



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE ⁶⁷ ²⁹

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Instituto Mexicano del Seguro Social
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

Handwritten signature



CENTRO MEDICO LA RAZA
Hosp. de Gineco-Obstetricia
Jefe de Enseñanza e Investigación

FRECUENCIA Y MANEJO DEL EMBARAZO
ECTOPICO EN H.G.O. No. 3 AÑO 1988

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO EN:
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

EL DR. JOSE FREDDY JIMENEZ PINTO

ASESOR: DR. MARTIN MEZA VARGAS



IMSS

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORDEN**

1989



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

	PAG.
1.- DEDICATORIAS.	
2.- AGRADECIMIENTOS.	
3.- INDICE.	1
4.- GENERALIDADES.	
A) HISTORIA.	2
B) CONCEPTO.	4
C) CLASIFICACIÓN	5
D) FRECUENCIA	6
E) DIAGNÓSTICO	12
F) TRATAMIENTO	14
5.- OBJETIVO.	18
6.- MATERIAL Y METODOS	19
7.- RESULTADOS	20
8.- GRAFICAS Y TABLAS.	24
9.- COMENTARIO.	34
10.- CONCLUSIONES.	38
11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	40

HISTORIA

LA PRIMERA COMUNICACIÓN AL RESPECTO(1) SE ENCUENTRAN EN EL TALMUD. ALBUCASIS, MÉDICO ÁRABE, DESCRIBE EN EL SIGLO XI, - EL CASO DE UNA MUJER CON UNA FISTULIZACIÓN UMBILICAL POR EL - CUAL ELIMINABA HUESOS Y PARTES FETALES. PRIMROSE, EN UNA IN- - Tervención QUIRÚRGICA EXTIRPÓ UNA MASA QUÍSTICA PERIUMBILICAL EN CUYO INTERIOR ENCONTRÓ UN FETO MUERTO MACERADO. RIOLAND - EN 1604, DESCRIBIÓ EL CUADRO CLÍNICO DE UNA RUPTURA TUBÁRICA_ Y COMPRUEBA LA PRESENCIA DEL FETO EN EL ÓRGANO LESIONADO. - - MAURICEAU EN 1669, COMENTA OTRA RUPTURA TUBÁRICA. DIONIS EN - 1718, HACE LAS PRIMERAS SUGESTIONES EXACTAS Y TOMANDO EN CUEN_ TA LA ETIOLOGÍA DE ESTE CUADRO, EXPRESA: "SI EL HUEVO ES MUY_ GRANDE, O EL DIÁMETRO DE LAS TROMPAS ES MUY PEQUEÑO, AQUÉL SE DETIENE ROBUSTECE Y TOMA RAÍZ AHÍ, Y TENIENDO LA MISMA COMUNI_ CACIÓN EN LOS VASOS SANGUÍNEOS DE LA TROMPA QUE TENDRÍA CON - LOS DEL ÚTERO DE HABER CAÍDO EN EL SE NUTRE Y CRECE AL GRADO_ DE QUE LAS MEMBRANAS DE LA TROMPA, NO SIENDO CAPACES DE UNA - DILATACIÓN SEMEJANTE A LA DEL ÚTERO SE ROMPEN Y EL FETO CAE - EN LA CAVIDAD ABDOMINAL, EN DONDE ALGUNAS VECES PERMANECE POR MUCHO TIEMPO Y EN OTRAS OCASIONES LA MUERTE DE LA MADRE".

J. BARD EN DICIEMBRE DE 1759, INTERVINO POR PRIMERA VEZ_ EN NUEVA YORK, UN CASO DE EMBARAZO ECTÓPICO. DEZEIMERIS EN - 1837, DESCRIBIÓ LAS VARIEDADES Y PATOLOGÍA. WILLIAM CAMPBELL_ EN 1842, RECOPILO TODO LO CONOCIDO SOBRE EL TEMA HASTA SU - TIEMPO Y PARRY EN 1876, ESTUDIÓ LA PATOLOGÍA, TRATAMIENTO Y -

CLASIFICACIÓN ENCONTRANDO CIFRAS DE MORTALIDAD DE 67.2% EN 500 CASOS RECOPIADOS DE LA LITERATURA. LAWSON TAIT EN 1884 ESTABLECIÓ LA CONDUCTA QUIRÚRGICA ACTUAL Y DE UNA SERIE DE 40 CASOS, REGISTRÓ UNA MORTALIDAD DE 4.88%.

EN MÉXICO LA PRIMERA PUBLICACIÓN REFERENTE AL TEMA, CORRESPONDE AL DR. CALIXTO ROJAS EN EL AÑO DE 1884(2).

WERTH EN 1887 SE OCUPÓ CLARAMENTE DEL ASPECTO ANATOMOPATOLÓGICO Y CLÍNICO Y SUS DIRECTRICES SIGUEN EN VIGOR ACTUALMENTE.

DESDE 1891, SCHAUTA(3) SEÑALÓ CON ESTADÍSTICAS PRECISAS LA REDUCCIÓN DE MORTALIDAD USANDO EL MÉTODO INTERVENCIONISTA PREFERENTE, HAHN SEÑALÓ LA IMPORTANCIA DEL FACTOR INFLAMATORIO Y SIPEL DIÓ A CONOCER EL CONCEPTO DE MIGRACIÓN EXTERNA. LITZENBERG DIFERENCIA LA ROTURA INTRACAPSULAR Y EL ABORTO TUBÁRICO Y MONDOR EXPONE LA CLÍNICA MÁS PRECISA.

POSTERIORMENTE SE HAN PUBLICADO TRABAJOS, TANTO EN LA LITERATURA MUNDIAL COMO EN LA NACIONAL SOBRE EL TEMA.

SIN EMBARGO, POR SER ÉSTA UNA ENTIDAD QUE DIFICULTA SU DIAGNÓSTICO ANTES DE LLEGAR A UNA FASE TARDÍA SU MANEJO CONSERVADOR, PRODUCE INCERTIDUMBRE EN EL MÉDICO, MÁS AÚN CUANDO SE SABE QUE EL TRATAMIENTO DEBE SER QUIRÚRGICO.(4)

CONCEPTO

EL EMBARAZO ECTÓPICO, ES UNA ENTIDAD CLÍNICA QUE SE CARACTERIZA POR LA IMPLANTACIÓN DEL HUEVO FECUNDADO FUERA DEL SITIO NORMAL DE LA NIDACIÓN.(2)

LA IMPLANTACIÓN EN CUALQUIER OTRA PARTE FUERA DEL ENDOMETRIO QUE REVISTE AL CAVIDAD ENDOMETRIAL UTERINA SE LLAMA: - EMBARAZO ECTÓPICO.

ESTE TÉRMINO ES MÁS AMPLIO QUE EL DE: EMBARAZO EXTRAUTERINO, YA QUE INCLUYE LA IMPLANTACIÓN DEL HUEVO EN LA PORCIÓN INTERSTICIAL DEL OVIDUCTO, Y EL EMBARAZO CERVICAL ASÍ COMO LA GESTACIÓN TUBÁRICA, OVÁRICA Y ABDOMINAL.

AUNQUE EL 95% DE LOS EMBARAZOS ECTÓPICOS SON EN LA TROMPA DE FALOPIO, EL EMBARAZO TUBÁRICO NO ES SINÓNIMO DE GESTACIÓN ECTÓPICA, SINO SOLO EL TIPO MÁS FRECUENTE DE ESTA ENTIDAD.

CLASIFICACION

LAS CLASIFICACIONES DEL EMBARAZO ECTÓPICO SE REFIEREN A VARIOS ASPECTOS DEL MISMO, COMO LA EDAD GESTACIONAL, ACTIVIDAD PLACENTARIA, INTEGRIDAD DEL TEJIDO EN QUE SE IMPLANTA, FEJACION O LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA DE DONDE SE DESARROLLA.

LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN ES LA USADA EN NUESTRO HOSPITAL Y CUÁL SE HA DIFUNDIDO EN LA DOCENCIA Y FUE ELABORADA POR LOS DRS. PÉREZ DE SALAZAR Y ROBERTO NAVA Y SÁNCHEZ: (2)

INTRAUTERINOS

- 1.- CORNUAL. (EN CUERNO RUDIMENTARIO O NO)
- 2.- CERVICAL.
- 3.- DIVERTÍCULO UTERINO.
- 4.- PARTE INTERNA DE LA PORCIÓN INTERSTICIAL DE LA TROMPA.

EXTRAUTERINOS

- 1.- TUBARIO.
 - A) EN LA PORCIÓN DEL INTERSTICIO (INTERSTICIAL).
 - B) ITSMICO.
 - C) EN ÁMPULA. (ÁMPULAR).
 - D) EN LA FIMBRIA DE LA TROMPA. (FIMBRIADO).
- 2.- A) PÉLVICO.
 - B) ABDOMINAL.
- 3.- OVÁRICO.
 - A) SUPERFICIAL
 - B) PROFUNDO
- 4.- INTRALIGAMENTARIO.

FRECUENCIA

EN ESTADOS UNIDOS Y EN OTROS PAÍSES(5) EL EMBARAZO ECTÓPICO HA TENIDO UN IMPACTO CRECIENTE SOBRE LA VIDA DE MUJERES Y SUS FAMILIARES. DESDE 1970 HASTA 1983, EL NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES POR ESTE PADECIMIENTO EN ESTE PAÍS SE HA MÁS QUE TRIPLICADO, Y EL EMBARAZO ECTÓPICO SURGIÓ COMO PRIMERA CAUSA DE MORTALIDAD MATERNA, A PESAR DE LA DISMINUCIÓN DE LA RELACIÓN MUERTE CASOS.

EL NÚMERO DE EMBARAZOS ECTÓPICOS AUMENTÓ ANUALMENTE EN CERCA DE 11%, ELEVÁNDOSE DE 17.800 CASOS EN 1970 A 69,600 EN 1983(6).

DURANTE ESTE PERÍODO, LA TASA DE EMBARAZO ECTÓPICO TAMBIÉN AUMENTÓ MÁS DEL TRIPLE, ELEVÁNDOSE DE 1.4 EMBARAZOS ECTÓPICOS POR CADA 100 EMBARAZOS COMUNICADOS.

LA FRECUENCIA DEL EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO ES MUY VARIABLE EN DIFERENTES PAÍSES, OSCILANDO DESDE 1/50 CASOS HASTA 1/300 CON UN PROMEDIO DE 1/150, EXISTIENDO PAÍSES CON FRECUENCIA MÁS ALTAS, TALES COMO 1:28 EN JAMAICA, 1:25 EN LA INDIA, POSIBLEMENTE DEBIDO POR LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES PREDOMINANTES EN TALES PAÍSES (7,8).

LA LITERATURA NACIONAL A NUESTRO ALCANCE, REFIERE UNA FRECUENCIA DE 0,3 AL 2%(2,4,9).

EL DR. CASTELAZO AYALA, REPORTA QUE LA FRECUENCIA ES VARIABLE, SEGÚN SE CONSIDEREN LOS SERVICIOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. SIENDO EN LOS CENTROS OBSTÉTRICOS LA INCIDENCIA DE

APROXIMADAMENTE DE 0.5% Y EN LOS SERVICIOS GINECOLÓGICOS DEL 2.5 AL 3%.

EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3 DEL CENTRO MÉDICO "LA RAZA" DEL IMSS., DURANTE EL AÑO DE 1983, SE OBSERVÓ UNA FRECUENCIA DEL 0.25%. SE ATENDIERON 5105 NACIMIENTOS Y SOLO HUBIERON 20 EMBARAZOS ECTÓPICOS. LA RELACIÓN CON RESPECTO A LOS NACIMIENTOS ES DE 1.255.

EN LA LITERATURA SE HAN REPORTADO CASOS DE EMBARAZOS TUBÁRICOS, BILATERALES SIENDO SU FRECUENCIA VARIABLE(2). ABRAMAS REPORTÓ UNA FRECUENCIA DE 1:1580 CON RESPECTO A EMBARAZOS NORMALES, STEWART DE 1:725. HASTA 1982 SE HABÍAN REPORTADO 145 CASOS CON ESTA PATOLOGÍA EN LA LITERATURA MUNDIAL, CON ESTUDIOS ANATOMO PATOLÓGICOS.

PARA QUE OCURRA UN EMBARAZO BILATERAL TUBÁRICO SE REQUIERE: OVULACIÓN MÚLTIPLE, QUE DOS ÓVULOS SEAN FERTILIZADOS, QUE LOS ÓVULOS SE IMPLANTEN PATOLÓGICAMENTE EN SITIOS DE LAS TROMPAS; INCREMENTÁNDOSE POR EL USO DE INDUCTORES DE EVOLUCIÓN, EL INCREMENTO DE LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS, EL AUMENTO DE LA CIRUGÍA TUBÁRICA Y LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA CONSERVADORA EN EL EMBARAZO TUBÁRICO, Y POR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MECÁNICOS.

FUJI REPORTA EL PRIMER CASO DE UN EMBARAZO CUÁDRUPLE TUBÁRICO(10), EN UNA MUJER JAPONESA DE 29 AÑOS DEMOSTRADA POR HISTOPATOLOGÍA: EMBARAZO CUÁDRUPLE CON SALPINGITIS CRÓNICA, TENIENDO EL ANTECEDENTE DE USO DEL CITRATO DE CLOMIFÉN.

EN LA ACTUALIDAD EXISTEN INFORMES DE UN INCREMENTO DE PATOLOGÍA TUBÁRICA, SECUNDARIA A PROCESOS INFECCIOSOS, COMO: GONOCOCO, CLAMIDIA, MICOPLASMA, ETC., QUE SON ADQUIRIDOS POR CONTACTO SEXUAL Y QUE SON FAVORECEDORAS DE INFECCIÓN CRÓNICA, OCASIONANDO, UN FACTOR PREDISPONENTE EN LA APARICIÓN DE OBSTRUCCIÓN TUBÁRICA PARCIAL O TOTAL, QUE A SU VEZ ORIGINA PROBLEMAS DE ESTERILIDAD O BIEN EMBARAZOS TUBÁRICAS, DESTINADOS A UNA OVULACIÓN HACIA LA RUPTURA TEMPRANA CASI EN SU TOTALIDAD(11,12,13). SE HA PUBLICADO TAMBIÉN QUE ALGUNOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, ESPECIALMENTE EL DIU, FAVORECEN LA APARICIÓN DE PROCESOS INFLAMATORIOS, CRÓNICOS, ENDOMETRIALES Y TUBÁRICOS, QUE PUEDEN A SU VEZ PREDISPONER A LA OCURRENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO.(14) ERKKOLA Y LIUKKO(15), DEMOSTRÓ AUMENTO DE LA INCIDENCIA DE ESTA PATOLOGÍA EN EL USO DEL DIU, TAMBIÉN ORY Y COLABORADORES(16), INDICAN QUE PACIENTES QUE HAN UTILIZADO EL DIU MÁS DE 25 MESES TENÍAN CERCA DE TRES VECES MÁS DE RIESGO DE EMBARAZO ECTÓPICO QUE LAS QUE HABÍAN USADO POR PERÍODO MÁS CORTO.

TIPOS DE EMBARAZO ECTÓPICO. - LA FRECUENCIA DE EMBARAZOS ECTÓPICOS SEGÚN LA IMPLANTACIÓN DEL HUEVO SON:

EMBARAZO AMPULAR (95 A 97%)

GESTACIÓN ITSMICA (27%)

GESTACIÓN FÍMBRICA (7%)

GESTACIÓN INTERTICIAL (5%)

EMBARAZO OVÁRICO (0.50), SIENDO DE 0.17 A 1 4.7% DE TODAS LAS GESTACIONES ECTÓPICAS(17).

EN PROPORCIÓN CON PARTOS NORMALES ES DE 1:25.000 A - -
1:40.000.

SPIELGERBERG EN 1878, PUBLICÓ SUS CRITERIOS RESPECTO A ESTA PATOLOGÍA Y DICEN: "EL TUBO SOBRE EL LUGAR AFECTADO ES NORMAL, EL SACO GESTACIONAL OCUPA LA POSICIÓN NORMAL DEL OVARIO, SE CONECTA AL ÚTERO CON EL LIGAMENTO UTEROOVÁRICO Y EL TEJIDO ENCONTRADO, ESTARÍA EN LA PARED DEL SACO GESTACIONAL.

LOS MECANISMOS ATRIBUIBLES AL EMBARAZO OVÁRICO SON: OVULACIÓN OBSTRUÍDA POR UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA, ADHERENCIAS POSTOPERATORIAS, FUNCIÓN TUBÁRICA INSUFICIENTE POR SALPINGITIS, ENDOMETRIOSIS, Y REACCIÓN DECIDUAL DEL TEJIDO OVÁRICO Y LA REMOTA POSIBILIDAD DE PARTENOGÉNESIS. LA ASOCIACIÓN CON EL DIU, TIENE UNA FRECUENCIA DE 20 VECES MAYOR, QUE LA ESPERADA EN LOS EMBARAZOS ECTÓPICOS. LAS CAUSAS POSIBLES SON DISCUTIDAS COMO ALTERACIÓN DE LA MOTILIDAD TUBÁRICA Y QUE ALTERA LA SECRECIÓN DE POSTAGLANDINAS.

EMBARAZO ABDOMINAL

AL EMBARAZO TUBÁRICO OVÁRICO, DESPUÉS DE LAS 12 SEMANAS DE GESTACIÓN SE LE LLAMA "ABDOMINAL".

EL PRIMER CASO REPORTADO DE UN EMBARAZO ABDOMINAL, FUE POR HIRTS, EN QUE REPORTA QUE EL SUIZO J. NEUFER, DE OFICIO - CASTRADOR DE CERDOS, EN EL AÑO DE 1500, LE PRACTICÓ UNA CESÁREA A SU ESPOSA, SIENDO EN REALIDAD UN EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL. (21)

LA FRECUENCIA DE ESTA PATOLOGÍA VARÍA EN TÉRMINOS GENERA-

LES DE 1:1372 A 1:24.709 EMBARAZOS NORMALES.

TREJO, REPORTA UNA FRECUENCIA DE 1,8: 10.000 EMBARAZOS NORMALES(9). EN RELACIÓN CON LOS DEMÁS EMBARAZOS ECTÓPICOS ES DE APENAS DEL 1%. ENTRE LOS ANTECEDENTES MÁS IMPORTANTES ESTÁN: CESÁREAS ANTERIORES, EMBARAZOS ECTÓPICOS PREVIOS, ESTERILIDAD, INFERTILIDAD.

LOS DATOS CLÍNICOS QUE PRESENTA LA PACIENTE SON VARIABLES, PERO LLAMA LA ATENCIÓN LA FALTA DE PERCEPCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES. LA AMENORREA ES VARIABLE, DE 12 HASTA 45 SEMANAS Y SE HAN LLEGADO A REPORTAR PESOS DE LOS PRODUCTOS QUE CORRESPONDEN A PRODUCTOS DE TÉRMINO.

LA MORTALIDAD DE ESTOS PRODUCTOS ES MUY ALTA, DE CASI - DEL 100% Y EN CAMBIO LA MATERNA ES MUY BAJA.

EMBARAZO CERVICAL (0.1%)

DIFERENTES AUTORES DE LA LITERATURA NACIONAL Y MUNDIAL, HAN ESCRITO SOBRE EL EMBARAZO CERVICAL.(18).

SIR HEVERAD HOME EN 1860,(18), DESCRIBIÓ EL PRIMER EMBARAZO CERVICAL O IMPLANTACIÓN BAJA DEL HUEVO FERTILIZADO.

EN 1860, EL PATÓLOGO VIENÉS ROKITANKY, LE DIÓ EL NOMBRE DE EMBARAZO CERVICAL.

RUBIN EN 1911,(19), MARCÓ QUE PARA CERTIFICAR EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO CERVICAL ES INDISPENSABLE EL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DEL ÚTERO, Y LOS CRITERIOS SON:

1.- PRESENCIA DE GLÁNDULAS CERVICALES EN EL SITIO DE IMPLANTA

CIÓN.

- 2.- LA UNIÓN DE LA PLACENTA EN EL CÉRVIX DEBE SER ÍNTIMA.
- 3.- TODA UNA PORCIÓN DE LA PLACENTA, DEBE DE ESTAR POR DEBAJO DE LOS VASOS UTERINOS.
- 4.- LOS ELEMENTOS FETALES NO DEBEN DE ESTAR PRESENTES EN LA CAVIDAD UTERINA.

A VECES NO SE PUEDE TENER ÉSTAS CUATRO PREMISAS Y PUEDE TRATARSE DE UN EMBARAZO CERVICAL EN FASE ABORTIVA.

SU FRECUENCIA ES DE 1:1000 A 1:18.000 EMBARAZOS NORMALES Y HACE QUE EL MÉDICO SE OLVIDE DE ESTA PATOLOGÍA, EN QUE LA HEMORRAGIA PROFUSA ES UNA DE LAS COMPLICACIONES MÁS PELIGROSAS, CON UNA MORTALIDAD DEL 6 AL 45%(18), Y SE DEFINE COMO: "IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DE LAS VELOCIDADES CORIÓNICAS DENTRO DEL CONDUCTO CERVICAL, SIN PARTICIPACIÓN DEL CUERPO UTERINO".

LOS POSTULADOS PARA SU DIAGNÓSTICO SON: CERVIX MUY ALARGADO; CONFINAMIENTO DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN AL CÉRVIX Y POR DEBAJO DEL ORIFICIO INTERNO.

SHINAGAWA Y NAGAYAMA, SUGIEREN QUE EXISTE UNA ALTA INCIDENCIA ENTRE ABORTOS INDUCIDOS Y EMBARAZOS CERVICALES EN JAPÓN.(20)

DIAGNOSTICO

EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ESTA ENTIDAD NO SUELE SER SENCILLO, DADA LA AMPLITUD DE PADECIMIENTOS QUE PUEDEN DAR UN CUADRO SIMILAR, SIENDO NECESARIO APOYARSE EN ESTUDIOS PARACLÍNICOS, TALES COMO SON: EL ECOSONOGRAMA, DETERMINACIONES HORMONALES, CULDOCENTESIS, LAPARASCOPIA DIAGNÓSTICA. (21,22,23,24)

LA MAYOR PARTE DE EMBARAZOS ECTÓPICOS EVOLUCIONAN HACIA LA RUPTURA, OCACIONANDO EN CUADRO CLÍNICO BIEN DEFINIDO QUE DE ESTA FORMA SIMPLIFICA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO, PERO QUE AUMENTA LA MORBIMORTALIDAD MATERNA POR LO TARDÍO DE SU IDENTIFICACIÓN.

LA TRIADA CLÁSICA, DE DOLOR, SANGRADO Y MASA PÉLVICA, OCURRE APROXIMADAMENTE EN 30 AL 40%, POR LO CUAL, LA DETERMINACIÓN DE LA SUB UNIDAD BETA DE LAS HORMONAS CORIÓNICAS GONADOTRÓPICAS Y EL ESTUDIO ECOSONOGRÁFICO, SON DE GRAN UTILIDAD, SIENDO LOS NIVELES, CONSIDERADOS COMO NEGATIVOS, MENORES DE 35 U/ML Y COMO POSITIVOS MAYORES DE 66 U/ML (25).

LA DETERMINACIÓN DE LA SUBUNIDAD BETA Y EL USO SELECTIVO, DE AL ECOGRAFÍA, PUEDE DIAGNOSTICAR EL EMBARAZO ECTÓPICO, PREVIO A LA CIRUGÍA, CON CASI UN 100% DE PRECISIÓN, CON LO CUAL FUE POSIBLE PRACTICAR UNA CIRUGÍA CONSERVADORA EN LOS EMBARAZOS NO ROTOS Y EVITÁNDOSE ASÍ UN CONSIDERABLE NÚMERO DE CIRUGÍAS NO NECESARIAS.

CON RESPECTO A LA LAPOROSCOPIA, EN SOSPECHA DE EMBARAZO ECTÓPICO, SOLO MENCIONAREMOS, QUE SE PUEDEN HACER DIAGNÓSTI--

COS TEMPRANOS, ANTES DE LA RUPTURA EN APROXIMADAMENTE EL 20%_ DE LOS CASOS(26).

LA UTILIZACIÓN DEL ULTRASONIDO, EN EL DIAGNÓSTICO, DEL_ EMBARAZO ECTÓPICO, ES ACTUALMENTE UNO DE LOS MÁS IMPORTANTES_ MÉTODOS AUXILIARES Y QUE SU CONFIABILIDAD ACTUAL ES DE APROXI_ MADAMENTE DEL 75%, SIENDO EN EL AÑO DE 1970 DEL 50%(27).

LA EXPERIENCIA HA AUMENTADO Y MEJORADO NOTABLEMENTE EN_ ESTE CAMPO, SIENDO EL CRITERIO MÁS IMPORTANTE: MASA ANORMAL - EN LAS VECINDADES DEL ÚTERO.

ESTE MÉTODO DE GABINETE HA REEMPLAZADO LA CULDOCENTESIS Y CULDOSCOPIA, POR NO SER INVASIVO, DE FÁCIL Y RÁPIDA REALIZA_ CIÓN.

TRATAMIENTO

EL TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTÓPICO ES QUIRÚRGICO Y MUCHOS CASOS LA SALPINGECTOMÍA ES INEVITABLE.

SIN EMBARGO SE PUEDE PRESERVAR LA TROMPA POR EL FUTURO DE LA FERTILIDAD. YA SEA POR EXPULSIÓN DEL HUEVO POR LA FIMBRIA, POR SALPINGOTOMÍA, RESERCIÓN DE LA PARTE AFECTADA Y - - PRACTICÁNDOSE UNA ANASTOMOSIS TÉRMINO TERMINAL DE LAS PORCIONES REMANENTES. POSTERIORMENTE EL SANGRADO PUEDE CONTROLARSE VISUALIZANDO EL SITIO Y PRACTICÁNDOSE LA HEMOSTASIA.

UNA OBSERVACIÓN IMPORTANTE REALIZADA A PARTIR DE TAIT(1) ES EL HECHO DE QUE LA MORTALIDAD DISMINUYA CONSIDERABLEMENTE, CUANDO SE PRACTICABA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CON UN VOLUMEN CIRCULATORIO ADECUADO; POR TAL MOTIVO UNA VEZ HECHO EL DIAGNÓSTICO ES IMPORTANTE PREOPERATORIAMENTE LA REPOSICIÓN DEL VOLUMEN SANGUÍNEO CON SANGRE TOTAL, SOLUCIÓN BALANCEADA, O DEXTRAN DE BAJO PESO MOLECULAR, YA QUE NOS PROPORCIONA UN ADECUADO APOYO HEMODINÁMICO A LA PACIENTE EN SHOCK ANTES DE SOMETERLA AL TRAUMA ADICIONAL DE UNA ANESTESIA GENERAL.

EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS SE HA DESPERTADO UN INTERÉS POR EL ENFOQUE QUIRÚRGICO CONSERVADOR, YA QUE LA TÉCNICA ORIGINAL DE TAIT(1) ES LA SALPINGECTOMÍA TOTAL HASTA LA IMPLANTACIÓN CORNUAL DEL OVIDUCTO Y ESTO CONDENA A LA PACIENTE A DISMINUIR NOTABLEMENTE SU FUTURO EN CUANTO A LA FERTILIDAD, POR TAL MOTIVO STROMME FUE UNO DE LOS PRIMEROS QUE SE PREOCUPÓ POR LA SALPINGOSTOMÍA(28) EN 1953, SIN EMBARGO SOLO PUEDE ES-

TIMARSE EL VERDADERO VALOR DE ESTE PROCEDIMIENTO EN AQUELLOS_ CASOS EN QUE NO ESTABAN COMPROMETIDAS LA PERMEABILIDAD Y EL_ FUNCIONAMIENTO DE LA TROMPA CONTRALATERAL Y EXISTE EL RIESGO_ DE UN 13 A 15% DE UN EMBARAZO ECTÓPICO REPETIDO.(28).

OTROS PROCEDIMIENTOS TAMBIÉN CONSERVADORES (7,29,30), - COMO ES LA SALPINGOSTOMÍA DE TIMONEN Y NIEMINEN EN FINLANDIA_ QUE APORTAN UN 36.1% DE ÉXITO Y EMPLEANDO UN CATETER TRANSAB_ DOMINAL DE POLIETILENO DEJADO DURANTE 6 SEMANAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN EMPLEANDO HIDROCORTISONA Y UNA SOLUCIÓN DE PENICILI_ NA (200.000UI), PARA HIDROTUBACIÓN DIARIAMENTE DURANTE LA PRI_ MERA SEMANA POSTOPERATORIA.

SIN EMBARGO LA TASA DE EMBARAZO ECTÓPICO REPETIDOS ERA_ TAMBIÉN MUY ALTA (12.5%).

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN EMBARAZO INTERSTICIAL,- O CORNUAL DEPENDE DE LA MAGNITUD DEL TRAUMA QUE SE HAYA PROD_ CIDO EN LA PARED UTERINA (31) LA RESECCIÓN CORNUAL .Y LA REPA_ RACIÓN DE DEFECTO PUEDEN REALIZARSE EN MÁS DE 50% DE LOS CA_ SOS, MIENTRAS QUE SE REQUIERE UNA HISTORECTOMÍA EN LOS CASOS_ RESTANTES EN GENERAL, SE RESERVARÁN LOS ESFUERZOS PARA CONSER_ VAR EL ÚTERO EN AQUELLOS CASOS EN QUE LA MUJER TIENEN MENOS - DE 35 AÑOS. SU ESTADO QUIRÚRGICO ES ESTABLE Y MANIFIESTA EL - FIRME DESEO DE MANTENER LA OPCIÓN DE UNA FUTURA MATERNIDAD.

EN EL CASO DEL TRATAMIENTO DEL EMBARAZO OVÁRICO (32,33) A MENOS QUE EL DIAGNÓSTICO SE EFECTÚE SUMAMENTE TARDE PUEDE - RETENERSE EL OVARIO MEDIANTE UNA RESECCIÓN CONSERVADORA DE LA

PORCIÓN SANGRANTE DE LA GÓNADA, SOLO RARAS VECES EL OVARIO SE VE INVADIDO EN FORMA TOTAL POR UNA HEMORRAGIA INTERSTICIAL, - SUFICIENTE COMO PARA REQUERIR UNA OFORECTOMÍA QUE LA CONTROLE.

EL TRATAMIENTO DE EMBARAZO ABDOMINAL SE BASA EN QUE UNA VEZ ESTABLECIDO EL DIAGNÓSTICO NO DEBE DEMORARSE LA INTERVENCIÓN, TANTO A CAUSA DE LA ELEVADA MORTALIDAD PERINATAL COMO - EL RIESGO PARA LA MADRE EN EL CASO DE QUE LLEGARA A PRODUCIRSE LA SEPARACIÓN DE LA PLACENTA (34,35).

POR TAL MOTIVO EL TRATAMIENTO DE LA PLACENTA (34,35), - CONTINÚA SIENDO TODAVÍA OBJETO DE CONTROVERSIAS, PERO SE TRATA MEJOR MEDIANTE LA LIGADURA DEL CORDÓN DEJANDO LA PLACENTA IN SITU Y EL CIERRE DEL ABDOMEN CON DRENAJE RETROPERITONEAL, - SI ES POSIBLE LA PLACENTA PUEDE SER EXTRAÍDA EN UN SEGUNDO - TIEMPO, DESPUÉS DE LA CESACIÓN COMPLETA DE SU FUNCIÓN DETERMINADA POR LOS DOSAJES DE LAS GONADOTROPINAS CORIÓNICAS, EN - CUYO MOMENTO ES DE SUPONER QUE LA CIRCULACIÓN HA SUFRIDO UNA FIBROSIS, EN CIERTAS OCASIONES SE HA EMPLEADO EL METROTREXATE PARA ACELERAR LA DEGENERACIÓN TROFOBLÁSTICA TAL COMO LO DETERMINA TITULACIONES SERIADAS DE GONADOTROPINAS CORIÓNICAS, LA - PLACENTA DEBERÍA SER EXTRAÍDA SOLO SIN UNA PÉRDIDA EXCESIVA - DE SANGRE.

CUANDO SE PRESENTAN DUDAS ES MEJOR DEJAR LA PLACENTA EN SU LUGAR Y ESPERAR SU ESCLEROSIS DE SU RED VASCULAR SANGUÍNEA (34,35).

EL TRATAMIENTO DE UN EMBARAZO CERVICAL REQUIERE HABI-

TUALMENTE UNA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL (33) AUNQUE OCASIONAL--
 MENTE PUEDE REALIZARSE UNA EVACUACIÓN CONSERVADORA DE UN EMBARAZO CERVICAL MUY PRECOS MEDIANTE DILATACIÓN Y LUJ(33) CUIDADOSO ESTE PROCEDIMIENTO SE VE COMPLICADO POR UNA HEMORRAGIA - PROFUSA POR LO QUE GENERALMENTE SE HACE NECESARIA UNA HISTE--
 RECTOMÍA TOTAL.

MORTIMER RECOMIENDA QUE NO SE INTENTE NUNCA LA DILATA--
 CIÓN Y EL LEGRADO SI LA GESTACIÓN TIENE MÁS DE 8 SEMANAS. LA
 LIGADURA DE LAS ARTERIAS ILÍACAS INTERNAS ES UN PROCEDIMIENTO
 EFECTIVO COMO OTRA ALTERNATIVA A LA HISTERECTOMÍA (33).

MORBIMORTALIDAD

YANCER REPORTA QUE EL EMBARAZO ECTÓPICO EN LOS ESTADOS_
 UNIDOS, ES EL RESPONSABLE DEL 5 AL 13% DE LAS MUERTES MATER--
 NAS Y QUE EL RETARDO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ES LA -
 CAUSA PRINCIPAL DE LA MUERTE (36).

TREJO RAMÍREZ EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA SECRETA--
 RÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA EN LA CIUDAD DE MÉXICO, D.F. -
 SÓLO REPORTA UNA MUERTE MATERNA,

EN LOS TRABAJOS PUBLICADOS SOBRE EMBARAZOS CERVICALES,-
 TAMPOCO SE REPORTA MUERTES MATERNAS (34,37), SIN EMBARGO EN -
 NUESTRO HOSPITAL, EN SUS 20 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO, HA HABIDO
 UNA MUERTE MATERNA Y FUÉ PRECISAMENTE DEBIDO POR LAS COMPLICACI--
 ONES DE UN EMBARAZO CERVICAL.

LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIOS REALMENTE GRAVES DEL
 EMBARAZO ECTÓPICO SON EXTRAORDINARIAMENTE RARAS.

OBJETIVO

EL OBJETIVO DEL PRESENTE TRABAJO ES CONOCER LA FRECUENCIA DEL EMBARAZO ECTÓPCIO EN NUESTRO HOSPITAL, EVALUAR LA UTILIDAD DE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS CON QUE CONTAMOS, CONOCER LA LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE, EL TRATAMIENTO CORRESPONDIENTE Y LA MORBIMORTALIDAD DE LAS PACIENTES.

MATERIAL Y METODOS

SE ESTUDIARON EXPEDIENTES DEL DEPARTAMENTO DE BIOESTADÍSTICAS DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3, CENTRO MÉDICO LA RAZA, CON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DE ENERO A NOVIEMBRE DE 1988.

LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA EL PRESENTE ESTUDIO FUERON PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO COMPROBADO POR LAPARATOMÍA O HISTOPATOLOGÍA.

SE REALIZÓ LA DESCRIPCIÓN GRÁFICA Y EL ANÁLISIS DE LAS SIGUIENTES VARIABLES.

EDAD DIVIDIDA EN QUINQUENIOS, ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES, OCUPACIÓN, NÚMERO DE GESTACIONES PREVIAS, NÚMERO DE PARTOS PREVIOS, ABORTOS Y CESÁREAS, ANTECEDENTES DE EMBARAZO ECTÓPICO, ESTERILIDAD E INFERTILIDAD, USO DE ANTICONCEPTIVOS, SALPINGOCLASIA ANTERIOR, USO DE DIU.

RESULTADOS DE LABORATORIO Y DE GABINETE COMO: VALORES DE HEMOGLOBINA, DETERMINACIÓN DE FRACCIÓN BETA DE GONADOTROPINAS CORIÓNICAS, ECOSONOGRAFÍA Y PORCENTAJE DE EFECTIVIDAD EN ESTA PATOLOGÍA, CULDOCENTESIS Y LAPAROSCOPIA.

EN CUANTO A LOS HALLAZGOS DE LA LAPARATOMÍA SE ANALIZARÁ LA PRESENCIA DE HEMOPERITÓNEO, SITIO Y LOCALIZACIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO Y EL TIPO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EFECTUADO, RESULTADOS DE HISTOPATOLOGÍA, EVALUACIÓN POSTOPERATORIA DE LAS PACIENTES Y LA MORBIMORTALIDAD MATERNA.

EL MÉTODO ESTADÍSTICO UTILIZADO, TRANSVERSAL ABIERTO.

RESULTADOS

DEL 10. DE ENERO AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1988, NACIERON - VIVOS EN ESTE HOSPITAL 8,563 BEBÉS Y FUERON DETECTADOS 60 CASOS DE EMBARAZO ECTÓPICO, LO CUAL DA UNA FRECUENCIA DE 1:143 (CUADRO No.1).

LA EDAD DE LAS PACIENTES OSCILÓ ENTRE 16 A 45 AÑOS, SIENDO MÁS FRECUENTE DE LOS 21 A 25 AÑOS, 25 PACIENTES (41.6%), - DE LOS 21 A 35 AÑOS, 53 PACIENTES (88,3%) (CUADRO II).

EL ESTADO CIVIL DEL GRUPO ESTUDIADO SE MUESTRA EN EL - CUADRO No. 3, OBSERVÁNDOSE 44 PACIENTES CASADAS (73.4%) Y NO CASADAS 16 (26.6%) SIENDO SOLTERAS 8 Y DE UNIÓN LIBRE 8.

LA OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES SE MUESTRAN EL CUADRO No.4

EN CUANTO A LOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (CUADROS Nos.- 5,6,7,8). LA PARIDAD OBSERVADA FUÉ ENTRE 1 Y 12 GESTACIONES, CON MAYOR INCIDENCIA EN PACIENTES CON 2 Ó 3 GESTACIONES - - (58.5), EN PRIMIGESTAS 15 PACIENTES (25%), LOS GRUPOS CON MENOS EMBARAZOS ECTÓPICOS LO CONSTITUYEN EL GRUPO DE LAS MULTI-GESTAS.

TENIENDO UN PARTO PREVIO EN 13 PACIENTES, 2 PARTOS PREVIOS EN 10, 3 PARTOS EN 5; CESÁREA ANTERIOR EN 8 PACIENTES, 2 CESÁREAS ANTERIORES EN 5 Y 3 CESÁREAS ANTERIORES EN UNA PACIENTE.

ABORTO PREVIO EN 1 OPORTUNIDAD EN 16 PACIENTES Y DOS - ABORTOS PREVIOS EN 1 PACIENTE.

EL ANTECEDENTE DE ENTERILIDAD FUÉ OBSERVADO EN 6 PACIENTES

TES (10%), SIENDO MÁS FRECUENTE LA ESTERILIDAD SECUNDARIA, 4 CASOS (6.7%) Y SÓLO DOS (3.3%) DE ESTERILIDAD PRIMARIA (CUADRO 9).

EL ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTÓPICO, SE ENCONTRÓ EN SÓLO 10 PACIENTES (16.7%) (CUADRO 10).

EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO FUÉ, EN 25 PACIENTES DISPOSITIVO INTRAUTERINO (T CU 200) (41.7%), 14 USABAN HORMONALES (23.3%), 9 MÉTODO DEL RITMO (15%), 6 NO UTILIZABAN NINGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO (10%), CINCO MÉTODOS LOCALES (8.3%) Y UNO SE LE PRACTICÓ SALPINGOCLASIA (1.7%) (CUADRO 11).

EL DIAGNÓSTICO FUÉ CLÍNICO, COMPLEMENTADOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y POSTERIORMENTE CORROBORADO POR HISTOPATOLOGÍA.

SE PRACTICÓ ECOSONOGRAFÍA EN SÓLO 22 PACIENTES (36.6%), SIENDO POSITIVO PARA EL DIAGNÓSTICO EN 15(25%) Y NEGATIVO EN 7 (11.6%), NO SE PRACTICÓ EN 38 (63.4%) (CUADRO 12).

DE LAS 22 ESONOGRAFÍAS EFECTUADAS, HUBO 15 ACIERTOS -- (68.2%) Y 7 FALLAS EN EL DIAGNÓSTICO (31.8%) (CUADRO 13).

LA LAPARASCOPIA DIAGNÓSTICA SE PRACTICÓ EN 4 PACIENTES_ (6.7%) SIENDO POSITIVOS EN LOS 4. (CUADRO 4).

ENTRE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO PRACTICADOS PARA COMPLEMENTAR EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO, SE TOMO LA DETERMINACIÓN DE GONADOTROPINAS CORIONICAS EN ORINA EN 3 PACIENTES (5%), SIENDO POSITIVO EN LOS 3, PRUEBA INMUNOLÓGICA DEL EMBARAZO EN 5 (13.3%), SIENDO POSITIVA EN 4 (6.7%), NO SE HI-

ZO LA DETERMINACIÓN DE FRACCIÓN BETA DE GOANDOTROFINAS CORIONICAS (CUADRO 15).

SANGRE LIBRE EN CAVIDAD PERITONEAL FUÉ OBSERVADA EN 51 PACIENTES (85%) Y NO SE ENCONTRÓ EN LAS 9 RESTANTES (15%), DE ESTOS 9 PACIENTES PRESENTARON SHOK HIPOVOLÉMICO (17.7%) (CUADRO 16-17). EL TIPO DE EMBARAZO ECTÓPICO, 53 FUERON EN SALPINGE (88.3%), DE ESTAS 27 EN SALPINGE DERECHA (45%) Y 26 EN SALPINGE IZQUIERDA (43.3%). OVÁRICO EN 4 PACIENTES (6.7%), ABDOMINAL EN 2 PACIENTES (3.3%), INTRALIGAMENTARIO UNO (1.7%), NO ENCONTRÁNDOSE EN ESTE ESTUDIO EMBARAZO CERVICAL. (CUADRO 18).

LA LOCALIZACIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN SALPINGE, FUÉ EN 27 PACIENTES EN REGIÓN AMPULAR (51%), 17 ITSMICOS (32%), 4 EN FIMBRIA (7.5%), 3 ABORTOS TUBÁRICOS (5.7%), DOS EN CUERNO O REGIÓN INTERSTICIAL (3.8%) (CUADRO 19).

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PRACTICADO FUÉ, EN 29 PACIENTES SALPINGECTOMÍA UNILATERAL (48.3%), SALPINGECTOMÍA UNILATERAL + OTB EN 3 PACIENTES (5%), EN 3 SALPINGECTOMÍA UNILATERAL MÁS APENDICECTOMÍA (5%), PRACTICÁNDOSE SALPINGECTOMÍA EN 35 PACIENTES (58.3%). EN 9 PACIENTES SALPINGOOFORECTOMÍA UNILATERAL (15%), EN 4 SALPINGOOFORECTOMÍA UNILATERAL + MÁS OTB - - (6.7%), PRACTICÁNDOSE 13 SALPINGOOFORECTOMÍAS (21.7%). EN DOS PACIENTES SE PRACTICÓ HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL MÁS SALPINGECTOMÍA UNILATERAL (3.4%), POR EMBARAZOS INTERSTICIAL ROTOS ORGANIZADOS.

SE PRACTICÓ LAPARATOMÍA MÁS EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO EN

DOS PACIENTES POR EMBARAZO ABDOMINAL (3.4%), OBTENIENDO EN - EN UNO DE ELLOS UN PRODUCTO DE 2500 GR. TALLA DE 48 CMS. APGAR DE 7-8, Y EN EL OTRO UN PRODUCTO DE 1800 GR OBITO RECIENTE.

SE REALIZÓ MANEJO CONSERVADOR EN 8 PACIENTES (13.2%), - EN 3 PACIENTES SALPINGOSTOMÍA LINEAL MÁS SUTURA (5%), EN UNA PACIENTE SALPINGOSTOMÍA UNILATERAL MÁS SALPINGOVARIOLISIS EN SALPINGE CONTRALATERAL (1.6%), EN OTRA SALPINGOSTOMÍA LINEAL Y SUTURA MÁS MIOMECTOMÍA (1.6%), EN 3 PACIENTES LAPARATOMÍA MÁS EXPRESIÓN DIGITAL TUBÁRICA (5%).

LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA FUÉ SATISFACTORIA EN 58 PACIENTES (96.6%), UNO DE ELLOS TUVO QUE SER REINTERVENIDO POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, SECUNDARIA A BRIDAS Y ADHESIONES.

OTRA PACIENTE PORTADORA DE EMBARAZO ABDOMINAL FUÉ REINTERVENIDA EN 3 OPORTUNIDADES POR LESIÓN ACCIDENTAL DE LA PLACENTA AL PRACTICAR LA OPERACIÓN CESÁREA, TENIENDO COMO DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA OCLUSIVA CENTRAL TOTAL, EN ESTE CASO LA PLACENTA SE ENCONTRABA ADHERIDA A PERITÓNEO PARIETAL ANTERIOR Y COLON DESCENDENTE, EN QUIEN SE PRACTICÓ HEMOSTASIA DE VASOS PLACENTARIOS SANGRANTES, FALLECIENDO POR PROBLEMAS SEPTICO Y FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE. SIENDO LA MORTALIDAD DEL 1.6%.

LA OTRA PACIENTE DEL EMBARAZO ABDOMINAL SE DEJÓ LA PLACENTA IN SITU ADMINISTRÁNDOSE METROTEXATE PARA LA RESORCIÓN PLACENTARIA. LA ESTACIÓN HOSPITALARIA MEDIA FUÉ DE 4 DÍAS.

CUADRO No. 1

FRECUENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO EN HGO 3 (1988)

CASOS	NACIDOS VIVOS
60	8,563
FRECUENCIA: 1:143 NACIDOS VIVOS.	

CUADRO No. 2

FRECUENCIA POR EDADES DEL EMBARAZO ECTOPICO HGO # 3 (1988)

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
0-15	0	0.0%
16-20	2	3.4%
21-25	25	41.6%
26-30	18	30.0%
31-35	10	16.7%
36-40	4	6.7%
41-45	1	1.6%
TOTAL	60	100.0%

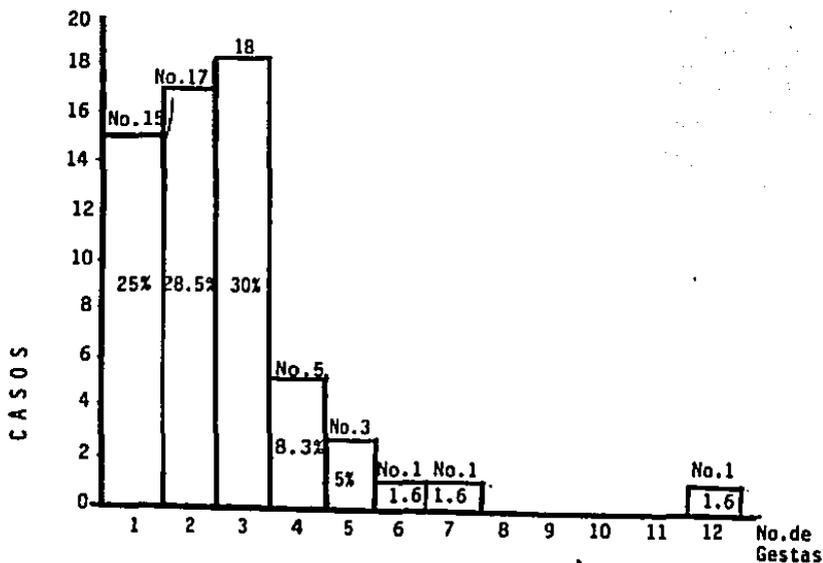
CUADRO No. 3
ESTADO CIVIL EN EMBARAZO ECTOPICO EN HGO # 3 (1988)

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
CASADAS	44	73.4%
SOLTERA	8	13.3%
UNIÓN LIBRE	8	13.3%
TOTAL	60	100.0%

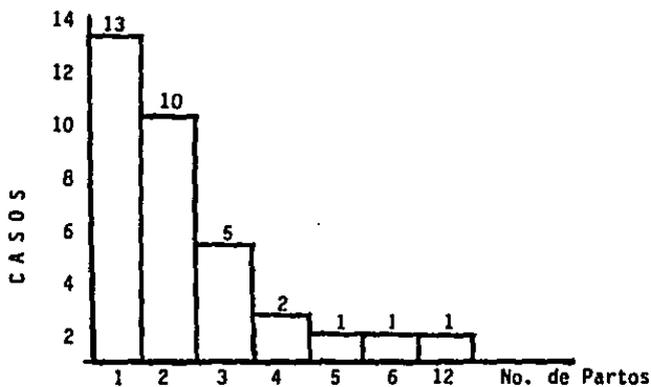
CUADRO No. 4
OCUPACION EN EMBARAZO ECTOPICO EN HGO # 3 (1988)

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
HOGAR	34	56.7%
EMPLEADA	14	23.3%
PROFESIONISTA	4	6.7%
SECRETARIA	8	13.3%
TOTAL	60	100.0%

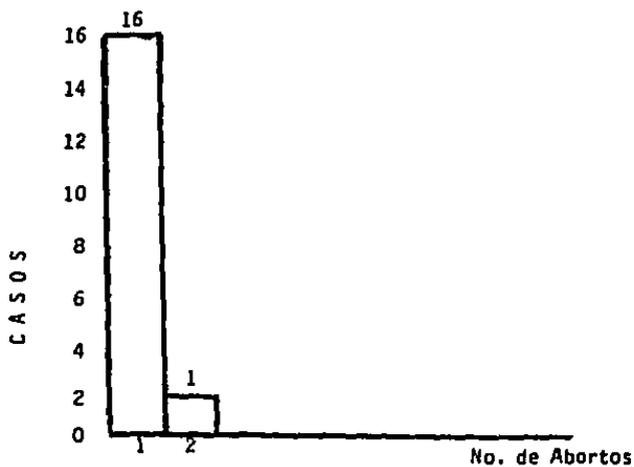
CUADRO No. 5
 FRECUENCIA DE GESTACIONES EN LAS PACIENTES CON
 EMBARAZO ECTOPICO EN HGO # 3 CMR. (1988)



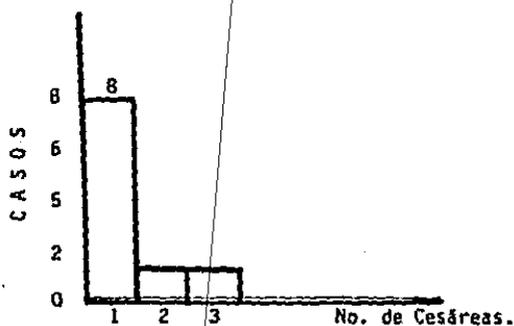
CUADRO No. 6
FRECUENCIA DE PARTOS EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO
ECTOPICO EN HGO. # 3 (1988).



CUADRO No. 7
FRECUENCIA DE ABORTOS EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO
ECTOPICO EN HGO. # 3 (1988)



CUADRO No. 8
 FRECUENCIA DE CESAREA EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO
 ECTOPICO EN HGO # 3 (1988)



CUADRO No.9
 FRECUENCIA DE ANTECEDENTES DE ESTERILIDAD EN PACIENTES
 CON EMBARAZO ECTOPICO EN HGO. # 3 (1988)

CON ANTECEDENTE	CASOS	%
PRIMARIA	2	3.3%
SECUNDARIA	4	6.7%
SUBTOTAL	6	10.0%
SIN ANTECEDENTE	54	90.0%
TOTAL	60	100.0%

CUADRO No. 10
 ANTECEDENTES DE EMBARAZO ECTOPICO PREVIO EN PACIENTES
 CON EMBARAZO ECTOPICO EN HGO. # 3 (1988).

	CASOS	%
CON ANTECEDENTES	10	16.7
SIN ANTECEDENTES	50	83.3
TOTAL	60	100.0

CUADRO No. 11
 METODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD UTILIZADOS PREVIAMENTE
 POR LAS PACIENTES QUE PRESENTARON EMBARAZO ECTOPICO
 EN HGO. # 3 (1988).

	NUMERO	PORCENTAJE
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	25	41.7%
ANOVULATORIOS HORMONALES	14	23.3%
RITMO	9	15.0%
SIN CONTROL	6	10.0%
MÉTODOS LOCALES	5	8.4%
SALPINGOCLASIA	1	1.6%
TOTAL	60	100.0%

CUADRO No. 12
ECOSONOGRAFIA EN EL EMBARAZO ECTOPICO EN HGO. # 3 (1988).

	CASOS	PORCENTAJE
POSITIVO	15	25.0%
NEGATIVO	7	11.6%
NO SE PRACTICÓ	38	63.4%
TOTAL	60	100.0%

CUADRO No. 13
PORCENTAJE DE EFECTIVIDAD DE ECOSONOGRAFIA EN EMBARAZO
ECTOPICO EN HGO. # 3 (1988).

	CASOS	PORCENTAJE
ACERTADO	15	68.2%
FALLIDO	7	31.8%
TOTAL	22	100.0%

CUADRO No. 14
LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA EN EMBARAZO ECTOPICO EN HGO. # 3 (1988)

	CASOS	PORCENTAJE
LAPAROSCOPIA	4	6.7%
NO SE PRACTICÓ	56	93.3%
TOTAL	60	100.0%

CUADRO No. 15
 PRUEBAS DE LABORATORIO EN EMBARAZO ECTOPICO EN
 HGO. # 3 (1988).

	CASOS	PORCENTAJE
PIE POSITIVO	4	6.7%
NEGATIVO	1	1.6%
GONADOTROFINAS EN ORINA	3	5.0%
DETERMINACIÓN DE FRAC- CIÓN BETA DE HGC	0	0.0%
NO SE PRACTICÓ	52	86.7%
TOTAL	60	100.0%

CUADRO No. 16
 SANGRE LIBRE EN CAVIDAD PERITONEAL EN EMBARAZO
 ECTOPICO EN HGO. # 3 (1988)

	CASOS	PORCENTAJE
PRESENTE	51	85.0%
AUSENTE	9	15.0%
TOTAL	60	100.0%

CUADRO No. 17
 CANTIDAD DE SANGRE HALLADA EN CAVIDAD PERITONEAL EN
 EMBARAZO ECTOPICO EN HGO. # 3 (1988)

	CASOS	PORCENTAJE
- DE 500 CC	22	43.1%
500 A - DE 1000 CC	20	39.2%
1000 A - DE 1500 CC	5	9.9%
1500 A + DE 2000 CC	4	7.8%
TOTAL	51	100.0%

CUADRO No. 18
 LOCALIZACION ANATOMICA DEL EMBARAZO ECTOPICO EN
 HGO. # 3 (1988)

	CASOS	PORCENTAJE
SALPINGE DERECHA	27	45.0%
SALPINGE IZQUIERDA	26	43.3%
OVÁRICO	4	6.7%
ABDOMINAL	2	3.4%
INTRALIGAMENTARIO	1	1.6%
CERVICAL	0	0.0%
TOTAL	60	100.0%

CUADRO No. 19
LOCALIZACION EN EL EMBARAZO TUBARICO EN HGO. #3 (1988)

	CASOS	PORCENTAJE
AMPULAR	27	51.0%
ITSMICO	17	32.0%
FIMBRIA	4	7.5%
ABORTADO A CAVIDAD PERITONEAL	3	5.7%
INTERSTICIAL	2	3.8%
TOTAL	53	100.0%

CUADRO No. 20
TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO
ECTOPICO EN HGO. 3 (1988)

	NUMERO	PORCENTAJE
SALPINGECTOMÍA UNILATERAL	29	48.3%
SALPINGECTOMÍA UNILATERAL +OTB	3	5.0%
SALPINGOFORECTOMÍA UNILATERAL	9	15.0%
SALPINGO OFORECTOMÍA UNILATERAL + OTB	4	6.7%
SALPINGECTOMÍA UNILATERAL + APENDICECTOMÍA	3	5.0%
SALPINGOSTOMÍA LINEAL + SUTURA	3	5.0%
SALPINGOSTOMÍA LINEAL + SUTURA Y SALPINGOVARIOLISIS CONTRALATERAL	1	1.6%
SALPINGOSTOMÍA LINEAL + SUTURA Y MIOMECTOMÍA	1	1.6%
LAPARATOMÍA Y EXPRESIÓN DIGITAL TUBÁRICA	3	5.0%
LAPARATOMÍA Y EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO	2	3.4%
HTA +SALPINGECTOMÍA	2	3.4%
TOTAL	60	100.0%

COMENTARIO

RESPECTO A LA FRECUENCIA DEL EMBARAZO ECTÓPICO, ENCONTRADA EN NUESTRO MEDIO, PODEMOS DECIR QUE ESTÁ DENTRO DE LO DESCRITO POR LA LITERATURA MUNDIAL, DE 1:50 A 1:300 NACIDOS VIVOS, CON UN PROMEDIO DE 1:150, EN ESTE PRESENTE ESTUDIO FUÉ DE 1:143 NACIDOS VIVOS, EXISTIENDO UN AUMENTO EN LA FRECUENCIA EN RELACIÓN CON UN TRABAJO ANTERIORMENTE REALIZADO EN 1983, EN ESTE HOSPITAL, SIENDO DE 1:255.

LA EDAD MÁS FRECUENTE OBSERVADA FUÉ DE 21 A 25 AÑOS (41.6%), TENIENDO DE LOS 21-35 AÑOS UNA FRECUENCIA DEL 88.3%, ÉSTAS EN SU MAYORÍA CASADAS 73.4%, DE ESTAS EL 56.7% SE DEDICA A LABORES DEL HOGAR.

LA PARIDAD MÁS FRECUENTE OBSERVADA EN LAS PORTADORAS DE EMBARAZO ECTÓPICO FUÉ MAYOR EN PACIENTES CON 3 GESTACIONES, SECUNDIGESTAS Y PRIMIGESTAS, CIFRAS IGUALES A LOS REPORTADOS POR OTROS PAÍSES, COMO ESTADOS UNIDOS E INGLATERRA, EN DONDE PREDOMINAN PRIMIGESTAS Y SECUNDIGESTAS.

EN LOS ANTECEDENTES DE ESTERILIDAD SE OBSERVÓ UN PROMEDIO DEL 10%, CON PREDOMINIO DE ESTERILIDAD SECUNDARIA, LO QUE NOS HACE PENSAR EN UNA POSIBLE PATOLOGÍA TUBÁRICA ADQUIRIDA, ESTA CIFRA ES MENOR A LA REPORTADA POR GOMEL EN LOS ESTADOS UNIDOS.

RESPECTO AL ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO, SE ENCONTRÓ UNA CIFRA ELEVADA DE (16.7%), LO CUAL COINCIDE CON LO ENUNCIADO POR NOVAK, QUIEN MENCIONA QUE UN ANTECEDENTE DE

EMBARAZO ECTÓPICO, PREDISPONE A LA PACIENTE DIEZ VECES MÁS PARA OTRO ECTÓPICO.

EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO MÁS COMÚNMENTE EMPLEADO ENTRE LAS PORTADORAS DE EMBARAZO ECTÓPICO, FUE EL DIU (T Cu 200), CON UN 41.7%, SEGUIDA POR LOS ANOVULATORIOS HORMONALES EN UN 23.3%, LO CUAL ESTÁ DE ACUERDO CON PUBLICACIONES RECIENTES HECHAS POR ERKKOLA Y LIUKKO, QUE DEMOSTRÓ AUMENTO DE ESTA PATOLOGÍA CON EL USO DEL DIU Y TAMBIÉN DRY QUIEN DICE QUE PACIENTES QUE HAN UTILIZADO EL DIU MÁS DE 25 MESES TENÍAN, CERCA DE TRES VECES MÁS EL RIESGO DE EMBARAZO ECTÓPICO, QUE LOS QUE HABÍAN USADO POR PERÍODO MÁS CORTO. TAMBIÉN QUE LOS ANOVULATORIOS HORMONALES INTERFIEREN EN LA FUNCIONALIDAD TUBÁRICA.

EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO CLÍNICO, FUÉ EFECTUADO MÁS POR CLÍNICA QUE POR ESTUDIOS PARACLÍNICOS, NO COINCIDIENDO CON ESTUDIOS PUBLICADOS, POR PRESENTARSE EN SU MAYORÍA COMPLICADO CON RUPTURA Y DATOS DE ABDOMEN AGUDO.

LA ECOSONOGRAFÍA NO FUÉ EMPLEADA EN FORMA RUTINARIA, DEBIDO A QUE UN BUEN NÚMERO DE PACIENTES QUE INGRESARON POR EL SERVICIO DE URGENCIAS, FUERON OPERADOS DE INMEDIATO, TAMBIÉN ESTO NOS EXPLICA EL NO HABERSE PRACTICADO NINGUNA DETERMINACIÓN DE FRACCIÓN BETA DE GONADOTROFINAS CORIÓNICAS.

CUANDO SE LLEVÓ A CABO LA ECOSONOGRAFÍA, EL EMBARAZO ECTÓPICO FUÉ DETECTADO EN 68.2% DE LOS CASOS, ESTANDO CERCA DE LAS CIFRAS REPORADAS ACTUALMENTE 75% Y EN MANOS EXPERTAS - AUMENTA MÁS LA CONFIABILIDAD.

LA LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA SE PRACTICÓ EN POCAS PACIENTES POR LO ANTERIORMENTE EXPLICADO, SE REALIZÓ EN EL 6.7% CON UNA CONFIABILIDAD DEL 100%.

RESPECTO A LA SANGRE LIBRE EN CAVIDAD PERITONEAL, NOSOTROS ENCONTRAMOS EN EL 85%, UNA CANTIDAD MAYOR DE CASOS QUE LA INFORMADA POR OTROS AUTORES, COINCIDENTE CON ABORTO Y RUP-TURA TUBÁRICA, 9 PACIENTES CURSARON CON SHOK HIPOVOLÉMICO (17.7%).

EN LO QUE SE REFIERE AL SITIO DEL EMBARAZO ECTÓPICO, NO HUBO DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LA SALPINGE IZQUIERDA Y LA DERECHA SIENDO EN EL 88.3%, OVÁRICO EN 6.7%, ABDOMINAL 3.4%, INTRALIGAMENTARIO 1.6%, NO ENCONTRÁNDOSE EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL, COINCIDIENDO CON PUBLICACIONES DE MUCHOS AUTORES LA LOCALIZACIÓN TUBÁRICA, INTRALIGAMENTARIA Y CERVICAL.

EN CUANTO AL EMBARAZO ABDOMINAL FUE ALTA CON UNA FRECUENCIA DE 1:4281 NACIDOS VIVOS, AL IGUAL QUE EL EMBARAZO OVÁRICO.

LA LOCALIZACIÓN PREDOMINANTE FUÉ AMPULAR EN UN 51%, ITS-MICA 32%, FIMBRIA 7.5%, ABORTO A CAVIDAD PERITONEAL 5.7%, INS-TERSTICIAL 3.8%, COINCIDIENDO CON LA LITERATURA MUNDIAL.

EN CUANTO AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, SE EFECTUÓ CIRUGÍA NO CONSERVADORA DE LA TROMPA EN EL 83.4%, YA QUE LA MAYORÍA DE ELLAS FUERON INTERNADOS, POR CUADRO ABDOMINAL AGUDA, PRACTICÁNDOSE SALPINGECTOMÍA EN EL 58.3%, SALPINGOOFORRECTOMÍA EN 21.7%, EN ESTAS SE PRACTICÓ EN EL 10% OTB ASOCIADO EN EL 3.4% SE PRACTICÓ HTA MÁS SALPINGECTOMÍA, POR EMBARAZO ROTO ORGANI-

ZADO INTERSTICIAL.

LA CIRUGÍA CONSERVADORA SE PRACTICÓ EN 16.6% SE PRACTICÓ SALPINGOSTOMÍA LINEAL MÁS SUTURA EN EL 13.2%, EN UNA PACIENTE CON SALPINGOVARIOLISIS CONTRALATERAL Y EN OTRA MIOMEATOMÍA.

EN EL 5% LAPARATOMÍA Y EXPRESIÓN DIGITAL TUBÁRICA, LAPARATOMÍA Y EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO EN EL 3.4% POR EMBARAZO ABDOMINAL.

LA CIRUGÍA NO CONSERVADORA ES EL TRATAMIENTO TRADICIONAL Y ESTÁ ACORDE CON PUBLICACIONES DADAS A CONOCER; LA CIRUGÍA - CONSERVADORA ESTÁ DENTRO DE LOS PORCENTAJES ACTUALMENTE PUBLICADOS, AUNQUE EN UN BUEN NÚMERO DE ELLOS EXISTE RECURRENCIA - DE LA ENFERMEDAD.

CONCLUSIONES

- 1.- EL EMBARAZO ECTÓPICO ES UNA PATOLOGÍA FRECUENTE EN NUESTRO MEDIO.
- 2.- ESTA ENTIDAD ES MÁS FRECUENTE EN LA TERCERA DÉCADA DE LA VIDA.
- 3.- PREDOMINA EN PACIENTES CON 3 GESTACIONES, SECUNDIGESTAS Y PRIMIGESTAS.
- 4.- ES RELATIVAMENTE FRECUENTE EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ESTERILIDAD.
- 5.- EL ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTÓPICO ELEVA EL RIESGO DE OTRO EMBARAZO ECTÓPICO.
- 6.- EL DIU Y LOS ANOVULATORIOS HORMONALES SON FACTORES PREDISPONENTES HACIA EL EMBARAZO ECTÓPICO.
- 7.- EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO, FUÉ EL MÁS IMPORTANTE EN ESTE GRUPO DE PACIENTES ESTUDIADOS.
- 8.- LA ECOSONOGRFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO, ES MÉTODO RÁPIDO E INOCUO QUE HA DESPLAZADO A LA CULDOCENTESIS, CON UNA EFECTIVIDAD DEL 65 A 75%.
- 9.- LA LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE DEL EMBARAZO ECTÓPICO ES LA REGIÓN ÁMPULAR, SEGUIDO DE LA ÍSTMICA.
- 10.-SE HACE MÁS FRECUENTE EL EMBARAZO ABDOMINAL Y OVÁRICO EN NUESTRO MEDIO.
- 11.-LA MAYOR PARTE DE LOS EMBARAZOS ECTÓPICOS, DIAGNOSTICADOS SUELEN ESTAR ROTOS O CON ABORTO TUBÁRICO Y SANGRE LIBRE EN CAVIDAD PERITONEAL, LO CUAL HACE QUE SEA UN CUADRO DE URGENCIA, POR TRATARSE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

- 12.- EXISTE TENDENCIA DE REALIZAR LA CIRUGÍA CONSERVADORA, -
PREDOMINANDO LA CIRUGÍA NO CONSERVADORA, POR EL TIPO DE
PACIENTE INGRESADA A ESTE HOSPITAL.
- 13.- LA MORBIMORTALIDAD ES BAJA.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BULMAN E. TESIS DE EMBARAZO ECTÓPICO U.N.A.M. 1967.
- 2.- PÉREZ-SALAZAR J.L., NAVA Y SÁNCHEZ R.M. "EMBARAZO ECTÓPICO"., CIRUGÍA Y CIRUJANOS, 42:258,1974.
- 3.- ORTÍZ CML, VERA GD, CASANOVA AN: EMBARAZO ECTÓPICO CORRELACIÓN CLINICOPATOLÓGICA. GINEC. OBSTET MEX. 40:355,1979
- 4.- VÁZQUEZ-RAMÍREZ C.O., MÉNDEZ GONZÁLEZ J., GARCÍA MEDRANO P., "EMBARAZO ECTÓPICO: ANÁLISIS DE 70 CASOS". GINEC. - OBSTET. MÉX. 21:871,966.
- 5.- LOFFER F.D, THE INCREASING PROBLEM OF ECTOPIC PREGNANCIES AND ISTS IMPACT CON PATIENTS AN PHYSICIANS. J REPROD MED 1986;31:74
- 6.- CENTERS FOR DISEASE CONTROL CURRENT TRENDS: ECTOPIC PREGNANCIES UNITED STATES, 1979 - 1980. MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT 1984; 33:201
- 7.- O KASER Y COLS. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. SEGUNDA EDICIÓN 1980.
- 8.- PRICHARD J HELLMAN L WILLIAMS: OBSTETRICIA TERCERA EDICIÓN.
- 9.- TREJO-RAMÍREZ C.A., MORENO-BONET H., VÁZQUEZ ZÁRATE V.M. "EMBARAZO ABDOMINAL. REVISIÓN DE 20 CASOS" GINEC. OBSTET. MÉX. 49:89;1981.
- 10.- FUJJI S., BAN CH., OKAMURA H., NISHIMURA T., "UNILATERAL TUBAL QUADRUPLANT PREGNANCY". AM J. OBSTET. GYNECOL.141; 840,1981,

- 11.- NOVAK, E. WOODRUFF, J., ECTOPIC PREGNANCY, EN NOVAKS - GYNECOLOGYC AND OBSTETRICS PATOHLOGY, EIGHT EDITICION, - W.B. SAUNDERSN COMPANY PHILADELFIA, 1979,561-584.
- 12.- GIBSON, M., COL. PATTERNS OF ANEXAL INFLAMATORY DAMAGE: - CLIMIDYA, THE INTRAUTERINE DEVICE, AND HISTORY OF PELVIC INFLAMATORY DISEASE. FERTIL STERIL. 1984; 41:47-51.
- 13.- CHARLES, D., CHLAMYDIA INFECTION. IN INFECTIONS IN OBSTE TRICS AND GYNECOLOGY VOL. 12 EDIT SAUNDERS COMPANY, - - WASHINGTON, 1980,30:35.
- 14.- SCHENKER, J., EVRON, S., NEW CONCEPTS IN THE SURGICAL - MANAGEMENT OF TUBAL PREGNANCY AND THE CONSEQUENT POSTOPE RATIVE RESULTS. FERTIL, SETRIL, 1983; 40:709-722.
- 15.- ERKOH R, LIUKKO. INTRAUTERINE DEVICE AND ECTOPIC PREG- NANCY CONTRACEPTION 1977;16;569.
- 16.- ORY HW AND THE WOMEN'S HEALTH STUDY. ECTOPIC PREGNANCY.- AND INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DECIVES: NEW PERFECTIVE, OBSTET GYNECOL 1981; 57:137.
- 17.- KJER J.J, HOML B., HERTZ J., "OVARIAN PREGNANCY: CURRENT CLINICAL TRENDS". AM. J. OBSTET. GYNECOL. 134:870,1979.
- 18.- KUPPUSUAMI N., VIDEKILDE J., SETHI C.M., SESHADRI J., - FREESE U.E. "DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CERVICAL PREG- - NANCY". OBSTET. GYNECOL. 61:698,1983.
- 19.- SANGINES-MARTÍNEZ A., TOPETE-OROZCO L., CERVANTEZ-CHÁVEZ F., AHUED-AHUED J. R., "EMBARAZO CERVICAL. INFORME DE UN CASO" GINEC. OBSTET. MÉX. 50:121,1982.

- 30.- STANGEL JJ: MANEJO QUIRÚRGICO CONSERVADOR DEL EMBARAZO - TUBÁRICO. CARTA AL EDITOR.
- 31.- SALAZAR CHAVARRÍA: EMBARAZO ECTÓPICO EN EL C.H. "20 DE - NOVIEMBRE". 1971.
- 32.- BERNARD K JEROME HG: OVARION TWIN PREGNANCY. OBSTET GI-- NEC. 55:257,1980.
- 33.- MUELAS M. LÓPEZ F. DE AGUSTÍN P. OVARION PREGNANCY. ACT OBSTET GINECOL. HISP LUSET. 27:417,1979.
- 34.- GORDILLO E. J. Y COLS. EMBARAZO ABDOMINAL ANÁLISIS DE - 10 CASOS GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO 44:265,1978
- 35.- MORALES I. EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL "HOSPITAL JUÁREZ". DICIEMBRE DE 1963.
- 36.- TANCER M.L., DELKE I., VERIDIANO N.P., "A FIFTEEN YEAR - EXPERIENCE WITH ECTOPIC PREGNANCY". SURGERY GYNECOL. - - OBSTET., 152:179,1981.
- 37.- PARENTE J.T. OU CH., LEVY J. LEGATT E. "CERVICAL PRENANCY ANALISIS: A REVIEW OF FIVE CASES". OBSTET. GINECOL. 62: 79,1983.