

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores



Rovm

EMBARAZO ABDOMINAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A E L

DR. JOSE MIGUEL VASQUEZ SANCHEZ
Director de la Tesis René Tapia V.

**TESIS CON
FECHA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Página
1.- INTRODUCCION.	1
2.- DEFINICION.	1
3.- ETIOLOGIA.	2
4.- FRECUENCIA.	3
5.- PATOGENIA.	5
6.- MANIFESTACIONES CLINICAS.	7
7.- DIAGNOSTICO.	8
8.- TRATAMIENTO.	12
9.- COMPLICACIONES.	15
10.- BIBLIOGRAFIA.	17

EMBARAZO ABDOMINAL

INTRODUCCION.- Una notable contribución a la Ginecología --
fué la que aportó el Dr. John Bard de Nueva York, quien por prime--
ra vez operó con éxito un embarazo ectópico en 1758 (1).

El Dr. Bard Junto con el Dr. Huck, un médico militar, diag--
nosticaron en forma correcta un embarazo extrauterino en una pa--
ciente de 28 años de edad con 2 embarazos previos resueltos por -
medio de partos autóxicos sin complicaciones; presentó posterior-
a el último parto el desarrollo de un tumor abdominal de creci- -
miento progresivo, doloroso a la palpación, acompañándose además-
de fiebre y diarrea.

La paciente fué operada extrayéndose un feto macerado, así -
como abundante material purulento, sin encontrar rastros de la --
placenta y siendo la evolución de la paciente satisfactoria.

Un año después, en 1759, el Dr. Bard escribió una carta a --
John Fothergill con los detalles del caso, siendo leída ésta ante-
la Sociedad Médica de Londres causando sensación. Sin embargo, -
debieron pasar 120 años, antes de que Robert Lawson Tait estable-
ciera la importancia de efectuar laparotomía exploradora para la-
extracción del producto de la concepción en estos casos.

DEFINICION.- En un embarazo intrauterino, la implantación -
del blastocisto se lleva a cabo en el endometrio, el cual reviste
el interior de la cavidad uterina; de tal forma que a la implanta-
ción que se lleva a cabo en cualquier otra parte del organismo se

le denomina embarazo ectópico.

Estrictamente hablando, el embarazo abdominal engloba sólo - las gestaciones libres en la cavidad peritoneal, excluyéndose a - aquéllas que se localizan entre las hojas del ligamento ancho o - en una trompa de Falopio muy dilatada (2).

ETIOLOGIA.- El embarazo abdominal fué hasta hace poco tiempo una entidad demasiado rara, pero en los últimos diez años son numerosas las publicaciones médicas donde se describe el desarrollo de un embarazo dentro de la cavidad peritoneal.

En comunidades en las cuales es alto el índice de atención prenatal, esta complicación se reporta o diagnostica con más frecuencia. Pero la situación es diferente en las localidades donde la importancia de la supervisión médica durante el embarazo es poco frecuente; en tales comunidades, las pacientes no son vistas con regularidad por un médico en los inicios del embarazo, o sea, cuando esta condición se puede sospechar y diagnosticar.

El antecedente de salpingitis parece constituir uno de los factores principales, aunque no el único, que se correlaciona con la creciente frecuencia del embarazo extrauterino (3). Parece evidente que el tratamiento actual de la salpingitis aguda con antibióticos y la efectividad de éstos, puede ser responsable de - el incremento señalado, ya que antes de la era de los antibióticos, la trompa inflamada en forma aguda solía obstruirse por completo de tal manera que se producía una esterilidad permanente.

Por otra parte, el uso actualmente generalizado de los dispo

sitivos intrauterinos (DIU) como un método temporal del control de la fertilidad, ejerce una notable influencia en la aparición de embarazos extrauterinos (3). Lehfelddt y cols (4) en 1970, probaron que el dispositivo intrauterino ofrece una buena protección contra una implantación intrauterina y una protección nula contra la nidación en el ovario. Estudios efectuados por Beral en 1975- (4), llegaron a las mismas conclusiones enunciadas anteriormente. En consecuencia, la relación entre embarazos extrauterinos e intrauterinos, está destinada a aumentar con el uso continuo de los dispositivos intrauterinos.

Se ha demostrado mediante estudios en los Estados Unidos y en otros países, que una frecuencia proporcionalmente elevada de embarazos extrauterinos (4.1%), es consecutiva al empleo de anti-conceptivos orales compuestos solamente por progestágenos (3), sugiriendo que estos hormonales pueden ejercer un mínimo efecto propulsor en la trompa, sobre todo a nivel de la unión ampollar istmica, aumentando de esta manera la posibilidad de que el óvulo sea captado a este nivel.

FRECUENCIA.— Aunque en la mayoría de los estudios reportados la mayor frecuencia con que se presentó esta patología fué entre los 20 y 40 años, se estima que la edad no es un factor que influya en la incidencia de embarazo abdominal.

La mayoría de los investigadores reporta una alta frecuencia en pacientes de raza negra, de baja paridad y de bajo nivel económico y cultural, encontrándose entre los antecedentes de importan

cia los casos de cesárea previa, embarazos ectópicos, esterilidad primaria o secundaria y la pérdida temprana de fetos (5,6).

La frecuencia de esta entidad clínica es bastante variable - y depende de varios factores; entre ellos está la diversidad de - criterios que existe entre los autores para relacionar la frecuen- cia del padecimiento con algún parámetro en particular. Su fre- cuencia en términos generales es baja y varía según diferentes -- autores y países. Se admite como promedio, que por cada 300 emba- razos normales se presenta un embarazo ectópico, de los cuales el 95% son tubarios y no más del 1% son abdominales, mencionandose - que la proporción entre embarazos normales y abdominales es de 1- en 15,000 (5).

Así tenemos que la frecuencia que reporta Sanda (5), la re- laciona con el número de ingresos al hospital; Renaud (5) la --- calcula sobre el número total de partos; Dibene (5) sobre el nú- mero de embarazos normales; Gordillo Fernández (7) la relaciona con el número de nacidos vivos y Trejo Ramírez (5) sobre el número de pacientes obstétricas egresadas del hospital.

De tal forma, Zuspan y cols. (6) dan una proporción de 1 -- en 782 partos; Beacham y cols. (6) de 1 en 3,371 embarazos; Mont- gomery (6) de 1 en 8,550 embarazos viables; Tan y Wee de Singa-- pur (6) encontraron una baja incidencia de 1 en 50,820 parturien- tas; Renaud y cols. en Abidjan (5), reportaron 1 por 2,792 partos; Gordillo Fernández (7) de 1 en 24,709 nacidos vivos en el HGO-2 - del CMN y Trejo Ramírez (5) de 1.8 por 10,000 embarazos normales-

atendidos por parto u obtenidos por operación cesárea en el Hospital de la Mujer de la SSA.

Por lo que respecta al embarazo heteroortotópico, es decir la coexistencia de un embarazo intrauterino y otro extrauterino, se estima que ocurre alrededor de 1 en cada 30,000 gestaciones - (7), reportándose alrededor de 500 casos en la literatura mundial con 75 a 85% de estos terminando en el primer trimestre; después de que las pacientes presentaron un cuadro típico de embarazo tubario.

PATOGENIA.- Los embarazos abdominales se han clasificado en primarios y secundarios, siendo la mayor parte resultado de un aborto tubario precoz o de una ruptura con implantación secundaria del proceso gestacional en la cavidad peritoneal.

La implantación peritoneal primaria de los productos de la concepción es poco usual y sólo una pequeña parte de los casos reportados reúne los criterios establecidos por Studdiford en -- 1942 (3,8-11) para considerarlos como primarios, siendo estos:

a) Ambas trompas y ovarios normales, sin señales de lesión reciente o antigua.

b) Ausencia de toda evidencia de Fístula utaroperitoneal.

c) La presencia de un embarazo relacionado exclusivamente a la superficie peritoneal y lo suficientemente joven como para -- eliminar la posibilidad de una implantación secundaria consecutiva a una nidación primaria en la trompa.

Se sugiere que el fondo de saco de Douglas puede funcionar-

como un receptáculo de óvulos y espermatozoides en el proceso de la fecundación (3) y se especula que en una anidación peritoneal primaria, la trompa es incapaz de englobar el cigoto fecundado - para transportarlo hasta la cavidad uterina.

Otros estudios efectuados por Norenberg (10), especulan que si un huevo fecundado se encuentra flotando libremente en el peritoneo, este sea capaz de anidarse en focos de endometrio ectópico y no en la superficie peritoneal.

Por otra parte, embarazo después de histerectomía total, es una situación que se presenta raras veces. El material revisado por Hanes en 1964 (12) y Niebyl (12) diez años después, junto -- con un caso finamente detallado por Sims y Letts en 1974 (12), -- revelan un total de 22 embarazos en dichas circunstancias y se -- presume sean debidos a la presencia de una fístula postoperato-- ria de la vagina hacia la trompa de Falopio permitiendo el acce-- so del esperma a esta última, siendo la histerectomía vaginal la que más probablemente puede causar dicha fístula.

Estos casos sirven como una advertencia de que el embarazo es posible cuando una mujer posee ovarios funcionales, sin impor-- tar que tanto del tracto genital se haya extirpado.

Dentro de la cavidad abdominal los tejidos disponibles para la implantación ectópica de un huevo errante son el epitelio -- germinal del ovario, las vísceras, el peritoneo parietal y focos de endometrio ectópico. En 1968, Friedrich (10), investigó los - sitios de anidación en 37 casos reportados de embarazo peritoneal

primario, registrando los sitios de implantación tales como ligamento ancho, la superficie serosa del útero, el fondo de saco o pared de el recto, el mesenterio del intestino delgado, colon e ileon, canal lumbar, hígado, vasos ilíacos, pequeña cavidad peritoneal y epiplón.

Con lo que respecta al embarazo heteroortotópico, es generalmente aceptado que la combinación de embarazo gemelar resulta de la fertilización de dos óvulos, siendo esto posterior a un coito simple. Sin embargo, el fenómeno de superposición de embarazo intrauterino en una ya existente gestación ectópica (superfetación) es un postulado, aceptado y explicado por Novak y Faxon (13,14) - sugiriendo que ocurre en un 10% de embarazos heteroortotópicos, - de tal manera que una implantación ectópica puede presentarse en un ciclo menstrual seguido de una nidación intrauterina del segundo embrión en el siguiente ciclo o viceversa.

MANIFESTACIONES CLINICAS.- El cuadro clínico es muy variable, no presentandose un patrón característico en todos los casos de embarazo abdominal. Sin embargo, los síntomas que con más frecuencia se pueden encontrar son la amenorrea, el sangrado transvaginal, el cual se presenta en forma irregular, presencia de náuseas y vómitos persistentes y sobre todo malestar general. Las multigestas, a diferencia de las nuligestas, refieren que los movimientos fetales son "distintos" cuando los comparan con los movimientos fetales de embarazos anteriores y la queja de dolor en el hemiabdomen superior se llega a presentar con cierta regularidad (3,5-7,15).

DIAGNOSTICO.- La posibilidad de embarazo abdominal debe de sospecharse en cualquier embarazo con datos clínicos poco usuales reportados al interrogatorio, basandose el diagnóstico en una alta sospecha del padecimiento, efectuando una historia clínica completa, analizando el cortejo sintomático, datos de la exploración física y apoyandonos en los exámenes paraclínicos.

Los hallazgos físicos que con más frecuencia se encuentran, son la presencia de una masa abdominal que facilmente se confunde con una neoplasia anexial o miomatosis coincidente con el embarazo. La situación del feto frecuentemente es anormal, reportándose muchas veces como transversa, y solo en algunas ocasiones y generalmente en pacientes multíparas es posible palpar las partes fetales muy cerca de la pared abdominal. Además existe desplazamiento del cervix hacia adelante por compresión sobre el fondo -- uterino (3,5,7,15).

Ante la sospecha de embarazo abdominal se deben tomar placas radiográficas simples de abdomen, en proyección lateral y anteroposterior, en donde se observa ausencia de la típica sombra uterina que rodea a el feto (3,6,13,15,20). El feto se encuentra en -- una actitud anormal, "fijo" y frecuentemente en situación transversa en la parte superior del abdómen cuando el embarazo es avanzado. En la proyección lateral, algunas de las partes oseas fetales se superponen a la columna de la madre y en las proyecciones A-P y lateral, el patrón característico de gas intestinal materno puede estar interpuesto entre el feto.

La histerosalpingografía es un método que ha caído en desuso actualmente, reportándose hace algunas décadas, cuando este estudio se llevaba a cabo con frecuencia, la cavidad uterina aumentada de tamaño pero sin corresponder a la fecha de amenorrea, siendo detectados estos agrandamientos como el resultado de estimulación hormonal (8).

Otro de los estudios auxiliares de diagnóstico que anteriormente se emplea con frecuencia pero que su uso actual es muy limitado, es la práctica de la arteriografía. La falta de crecimiento de los vasos uterinos es un rasgo característico del embarazo abdominal en contraste con la gestación normal, sin embargo, el aporte sanguíneo mesentérico puede predominar en algunos casos. Así, el estudio angiográfico está indicado si se tiene en mente la infusión de agentes quimioterápicos a fin de reducir el tamaño de la placenta o para planear un acto quirúrgico (21).

La mayoría de embarazos abdominales resultan secundarios a ruptura tubaria con gestación y consecuentemente el mayor aporte sanguíneo usualmente deriva de las arterias ováricas. La placenta está generalmente confinada al abdomen bajo y el sitio de la implantación se espera que ocurra en: intraligamentario 11%, confinado al anexo, ligamento ancho y útero 17%, no conectado al tracto genital superior 55% (21). Sólo en algunos embarazos extrauterinos la placenta está adherida en el abdomen superior.

Por otra parte, la ausencia de reacción decidual en el endometrio, no excluye el diagnóstico de embarazo ectópico. Romney y-

cols. (8), muestran que el legrado y exámen del endometrio son poco confiables en el diagnóstico de embarazo ectópico.

Uno de los procedimientos auxiliares en el diagnóstico que -más se utiliza, se basa en la respuesta del miometrio a la estimulación con ocitocina (3,5,6,16-18). La habilidad del útero gestante para contraerse con pequeñas dosis de ocitocina parenteral es una condición bien establecida, por tal motivo, al administrar --ocitocina por infusión endovenosa que provoque contractilidad uterina acompañandose de alteraciones en la frecuencia cardíaca fe--tal nos indica que la unidad fetoplacentaria debe ser intrauterina y descarta la posibilidad de embarazo extrauterino avanzado.

Así mismo, tomando en consideración que la inducción de aborto del segundo trimestre con prostaglandinas es seguro y eficaz, -se ha observado que en pacientes a quienes se administran óvulos-vaginales de prostaglandinas E2, un 97% abortan en un lapso de 36 horas (19). Cuando las prostaglandinas son administradas a dosis-terapéuticas, los efectos sistémicos más comunes son vómito, diarrea, hipertermia y rubor facial, indicando absorción adecuada --del medicamento; de tal manera que cuando estos signos y síntomas se presentan y no hay expulsión de tejido fetal y/o ruptura de --membranas después de 36 horas de haber iniciado la administración de las prostaglandinas, se debe considerar seriamente la posibilildad de una gestación extrauterina.

Recientemente, el diagnóstico de embarazo abdominal se ha facilitado por el uso del ultrasonido, permitiendo no sólo el diag-

nóstico de esta patología, sino también determinar el sitio de la placenta y por lo tanto el suministro de sangre a la misma (15, - 16, 20). A causa de la baja limitación en la resolución del ultrasonido B-scan, el diagnóstico diferencial debe incluir descenso - de el segmento uterino o mioma cervical y masas sólidas anexiales o retroperitoneales, Quizá aumento en la resolución y en la dife - renciación de tejidos usando la escala de grises en el proceso de la señal ultrasónica, puedan ser suficientes para dar a esta prue - ba un diagnóstico de más certeza.

Así, el embarazo abdominal debe de sospecharse cuando la eco - sonografía muestra una relación anormal entre el feto, placenta y líquido amniótico o cuando se visualiza gas intestinal materno in - terpuesto con el feto. Sin embargo: el diagnóstico de certeza -- por medio del ultrasonido, como demostró Kobayashi y cols. (20), - requiere que la cabeza fetal se demuestre fuera del útero.

Otro método empleado es el que describen Timor-Tritsch y - - cols. (16), basado en los estudios de fisiología fetal, registran - do ondas individuales con un tocodinamómetro, caracterizadas y -- asociadas con diferentes tipos de actividad motora fetal. En to - dos los embarazos intrauterinos con membranas intactas y después - de las 20 semanas de gestación, invariablemente se observa activi - dad uterina en forma espontánea. Unas formas de onda representan complejos movimientos fetales que retornan lentamente a la línea - basal y el patrón característico de los movimientos de la caja to - racica referidos como "suspiro" o "hipo" se presentan como una de

flexión bifásica en el trazo.

Estos investigadores refieren 3 patrones no usuales que se presentan cuando el embarazo es extrauterino, a saber:

a) No hubo actividad uterina espontánea con la más alta amplitud.

b) La forma de onda que normalmente se observa con los movimientos fetales retornó siempre en forma brusca a la línea basal al terminar la actividad cinética.

c) La deflexión positiva que usualmente se observa con los movimientos de la caja torácica, fué seguido en estos casos de un patrón sinusoidal no usual y de amplitud decreciente.

La interrogante de si estas tres observaciones se debieron a la ausencia de una pared uterina interpuesta entre el feto y el tocodinamómetro; mencionando que primero, la ausencia de una pared uterina evita las contracciones; segundo, que no hay movimientos provocados aumentando el tono del miometrio y tercero, que las oscilaciones sinusoidales vistas después del movimiento de la caja torácica pueden ser debidos al efecto de la elasticidad de las membranas fetales y la ausencia amortiguadora del miometrio.

TRATAMIENTO.- Una vez hecho el diagnóstico de embarazo abdominal, se debe efectuar de inmediato laparotomía exploradora. El mayor peligro de la terapia conservadora o en intentar que el embarazo continúe hasta llegar a término, es la posibilidad de hemorragia intraperitoneal (3,5,7,24).

Respecto al dilema señalado por diversos autores sobre la ex

tracción de la placenta o dejarla en su sitio, independientemente de la edad gestacional o de que el feto esté vivo o muerto, se -- considera que la conducta a seguir será diferente según el sitio-- en que se encuentre implantada la placenta (6,8,21). Si se trata de una víscera hueca: intestino, estómago, vejiga, vesícula bi-- liar; colon o bien órganos tales como hígado, lo más recomendable es dejar la placenta en su sitio, ligar y cortar el cordón umbili-- cal lo más cerca posible de ésta y reseca la mayor cantidad de -- membranas.

Si la implantación placentaria es en un sitio de poco peli-- gro en cuanto al órgano y a la hemorragia que pudiera ocasionarse al desprendimiento, podrá extraerse ésta sin mayor peligro, tal -- como sucede cuando esta implantación es en el epiplón mayor y más aún si el producto está muerto, o bien cuando la implantación es-- tá sobre órganos y formaciones anatómicas tales como útero, trom-- pas, ovarios y ligamentos anchos que son portadores de patología-- tal como miomatosis uterina en que se justifica la práctica de -- histerectomía extrayéndose así útero y placenta en bloque, o bien cuando la inserción es sobre el ligamento ancho, trompa y ovario-- sin existir patología aparente en el lado contralateral; por lo -- que pueden ser extirpados con la placenta que los involucra, o -- bien cuando la paridad no es un impedimento para efectuar la his-- terectomía.

Se recomienda cerrar el abdomen sin dejar drenajes a menos -- que haya existido sangrado abundante o existan datos de franca in--

fección. El uso de drenaje profiláctico en abdomen limpio, solamente es una fuente potencial de infección.

El Metotrexate, siendo un antagonista del ácido fólico, ha sido empleado por algunos investigadores para destruir la placenta abdominal residual; la razón de este tratamiento es la pronta destrucción de tejido trofoblástico que disminuye la vascularidad de la placenta y por consiguiente también disminuye la hemorragia que se presenta al momento de la separación (6,8,21), recomendándose una dosis de 10 a 25 mg. diarios intramuscular por cinco días.

Se ha demostrado que las placentas abdominales sin tratamiento, continúan funcionando hasta 50 días después de haber extraído al producto. Usando Metotrexate, la excreción de gonadotropinas en orina disminuye al 8° ó 10° día después del tratamiento. Los resultados cuando se usa esta droga, no se han probado satisfactoriamente; las complicaciones hemorrágicas de la separación de la placenta fueron reducidas con esta terapéutica; pero la infección intraabdominal aún se considera elevada.

El puerperio en estos casos, ofrece la única posibilidad de estudiar la función placentaria después de obtener al feto (25).

Cinco días después de extraer al producto de la concepción, los niveles séricos de estrógenos disminuyen rápidamente, llegando el estriol total plasmático a niveles basales al finalizar la primera semana y el estriol no conjugado en 2 a 3 semanas; mientras la concentración en plasma de estradiol no conjugado permanece li

geramente elevado hasta 7 semanas después. La progesterona plasmática y el lactógeno placentario descienden más lentamente, llegando la primera a niveles basales a las 7 semanas. La HGO urinaria desaparece a las 6 semanas.

Se concluye que la placenta puede conservarse activa durante aproximadamente 7 semanas cuando se deja "in situ" después de obtener al feto de un embarazo abdominal.

COMPLICACIONES.- En estas pacientes, la morbilidad postoperatoria es considerablemente alta. La mortalidad materna varía de 9.5 a 33.3% y la mortalidad fetal del 70 al 95% (5-8,15,21,22), si bien esto depende en gran parte del momento en que se decide la extracción del producto. Las mayores complicaciones son secundarias al sangrado por la separación placentaria, seguido de la formación de abscesos y obstrucción intestinal.

Un embarazo extrauterino viable puede perforarse dentro del colon, manifestándose intempestivamente como sangrado rectal-agudo. Sin embargo, en la inmensa mayoría de los casos, la localización ectópica del embarazo lleva a la muerte del feto y, consecuentemente, el saco gestacional necrótico puede adherirse a órganos adyacentes e infectarse. Así mismo; partes óseas necróticas de el feto, pueden erosionar y penetrar alguna viscera vecina causando comunicaciones anormales entre los órganos involucrados; ocasionalmente, partes fetales pueden salir a través de estas fístulas (22).

Las malformaciones fetales pueden presentarse del 40 hasta-

el 100% de los productos viables (6). Las más comunes son asimetría facial, anomalías severas del cuello, codos y rodillas, tortícolis, pie equino varo, calcáneo valgo, miembros hipoplásicos, y deformidades de las extremidades superiores. Estas malformaciones parecen ser debidas a el oligohidramnios, el cual es -- muy común en estos casos (6,23).

El no diagnosticar un embarazo abdominal, con retención del producto de la concepción, puede terminar en uno de los 4 caminos siguientes (8):

a) Retención de los huesos fetales con reabsorción de las partes blandas.

b) Reemplazamiento de las partes fetales por grasa y jabones.

c) Formación de un absceso, causado por destrucción fetal e infección posterior.

d) Formación de un litopedion verdadero.

De esta forma, el diagnóstico puede hacerse en forma casual y años después de haber ocurrido dicho suceso, cuando se efectúa laparotomía exploradora por cualquier motivo y se encuentra alguno de los hallazgos mencionados anteriormente.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Longo LD. Classic pages in obstetrics and gynecology. A case of an extrauterine foetus by John Bard from Medical Observations and Inquires (London). Am J Obstet Gynecol; 123 (3):- 305, 1 Oct. 1975.
- 2.- Hellman LM; Pritchard JA. Embarazo ectópico, Williams Obstetricia. Salvat. 466-490; 1973.
- 3.- Mattingly. Embarazo ectópico. Ginecología operatoria Te Linde. Ateneo. 316-329; 1980.
- 4.- Kasby C, et al Primary Peritoneal pregnancy in association -- with intrauterine contraceptive devices: two cases reports. Br J Obstet Gynaecol 85(10): 794-5, Oct 1978.
- 5.- Trejo Ramírez CA et al. Abdominal pregnancy. Review of 20 - cases. Ginecol Obstet Mex 49(292): 89-99; Feb 1981.
- 6.- Rahman MS et al. Advanced abdominal pregnancy observations - in 10 cases. Obstet Gynecol 59(3): 366-72, Mar 1982.
- 7.- Gordillo Fernández J et al. Abdominal pregnancy. Analysis - of 10 cases. Ginecol Obstet Mex 44(265): 383-90, Nov. 1978.
- 8.- Radman HM. Abdominal pregnancy: pathogenesis, diagnosis, and treatment. South Med J 71(6): 670-1,680, Jun 1978.
- 9.- Heinrichs HD. Embarazo ectópico. Ginecología y Obstetricia - O. Kasser. Salvat. vol 1,653-80, 1979.
- 10.- Norenberg DD et al. Early pregnancy on the diaphragm with - endometriosis. Obstet Gynecol 49(5): 620-2, May 1977.

- 11.- Luwuliza-Kirunda JM. Primary hepatic pregnancy. Case report. Br J Obstet Gynaecol 85(4): 311-3, Apr 1978.
- 12.- Jackson P et al. A successful pregnancy following total hysterectomy. Br J Obstet Gynaecol 87(5): 353-5, May 1980.
- 13.- Wolf GC et al. Heterotopic pregnancy midtrimester management. Obstet Gynecol 54(6): 756-8, Dec 1979.
- 14.- Ekwempu CC. Continuation of abdominal pregnancy complicated by preeclampsia three weeks after birth of an intrauterine twin. Int J Gynecol Obstet 16(4): 324-7, 1978-79.
- 15.- Blackwelder JT et al. Sonographic findings in advanced abdominal pregnancy. AJR 137(6): 1259-61, Dec 1981.
- 16.- Hertz RH et al. Diagnostic studies and fetal assessment in advanced extrauterine pregnancy. Obstet Gynecol 50 (1 supp)-62s-65s, Jul 1977.
- 17.- Orr JW Jr et al. False negative oxytocin challenge test associated with abdominal pregnancy. Am J Obstet Gynecol 133(1)-108-10, 1 Jan 1979.
- 18.- Kumarasamy T. Recognition of extrauterine pregnancy. Am J -- Obstet Gynecol 135(4): 549-50, Oct 1979.
- 19.- Hersh EG et al. Undiagnosed abdominal pregnancy with inadvertent prostaglandin administration. Am J Obstet Gynecol -- 129(1): 110-1, 1 Sep. 1977.
- 20.- Sauerbrei E et al. Intrauterine to intraabdominal pregnancy ultrasound demonstration. AJR 133(1): 132-4, Jul 1979.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 21.- Becker DI et al. Retained abdominal placenta followed by angiography and ultrasound. Radiology 119(1): 207-8, Apr 1976.
- 22.- Pasternack BM. Uteroenteric fistula due to advanced extrauterine pregnancy. Arch Surg 112(5): 669, May 1977.
- 23.- Williams J et al. Oligohydramnios syndrome and intra-abdominal pregnancy. J Pediatr 90(1): 158-60, Jan 1977.
- 24.- Quane MB. Conservative management of extrauterine pregnancy. Can J Surg 19(4): 359-61, Jul. 1976.
- 25.- France JT et al. Maternal plasma and urinary hormone levels during and after a successful abdominal pregnancy. Br J -- Obstet Gynaecol 87(5): 356-62, May 1980.