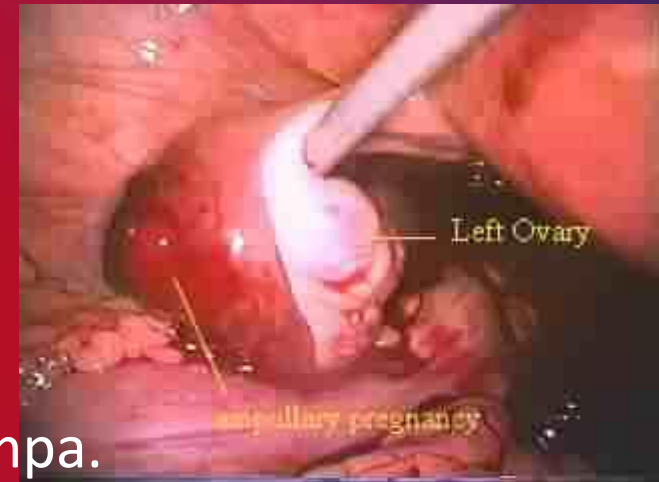
Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Tto. QUIRÚRGICO OSTOMÍA vs SALPINGUECTOMÍA

➤ Indicaciones de salpinguectomía (Tulandi, UpToDate):

- a) Trompa seriamente dañada.
- b) Sangrado local incoercible.
- c) Ectópico recurrente en la misma trompa.
- d) Tamaño del ectópico > 5 cm.
- e) Paridad satisfecha o FIV programada.



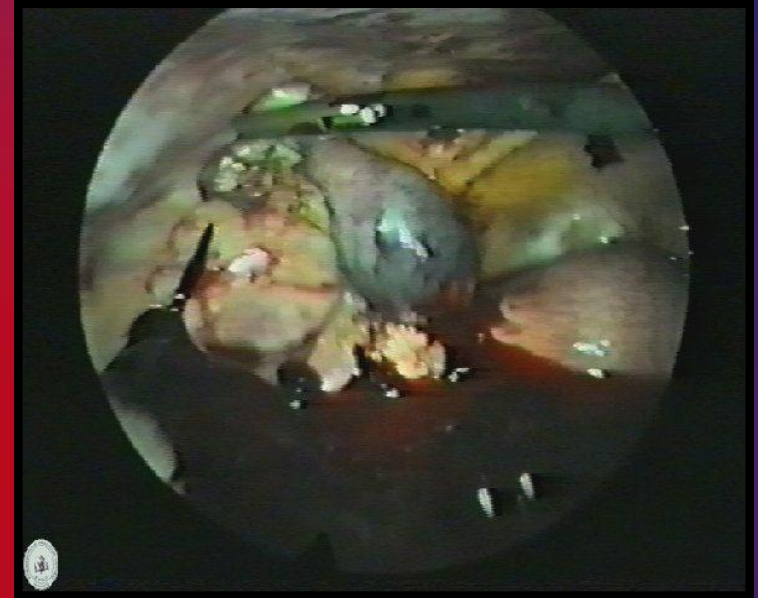
Tto. QUIRÚRGICO SALPINGOSTOMÍA vs SALPINGUECTOMÍA

➤ La SEGO recomienda:

a) SALPINGUECTOMÍA si:

1. Rotura tubárica.
2. Sangrado tubárico incoercible.
3. Trompa contralateral sana (por menor índice de persistencia trofoblástica).

b) SALPINGOSTOMÍA si trompa contralateral anómala o ausente y deseo de gestación futura.

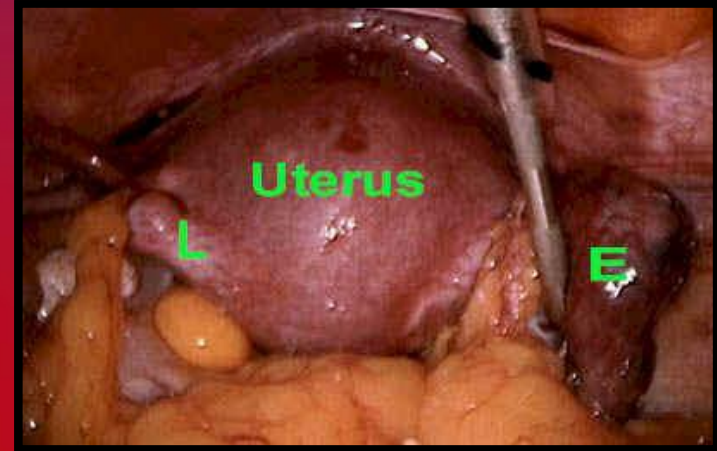


Tto. QUIRÚRGICO

Tratamiento UGC Tocoginecología

➤ Condiciones para SALPINGOSTOMÍA:

- a) Deseo de gestación futura.
- b) No tener programada FIV/ICSI.
- c) Trompa no muy dañada y hemostasia correcta.
- d) Trompa contralateral anómala o ausente (se puede plantear con trompa sana si asume riesgos de salpingostomía).
- e) Ectópico menor de 5 cm.
- f) Ectópico no recurrente ipsilateral.





PDF
Complete

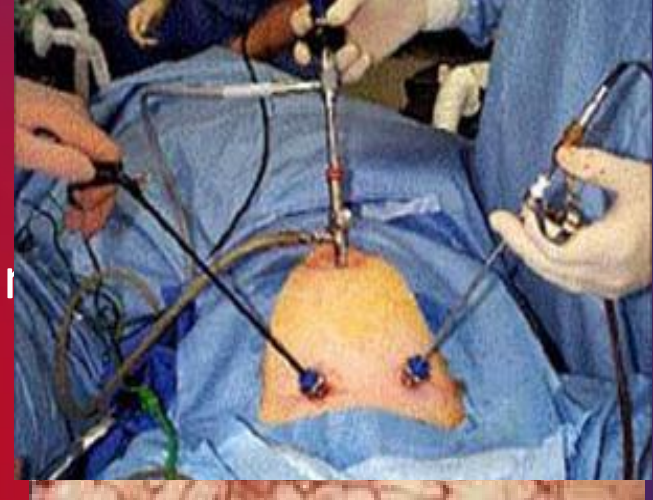
*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Tto. QUIRÚRGICO LAPAROSCOPÍA vs LAPAROTOMÍA

➤ La LPS mejora a la LPT en:

- a) Menor tiempo operatorio (73 vs 88 min)
- b) Menor sangrado perioperatorio (79 vs 100 ml)
- c) Menor estancia hospitalaria (1-2 vs 3-5 d).
- d) Menor tiempo de convalecencia (11 vs 24 d).
- e) Menor coste global.



➤ La salpingostomía LPT tiene menor tasa de persistencia trofoblástica.



PDF
Complete

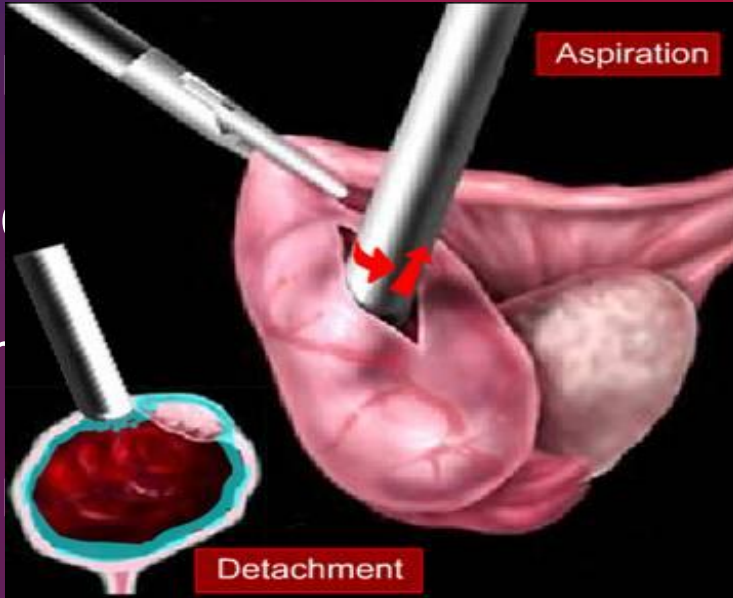
Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Tto. QUIRÚRGICO

Técnica SALPINGOSTOMÍA LPS

1)



ml en s.s. en zona de máxima presión.

2)

de antimesentérico, con tijera

co.

3)

inzas forceps.

4)

Hidrodissección con s.s. a alta presión

5)

Hemostasia de puntos sangrantes con

bipolar. No coagular el lecho tubárico

6)

El ojal se deja abierto (cierre por seg





PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Tto. QUIRÚRGICO PERSISTENCIA TROFÓBLÁSTICA

- Tras salpingostomía: 3-4% vía LPS vs 8-11% vía LPT.
- β -HCG suele $\downarrow$ más del 50% al día siguiente de I.Q. Si $\downarrow$ más del 75%, no se produce persistencia trofoblástica.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Tto. QUIRÚRGICO PERSISTENCIA TROFÓBLÁSTICA

- **Protocolo tras salpingostomía:** β -HCG a la semana de la I.Q.
 - Si $< 5\%$ del valor pre-Qº $\rightarrow$ alta.
 - Si $> 5\%$ del valor pre-Qº $\rightarrow$ β -HCG a la semana.
 - Si $< 5\%$ del valor pre-Qº $\rightarrow$ alta.
 - Si $> 5\%$ del valor pre-Qº $\rightarrow$ Una dosis de MTX 50 mg/m².
 - Se puede plantear MTX profiláctico si el cirujano considera que hay una alta probabilidad de persistencia.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Tto. QUIRÚRGICO FUTURA GESTACIÓN

- La probabilidad de futura gestación intrauterina es $\approx$ **60%** (40-90%), y es **independiente de la técnica** utilizada (salpinguectomía, salpingostomía, MTX sistémico, MTX sacular).
- Peor pronóstico si patología tubárica previa. Mejor pronóstico si ectópico con DIU.
- Remitir a FIV si trompa contralateral afectada o no gestación espontánea en 12-18 meses (93% de gestaciones en primeros 18 meses).



OS. otros tipos de EE

- **Intersticial:** MTX intrasacular o IM, si fracasa, cornuostomía vía LPS (técnica $\approx$ salpingostomía).
- **Ovárico:** ooforectomía parcial LPS. Algunos MTX IM.
- **Cervical:**
 - MTX intrasacular (de elección) o IM, si fracasa:
 - Histerectomía.
 - Posible legrado (taponamiento posterior del canal endocervical y ligadura de ramas cervicales).

OS. otros tipos de EE

- **Abdominal:** extracción de feto. Dejar placenta por la posibilidad de afectación de vasos importantes. Es controvertido el tto. con MTX si se deja placenta *in situ* (produce necrosis).
- **Cicatriz histerotomía** (trofoblasto entre vejiga y serosa uterina, y no saco en cavidad uterina): no hay consenso.
- **Heterotópico:** salpinguectomía LPS (no salpingostomía por posible trofoblasto residual no controlable). Nunca MTX. Opción: CLK intrasacular.



CONCLUSIONES

- 1) Dº básico: US-TV + β -HCG.
- 2) Valorar tto. expectante si β -HCG en descenso tras valor inicial < 2.000 mU/ml.
- 3) MTX IM y LPS: similares resultados.
- 4) Si MTX IM, usar, preferentemente, dosis única.
- 5) Si Qª, intentar siempre LPS, salvo hemodinámicamente inestable.
- 6) S_gostomía vs S_guetectomía en función de trompa contralateral.
- 7) Asociar DU de MTX IM si no $\downarrow$ β -HCG tras salpingostomía.



GRAFÍA

1. Tejerizo A. Embarazo Ectópico. En Fundamentos de Obstetricia. 2007.
2. Embarazo ectópico. Protocolo SEGO, 2006.
3. Togas Tulandi. Clinical manifestations, diagnosis, and management of ectopic pregnancy. UpToDate, sep 2009.
4. Togas Tulandi. Methotrexate treatment of tubal and interstitial ectopic pregnancy. UpToDate, sep 2009.
5. Togas Tulandi. Surgical treatment of ectopic pregnancy and prognosis for subsequent fertility. UpToDate, sep 2009.
6. Togas Tulandi. Expectant management of ectopic pregnancy. UpToDate, sep 2009.