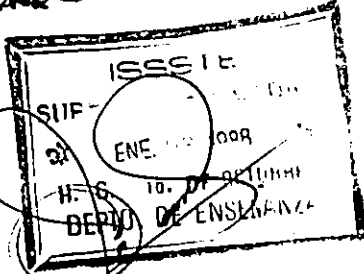


11217.
3 20j



Universidad Nacional Autónoma
de México

División de Estudios de Postgrado
Hospital 1o. de Octubre ISSSTE



DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN GINECO-OBSTETRICIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N ;
G I N E C O - O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A
DR. GUSTAVO AGUILAR ANDRES

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN** 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE.

1.	Introducción	1
II.	Antecedentes	
	1. El Síndrome de abdomen agudo	3
	2. Dolor abdominal agudo en Gineco- Obstetricia.	7
	3. Diagnóstico clínico	11
	4. Auxiliares de diagnóstico	13
	5. Tratamiento	16
III.	Objetivos	19
IV.	Justificación	20
V.	Material y Métodos	21
VI.	Hipótesis	23
VII.	Resultados y Discusión	24
VIII.	Conclusiones	45
IX.	Bibliografía	49

INTRODUCCION

La capacidad de un médico manifestada por sus conocimientos teóricos, su meticulosa investigación, su experiencia, su detallada observación, entre otras cosas se pone de manifiesto en todo su esplendor al enfrentarse en el consultorio o con mas frecuencia en sala de urgencias del hospital en el caso de dolor abdominal agudo.

La atmósfera de angustia que se genera alrededor de ese diagnóstico es enorme, por un lado la inquietud del paciente y por otro los familiares que exigen la solución al problema, y primordialmente al médico en su afán de realizar un diagnóstico adecuado y realizar el tratamiento correcto.

Son pocas las áreas de la medicina en las que se funden tantos conocimientos, inteligencia y práctica clínica como cuando existe la necesidad de realizar el diagnóstico etiológico del dolor abdominal agudo, ya que de esto depende el proporcionar el tratamiento.

El trabajo que pretende ésta tesis se desarrolla por la necesidad de realizar diagnóstico diferencial certero en caso de dolor abdominal agudo en Gineco-Obstetricia, los conocimientos teóricos se adquieren desde el principio de la profesión al ingresar a la escuela de medicina y aumentan al transcurrir la residencia de postgrado, las habilidades del clínico se desarrollan con ayuda de nuestros

maestros, y la experiencia que tanto les admiramos llega - con el tiempo a base de estudio y aplicación constante.

Existe una frecuencia elevadísima de casos de pacientes con dolor abdominal agudo en cualquier centro hospitalario, es este otro motivo poderoso para desarrollar este trabajo, materialmente se tiene que convivir en forma cotidiana con este problema, así entonces, se tiene la obligación de resolver este tipo de problema, de conocer a fondo y manejar adecuadamente este síndrome en aspecto integral.

El dolor abdominal agudo siempre ha representado una incógnita para los grandes clínicos en su diagnóstico certero, sin embargo en los tiempos modernos y con los progresos mundiales se han encontrado nuevos medios para llegar a él con la disponibilidad de tecnología moderna aplicable al diseño de equipos auxiliares de diagnóstico que mediante su aplicación médico-clínica faciliten los procedimientos en un tiempo razonable, factor este muy importante para la resolución integral y pronóstico del paciente.

Este trabajo representó para mí un enrentamiento en los diversos campos en medicina que aún hoy en día obligan al médico aclarar sus dudas, establecer un diagnóstico y - tomar sus decisiones, es por esto que me sentí obligado a desarrollar ésta tesis para aportar mis experiencias en el síndrome de abdomen agudo en Gineco-Obstetricia.

ANTECEDENTES

El síndrome de abdomen agudo.

Este síndrome se caracteriza por la rápida aparición de violento dolor abdominal, contractura mas o menos evidente de las paredes del vientre y trastornos del peristaltismo, con repercusión profunda del estado general (desasosiego, vómito, fenómenos de colapso, etc.). Corresponde a un grupo de enfermedades generalmente de instalación súbita y reactivación aguda.

El diagnóstico etiológico con mucha frecuencia es incierto, ya que éste puede ser debido, no solo a enfermedades abdominales (colecistitis, apendicitis, pancreatitis, roturas del bazo, hernias estranguladas, apoplejias arterioesentéricas, etc.) sino a enfermedades de órganos que se encuentran fuera del abdomen, como son el infarto del miocardio, la neumonía basal, intoxicación por plomo, anemia drepanocítica, la púrpura de Schonlein Henoch.

Según la severidad de la presentación del cuadro clínico podemos clasificarlo en los siguientes grupos:

- 1) Hiperagudos. Meritan cirugía de urgencia.
- 2) Agudos. Diagnóstico incierto, se puede valorar con razonable seguridad durante un período de 12 a 24 hrs.
- 3) Crónicos. Dolor recurrente. ().

La mayor parte de los pacientes que requieren hospitalización pertenecen a los dos primeros grupos con predomi-

nio del segundo.

Independientemente de la severidad del cuadro, no cabe duda que es de mayor importancia diagnosticar etiológicamente lo mas oportuno posible, para tal efecto es necesario llevar un orden determinado en la investigación el cual pueda ser individualizado, de preferencia llevar a efecto un protocolo pre-establecido.

Existen lugares en donde para realizar el diagnóstico se dispone de auxilio de máquinas computadoras (24).

El siguiente camino ha sido utilizado con éxito para llegar al diagnóstico etiológico del síndrome (25).

Historia de la enfermedad actual.

Hora precisa del inicio y manera de empezar, por ejemplo un esfuerzo puede hacer que se perfora una úlcera gástrica o producir la rotura de un embarazo ectópico.

El carácter agudo del comienzo manifestado por desmayo o colapso al empezar los síntomas (aneurisma aórtico, - ectópico roto).

Son importantes las características del dolor en sí, como es el caso de la localización en un principio, es cístico la localización del dolor por apendicitis a nivel epigástrico y posterior migración a fosa iliaca derecha.

El carácter del dolor urente en caso de perforación de una úlcera, el constrictivo de cólico hepático, el cóli

co de la oclusión intestinal.

Irradiación, especialmente en cólicos en los que el dolor se irradia al territorio de distribución de nervios procedentes del segmento medular que inerva la parte afectada. Si el dolor se acompaña de vómito, se debe a: Irritación intensa de los nervios del peritoneo o del mesenterio obstrucción de un conducto dotado de musculatura lisa, y finalmente acción de toxinas sobre los centros bulbares. Es importante las características de las evacuaciones. Es muy importante sobre todo si se sospecha problema en el área ginecológica los antecedentes gineco-obstetricos. Así mismo los antecedentes sobre enfermedades y-o cirugía previa.

En el momento de la exploración física es importante el aspecto general que en ocasiones refleja el carácter grave o por el contrario palidez con la frente cubierta de sudor por la presencia de choque inicial.

La actitud del enfermo en la cama es importante, la inquietud de las enfermas que sufren cólico, contrasta con la inmovilidad de las que tienen peritonitis.

Durante la exploración del abdomen importa observar los movimientos respiratorios, los cuales son nulos en la apendicitis por ejemplo. La palpación abdominal debe ser suave, y esta determinará la extensión e intensidad de la

defensa muscular, así como "rebote" e hiperestesia.

Importante lugar ocupa la exploración bimanual vagino-abdominal.

Dolor abdominal agudo en Gineco-Obstetricia.

El dolor ginecológico se manifiesta en la parte inferior del abdomen, sin embargo no es la única causa de dolor a ese nivel, existen una serie de padecimientos que se pueden manifestar con dolor en este lugar: apendicitis aguda, gastroenteritis, trastornos urinarios, obstrucción intestinal, hernia estrangulada, diverticulitis del colon, - únicamente por mencionar las causas más frecuentes (2).

Las trompas de Falopio representan con toda seguridad el sitio que con más frecuencia presenta patología manifestada por dolor abdominal, tan solo por ejemplo dos patologías muy frecuentes con asiento importante en las trompas de Falopio: Anexitis y embarazo ectópico. (1) (26).

Como causa etiológica: si se habla de salpingitis, o - mejor dicho agentes causales de la misma, en los últimos diez años se ha descubierto que la *Chlamidia tracomatis* con más frecuencia que la gonorrea es enfermedad transmitida - sexualmente. (10) (13), sin embargo seguimos observando anexitis debida a *Neisseria* y algunos otros agentes -- (22) (26). La salpingitis suele ser bilateral, ocasionalmente unilateral relacionada recientemente con aplicación de D.I.U. . El dolor que acompaña a esta entidad se a - grava durante unas horas y pueden sumarse datos de irritación peritoneal manifestado esto último por defensa y rigi

dez muscular.

La mayor parte de las veces el dolor se acompaña de náuseas y vómito o incluso diarrea, la fiebre contra lo que puede esperarse es ligera o esta completamente ausente (8), a la exploración física se encuentra dolor a la movilización cervical con sensibilidad importante en los anejos, generalmente no se encuentran masas que pudieran dar mas datos al diagnóstico a menos que tambien exista un hidrosalpinx asociado. Como toda enfermedad aguda puede asociarse con amenorrea y confundir el diagnóstico con embarazo ectópico. Las pacientes pueden cursar totalmente asintomaticas a pesar de existir infección importante como es el caso de la infección por Clamidia tracomatis, la cual puede ser asintomatica hasta en dos tercios de las pacientes (10).

Una causa menos común de dolor es la torción de la trompa de Falopio, pero hay que tener en cuenta el diagnóstico diferencial del dolor (2) .

Una causa muy frecuente e importante de dolor abdominal agudo es el embarazo ectópico, el cual asiente en mas del 90% en la trompa de Falopio. Existe un cuadro típico de embarazo ectópico, sin embargo en un alto porcentaje de las veces, este cuadro típico está ausente, y en su lugar se presenta un cuadro atípico, el cual desvia el diagnósti

co.

Más frecuentemente la primera manifestación de embarazo ectópico es la presencia de leve dolor de tipo cólico - localizado en hemiabdomen inferior, el cual aumenta de intensidad con el paso de los días o semanas inclusive (1)

A pesar de que puede presentarse de esa manera también es factible que el dolor sea muy agudo, inclusive con datos de choque, como es el caso de irritación peritoneal ocasionado por la sangre proveniente del aborto tubario y rotura del mismo, de hecho cuando se presenta con estas características el diagnóstico es más sencillo. La amenorrea puede presentarse clásicamente como irregularidad de la misma, de ahí la importancia de investigar detalles exactos acerca de la misma (25). Otro signo que representa - junto con los anteriores la tríada clásica lo es una masa aneural, presente en forma tardía y en ocasiones es difícil palpar. Aumentan las posibilidades de embarazo ectópico el antecedente de D.I.U., enfermedad inflamatoria pélvica, y últimamente se ha estudiado la relación del embarazo ectópico con la costumbre de las duchas vaginales que ha demostrado estar directamente relacionado (30).

Otra causa frecuente es la torción de quistes ováricos, pero además de sufrir torción estos quistes pueden presentar hemorragia en su interior o rotura.

El dolor en caso de torción generalmente es intenso, en ocasiones cólico, acompañado de náusea y vómito. Un tipo especial de quiste que tiene importancia es el endometriósico por su relativa frecuencia y manifestaciones dolorosas importantes cuando se rompe.

Los miomas uterinos pueden sufrir degeneración roja - sobre todo durante el embarazo y provocar abdomen agudo similar al ocasionado por quiste torcido de ovario.

La frecuencia elevada de logrados uterinos instrumentales por abortos incompletos, provocados, biopsia o simplemente colocación de D.I.U. ha incrementado la frecuencia de dolor abdominal secundario a perforación uterina instrumental, en estos casos el antecedente del L.U.I. es muy importante.

Otras causas menos frecuentes son por neoplasias, secundario a irritación peritoneal química posterior a histerosalpingografía, este cuadro es casi indistinguible de una inflamación pélvica aguda por infección, también se detallan causas congénitas como complicaciones posteriores - (20), o causas tan raras como ruptura espontánea de venas utero-ovaricas durante el embarazo (7).

Diagnóstico clínico.

Independientemente de los datos obtenidos por el interrogatorio y la exploración, para realizar el diagnóstico es preciso integrar el síndrome, el cual se compone de dos grupos de datos:

Datos de irritación peritoneal:

Dolor.

Náusea y vómito.

Distensión abdominal.

Defensa muscular.

Rebote positivo.

Alteraciones del estado general:

Fiebre.

Taquicardia.

Sudoración.

Hipotensión arterial.

Deshidratación.

Oliguria.

Angustia, inquietud, indiferencia, estupor.

Con los datos anteriores sospechamos que se trata de Síndrome de abdomen agudo, ahora, para identificar que existe etiología Gineco-Obstétrica es necesario contar con algunos de los parámetros siguientes:

Amenorrea o posibilidad de embarazo.

Hemorragia genital anormal.

Antecedente de exploraciones intrauterinas.

Tumor en hemiabdomen inferior.

Presencia de D.I.U.

Fondos de saco vaginales ocupados.

Dolor a la movilización cervical.

Dolor en parámetros.

Tumor anexial.

Auxiliares de diagnóstico.

Biometría hemática. Es importante la cantidad de hemoglobina, sin embargo si el resultado es normal, ésto no quiere decir que no exista hemorragia activa, ya que se requiere tiempo para provocar hemodilución, no obstante esa cifra inicial nos sirve como referencia para posteriores comparaciones, lo mismo es válido para el hematocrito. La cuenta leucocitaria tiene un valor escaso en caso de abdomen agudo ginecológico puesto que rara vez esta aumentada aún a pesar de que exista salpingitis por ejemplo.

Pruebas inmunológicas de embarazo. Las pruebas de orina tienen una positividad de más del 90%, pero pueden dar reacciones cruzadas con la L₁, siendo positivas después de 28 días de la concepción, definitivamente que la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica tiene un indiscutible valor diagnóstico sobre todo en el embarazo ectópico, aunque se han evolucionado nuevas generaciones de pruebas de embarazo urinarias, estas últimas requieren más estudios e indiscutiblemente la fracción beta continúa siendo más útil. (4).

Urocultivo: La cuenta de más de 100 000 bacterias indica infección en más del 80%.

Rayos X: Las radiografías de abdomen aun se son muy útiles en caso de abdomen agudo no ginecológico, son de po-

bre utilidad en nuestro caso, sin embargo definitivamente deben formar parte del arsenal de auxiliares de diagnóstico, sobre todo si en el diagnóstico diferencial existe alguno no ginecológico.

Exploración bajo anestesia: Ocupa un lugar preponderante en el diagnóstico de dolor abdominal agudo cuando ésta se realiza en forma correcta, existe una corriente que menciona que está contraindicada si se sospecha embarazo ectópico, puesto que se puede romper y provocar hemorragia grave, cuyos signos pasan inadvertidos mientras la paciente se encuentra en sala de recuperación (8), no obstante es un temor que no nos debe privar de un excelente medio diagnóstico.

Culdocentesis: Sigue considerandose un procedimiento de gran utilidad ya que puede detectar hemoperitoneo, pero no puede detectar la fuente del sangrado. (27) (28).

Ultrasonografía: Tiene una gran importancia para valorar gestación intrauterina, líquido contenido en fondo de saco de Douglas, masas anexiales, localización de D.I.U. , en el embarazo ectópico no se puede emplear para excluirlo seguramente que la ultrasonografía representará más adelante un método valioso para el diagnóstico, aunado a una buena preparación del ultrasonografista. (16) (17) (28)

Laparoscopia: En la actualidad ocupa un lugar prepon-

derante para fin diagnóstico, siendo el mejor método para excluir embarazo tubario, salpingitis, demostrar hemorragia de pequeños quistes, apendicitis y otras lesiones pélvicas, tiene contraindicaciones como son las cicatrices de la línea media cercanas al sitio por donde entra el trócar o cuando la paciente por cuya gravedad amerita laparatomía (6) (11) (13) (14) (19) (21).

Tratamiento.

Los signos vitales son el reflejo de lo que pasa con la paciente, por tal motivo se debe establecer vigilancia de los mismos, en tanto se indica el tratamiento definitivo.

Independientemente de la causa del dolor abdominal es importante el manejo y balance de líquidos (instalando cateter central para I.V.C. y sonda de foley para control de diuresis.

El dolor abdominal agudo ginecológico para su manejo se clasifica en quirúrgico y médico y aunque en algunas - circunstancias está justificado realizar laparatomía en caso de duda, no está justificado hacerlo costumbre, es decir operar todo dolor abdominal, sobre todo si sabemos que un alto porcentaje responden a tratamiento médico.

Enfermedad Inflamatoria pélvica: La endometritis y la salpingitis generalmente responden favorablemente a tratamiento médico. (3) (10) (23). Cuando la enfermedad - inflamatoria es mas avanzada se justifica tratamiento quirúrgico, como es el caso de piosalpiñ, absceso pélvico, y absceso tubo-ovárico. La mayor parte de las veces es conveniente iniciar el tratamiento con antibióticos, si existe mejoría puede diferirse manejo quirúrgico. La magnitud de la cirugía comprende la extirpación del foco infeccioso en

forma amplia y oportuna ya que a pesar del tratamiento médico la exacerbación es frecuente, el embarazo posterior es raro y un alto porcentaje de él requiere cirugía posterior, el tratamiento amplio comprende histerectomía total con salpingo-ooferectomía bilateral, aunque puede procederse en forma conservadora preservando la función endócrina o la reproductiva.

Embarazo ectópico: La salpingectomía representa la operación electiva sobre todo con ectópico roto tratando de conservar el ovario, previamente y como parte del tratamiento es importante corregir el aspecto hemodinámico, puesto que un alto porcentaje de las pacientes presentan hipovolemia por hemorragia profusa. Cuando se trata de embarazo tubario no roto puede intentarse cirugía conservadora la cual da buenos resultados (9), algunos mencionan inclusive la cirugía de corta estancia (menos de un día) en los embarazos ectópicos no rotos y sin complicaciones ni agravantes (18).

Lesiones ovaricas: En caso de ruptura con hemorragia de un quiste ovárico en algunas circunstancias es posible controlar la hemorragia con simples puntos de sutura, pero la mayor parte de las veces se requiere ooforectomía, en el caso de quiste torcido el tratamiento es resección del mismo y cuando la trompa queda implicada se deberá efectuar -

salpingo-ouferectomía.

Las perforaciones uterinas quedaran resueltas la mayoría de las veces con punto de hemostasia, pero ocasionalmente se requerirá histerectomía.

Los miomas en fase de degeneración causantes de dolor abdominal agudo pueden manejarse por medio de Miomectomía o incluso Histerectomía si existen algunos otros agravantes.

OBJETIVOS.

1. Determinar cuales son las etiologías más frecuentes del abdomen agudo en Gineco-Obstetricia.
2. Conocer la certeza diagnóstica en el preoperatorio.
3. Valorar los medios diagnósticos para determinar su confiabilidad.

JUSTIFICACION.

La alta incidencia de abdomen agudo en Gineco-Obste--
tricia justifica por si mismo el estudio a fondo, así como
la utilización de medios adecuados para su diagnóstico, pa
ra con esto llegar a un estudio integral y determinar el -
tratamiento oportuno reduciendo gastos innecesarios, así -
como reducir la estancia hospitalaria de estos pacientes y
con ello restituirle a los pacientes el derecho a la salud
y la integración a la sociedad familiar cuya piedra angu--
lar es eje primordial.

MATERIAL Y METODOS.

Se procedió a revisar los archivos clínicos y libros de control de admisión de urgencias de Gineco-Obstetricia para detectar pacientes las cuales ingresaron al servicio con diagnóstico inicial de dolor abdominal en estudio, hasta completar el número de 100 pacientes, las cuales fueron investigadas en el lapso de 18 meses.

Se incluyen en el estudio todas las pacientes independientemente de su manejo (Médico o quirúrgico) posterior

De las pacientes que fueron sometidas a laparotomía exploradora se incluyen todas las pacientes independiente mente del diagnóstico final, obtenido por cirugía, bajo la condición de que su diagnóstico preoperatorio incluyera una posibilidad Gineco-Obstétrica aunque al final fuera no Gineco-Obstétrica.

Se investigó tipo de dolor, su localización y tiempo de evolución principalmente, así como algunos fenómenos acompañantes entre ellos, vómito, fiebre, etc. Se procedió a investigar fertilidad y su relación con el dolor. Se investigó en forma especial la confiabilidad diagnóstica de ultrasonografía y laparoscopia de las pacientes que fueron sometidas a esos estudios.

Así también se investigó si las pacientes investigadas tenían valoraciones anteriores a su ingreso y cual fué el

Diagnóstico primero de esa valoración previa.

Se buscó otros medios diagnósticos para compararlos en especial Culdocentesis y exploración bajo anestesia - cuando fue realizada.

Se incluyó al estudio las pacientes que aún habiendo ingresado por el servicio de Gineco-Obstetricia el diagnóstico preoperatorio fue otro independiente de causa gineco-obstétrica.

Permanecieron dentro del grupo de estudio las pacientes quienes tuvieron diagnóstico de infección de vías urinarias aunque no existiera patología gineco-obstétrica en vista de la gran relación que tienen una con la otra.

MIICTESIS

El diagnóstico de dolor abdominal agudo y la causa - que lo origina es sobre todo clínico siene la ultrasonografía y la laparoscopia, así como la exploración bajo anestesia y la Culdocentesis métodos auxiliares eficaces - los dos señalados en primera instancia mejores y mas modernos que los otros.

RESULTADOS Y DISCUSION.

De los 100 casos estudiados, se convino en primer lugar hacer una primera división, tomando en cuenta el diagnóstico final, si es o no del área Gineco-Obstétrica se encontró 10 casos no gineco-obstétricos, 8 de los cuales fueron apendicitis aguda, el otro gran segundo grupo lo formaron 90 casos de pacientes las cuales si tenían patología relacionada con el presente estudio.

Cuadro 1. Diagnósticos finales de egreso.

Diagnóstico final	No de casos	%
Anexitis	25	27.7
Embarazo ectópico	16	17.7
Quistes de ovario	14	15.5
Infección de vías urinarias	8	8.8
Apendicitis *	8	8.0
Hidrosalpinx	5	5.5
Miomatosis uterina	4	4.4
Amenaza de aborto	4	4.4
Endometriosis	3	3.3
Diversos	12	12.0
Total	100	

El porcentaje en este caso se refiere únicamente a los casos no Gineco-Obstétricos.

De los 90 casos de dolor abdominal agudo de etiología gineco-obstétrica de este trabajo, la causa más frecuente de dolor abdominal agudo está representado por un cuadro cuyo manejo es médico: La enfermedad inflamatoria pélvica, que representa el 27.7% de los dolores Gineco-Obstétricos, seguido por el embarazo ectópico con un 17.7%, para enseguida aparecer la patología ovárica representada por torsión del mismo, ruptura o hemorragia con un 15.5%, los cuales representan las tres principales causas con un 60.9% (cuadro).

Cuadro 2. Relación de casos quirúrgicos vs médicos.

Area	Quirúrgicos	Médicos
Gineco-Obstetricia	40	50
Otra área	9	1
Total	49	51

Como se sabe, los casos de dolor abdominal agudo, se dividen según su manejo en quirúrgicos y médicos, es muy importante hacer la diferencia para de ésta manera evitar

realizar cirugía cuando no está indicada, y aunque no es criticable hacer una laparatomía "blanca", tampoco es deseable hacerlo costumbre.

Se encontró que la diferencia entre los casos quirúrgicos y médicos es prácticamente la misma, con una diferencia de dos casos la cual carece de significado estadístico.

Cuadro 5. Edad según patología.

Patología	Edad promedio en años
Anexitis	32.6
Embarazo ectópico	26.9
Quiste de ovario	30.8
Infección de vías urinarias	27.7
Hidrosalpinx	32.6
Miomatosis	33.5
Amenaza de aborto	28.7
Endometriosis	26.3

En cuanto a la edad de presentación como es de esperarse este síndrome mayoritariamente se reduce a la edad reproductiva de la mujer, con únicamente dos excepciones en los extremos de la vida: una paciente de 52 años y una de 15 años.

Lo que es mas importante, si tomamos unicamente en cuenta los promedios de edad ésta se reduce a 7 años: entre los 26.3 y los 33.5 años de edad. Aunque en el cuadro 3, el promedio de edad es de 30.8 en la patología ovárica, es en este grupo donde mayor variación de este factor se presentó.

La edad promedio de la presentación de la anexitis es de 32.6 años casi coincidiendo con la incidencia de la miomatosis que es de 33.5 años, que no deja de llamar la atención en vista de que es una edad menor a la esperada para la miomatosis según otra literatura, pero esto se explica dado que dos de las cuatro pacientes con miomatosis tenían menos de 28 años (24 y 27 años), una de ellas asociada a embarazo con degeneración roja. El 75% de las pacientes con amenaza de aborto (3) tenían mas de 30 años, como si a mayor edad el umbral del dolor, capaz de simular un abdomen agudo, disminuyera.

Cuadro 4. Días de estancia intrahospitalaria.

Padecimiento	Menos 2 días	3 a 4	mas 4
Anexitis	8	16	2
Embarazo ectópico	1	11	4
Quiste de ovario	1	10	3
Infección urinaria	3	4	1
Hidrosalpinx	0	3	2

Fadecimiento	Menos 2 días	3 a 4	mas 4
Miomatosis	0	4	0
Amenaza de aborto	3	1	0

El cuadro 4 nos indica los días de estancia intrahospitalaria que requirieron las pacientes. En primer lugar el padecimiento que mas días de estancia requirió fué el embarazo ectópico con 4 pacientes de las 16 con mas de 4-días de estancia, y una sola con menos de un día pero por solicitar alta voluntaria del servicio.

El alto porcentaje de las pacientes tuvieron una estancia de 3 a 4 días.

Estan dentro de la normalidad, los promedios de estancia comparados con otras bibliografías, e inclusive menores - sin embargo contrasta también con el manejo que algunos - autores dan por ejemplo al embarazo ectópico, en el cual es posible que la paciente vaya a su casa el mismo día de su intervención.

Cuadro 5. Control de la fertilidad.

Método	A	B	C	D	E	F	G	H
Definitivo	4	2	1	0	2	0	0	
Hormonales	6	2	3	2	0	0	0	
D.I.U.	5	2	1	0	1	1	0	
Regado *	10	8	9	6	2	3	0	

* Las pacientes de este apartado no referían ningún control actual, o no aparece el método en el expediente.

Las letras mayúsculas que aparecen en el cuadro anterior y en los siguientes corresponden a:

- A.- Anexitis.
- B.- Embarazo ectópico.
- C.- Quiste de ovario.
- D.- Infección de vías urinarias.
- E.- Hidrosalpinx.
- F.- Miomatosis uterina.
- G.- Amenaza de aborto.

Se ha manejado mucho en diferentes estudios la relación que puede tener el método anticonceptivo y la presen-

tación del dolor abdominal agudo, en el cuadro 5 se observan los resultados obtenidos aquí, en los 16 casos de embarazo ectópico se encontró que en cuatro de ellos el método consistió en D.I.U., lo que representa un 25% de ellos además que en dos casos se tenía antecedentes de salpingo-clasía bilateral, lo cual viene a confirmar el riesgo que existe de tener embarazo ectópico cuando se utiliza cualquiera de estos dos métodos.

La enfermedad inflamatoria pélvica, al igual que el embarazo ectópico, tiene un factor de riesgo en el hecho de utilizar D.I.U., se encontraron 5 casos de D.I.U. asociados a anexitis.

Cuadro 6. Amenorrea.

Tiempo	A	B	C	D	E	F	G E
Menos 6 sem	6	2	4	0	1	0	0
7 - 8 sem	2	6	3	0	0	0	2
Más de 9 sem	1	5	2	1	0	1	2
Sin amenorrea	17	5	5	2	4	3	0
Total amenorreas	9	11	9	1	1	1	4

La misma clasificación del cuadro 5, las letras corresponden a las mismas patologías que aparecen en dicho cuadro.

La paciente presentó amenorrea de larga evolución por encontrarla en puerperio tardío.

Otro de los antecedentes importantes para sospechar que un cuadro doloroso abdominal puede tener etiología gineco-obstétrica lo representa la amenorrea, encontrándose como era de esperar que el embarazo ectópico se asocia a ella en 11 de los 16 casos, sin embargo en 5 de ellos no se encontró amenorrea: De los casos asociados a amenorrea el 55% de los mismos tenían una amenorrea de 7 a 8 semanas.

Un hecho importante que se encontró es que la enfermedad inflamatoria pélvica también se asocia a amenorrea, la cual estuvo presente en 9 casos, pero con 67% de los mismos con amenorrea de menos de 6 semanas, sin embargo esto hace más confuso el diagnóstico diferencial sobre todo con el embarazo ectópico.

Cuadro 7. Tipo de dolor.

Característica	A	B	C	D	E	F	G	H
Cólico	15	2	2	6	4	3	4	
Continuo	12	8	6	3	1	1	C	
Hipogástrico	17	12	10	2	1	3	2	
Fosa iliaca	8	4	4	6	4	1	2	
1 día evol.	11	5	3	1	1	C	2	
Mas de 1 día	15	11	11	7	4	4	2	

En la misma clasificación del cuadro 5, las letras corresponden a las mismas patologías que aparecen en dicho cuadro.

El cuadro 7 nos informa sobre algunas características del dolor. Cuando se efectuó el diagnóstico de anexitis se encontró que el dolor cólico predomina sobre el continuo con diferencia de 3 pacientes de uno sobre el otro (15 tipo cólico, 12 tipo continuo), en 17 pacientes la localización del dolor fué hipogástrico representando el 60% del total.

En el embarazo ectópico no existe diferencia en cuanto al tipo de dolor ya que se encontro 50% de cada tipo, el sitio al igual que en la anexitis mas frecuente fué el hipogástrico con 75% de los casos, el tiempo de evolución del dolor en el embarazo ectópico fué de mas de un día en mas del 67% de los casos, el cual se prolongaba en algún caso hasta 30 días de evolución.

Podemos generalizar en cuanto al tiempo de evolución que a pesar de hablar de dolor abdominal agudo, el tiempo de evolución del mismo en todas las patologías fué de más de un día (quiste ovárico 11 pacientes, hidrosalpinx 4, mionstosis 4 pacientes correspondiente al 100% de los casos).

Cuadro 8. Fenómenos acompañantes.

Fenómeno	A	B	C	D	E	F	G	H
Náusea-vom	13	11	6	5	3	1	3	
Fiebre	11	3	6	1	1	1	0	
Hemorragia vaginal	4	8	3	1	0	0	0	
Masa anexial	6	2	7	1	2	3	0	
Rebote	9	10	3	0	1	1	2	

La misma clasificación del cuadro 5, las letras corresponden a las mismas patologías que aparecen en dicho cuadro.

La náusea y el vómito en la enfermedad inflamatoria pélvica representó el síntoma que con mayor frecuencia se

presentó en 13 pacientes, cerca del 50% de los casos se siguió por la fiebre en 11 pacientes, y en 9 pacientes datos de irritación peritoneal manifestados por signo de rebote positivo, en 6 pacientes se encontró masa anexial - que convirtió en confuso el diagnóstico sobre todo con embarazo ectópico.

En el embarazo ectópico la náusea y el vómito fué relativamente frecuente encontrándose en 11 pacientes de las 16, la hemorragia transvaginal, que junto con la amenorrea y la masa pélvica, representan los datos de mayor sospecha de embarazo ectópico, se presentó en 8 pacientes de las 16, es decir en el 50% de los casos. La masa pélvica únicamente se encontró en 2 pacientes lo que representa un porcentaje muy bajo si se toma en cuenta que es uno de los pilares del diagnóstico, el bajo porcentaje se explica por la poca cooperación de parte de la paciente, así como la imposibilidad para realizar una exploración adecuada por el dolor despertado en el momento de intentar la exploración bimanual profunda. Como es de esperarse el mas alto porcentaje de detección de masa pélvica (en número de 7) lo representó el quiste de ovario, encontrándose además que la náusea y el vómito, además de la fiebre esta presente en 6 pacientes de este grupo. Otro que no resulto obvio en la detección de masa es la miomatosis en la cual se encontró en 7 de las pacientes.

Cuadro 9. Biometría Hemática.

Parámetro	A	B	C	D	E	F	G	E
Hemoglobina.								
Menos 11 gr.	0	2	0	0	0	0	0	0
Más 11 gr.	26	13	13	8	5	4	4	
Leucocitosis	9	5	2	1	0	1	0	

La Misma clasificación del cuadro 5, las letras corresponden a las mismas patologías que aparecen en dicho cuadro.

Los exámenes de laboratorio resultaron de poca ayuda para el diagnóstico final, específicamente la biometría hemática en términos generales fue poco determinante en el diagnóstico final. La hemoglobina fue menor de 11 gr. por ciento únicamente en dos pacientes en el grupo de embarazo ectópico, en el resto fue normal, quizá explicada por el hecho de que aunque exista hemorragia, para que esta se manifieste es necesario que transcurra tiempo para efectuarse la dilución.

La presencia de leucocitosis fue más frecuente en caso de anexitis, en número de 9 casos en total, seguido por el embarazo ectópico con 5 casos.

Cuadro 10. La exploración bajo anestesia.*

Grado de confiabilidad	A	B	C	D	E	F	G E
Certero	2	5	0	0	0	0	0
Aproximado	1	0	1	0	0	0	0
Equivocado	0	0	0	0	0	0	0

* Misma clasificación del cuadro 5, las letras corresponden a las mismas patologías que aparecen en dicho cuadro.

** La exploración bajo anestesia, casi siempre se complementó con la culdocentesis.

*** Se realizaron tres exploraciones más, no anotadas en el cuadro por haberse realizado en el grupo misceláneo las cuales fueron certeras comprobándose la patología sospechada (amenaza de aborto, ovario poliquístico).

Uno de los aspectos importantes del presente estudio es demostrar la efectividad de los diferentes medios diagnósticos con que se cuenta. En el cuadro 10 se analiza la efectividad de la exploración bajo anestesia: se dividió en certero, aproximado o equivocado. En la enfermedad inflamatoria pélvica se utilizó este medio únicamente en -

tres pacientes, de las cuales en dos fué certero y en una aproximado. En el embarazo ectópico que es cuando alcanza su mayor indicación se utilizó en cinco pacientes, siendo certero en las cinco, es decir en el 100% de los casos, y finalmente se utilizó en una ocasión en el quiste de ovario siendo aproximado el grado de confiabilidad.

La mayoría de las exploraciones bajo anestesia se efectúan complementándose con la culdocentesis. La exploración bajo anestesia además se utilizó en dos casos de amenaza de aborto, realizando el diagnóstico certero y evitando de esta manera una laparatomía exploradora innecesaria.

Cuadro 11. La Culdocentesis.

Grado de confiabilidad	A	B	CE	OTROS 2
Certero	1	3	0	3
Aproximado	0	0	1	0
Equivocado	0	0	0	0

2 Misma clasificación del cuadro 5, las letras corresponden a las mismas patologías que aparecen en dicho cuadro.

* Este grupo incluye dos diagnósticos finales: de amenaza de aborto en los cuales se sospechaba embarazo ectópico. También incluye un dolor en el cual se sospechaba perforación uterina vs embarazo ectópico, se comprobó la perforación uterina con lesión ileal.

La culdocentesis representa el complemento de la exploración bajo anestesia, en el cuadro 11 se aprecian los resultados obtenidos, que consisten en:

Anexitis una culdocentesis cuyo diagnóstico fué certero al obtenerse material purulento; en el embarazo ectópico se realizaron tres siendo certero en las tres ocasiones obteniéndose sangre que no coagula; en el quiste de ovario se efectuó una siendo aproximado el grado de confiabilidad al obtenerse material sero-hemático cuyo diagnóstico final fue quiste ovárico hemorrágico.

Se presentó un caso en el cual la culdocentesis fue positiva encontrándose material fecaloide sanguinolento y comprobarse perforación uterina con lesión ileal.

Cuadro 12. La ultrasonografía pélvica.

Grado de confiabilidad	A	B	C	D	E	F	GS	H ²	TOT/
Certero	5	3	6	1	3	0	2	2	20
Aproximado	4	3	2	0	0	2	0	1	12
Equivocado	1	1	2	1	0	0	0	2	7

La misma clasificación del cuadro 9, las letras corresponden a las mismas patologías que aparecen en dicho cuadro, ² El grupo catalogado con la letra H comprende los siguientes diagnósticos: Huevo muerto retenido, ovarios poliquísticos, retención de D.L.U., quiste endometriósico.

La ultrasonografía pélvica es uno de los métodos diagnósticos que más surge han tomado en la última década y que seguramente tomarán más con el paso del tiempo. En el cuadro 12 se anota lo encontrado en ésta área: En la anexitis se realizaron 8 ultrasonidos siendo certeros en tres casos aproximados en cuatro y equivocados en uno. Para el diagnóstico de embarazo ectópico se efectuaron siete, de los cuales tres fueron certeros, tres aproximados y uno equivocado. En la patología ovárica quística se realizaron diez, siendo certero en el 60% de los casos, aproximado en dos y equivocado en dos.

Tanto en el diagnóstico de hidrosalpinx, miomatosis y amenaza de aborto los diagnósticos fueron certeros, o en el peor de los casos aproximado.

De las noventa pacientes con dolor Gineco-Obstétrico agudo se efectuó ultrasonografía pélvica en 37 pacientes, de las cuales fue el diagnóstico certero en 20 de ellas que representa el 50% de los casos, y aproximado en el 32.5% de ellos, unidos representan un 62.5% de diagnósticos.

Cuadro 13. Laparoscopia.

Grado de confiabilidad	A	B	C & D	Otros ²
Certero	3	3	3	1
Aproximado	0	0	0	0
Equivocado	0	0	0	0

² Misma clasificación del cuadro 5, las letras corresponden a las mismas patologías que aparecen en dicho cuadro.

El diagnóstico final y laparoscópico de este apartado fue: folículo ecllosionado.

El otro gran pilar diagnóstico esta representado por la laparoscopia (cuadro 13) .

De este auxiliar diagnóstico se efectuaron un total de diez laparoscopias, de las noventa pacientes.

De las diez laparoscopias que se realizaron, el diagnóstico fue certero en el 100% de los casos, estuvo distribuido de la siguiente manera, en la enfermedad inflamatoria pélvica tres casos, en el embarazo ectópico 3 también, en el quiste de ovario tres casos, y una paciente en el grupo miscelanea cuyo diagnóstico final fue de folículo ecllosionado. Lo anterior coloca a este medio diagnóstico como el mas certero de todos.

Cuadro 14. Certeza diagnóstica inicial vs postoperatoria.

	Inicial	Postoperatorio
Certero	20	40
Diferencial o equivocado	20	

*Se incluyen en este cuadro únicamente los casos que fueron sometidos a laparatomía exploradora.

Se analizó también la certeza del diagnóstico inicial comparado con el de egreso comprobado por medio de laparatomía (en este análisis se tomaron en cuenta únicamente los casos quirúrgicos que fueron 40 en total).

Se encontró que el diagnóstico inicial fué certero únicamente en el 50% de los casos, con diferencial o equivocado en el otro 50%.

Cuadro 15. Pacientes con reingreso por diagnóstico previo diferido o equivocado.

Patología	No. de reingresos	Promedio días.
Anexitis	2 +	3
Embarazo ectópico	10	3 9
Quiste ovárico	1	1
Miomatosis	1	7 6
Ovarios policísticos	1	2

El La columna correspondiente a promedio de días se refiere al tiempo transcurrido entre el egreso de su primer internamiento, y el ingreso del nuevo y definitivo.

+ Una de las dos pacientes egreso e ingreso nuevamente con el mismo diagnóstico es decir anexitis.

9 El promedio a pesar de que se describe como de tres días, sin embargo, tres pacientes habían sido valoradas 17, 18 y 30 días antes de su nuevo ingreso.

6 A pesar de que se realizó el diagnóstico correcto - siete días antes, egreso para manejarlo en forma conservadora, terminando con miomatosis en su segundo ingreso.

En el cuadro 15 se grafica un aspecto interesante de los casos de dolor abdominal agudo. Se refiere a las pacientes que tenían una valoración previa antes de su ingreso y que se decidió manejo ambulatorio con diagnóstico equivocado, también nos menciona los días promedio que transcurrieron entre su primera valoración y su reingreso.

Llama mucho la atención a la vez que resulta angustiante el hecho de que de los 16 casos de embarazo ectópico, a diez pacientes, es decir al 62.5%, se le efectuó diagnóstico incorrecto con manejo ambulatorio (generalmente anexitis, para reingresar posteriormente (un promedio de tres días después) con datos francos de choque por embarazo ectópico roto.

El resto de los diagnósticos tienen cifras no tan alarmantes como las del embarazo ectópico, con dos reingresos de anexitis, una de las cuales tuvo el mismo diagnóstico final en su segundo ingreso, el quiste ovárico, la miomatosis y un caso de ovario poliquístico con un reingreso cada uno.

CONCLUSIONES.

El 10% de las pacientes ingresadas por urgencias de gineco-obstetricia no representan patologia de esta área, siendo la apendicitis aguda la patologia mas comunmente confundida con enfermedad gineco-obstétrica, representando un 8% del total de ingresadas, y un 80% de los dolores abdominales agudos no Ginecologicos.

Del 90% restante correspondiente a enfermedades Gineco-obstétricas, la causa mas frecuente de abdomen agudo es la enfermedad inflamatoria pélvica con 25 casos en total, seguido por el diagnóstico de embarazo ectópico con 16 casos ocupando el tercer lugar la patologia ovárica en su variedad de quistes (complicados con torsión, ruptura y/o hemorragia).

De las 90 pacientes ingresadas por urgencias de Gineco-Obstetricia, 40 de ellas representan abdomen agudo de tipo quirúrgico y 50% de tipo médico.

El promedio de edad de la presentación del padecimiento se reduce entre 26.5 y 33.5 años, de las tres patologías mas frecuentes, el embarazo ectópico se presenta a una temprana edad con un promedio de 26.8 años, seguido por la patologia ovárica con 30. . , para venir enseguida la enfermedad inflamatoria pélvica con 32.6 años.

El embarazo ectópico es la patología que amerita mas días de estancia intrahospitalaria ya que 25% de los casos ameritó mas de 4 días de estancia.

Es seguido por la patología ovárica con 21% de los casos que requirieron mas de 4 días de estancia.

El mayor porcentaje de los casos de las tres patologías mas frecuentes requieren 3 a 4 días de estancia (anexitis 16 casos, embarazo ectópico 11 casos, patología ovárica - 10 casos).

Los dos metodos de control de la fertilidad mas frecuentemente asociados con dolor abdominal agudo son en primer lugar los hormonales, seguidos por D.I.U. con un pequeño margen de diferencia (13 y 12 casos respectivamente) .

El embarazo ectópico es la patología que con mas frecuencia se ve asociada con amenorrea con un 68.7%, seguida por la enfermedad inflamatoria pélvica con 36% en tercer lugar y la patología ovárica con 64.5% en segundo lugar.

La anexitis se asocia con amenorrea de menos de 6 semanas en 6 casos de los 9 en total.

El embarazo ectópico con amenorrea entre 7 y 8 semanas con 6 casos de los 11, y la patología ovárica con amenorrea de menos de 6 semanas en 4 de los 9 casos.

Las características del dolor mas frecuentemente encontrados son: cólico, hipogástrico y mas de un día de evolución.

Los dos fenómenos acompañantes que con mas frecuencia se asocian a enfermedad inflamatoria pélvica son la náusea y el vómito con la fiebre, en contraste con el embarazo ectópico que fué náusea-vómito con hemorragia transvaginal, y en la patología ovárica náusea-vómito con masa pélvica.

La biometría hemática es de poco valor diagnóstico en caso de abdomen agudo Gineco-Obstétrico.

La exploración bajo ano tesis aunado a la Culdocente sus son medios confiables y auxiliares en su mayoría ciertos o por lo menos aproximados en el diagnóstico de dolor abdominal agudo, en especial en el embarazo ectópico donde se encontró hasta un 100% de confiabilidad, de los pocos casos en que se empleo.

La ultrasonografía pélvica es en el momento actual un medio diagnóstico aceptable pero no del todo confiable en el diagnóstico de abdomen agudo en gineco-obstetricia con 17.9% de diagnósticos equivocados, pero con 51.2% de diagnósticos ciertos.

La laparoscopia representa hoy por hoy el mejor medio diagnóstico para diagnosticar la etiología del abdomen agudo en Gineco-Obstetricia.

De los diagnósticos de abdomen agudo catalogados como quirúrgicos, únicamente el 50% de los diagnósticos iniciales son certeros.

El embarazo ectópico representa la patología con mas problemas para su diagnóstico temprano, confundiendo en su fase inicial, pero sintomatica, con anexitis.

El embarazo ectópico representa la enfermedad que con mas frecuencia tuvo valoraciones anteriores, para terminar con su internamiento y laparatomía posteriormente (tres días en promedio). con un 62.5% de reincidos.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA 49

BIBLIOGRAFIA.

- 1 . Ansfield I.J.: Allen Crist G.: Embarazo tubario bilateral, Edit Mundo Médico, vol. XIII, num 149, sep 1986.
- 2 . Bernardus R.E., Van Der Slikke J.M.: Torsion of the fallopian tube: some consideration on its etiology, AmJ. Obst and Gineacol. vol. 64, num 5 no 1984 page 675-677.
- 3 . Blanco Jorge D., Diaz Karen G.: Chlamydia trachomatis isolation in patients with endometritis after cesarean section, Am J. Obst. and Gineacol, vol 152 num 3, jun 1985, page 272-279.
- 4 . Cartwright Peter G: Evaluation of new generation of urinary pregnancy test, Am. J. obst and ginecol, - vol 153, num 7, page 730-731.
- 5 . Donnenfeld Alan E., Roberts Nancy S.: Perforated adenocarcinoma of the appendix during pregnancy, Am. J. Obstet and Ginecol, vol 154, num 3 page 637-638, March 1986.
- 6 . Fletcher Van Jr.: Proximal stump salpingitis, Am. J Obstet and Ginecol, vol 155, num 3, sept 1986, page 496-500.
- 7 . Foley Michael: Spontaneous rupture of utero-ovarian vein in pregnancy: two case report, Am. J. Obstet - and Ginecol vol 156, num 4, april 1987, page 962-964.

- 8 . Gordon Harry, Mc Padyen Iain R.: Dolor en la parte baja del abdomen, Ginecología y Obstetricia, temas actuales, edit interamericana, vol 1, 1981.
- 9 . Hallat Jack G.: Tubal conservation in ectopic pregnancy: A study of 200 cases, Am. J. Obstet and Gynecol, vol 154, num 6, June 1986, pages 1216-1221.
10. Hinderaman Shapiro G.: Infecciones por Clamidia en mujeres, Edit mundo médico, vol. XIII, num 149, sept 1986, pages 91-94.
11. Jansen Robert P.S.: Nonpigmented endometriosis: clinical, laparoscopic, and pathologic definition, Am. J. Obstet and Gynecol., vol 155, num 6, dec 1986 - pages 1154-1159.
12. Kadar Nichols: Método para realizar detención de embarazo ectópico y sus indicaciones, Gineco-obstetricia de postgrado, vol 7, num 3, marzo 1982, page - 151-156.
13. Kiviat Nancy E.: Localization of Chlamydia trachomatis infection By direct immunofluorescence and culture in pelvic inflammatory disease, Am. J. Obstet - and Gynecol, vol 154, num 4, april 1986, pages 865-872.
14. Kresch Arnold J.: Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain, Obstetrics and Gynecology, vol 64 num 5, nov 1984, pages 672-674.

15. Lehtinen Matti: Serum C-reactive protein determination in acute pelvic inflammatory disease, *Am. J. - Obstet and Gynecol.*, vol 154, num 1. pags 158-159.
16. Leroy B.: *Ecografia ginecológica*, edit Masson 1983-
17. Leroy B.: *Ecografia Obstétrica*, edit Masson 1981.
18. Loffer-Franklin D.: Outpatient management of ectopic pregnancies, *Am.J. Obstet and Gynecol.*, vol 156 num 6, jun 1967, pags 1467-1472.
19. Iuber Karl: Results of microsurgical treatment of tubal infertility and early second-look laparoscopy - in the post-pelvic inflammatory disease patient: implications for in vitro fertilization, *Am. J. Obstet and Gynecol.*, vol 154, num 6, juna 1986, pags - 1264-1270.
20. Orr James W.: Infected mullerian anomaly: An unusual cause of pelvic abscess during pregnancy, *Am. J.Obstet, and Gynecol.*, vol 155, num 2, august 1986, pags 366-370.
21. Paavonen Jorma: Comparison of endometrial biopsy an peritoneal fluid cytologic testing with laparoscopy in the diagnosis of acute pelvic inflammatory disease *Am. J. Obstet and Gynecol.*, vol, num 5, march 1985 pags 645-650.
22. Paavonen Jorma: *Mycoplasma hominis* causes purulent salpingitis, *Am. J. Obstet and Gynecol.*, vol - 151, num 3, pags 538-539.

23. Paavonen Jorma: Prevalence and manifest stations of endometritis among women with cervicitis, Am. J. Obstet and Gynecol., vol 152, num 3, jun 1985, pages - 280-286.
24. Paterson-Brown S.: Computer aided diagnosis of acute abdominal pain, British medical J., vol 295, october 1986, pages 1025-1026.
25. Silen Williams Cope: Diagnóstico precoz del abdomen agudo, edit Marin, 1982.
26. Sweet Richard L.: Etiología de la salpingitis aguda influencia del número de episodios y duración de los síntomas, Gineco-obstetricia de postgrado, vol. 7, num 1. enero 1982, pages 46-56.
27. Romero Roberto: Value of culdocentesis in the diagnosis of ectopic pregnancy, Obstetrics and Gynecology vol 65, num 4 april 1985, pages 519-522.
28. Weckstein Louis H.: Accurate diagnosis of early ectopic pregnancy, Obstetrics and Gynecology, vol 65, - num 3, march 1985, pages 393-397.
29. Winkler Barbara: Immunoperoxidase localization of chlamydial antigens in acute salpingitis, Am. J. Obstet and Gynecol., vol 152, num 3 June 1985, pages 275-276.
30. Wong Ho Chow: Vaginal douching as a potential risk factor for tubal ectopic pregnancy, Am. J. Obstet and Gynecol. vol 153 num 7, dec 1985, pages 727-729.