



# CADI2018

CONGRESO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

# TIPS DIAGNÓSTICOS DE EMBARAZO ECTÓPICO POR ULTRASONOGRAFÍA (US)

# AUTORES

- Mena K.
- De Vedia M.
- Paba M.
- Morales A.
- Vázquez N.
- Larrañaga N.

# OBJETIVO

- Realizar mediante un ensayo iconográfico una revisión de los diferentes sitios de implantación del embarazo ectópico (EE).
- Describir los hallazgos específicos ultrasonográficos de cada uno de los tipo.

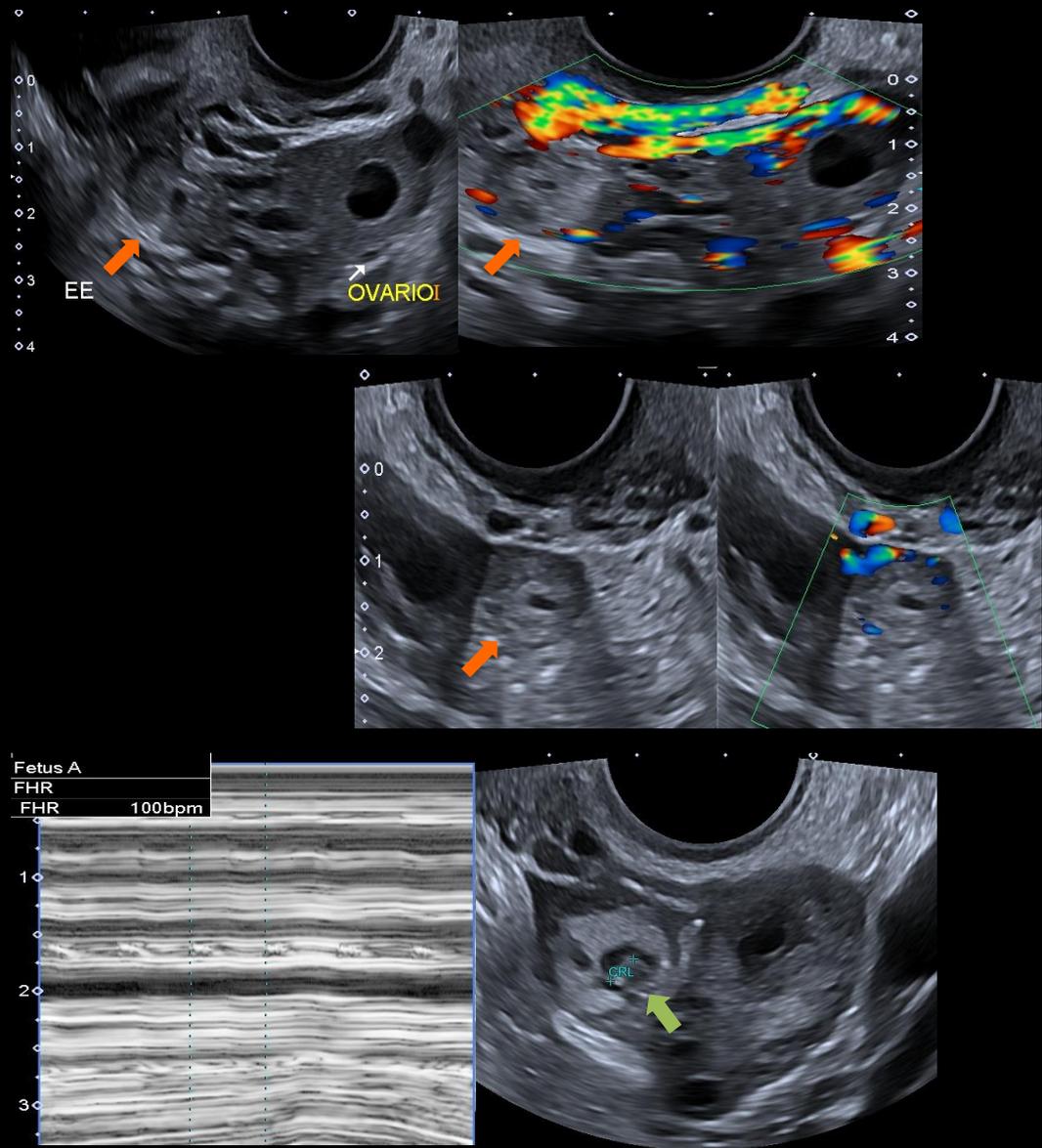
# REVISIÓN

- El EE ocurre cuando la implantación del blastocisto toma lugar en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina y sigue siendo la principal causa de muerte durante el primer trimestre del embarazo.
- Si bien el tipo tubárico es el más común (95%), existen otros sitios de implantación poco comunes como el segmento intersticial de la trompa de falopio, cervix, cicatriz uterina posterior a una cesárea, miometrio uterino, ovario y cavidad peritoneal.

# REVISIÓN

- Dichos sitios deben ser tenidos en cuenta para la búsqueda de las características ecográficas, tanto intra como extrauterinas, teniendo en cuenta que la US juega un rol importante a la hora de realizar el diagnóstico de EE en las pacientes en el servicio de urgencias.

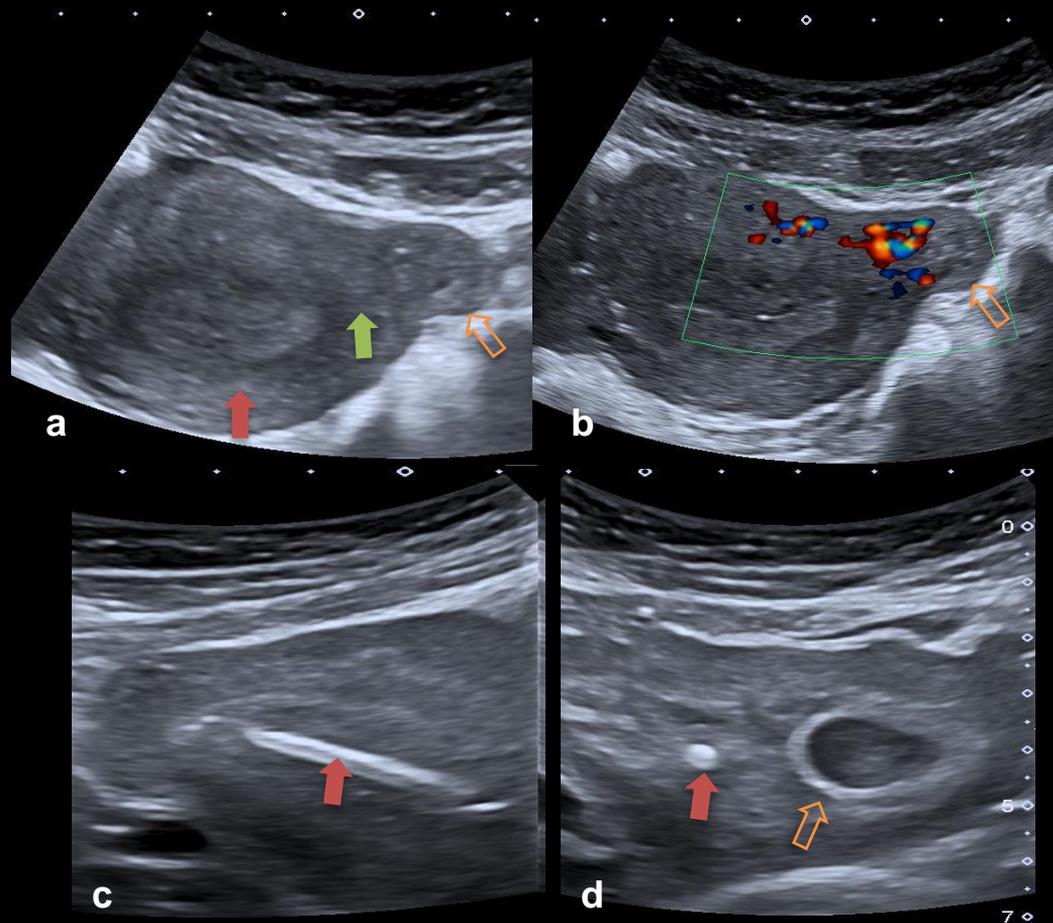
# EE TUBÁRICO



*Diferentes pacientes que presentaron imagen “en dona” (→), patognomónica de embarazo ectópico tubarico, (no siempre presente), haciendo referencia al saco gestacional con márgenes ecogénicos y flujo peritrofoblástico a la evaluación con Doppler.*

*Embrión con actividad cardíaca dentro del saco gestacional ectópico (→).*

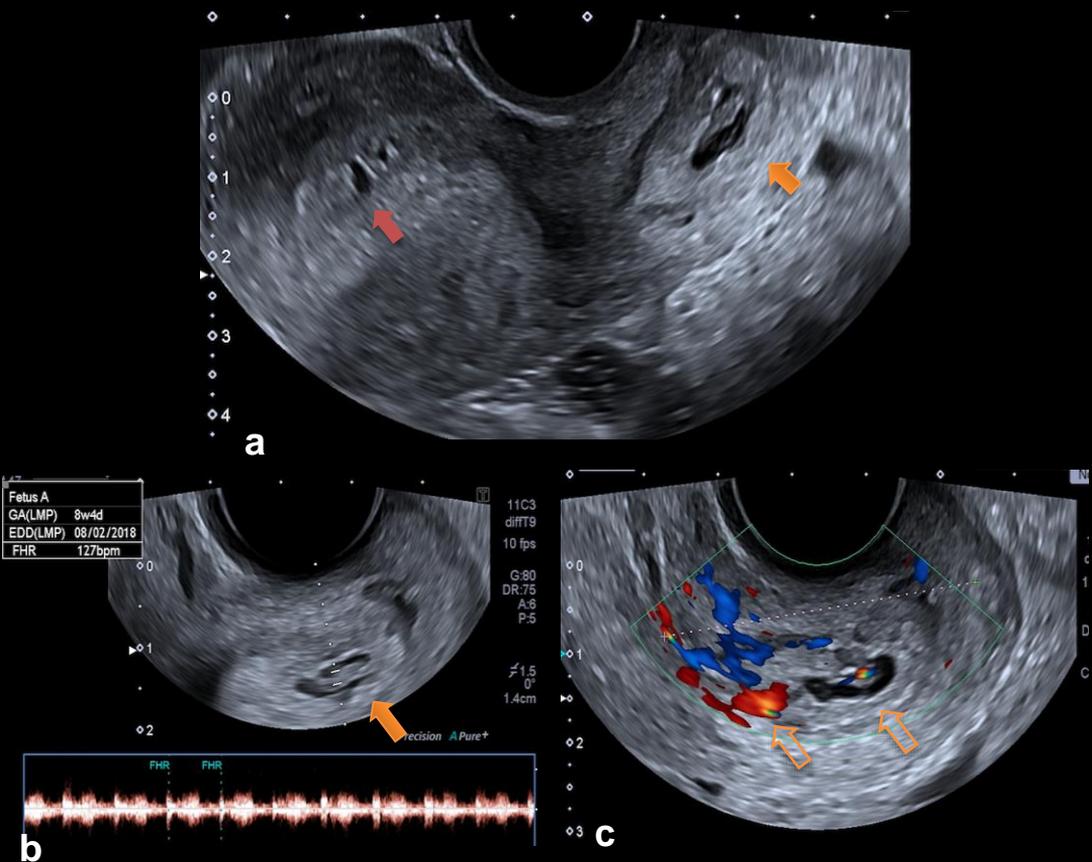
# EE INTERSTICIAL



**a y b.** Paciente de 35 años con amenorrea de 5 semanas. Cavidad endometrial vacía (→), observándose línea ecogénica que se extiende desde la parte lateral del endometrio hasta el miometrio (→) que corresponde al segmento intersticial de la trompa de Falopio (**signo de la línea intersticial**). Imagen redondeada con vascularización mediante Doppler correspondiente a saco gestacional (→) rodeado del miometrio (**signo del manto miometrial**), la cual produce alteración del contorno uterino (**signo de bulging miometrial**).

**c y d.** Paciente de 30 años, amenorrea incierta, se observa DIU intracavitario (→) con saco gestacional intersticial rodeado del miometrio.

# EE CERVICAL

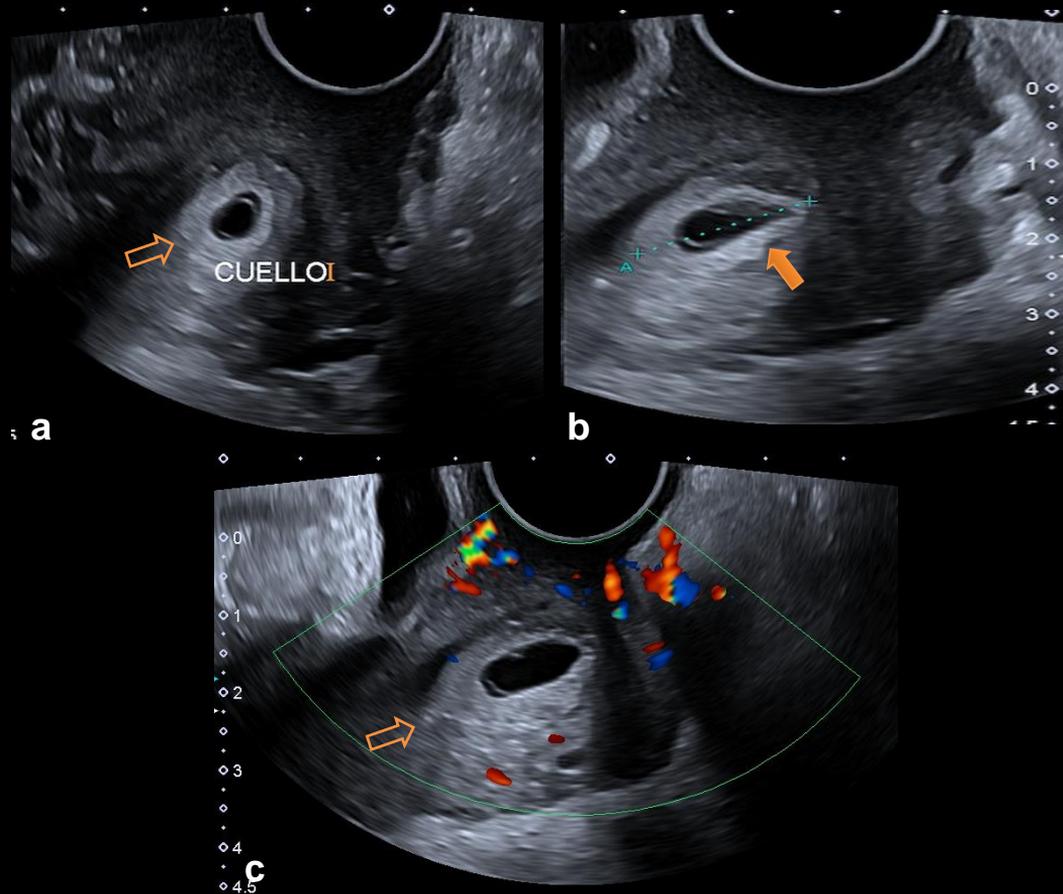


35 años, amenorrea de 9.1 semanas.

Saco gestacional implantado en el cuello uterino dando la forma del útero en reloj de arena (a), presenta embrión con actividad cardíaca (Dx de certeza) (b) y flujo central y periférico mediante Doppler (c).

Notese el pseudosaco en cavidad endometrial (→) (a).

# EE CERVICAL: Dx diferencial

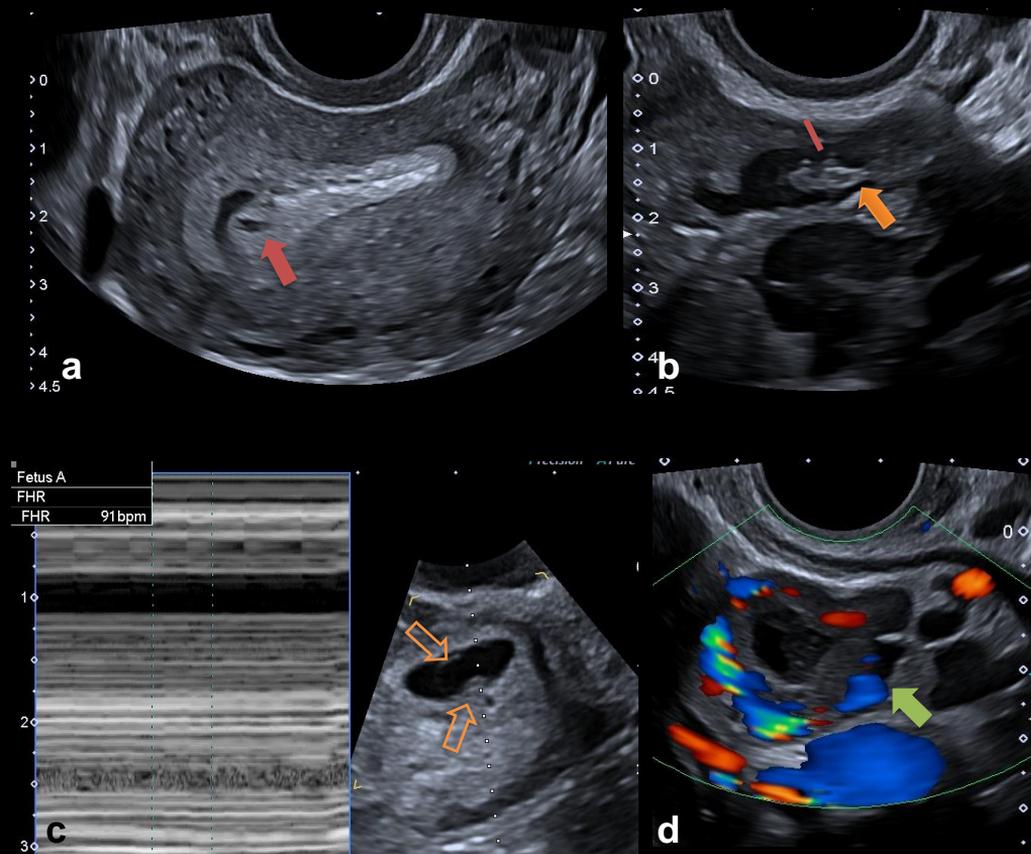


## **ABORTO EN CURSO:**

*27 años, amenorrea de 7 semanas.*

*Se observa saco gestacional a nivel cervical con saco vitelino en su interior (a). Las características del saco gestacional son de carácter involutivo (bordes indefinidos, forma ovoide) (b) y no presenta vascularización mediante Doppler (c).*

## EE DE LA CICATRIZ

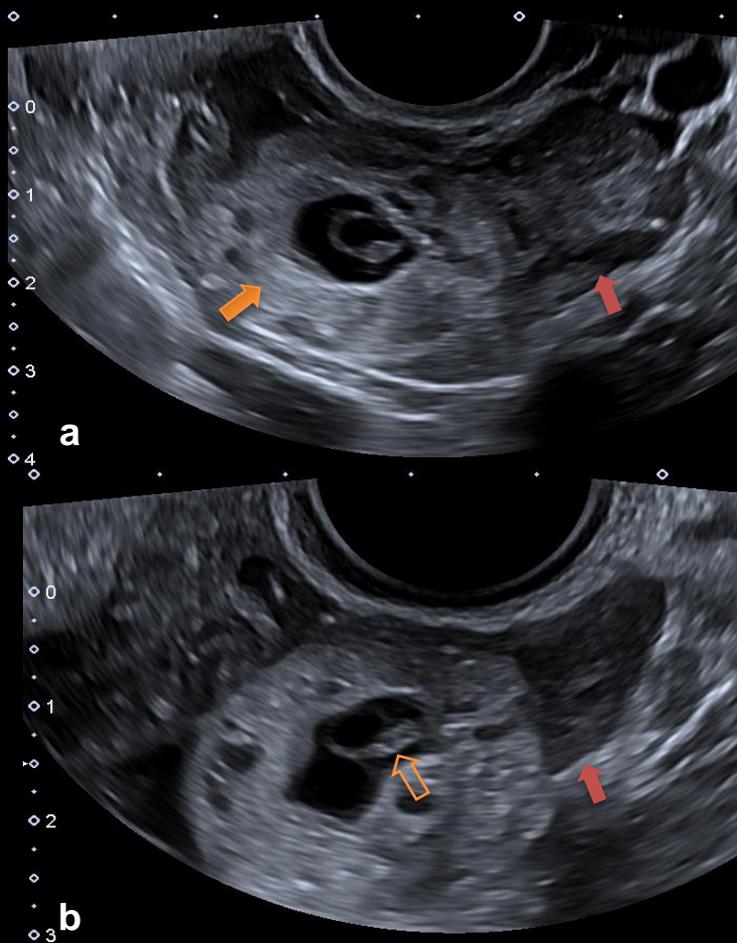


35 años, amenorrea de semanas.

Se visualiza saco gestacional presentando embrión con actividad cardíaca positiva (c) a nivel de la cicatriz de histerorrafia con adelgazamiento miometrial anterior al SG (-) (b).

Cavidad endometrial con pseudosaco (→) y cuerpo luteo (→) de características ecográficas normales (a y d).

# EE OVÁRICO

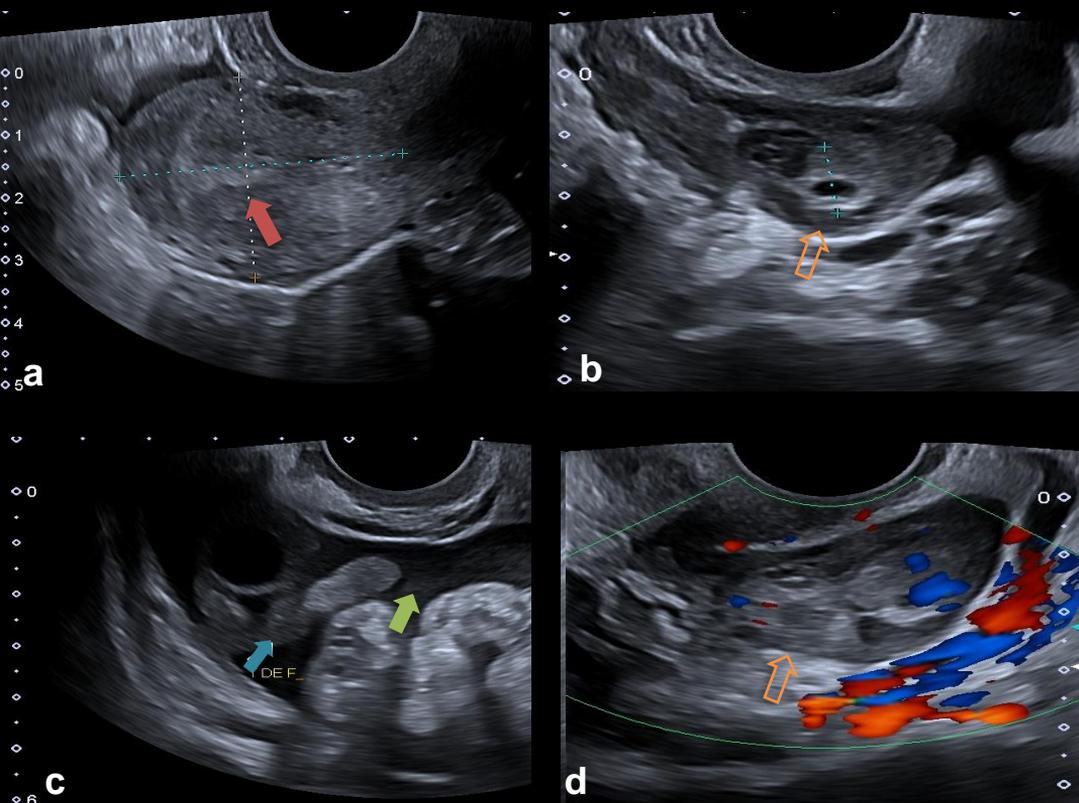


33 Años, amenorrea de 6.5 semanas.

Saco gestacional con márgenes ecogénicos (→) en íntimo contacto con el parénquima ovárico (→), los mismos se mantienen unidos a la maniobra bimanual (a).

Se observa además saco vitelino y embrión en su interior (b).

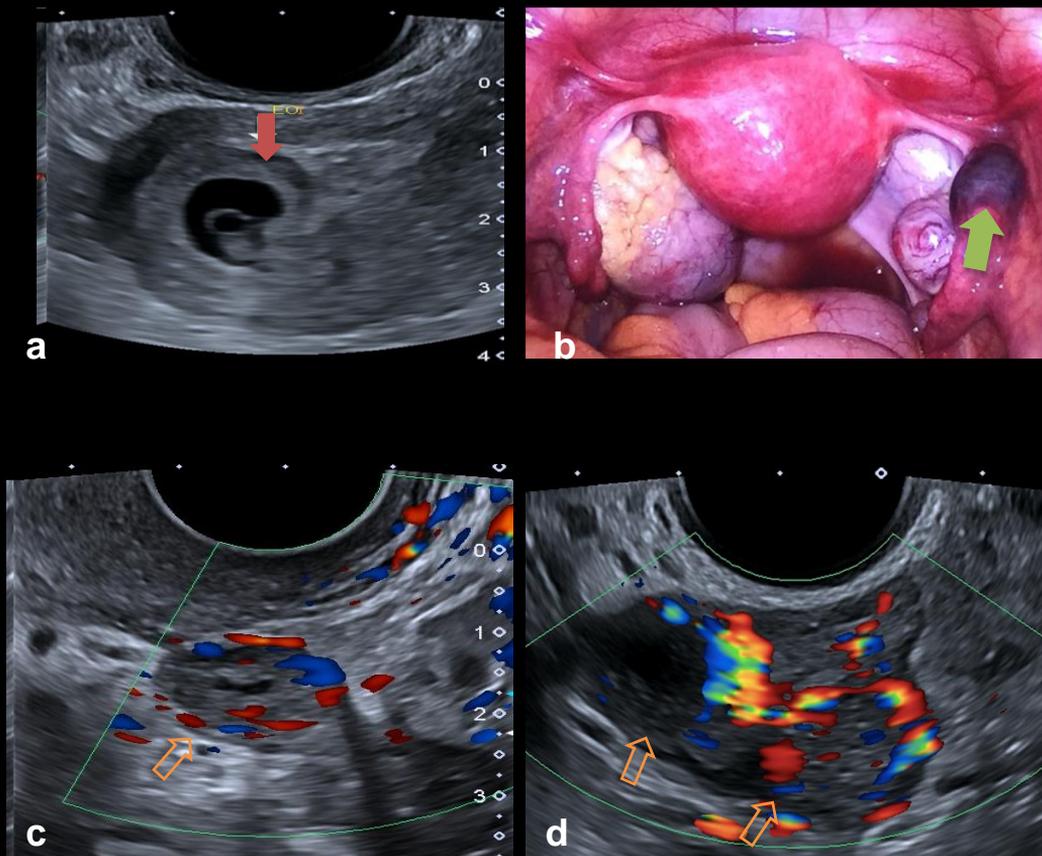
# EE COMPLICADO EN CAVIDAD



29 Años, amenorrea de 5 semanas.

Se observa cavidad endometrial vacía (→) (a) con saco gestacional libre en fondo de saco de Douglas (→) (b) y hemoperitoneo (→) (c) como consecuencia de la ruptura de la trompa de Falopio (→) (d).

# EE HETEROTÓPICO



FUM incierta.

Se visualiza útero gestante (→) y embarazo ectópico (→) (a y b) en trompa de Falopio izquierda con la típica imagen "en dona" (c). Ovario con dos cuerpos lúteos (d).

# CONCLUSIÓN

El reconocimiento de los hallazgos específicos US de los EE deben ser conocidos por el radiólogo para el acercamiento diagnóstico de los diferentes sitios de implantación y así facilitar el algoritmo terapéutico/quirúrgico apropiado para disminuir la mortalidad materna y preservar la fertilidad futura.

# Referencias bibliográficas

- Anjeza Chukus, Nikki Tirada, Ricardo Restrepo, Neelima I. Implantation Sites of Ectopic Pregnancy: Thinking beyond the Complex Adnexal Mass. Radiographics (2015) Abr. Vol 35. No 3. Disponible desde: <https://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/rg.2015.140202#fig3a>
- Levine D. Ectiouc oregbact. Radiology. 2007; 245 (2): 385-97. doi: 10.1148/radiol.2452061031-Pubmed citation.
- Kaakaji Y, Nghiem HV, Nodell C et-al. Sonography of obstetric and gynecologic emergencies: Part I, Obstetric emergencies. AJR AM J Roebtgenol. 2000; 174 (3): 641-9. AJR AM J Roentgenol ( full text)-Pubmed citation
- Lin EP, Bhatt S, Dogra Vs. Diagnostic clues to ectopic pregnnycy. Radiographics. 2008; 28 (6): 1661-71. doi:10.1148/rg.286085506-Pubmed citation.