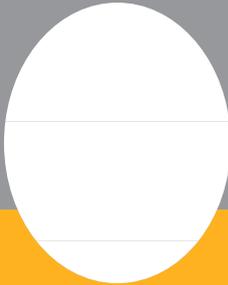


EMBARAZO ECTÓPICO

Guía para pacientes



Publicado por la American Society for Reproductive Medicine, bajo la dirección del Comité de Educación del Paciente y el Comité de Publicaciones. Ninguna parte en este documento puede ser reproducida en ninguna forma sin permiso por escrito. Este folleto no pretende de ninguna manera sustituir, dictar ni definir totalmente la evaluación y el tratamiento por parte de un médico calificado. Está pensado exclusivamente como una ayuda para los pacientes que buscan información general sobre temas relacionados con la medicina reproductiva.

Copyright 2014© por la American Society for Reproductive Medicine.

EMBARAZO ECTÓPICO

Guía Para Pacientes Revisado en 2014

Un glosario de las palabras en cursiva se encuentra al final de este folleto.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de embarazo ectópico generalmente es inesperado y muchas veces resulta emocionalmente traumático. A muchas mujeres se les diagnostica un embarazo ectópico poco después de descubrir que están embarazadas. Incluso se les diagnostica embarazo ectópico a algunas mujeres que no sabían que estaban embarazadas y que de repente deben pensar en la posibilidad de someterse a una cirugía mayor o recibir tratamiento médico. Este folleto está diseñado para brindar información sobre el diagnóstico y el tratamiento del embarazo ectópico.

Definición

Los embarazos ectópicos representan entre el 1 % y el 2 % de todos los embarazos. Un embarazo ectópico es un *embrión* (óvulo fecundado) que se implanta fuera del útero (matriz), que es el lugar normal de la implantación. En una concepción normal, el espermatozoide fecunda al óvulo dentro de una de las trompas de Falopio. El embrión resultante viaja por la trompa y llega al útero entre 3 y 4 días después. Sin embargo, si la trompa de Falopio está obstruida o dañada y no es capaz de transportar el embrión hasta el útero, el embrión puede implantarse en el interior de la trompa, lo que da lugar a un embarazo ectópico. La trompa de Falopio no puede contener al embrión en crecimiento. Luego de algunas semanas, la trompa puede romperse y sangrar, lo que resulta en una situación potencialmente grave.

El noventa y cinco por ciento de los embarazos ectópicos se implantan en la trompa de Falopio, pero también pueden ocurrir en el cuello uterino, en los ovarios (Fig. 1) o incluso dentro del abdomen (embarazo abdominal). Los embarazos abdominales son muy infrecuentes y pueden avanzar hasta etapas bastante tardías del embarazo antes de que se descubran. Existen unos pocos casos de fetos que crecieron en el abdomen y nacieron con vida mediante un parto por laparotomía (cirugía abdominal).

Figura 1

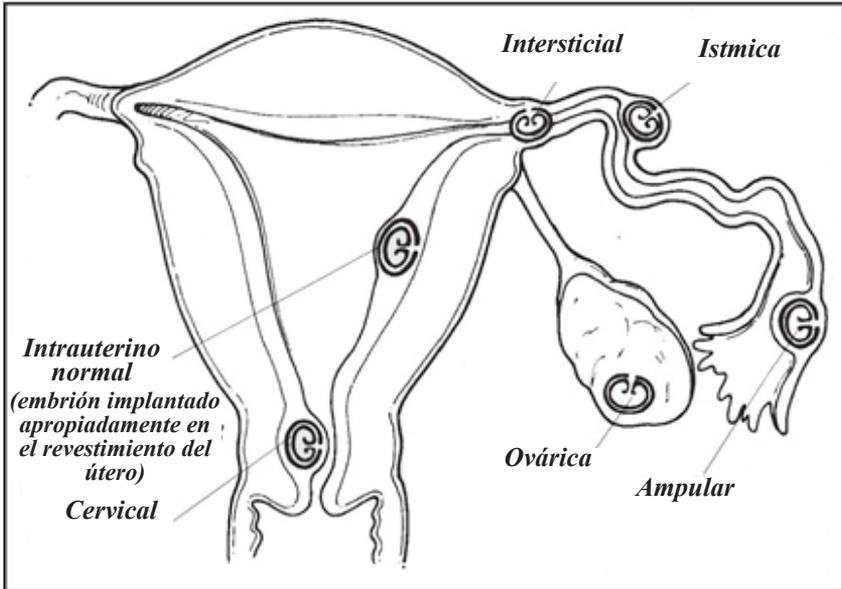


Figura 1. Esquema del sistema reproductor femenino, donde se indican los lugares de embarazo ectópico y de embarazo intrauterino normal.

Las mujeres que tienen embarazos ectópicos, sobre todo si hace mucho que buscan un hijo, a menudo preguntan si el embrión puede trasladarse desde la trompa hacia el útero, donde podría crecer normalmente. Por desgracia, esto no es posible.

Causas

Las mujeres que ya tienen las trompas de Falopio dañadas tienen más probabilidades de tener un embarazo ectópico. De hecho, el 50 % de los embarazos ectópicos se asocian con algún grado de enfermedad de las trompas. Las trompas de Falopio muchas veces sufren daños como consecuencia de infecciones pélvicas previas, como gonorrea, clamidia u otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Las trompas también pueden dañarse como consecuencia de la endometriosis, la apendicitis, las cirugías pélvicas previas o la exposición al dietilestilbestrol (DES). Los embarazos de las mujeres que conciben con un DIU a veces ocurren en las trompas de Falopio. Las mujeres que conciben luego de someterse a una ligadura de trompas para esterilizarse, una reversión de ligadura de trompas u otra cirugía de las trompas también tienen mayor riesgo de tener un embarazo

ectópico. Las mujeres que conciben mediante el uso de fármacos para la fertilidad o fecundación in vitro (FIV) tienen un riesgo ligeramente mayor de tener un embarazo ectópico o embarazos intrauterinos y ectópicos combinados. Para obtener más información sobre los daños a las trompas y las cirugías de las trompas, consulte el folleto informativo para pacientes de la ASRM titulado *El factor tubárico de la infertilidad*.

A veces, no hay una explicación clara de por qué ocurre un embarazo ectópico. Sin embargo, se sabe que, una vez que una mujer ha tenido un embarazo ectópico, tiene mayores probabilidades de tener otro, por lo que se la debe controlar atentamente si busca o sospecha otro embarazo.

Síntomas

El atraso en el sangrado y el sangrado anormal pueden ser indicios tempranos de un embarazo ectópico. Si el embarazo se ha confirmado, los niveles anormales tempranos de gonadotropina coriónica humana (hCG), el dolor pélvico y el sangrado irregular en las primeras semanas del embarazo pueden indicar un embarazo ectópico. Si una mujer sabe o sospecha que está embarazada y tiene dolor en la pelvis o en la parte baja del abdomen, debe consultar a su médico, incluso si el dolor se hace menos agudo o cesa por completo. Además, si una mujer tiene factores de riesgo para un embarazo ectópico, incluidos los embarazos ectópicos anteriores, debe hacerse una prueba doméstica de embarazo si su regla se atrasa y debe consultar al médico tan pronto como descubra que está embarazada. La detección temprana de un embarazo ectópico puede ayudar a minimizar las complicaciones asociadas con los embarazos ectópicos y abre la posibilidad de utilizar otras opciones de tratamiento. A veces se sospecha que existe un embarazo ectópico cuando una ecografía no muestra un embarazo dentro del útero. Hasta hace poco, los embarazos ectópicos muchas veces no se diagnosticaban hasta las 6 u 8 semanas de embarazo, cuando la mujer sufría dolor pélvico, sangrado vaginal irregular, posible hemorragia interna y sensibilidad en la pelvis. En estas circunstancias, esto representaba una emergencia que ponía en peligro la vida y se requería una cirugía mayor (laparotomía) para eliminar el embarazo y controlar el sangrado. Por suerte, hoy en día la mayoría de los embarazos ectópicos se identifican mucho antes, a menudo antes de que la mujer siquiera sospeche un problema agudo. En gran parte, esto es gracias a la disponibilidad de análisis hormonales y ecografías más sensibles.

Diagnóstico

Los análisis que muchas veces se utilizan para diagnosticar un embarazo ectópico en forma temprana incluyen la medición de los niveles de hCG o progesterona en sangre, las ecografías, las laparoscopias y el procedimiento de dilatación y curetaje (D y C).

Gonadotropina coriónica humana (hCG)

En un embarazo normal, el nivel en sangre de hCG, una hormona que produce la placenta, debería duplicarse aproximadamente cada 48 horas. Si no ocurre esta duplicación, el embarazo podría no ser saludable. Esta situación podría indicar un aborto espontáneo o un embarazo ectópico. Muchas veces los análisis de hCG en sangre se repiten para ayudar a hacer el diagnóstico.

Progesterona

Los niveles de progesterona en sangre pueden aumentar muy temprano en el curso del embarazo. Los niveles bajos de esta hormona frecuentemente se asocian con embarazos anómalos, como embarazos ectópicos o abortos inminentes. Sin embargo, los niveles de progesterona por sí solos no siempre predicen la ubicación del embarazo ni significan que el embarazo sea saludable, por lo que no se usan rutinariamente para diagnosticar un embarazo ectópico.

Ecografías

Pueden usarse ecografías en las primeras 3 a 5 semanas luego de la concepción (apenas 1 a 3 semanas luego de un retraso en la regla) para determinar si un embarazo está o no dentro de la cavidad uterina. La ecografía transvaginal es mucho más sensible que la ecografía abdominal para este fin. Las ecografías también pueden revelar la presencia de líquido o sangre en la cavidad abdominal, que podría indicar sangrado debido a un embarazo ectópico. A veces, una ecografía combinada con análisis de hCG o progesterona en sangre puede confirmar el diagnóstico de un embarazo ectópico sin necesidad de una laparoscopia ni un procedimiento de D y C. Muchas veces, no es posible ver un embarazo ectópico con una ecografía y el diagnóstico se realiza cuando el embarazo no se observa en el útero en presencia de niveles específicos de hCG.

Laparoscopia

En algunos casos, se necesita una laparoscopia para confirmar el diagnóstico de embarazo ectópico. A veces, también puede usarse una

laparoscopia para tratar el embarazo ectópico. La laparoscopia es una intervención quirúrgica ambulatoria que requiere anestesia general. Se inserta un pequeño telescopio, conocido como laparoscopio, en la cavidad abdominal, a través de una pequeña incisión (corte) en el ombligo. Si es necesario, el médico puede pasar instrumentos especiales a través del laparoscopio o a través de pequeñas incisiones sobre la zona púbica para eliminar el embarazo ectópico. Generalmente no es necesario pasar la noche en el hospital luego de una laparoscopia. Para obtener más información sobre la laparoscopia, consulte el folleto informativo para pacientes de la ASRM titulado Laparoscopia e histeroscopia.

Dilatación y curetaje (D y C)

Si los niveles de hormonas en sangre y la ecografía indican que el embarazo terminará en un aborto o que el embrión no se ha unido con éxito a la pared del útero, el médico puede decidir quitar cuidadosamente el revestimiento del útero. Esta operación, que se conoce como D y C, puede realizarse bajo anestesia en el hospital o bien como intervención ambulatoria. Los niveles de hCG disminuyen abruptamente luego de que se elimine un aborto. El tejido que se extrae del útero también se somete a un análisis patológico detallado. Si se observa tejido propio del embarazo, es muy poco probable un embarazo ectópico. Sin embargo, en raros casos pueden ocurrir dos embarazos simultáneos, uno en el útero y otro en las trompas de Falopio (esto se conoce como embarazo heterotópico). Si no hay evidencia de tejido propio del embarazo o los niveles de hCG no caen abruptamente luego de un procedimiento de D y C, debe considerarse la posible presencia de un embarazo ectópico.

TRATAMIENTO

Antes de las pruebas de embarazo de alta sensibilidad y las ecografías pélvicas modernas, los embarazos ectópicos generalmente se diagnosticaban luego de que hubieran provocado una ruptura y hemorragia interna. La cirugía era el principal tratamiento. Hoy en día, los médicos pueden detectar el embarazo antes de la fecha esperada de la menstruación mediante la medición de los niveles de hCG en sangre y generalmente puede determinarse la ubicación del embarazo en el transcurso de 1 o 2 semanas. Gracias a ello, los embarazos ectópicos a menudo pueden diagnosticarse muy temprano, incluso antes de que se desarrollen síntomas. Esto permite tratar algunos embarazos ectópicos en forma segura, sin necesidad de una cirugía.

Simple observación

Algunos embarazos ectópicos se resuelven sin tratamiento y pueden controlarse con simple observación. Esto se conoce como “espera en observación” y generalmente se limita a las mujeres con embarazos ectópicos tempranos sin síntomas y con niveles de hCG bajos (generalmente menores a 1000 IU/L) que disminuyen sin tratamiento. El tratamiento de un embarazo ectópico mediante la simple observación puede usarse únicamente en los casos en los que se pueda confiar en que la mujer regrese semanalmente para realizarse análisis de hCG en sangre o antes si se presentan síntomas. Las mujeres que se tratan con simple observación deben evitar las relaciones sexuales y el ejercicio intenso.

Cuando los niveles de hCG son menores a 1000 IU/L y decrecen, pero no se puede determinar la ubicación del embarazo por ecografía, se habla de un “embarazo bioquímico”. Aproximadamente la mitad son realmente embarazos ectópicos, mientras que el resto son embarazos intrauterinos destinados al aborto. La simple observación permite resolver la gran mayoría de estos casos sin incidentes en el transcurso de un mes. Si la mujer experimenta dolor o síntomas relacionados o si los niveles de hCG no caen adecuadamente ni suben, se requiere cirugía o tratamiento con metotrexato.

Tratamiento médico

Si el embarazo ectópico se detecta en forma temprana, muchas veces es posible el tratamiento médico (no quirúrgico) con metotrexato. Para ser candidata para el tratamiento con metotrexato, una mujer debe estar en una condición estable, sin evidencia de hemorragia interna ni dolor grave. También debe mantenerse comunicada con su médico durante el protocolo de tratamiento y ser capaz de regresar para realizarse análisis de sangre de seguimiento luego del tratamiento.

El metotrexato es un fármaco que inicialmente se usaba para tratar ciertos tipos de cáncer, algunos de los cuales se derivan del tejido placentario. Es muy efectivo para destruir el tejido de un embarazo ectópico y permitir que el organismo lo reabsorba. También puede destruir el tejido de un embarazo normal. Por lo tanto, no es una opción para las mujeres con embarazos heterotópicos. El metotrexato se administra en una única inyección intramuscular o en una serie de inyecciones a lo largo de varios días. La mayoría de los embarazos ectópicos tempranos pueden tratarse

exitosamente con metotrexato. Esto generalmente deja la trompa abierta. El éxito depende en gran medida del tamaño del embarazo ectópico que se observa en la ecografía y el nivel de hCG que se detecta en el análisis de sangre. Las mujeres con embarazos ectópicos grandes o niveles de hCG altos (mayores a 10.000 IU/L) o que crecen rápidamente tienen menos probabilidades de responder a un tratamiento con una única dosis de metotrexato. Estas mujeres pueden considerarse candidatas para esquemas con múltiples dosis de metotrexato o para tratamientos quirúrgicos. Si el metotrexato tiene éxito, los niveles de hCG deberían disminuir a cero a lo largo de las siguientes 2 a 6 semanas. Si los niveles de hCG no caen, se puede repetir el tratamiento con metotrexato o se puede eliminar el embarazo quirúrgicamente.

No se conocen efectos secundarios a largo plazo del uso de metotrexato. Los efectos secundarios a corto plazo son pocos. El fármaco puede causar úlceras temporales en la boca y en otras zonas gastrointestinales y puede causar cambios temporales en la función hepática. También existen complicaciones poco frecuentes, como la neumonía. La disminución en la producción de plaquetas, otra complicación poco frecuente, puede causar sangrado dentro de las 2 semanas posteriores a la inyección. Ninguna mujer con cambios en los análisis hepáticos en sangre, anemia (bajo recuento de glóbulos rojos) o trastornos plaquetarios puede tomar metotrexato. La mujer puede sentir algo de dolor abdominal durante algunos días debido a la resorción del embarazo ectópico. Se debe informar al médico en caso de dolor agudo. Las mujeres deben limitar la exposición al sol durante el tratamiento, dado que el metotrexato puede provocar sensibilidad a la luz solar y la mujer podría sufrir quemaduras. Durante el tratamiento con metotrexato, la mujer no debe tomar alcohol ni vitaminas que contengan ácido fólico (folato).

Tratamiento quirúrgico

Hasta hace 20 años, los embarazos ectópicos generalmente se trataban con una salpingectomía total (extracción de toda la trompa [Fig. 2]) mediante una laparotomía (cirugía mayor abdominal). Hoy en día, la mayoría de las cirugías para tratar los embarazos ectópicos se realizan mediante laparoscopia. La laparotomía generalmente se reserva para aquellos embarazos ectópicos que han provocado una ruptura y hemorragia interna grave o para los casos en los que hay abundante tejido cicatricial dentro del abdomen y la pelvis.

Figura 2

Figura 2. Salpingectomía total con extracción de toda la trompa de Falopio (izquierda) y salpingectomía parcial con extracción de una parte de la trompa de Falopio (derecha). Más adelante puede usarse cirugía para unir la trompa.

Si el embarazo ectópico se diagnostica en forma temprana, antes de que la trompa se rompa, puede realizarse una salpingostomía laparoscópica. En esta intervención, se abre una trompa de Falopio y se extrae el tejido propio del embarazo sin quitar la trompa (Fig. 3). Luego, la trompa sana por sí sola. En el 5 al 15 % de los casos, parte del tejido ectópico puede permanecer y seguir creciendo. Esto puede tratarse mediante otra cirugía para extraer la trompa o mediante tratamiento con metotrexato. Puede realizarse una salpingectomía parcial (a veces llamada resección segmentaria) para extraer el segmento medio de la trompa (Fig. 2) cuando los extremos de las trompas (las fimbrias) parecen saludables y el embarazo ectópico es pequeño. Si solo se extrae una parte pequeña de la trompa, la trompa puede volverse a unir más tarde mediante microcirugía. Si la trompa de Falopio está extremadamente dañada, el embarazo ectópico es grande o la mujer sangra excesivamente, se realiza una salpingectomía total. En raras ocasiones, cuando el embarazo ectópico involucra un ovario, es posible que se extraiga una parte o la totalidad del ovario.

Figura 3

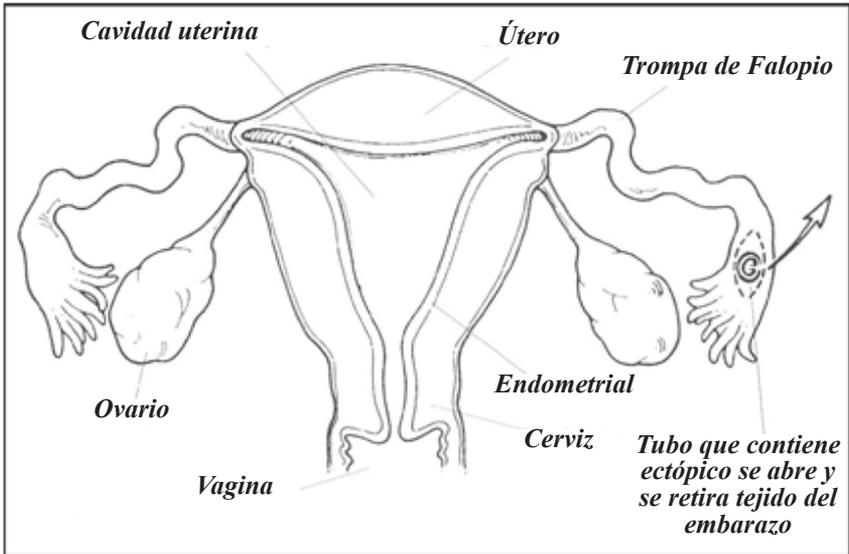


Figura 3. En una salpingostomía, se abre la trompa de Falopio y se elimina el embarazo ectópico.

Laparoscopia operativa vs. laparotomía para el tratamiento del embarazo ectópico

Hasta fines del siglo 20, todas las operaciones ginecológicas, reproductivas y de las trompas se realizaban mediante una incisión de varios centímetros en el abdomen (“laparotomía”), que podía tener forma de “bikini” o ser vertical. Las mujeres permanecían entre 2 y 5 días en el hospital luego de la cirugía y regresaban a trabajar luego de 2 a 6 semanas, dependiendo del nivel de actividad física que el trabajo requiriera. Hoy en día, muchas de estas operaciones pueden realizarse mediante una laparoscopia, en la que se utiliza un pequeño telescopio con una cámara y entre 2 y 4 incisiones más pequeñas de 0,5 cm a 1,25 cm. Luego de una laparoscopia, la mujer generalmente puede regresar a su hogar en el día de la cirugía y recuperarse más rápidamente, lo que le permite retomar plenamente sus actividades en el transcurso de 3 a 7 días.

A pesar de las ventajas de la laparoscopia, no todas las cirugías para tratar un embarazo ectópico pueden realizarse con esta técnica. Las situaciones de emergencia con hemorragia interna excesiva o gran cantidad de adherencias intraabdominales (tejido cicatricial) pueden requerir una laparotomía inmediata. Ciertos tipos de operación también pueden ser

demasiado riesgosos para realizar laparoscópicamente, mientras que en otros casos no está claro que la laparoscopia ofrezca resultados tan buenos como los que se obtienen con la laparotomía. Por último, la capacitación, la habilidad y la experiencia del cirujano también juegan un papel importante a la hora de decidir si se debe realizar una laparoscopia o una laparotomía. Cuando se evalúa una operación pélvica, el paciente y el médico deben discutir las ventajas y desventajas de realizar una laparotomía en lugar de una laparoscopia, incluidos los riesgos quirúrgicos.

RESULTADO

Una mujer que haya tenido un embarazo ectópico tiene menores probabilidades de quedar embarazada nuevamente. Además, sus probabilidades de tener otro embarazo ectópico son mayores. Por suerte, más de la mitad de las mujeres que tienen un embarazo ectópico logra tener un bebé saludable en el futuro. Las mujeres con 2 o más embarazos ectópicos pueden tener una enfermedad de las trompas y podrían considerar la FIV. Sin embargo, aún existe una probabilidad de aproximadamente el 2 % de tener un embarazo ectópico con FIV. Para obtener más información sobre la FIV, consulte el folleto informativo para el paciente de la ASRM titulado Tecnologías de reproducción asistida.

Aspectos emocionales

El embarazo ectópico es una experiencia física y emocionalmente traumática. Además de experimentar la pérdida de un embarazo, la mujer puede temer por la pérdida de su fertilidad futura. Los sentimientos de angustia y pérdida son comunes. La tristeza, la ira, la culpa y la depresión son parte del proceso de duelo y es necesario reconocerlas y expresarlas. Puede ser útil compartir estos sentimientos en un grupo de ayuda, como RESOLVE o SHARE, o en terapia. Lleva tiempo sanar física y emocionalmente antes de intentar otro embarazo. Para obtener más información sobre estos grupos de apoyo, consulte la sección Recursos más abajo.

RESUMEN

El término embarazo ectópico se refiere a todo embarazo que se implante fuera del útero, en general en las trompas de Falopio. Muchas veces se realiza un diagnóstico temprano mediante análisis hormonales de alta sensibilidad, ecografías, laparoscopias o D y C. Los tratamientos quirúrgicos y médicos modernos muchas veces permiten a las mujeres

evitar cirugías extensas y conservar sus trompas de Falopio. Aunque el riesgo de tener otro embarazo ectópico aumenta, muchas mujeres conciben exitosamente y tienen hijos en el futuro, ya sea naturalmente o con ayuda de tecnologías de reproducción asistida como la FIV.

RECURSOS

RESOLVE, Inc.
1310 Broadway
Somerville, MA 02144-1731
Tel: 617) 623-0744
<http://www.resolve.org/>

American Fertility Association
666 5th Avenue, Suite 278
New York, NY 10103-3777
Tel: (888) 917-3777
<http://www.theafa.org/>

SHARE (Source of Help in Airing and Resolving Experiences)
St. Joseph's Hospital
300 First Capitol Drive
St. Charles, MO 63301-2893
Tel: (314) 947-6164
<http://www.nationalshare.org/>

GLOSARIO

Aborto espontáneo. La expulsión natural de un feto no viable y de la placenta del útero. También se conoce como aborto involuntario o pérdida del embarazo.

Apendicitis. Una afección en la que el apéndice (una estructura tubular anexa al intestino grueso) se infecta e inflama; y que puede asociarse con la formación de adherencias en las proximidades de la trompa de Falopio.

Cuello uterino. El extremo inferior más estrecho del útero, que conecta la cavidad uterina con la vagina.

Dietilestilbestrol (DES). Una hormona sintética que antiguamente se administraba durante el embarazo para evitar los abortos. Las mujeres que nacen de embarazos tratados pueden tener anomalías en el sistema reproductor, incluido un mayor riesgo de embarazo ectópico.

Dilatación y curetaje (D y C). Una intervención quirúrgica ambulatoria en la que se dilata el cuello uterino y se raspa el revestimiento del útero. El tejido a menudo se examina microscópicamente para determinar la presencia de una anomalía o de tejido propio del embarazo.

Ecografía. Una imagen de los órganos internos producida por ondas de sonido de alta frecuencia que se ven como una imagen en una pantalla de video. Se utiliza para controlar el crecimiento de los folículos ováricos o de un feto y para captar óvulos. Las ecografías pueden ser abdominales o vaginales. **Embarazo ectópico.** Un embarazo que se desarrolla fuera del útero, usualmente en una de las trompas de Falopio. La trompa se puede romper o sangrar a medida que el embarazo crece y dar lugar a una situación médica grave.

Ecografía transvaginal. Una técnica de diagnóstico por imágenes en la que se coloca en la vagina una sonda cilíndrica suave que utiliza ondas de sonido para visualizar los órganos en una pantalla.

Embarazo abdominal. Un embarazo ectópico (extrauterino) que se implanta en alguna estructura del abdomen que no sea el útero, las trompas de Falopio ni los ovarios. Generalmente se implanta en el tejido del abdomen que se conoce como epiplón.

Embrión. La primera etapa del desarrollo humano, que surge después de la unión de un espermatozoide y un óvulo (fecundación).

Endometriosis. Una afección en la cual se desarrollan zonas de tejido similar al endometrial fuera de la cavidad uterina, en lugares anormales como los ovarios, las trompas de Falopio y la cavidad abdominal. La endometriosis puede crecer con la estimulación hormonal y causar dolor, inflamación y tejido cicatricial. También puede estar asociada con el dolor pélvico y la infertilidad.

Fármacos para la fertilidad. Fármacos que estimulan a los ovarios a producir óvulos maduros para que puedan liberarse durante la ovulación. Fimbrias. Los extremos acampanados (con forma de dedos) de las trompas de Falopio que abrazan la superficie del ovario y ayudan a dirigir el óvulo hacia la trompa.

ertilización in vitro (FIV). Un método de reproducción asistida que consiste en la combinación de un óvulo con un espermatozoide en una placa de laboratorio. Si el óvulo se fecunda y comienza la división celular, el embrión resultante se transfiere al útero de la mujer, donde se espera que se implante en el revestimiento del útero y continúe su desarrollo. La FIV se puede realizar en conjunto con la administración de medicamentos que estimulan a los ovarios a producir múltiples óvulos, a fin de aumentar las posibilidades de fecundación e implantación exitosas. La FIV no pasa por las trompas de Falopio y debe ser el tratamiento elegido por las mujeres cuyas trompas están gravemente dañadas o ausentes.

Gonadotropina coriónica humana (hCG). Una hormona que produce la placenta. Su detección es la base de la mayoría de las pruebas de embarazo. Implantación. El proceso por el cual un embrión se une al revestimiento uterino para obtener nutrientes y oxígeno. A veces, el embrión se implanta en una zona distinta del útero, como una trompa de Falopio. Esto se conoce como embarazo ectópico.

Infección de transmisión sexual (ITS). Una infección, como la clamidia o la gonorrea, que se transmite mediante las relaciones sexuales. En la mujer, algunas ITS pueden causar infecciones pélvicas que producen infertilidad porque dañan las trompas de Falopio y aumentan el riesgo de un embarazo ectópico. En el hombre, las ITS pueden bloquear los conductos que transportan los espermatozoides.

FLaparoscopia. Un instrumento de visualización delgado, similar a un telescopio y equipado con una luz que se inserta en el abdomen a través del ombligo para examinar el contenido de las cavidades pélvica y abdominal. También pueden realizarse otras incisiones pequeñas para insertar instrumentos adicionales que faciliten el diagnóstico y permitan la corrección quirúrgica de las anomalías pélvicas. El laparoscopia puede usarse como instrumento de diagnóstico y como instrumento quirúrgico.

Laparoscopia. La inserción de un laparoscopia en el abdomen a través de una incisión, generalmente en el ombligo, con el fin de examinar visualmente los órganos en la cavidad abdominal. También pueden realizarse otras incisiones pequeñas para insertar instrumentos adicionales que faciliten el diagnóstico y permitan la corrección quirúrgica de las

anomalías. A veces el cirujano puede eliminar tejido cicatricial y abrir las trompas de Falopio cerradas durante esta intervención.

Laparotomía. Una cirugía mayor abdominal que se realiza a través de una incisión en la pared abdominal.

Ligadura de trompas. Una intervención quirúrgica en la que se estrangulan, obstruyen o cortan las trompas de Falopio para evitar el embarazo.

Metotrexato. Un medicamento que destruye el tejido propio del embarazo y acelera la reabsorción de este tejido en una mujer con embarazo ectópico.

Microcirugía. Un tipo de cirugía que utiliza magnificación, una técnica meticulosa y material de sutura fino para obtener resultados quirúrgicos precisos. La microcirugía es importante para ciertos tipos de cirugía tubárica en la mujer y para la reversión de la vasectomía en el hombre.

Neumonía. Inflamación de los pulmones.

Ovarios. Las dos glándulas sexuales femeninas que se encuentran en la pelvis, una a cada lado del útero. Los ovarios producen óvulos y hormonas, que incluyen el estrógeno, la progesterona y los andrógenos.

Progesterona. Una hormona femenina secretada por el cuerpo lúteo después de la ovulación, durante la segunda mitad del ciclo menstrual (fase lútea). Prepara el revestimiento del útero (endometrio) para la implantación de un óvulo fecundado y permite el desprendimiento completo del endometrio en el momento de la menstruación. En caso de embarazo, el nivel de progesterona se mantiene estable a partir de aproximadamente una semana después de la concepción.

Salpingectomía. Una operación en la que se extraen una o ambas trompas de Falopio.

Salpingooforectomía. La extracción de la trompa de Falopio y del ovario juntos.

Salpingostomía. Una intervención quirúrgica en la que se abre la pared de la trompa de Falopio y se elimina el embarazo ectópico. La incisión de la trompa sana por sí sola.

Salpingectomía parcial. Una operación en la que se extrae la parte de la trompa de Falopio que contiene un embarazo ectópico. Esta intervención busca preservar la mayor parte de la trompa para su posterior unión mediante microcirugía, con el fin de preservar la fertilidad futura.

Trompas de Falopio. Un par de tubos huecos unidos uno a cada lado del útero, a través de los cuales el óvulo se traslada desde los ovarios hacia el útero. La fecundación generalmente se produce aquí, en las trompas de Falopio. Las trompas de Falopio son el sitio más común de embarazo ectópico.

Úlcera. Una lesión (llaga) en la superficie de la piel o en una superficie mucosa, generalmente inflamada. Ocasionalmente, como efecto secundario del tratamiento con metotrexato, pueden formarse úlceras temporales en la boca.

Útero (matriz). El órgano femenino ahuecado y muscular ubicado en la pelvis, en donde el embrión se implanta y crece durante el embarazo. El revestimiento del útero, denominado endometrio, produce el flujo de sangre menstrual mensual cuando no se produce el embarazo.

Para obtener más información sobre este tema u otros temas sobre salud reproductiva, visite www.ReproductiveFacts.org



Díganos su opinión

Envíe sus comentarios sobre este folleto por correo electrónico a asrm@asrm.org. En la casilla de asunto, escriba “Atención: Comité de Educación del Paciente”

Notas



AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE
1209 MONTGOMERY HIGHWAY
BIRMINGHAM, ALABAMA 35216-2809
(205) 978-5000 * ASRM@ASRM.ORG * WWW.ASRM.ORG