



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE

53

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SECRETARIA DE SALUD

Secretaría General de Enseñanza en Salud

Curso Universitario de Especialidad en Ginecología y Obstetricia

EL EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL  
GENERAL DE TICOMAN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. ANA MARIA GARCIA CARDENAS

DIRECTOR DE TESIS,

DR. SANTIAGO HERNANDEZ SALINAS

MEXICO, D. F.

1990

FALLA DE ORIGEN



## **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 está 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.-	DEDICATORIAS		
2.-	AGRADECIMIENTOS		
3.-	INDICE		
4.-	GENERALIDADES . . . . .	1	
	a). HISTORIA . . . . .	2	- 3
	b). CONCEPTO . . . . .	4	
	c). CLASIFICACION . . . . .	5	
	d). FRECUENCIA . . . . .	6	- 11
	e). DIAGNOSTICO . . . . .	12	- 13
	f). TRATAMIENTO . . . . .	14	- 17
5.-	OBJETIVO . . . . .	18	
6.-	MATERIAL Y METODOS . . . . .	19	- 20
7.-	RESULTADOS . . . . .	21	- 24
8.-	GRAFICAS Y TABLAS . . . . .	25	- 34
9.-	COMENTARIO . . . . .	35	- 38
10.	CONCLUSIONES . . . . .	39	- 40
11.-	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS . . . . .	41	- 44

## H I S T O R I A

La primera comunicación al respecto (1) se encuentra en el Talmud, Albu casis, 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 intervención 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 sugerencias exactas y tomando en cuenta 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 comunicación 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. Dezelmeris en 1837, describió las variedades y patología. William Campbell en 1842, recopiló 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 recopilados de la literatura. Lawson Tait en 1884, estableció la conducta quirúrgica actual y de una serie de 40 casos, registró una mortalidad del 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, **chauta** (3) señaló con estadísticas precisas la reducción - de mortalidad usando el método intervencionista preferente. **Hanh** - -- señaló la importancia del factor inflamatorio y **Sipel** dió a conocer el concepto de migración externa. **Litzenberg** diferencia la rotura intra - capsular y el aborto tubárico y **Mondor** expone la clínica más precisa.

Posteriormente se han publicado trabajos, tanto en la literatura mun - dial como en la nacional sobre el tema.

Sin embargo, por ser esta una entidad dificulta su diagnóstico antes - de llegar a una fase tardía su manejo conservador, produce incertidum - bre en el Médico, más aún cuando se sabe que el tratamiento debe ser - quirúrgico. (4)

## C O N C E P T O

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 la 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 sólo el tipo más frecuente de esta entidad.

**CLASIFICACION :**

La clasificación del Embarazo Ectópico se refieren a varios aspectos del mismo, como la edad gestacional, actividad placentaria, integridad del tejido en que se implanta, fetación o localización topográfica en donde se desarrolla. \*

La siguiente clasificación es una de las más completas manejadas en nuestro País.

**INTRAUTERINOS :**

- 1.- Cornual. (En cuerno rudimentario o no).
- 2.- Cervical.
- 3.- Divertículo Uterino.
- 4.- Parte íntegra de la porción Intersticial de la trompa.

**EXTRAUTERINOS :**

- 1.- Tubario.
  - a).- En la porción del Intersticio (Intersticial).
  - b).- Ítmico
  - c).- En Ampula (Ampular).
  - 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 nuestro 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 del 11%, elevándose de 17,800 casos en 1970 a -- 69.600 en 1983 (6).

Durante este período, la tasa de Embarazo Ectópico tam -- bién aumentó más del triple. Elevándose de 1.4 embarazos Ectópicos por cada 100 embarazos comunicados.

La frecuencia del Embarazo Ectópico Tubárico es muy va -- riable en diferentes países. Oscilando desde 1/50 casos -- hasta 1/300 con un promedio de 1/150, existiendo países -- con frecuencias más altas, Tales como 1:28 en Jamaica, -- 1:25 en la India, posiblemente debido por las condicio -- nes 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 va --

riable, según se consideren los servicios de Obstetricia y Ginecología, siendo en los Centros Obstétricos la incidencia de aproximadamente 0.5% y en los Servicios Ginecológicos del 2.5 al 3%.

En el Hospital General de Ticomán durante el Año de 1983 se observó una frecuencia del 0.25% se atendieron 5105 - nacimientos y sólo 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 Anatómo 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 embarazo Cuádruple Tubárico (10), en una mujer Japonesa de 29 años demostrada por Histopatología: Embarazo Cuádruple con Salpingitis Crónica, teniendo el antecedente de uso de Citrato de Clo mifén.

Spielgerberg en 1978, 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 interovárico y el tejido encontrado, estaría en la pared del saco gestacional".

Los mecanismos atribuibles al Embarazo Ovárico son : Ovu-  
lación obstruida por una enfermedad inflamatoria, adhe-  
rencias postoperatorias, función tubárica insuficiente -  
por salpingitis, endometriosis, y reacción decidual del-  
tejido ovárico y la remota posibilidad de parentenogéne-  
sis. La asociación con el DIU tiene una frecuencia 20 ve-  
ces mayor que la esperada en los Embarazos Ectópicos. Las  
causas posibles son discutidas como alteración de la mo-  
tilidad tubárica y que altera la secreción de postaglan-  
dinas.

#### **EMBARAZO ABDOMINAL :**

El Embarazo Tubárico Ovárico, después de las 12 semanas-  
de gestación se le llama "Abdominal".

El primer caso reportado de un Embarazo Abdominal, fué -  
por Hirts en que reporta que el Suizo J. Meuffer, de ofi-  
cio 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 el 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 el 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 Neverad 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 im plantación

- 2.- La unión de la placenta en el cérvix debe ser íntima
- 3.- Toda la porción de la placenta, debe de estar por de bajo de los vasos uterinos.
- 4.- Los elementos fetales no deben de estar presentes en la cavidad uterina.

En ocasiones no se pueden tener estas 4 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 de fine como : "Implantación y desarrollo de las velocidades coriónicas dentro del conducto cervical, sin participación del cuerpo uterino".

Los postulados para su diagnóstico son : Cérvix muy alargado; confinamiento del producto de la concepción al cérvix y por debajo del orificio uterino.

Shinagana y Magayama, 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, Laparoscopia Diagnóstica, (21, 22,- 23,24).

La mayor parte de Embarazos Ectópicos evolucionan hacia la ruptura, ocasionando 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 a 40%, por lo cuál la determinación de la Sub Unidad Beta de las hormonas corióni - casgonadotrópicas y el estudio ecosonográfico, son de gran utilidad. siendo los niveles considerados como negativos, menores de 35 U/ml y como positivos los mayores - de 66 U/ml. (25).

La determinación de la Sub Unidad Beta y el uso selectivo de la Ecografía, puede diagnosticar el Embarazo Ectópico, previo a la cirugía casi con un 100% de precisión- con lo cual fué posible practicar una cirugía conservadora en los embarazos no rotos y evitándose así un considerabable número de cirugías innecesarias.

Con respecto a la Laparoscopia, en sospecha de embarazo Ectópico, sólo mencionaremos que se pueden hacer diagnósticos tempranos, antes de la ruptura en aproximadamente-20% de los casos (26).

La utilización del Ultrasonido, en el diagnóstico de Embarazo Ectópico, es actualmente uno de los más importantes métodos auxiliares y que su confiabilidad actual si es de aproximadamente 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 -- realización.

## TRATAMIENTO

El tratamiento del Embarazo ectópico es quirúrgico y en 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 la salpingotomía, resección 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 volúmen circulatorio inadecuado; por tal motivo, una vez hecho el diagnóstico es importante preoperatoriamente la reposición del volúmen sanguíneo con sangre total, solución balanceada, o dextran de bajo peso molecular, ya que nos proporciona un adecuado apoyo hemodinámico para 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 una salpingectomía total hasta la implantación cornual del oviducto y esto condenaría a la paciente a disminuir notablemente su futuro en cuanto a la fertilidad, por tal motivo Stromme fué uno de los pri

meros que se preocupó por la salpingostomía (28) en 1953 sin embargo, sólo puede estimarse 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 361% de éxito y empleando un cateter transabdominal de polietileno, dejando durante 6 semanas después de la operación, empleando hidrocortisona y una solución de penicilina (200,000 UI), para hidrotubación diariamente durante la primer semana postoperatoria.

Sin embargo la tasa de Embarazo Ectópico repetidos también muy alta (12.5%).

El tratamiento quirúrgico en un Embarazo Intersticial. o cornual, depende de la magnitud del trauma que se haya producido en la pared uterina (31) la resección cornual y la reparación de defecto pueden realizarse en más del 50% de los casos, mientras que se requiere una histerec-tomía en los casos restantes en general. Se observarán los esfuerzos para conservar el útero en aquellos casos en que la mujer tiene 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 Tubárico (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, sólo raras veces el ovario se ve invadido en tal forma para una hemorragia intersticial suficiente como para requerir una -- ooforectomía 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 todavía siendo 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 metotrexate 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 habitualmente una Histerectomía Abdominal (33) aunque ocasionalmente -- puede realizarse una evacuación conservadora de un Embarazo Cervical muy precoz mediante dilatación y LUI (33) cuidadoso este procedimiento se ve complicado por una hemorragia profunda por lo que generalmente se hace necesaria una histerectomía total.

Mortimer recomienda que no se intente nunca la dilatación 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 maternas 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 Secretaría de Salubridad y Asistencia en la Ciudad de México, reporta una muerte materna.

En los trabajos publicados sobre Embarazos Cervicales, tampoco se reportan muertes maternas (34, 37) , Sin embargo en el Hospital General de Ticomán en unos 20 años de funcionamiento ha habido una muerte materna y se debió precisamente a las complicaciones de un Embarazo Cervical.

Las complicaciones postoperatorias realmente graves del Embarazo Ectópico son extraordinariamente raras.

**O B J E T I V O**

El objetivo del presente trabajo es conocer la frecuencia - del Embarazo Ectópico de nuestro hospital, evaluar la utilidad de los métodos de diagnóstico 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 General de Ticomán, con el Diagnóstico de Embarazo Ectópico en el período comprendido del Enero/88 a Noviembre/89.

Los criterios de inclusión para el presente estudio fueron pacientes con Embarazo Ectópico comprobado por laparotomía o Hispatología.

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 laparotomía se analizará la presencia de hemoperitoneo, 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.**

## R E S U L T A D O S

Del 1º de Enero de 1988 al 30 de Noviembre de 1989, nacieron vivos en este Hospital 6,400 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 los 25 años. 25 pacientes (41.6%), de los 21 a los 35 años. 53 pacientes (88.3%) (Cuadro No. 1)

El estado civil del grupo estudiado se muestra en el cuadro- No. 3, observándose 44 pacientes casadas (73.4%) y no casa- das 16 (26.6%), siendo solteras 8 y viviendo en unión libre 8 pacientes.

La ocupación de las pacientes se muestra dentro del cuadro - No. 4.

En cuanto a los antecedentes obstétricos (Cuadros Nos. 5, 6,- 7 y 8 ), la paridad observada fué entre 1 y 12 gestaciones,- con mayor incidencia en pacientes con 2 ó 3 gestaciones - -- (58, 5), en primigestas (25%), los grupos con menos embara - zos ectópicos los constituyen el grupo de las multigestas.

Teniendo un parto previo en 13 pacientes, 2 partos previos - en 10, 3 partos en 5; cesárea anterior en 8 pacientes, 2 ce- sáreas anteriores en 5 y 3 cesáreas anteriores en 1 paciente

Aborto previo en una oportunidad en 16 pacientes y dos abor- tos previos en 1 paciente.

El antecedente de esterilidad fué observado en 6 pacientes - (10%), siendo más frecuente la esterilidad secundaria, 4 casos (6.7%) y sólo 2 (3.3%) de esterilidad primaria (Cuadro - No. 9 ).

El antecedente de Embarazo Ectópico, se encontró en sólo 10-pacientes (16.7%) (cuadro No. 10)

El método anticonceptivo utilizado fué en 25 pacientes . dis positivo intrauterino (T CU 200) (41.7%), 14 usaban hormona les (23.3%), 9 método del ritmo (15%), 6 no usaban ningún mé todo anticonceptivo (10%), 5 métodos locales (8.3%) y uno se le practicó salpingoclasia (1.7%) (Cuadro No. 11).

El diagnóstico fué clínico, complementados con auxiliares de diagnóstico y posteriormente corroborado con histopatología.

Se practicó ecosonografía en sólo 22 pacientes (36.5%), sien do positivo para el diagnóstico en 15 (25%) y negativo en 7 (11.6%), no se practicó en 38 (63.4%) Cuadro No. 12

De las 22 ecosonografías efectuadas, hubo 15 aciertos (68.2%) y 7 fallas en el diagnóstico (31.8%) Cuadro No. 13.

La laparoscopia diagnóstica se practicó en 4 pacientes (6.7%) siendo positivos en los 4, Cuadro No. 4.

Entre los exámenes de laboratorio practicados para complemen tar el diagnóstico de Embarazo Ectópico, se tomó la determi-nación de Gonadotropinas Coriónicas en orina de 3 pacientes- resultando positivo en los 3 casos, prueba inmunológica del-embarazo en 5 (13.3%), siendo positiva en 4 (6.7%), no se -

hizo la determinación de fracción beta de gonadotropinas coriónicas (Cuadro No. 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 shock hipovolémico (17.7%), -- Cuadro 16, 17. El tipo de Embarazo Ectópico, 53 fueron en -- salpínge derecha (45%) y en 26 en salpínge 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 No. 18.

La localización de embarazo ectópico en salpínge, fué en 27 pacientes en región ampular (51%), 17 Istmicos (32%), 4 en fimbria (7.5%), 3 abortos tubáricos (5.7%) 2 en cuerno o región intersticial (3.8%) Cuadro No. 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 Salpingectomía Unilateral -- (15%), en 4 Salpingooforectomía unilateral más OTB (6.7%), -- practicándose 13 salpingooforectomía (21.7%). en 2 pacientes se practicó histerectomía total abdominal más salpingectomía unilateral (3.4%), por embarazos Intersticiales rotos organizados.

Se practicó Laparotomía más extracción del producto en 2 pacientes por embarazo abdominal (3.4%), obteniendo en uno de ellos un producto de 2,500 gr. Talla de 48 cms. Apgar de 7-8

y en el otro un producto de 1,800 gr. obito reciente.

Se realizó manejo conservador en 8 pacientes (13.2%), en 3 - pacientes salpingostomía lineal más sutura (5%), en una pa - ciente salpingostomía unilateral más salpingovariolisis en - salpínge 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 pacien - tes (96.6%), uno de ellos tuvo que ser reintervenido por Obs - trucción intersticial mecánica, secundaria a bridas y adhe - rencias.

Otra paciente portadora de Embarzo Abdominal fué reintervenida en 3 oportunidades por lesión accidental de la placenta - al practicar operación cesárea, teniendo como diagnóstico -- preoperatorio inserción baja de placenta oclusiva central -- total, en este caso la placenta se encontraba adherida a pe - ritonéo parietal anterior y colon descendente, en quien se - practicó hemostasia de vasos placentarios sangrantes, falle - ciendo por problemas séptico y falla orgánica múltiple, sien - do la mortalidad del 1.6%.

La otra paciente de Embarazo Abdominal se dejó la placenta - In Situ administrándose Metrotexate para la resorción placen - taria. La Estación hospitalaria media fué de 4 días.

**CUADRO No. 1**  
**FRECUENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO**  
**HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN**

C A S O S	NACIDOS VIVOS
60	8,563
FRECUENCIA : 1:143 NACIDOS VIVOS.	

**CUADRO No. 2**  
**FRECUENCIA POR EDADES DEL EMBARAZO ECTOPICO**  
**HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN**  
**1988 - 1989**

E D A D	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 %
<b>T O T A L</b>	<b>60</b>	<b>100.0 %</b>

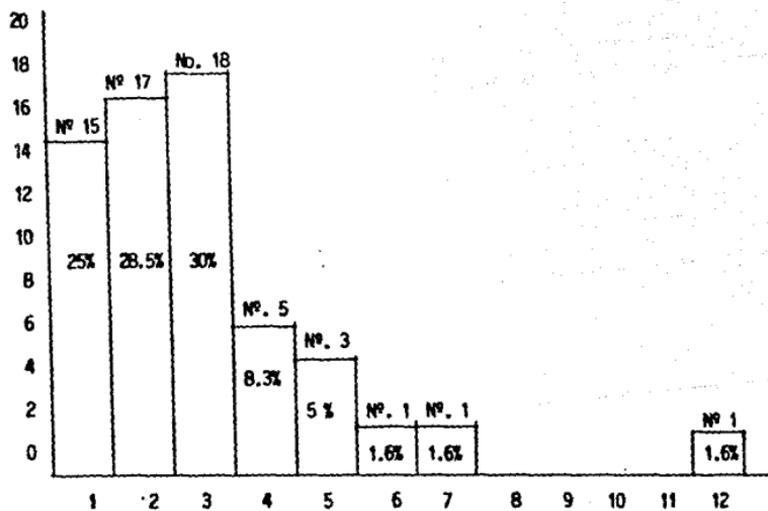
**CUADRO No. 3**  
**ESTADO CIVIL EN EMBARAZO ECTOPICO**  
**HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN**  
**1988 - 1989**

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
CASADAS	44	73.4%
SOLTERAS	8	13.3%
UNION LIBRE	8	13.3%
<b>T O T A L</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

**CUADRO No. 4**  
**OCUPACION EN EMBARAZO ECTOPICO**  
**HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN**  
**1988- 1989**

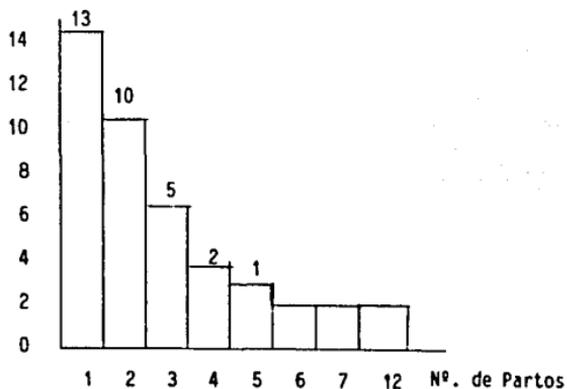
OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
HOGAR	34	56.7%
EMPLEADA	14	23.3%
PROFESIONISTA	4	6.7%
SECRETARIA	8	13.3%
<b>T O T A L</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

CUADRO No. 5  
 FRECUENCIA DE GESTACIONES EN PACIENTES  
 CON EMBARAZO ECTÓPICO  
 HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN  
 1988 - 1989

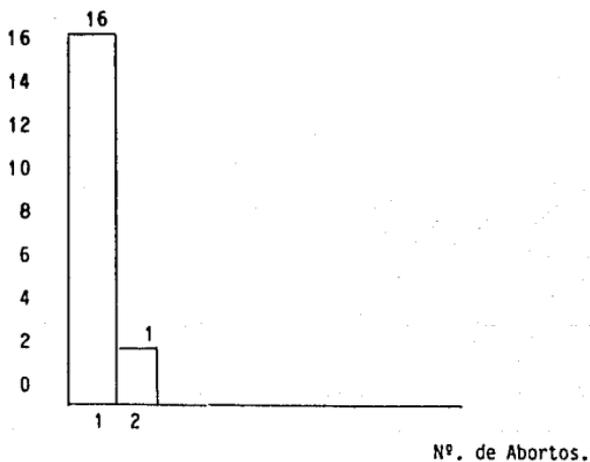


Nº. de Gestas

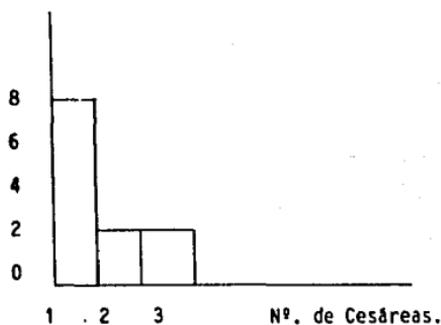
**CUADRO No. 6**  
**FRECUENCIA DE PARTOS EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO**  
**HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN**  
**1988 - 1989.**



**CUADRO No. 7**  
**FRECUENCIA DE ABORTOS EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO**  
**HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN**  
**1988 - 1989**



CUADRO No. 8  
 FRECUENCIA DE CESAREAS EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO  
 HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN  
 1988 - 1989



CUADRO No. 9  
 FRECUENCIA DE ANTECEDENTES DE ESTERILIDAD EN PACIENTES  
 CON EMBARAZO ECTOPICO  
 HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN  
 1988 - 1989.

<u>Con Antecedente</u>	<u>Casos</u>	<u>Porcentaje</u>
Primaria	2	3.3%
Secundaria	4	6.7%
Sub-Total	6	10.0%
Sin Antecedentes	54	90.0%
<b>T O T A L</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

CUADRO N°. 10  
 ANTECEDENTES DE EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO EN PACIENTES  
 CON EMBARAZO ECTÓPICO  
 HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN  
 1988 - 1989

	CASOS	PORCENTAJE
Con Antecedentes	10	16.7 %
Sin Antecedentes	50	83.3 %
<b>T O T A L</b>	<b>60</b>	<b>100.0 %</b>

CUADRO No. 11  
 METODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD UTILIZADOS PREVIAMENTE  
 POR LAS PACIENTES QUE PRESENTARON EMBARAZO ECTÓPICO  
 HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN  
 1988 - 1989

M E T O D O S	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 %
<b>T O T A L</b>	<b>60</b>	<b>100.0 %</b>

CUADRO No. 12  
ECOSONOGRAFIA EN EL EMBARAZO ECTOPICO  
HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN  
1988 - 1989

RESULTADOS	CASOS	PORCENTAJE
Positivo	15	25.0 %
Negativo	7	11.6 %
No Practicados	38	63.4 %
<b>T O T A L</b>	<b>60</b>	<b>100.0 %</b>

CUADRO No. 13  
PORCENTAJE DE EFECTIVIDAD DE ECOSONOGRAFIA DE EMBARAZO ECTOPICO  
HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN  
1988 - 1989

	CASOS	PORCENTAJE
Acertado	15	68.2 %
Fallido	7	31.8 %
<b>T O T A L</b>	<b>22</b>	<b>100.0 %</b>

CUADRO No. 14  
LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA EN EMBARAZO ECTOPICO  
HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN  
1988 - 1989

	CASOS	PORCENTAJE
Laparoscopia	4	6.7 %
No se practicó	56	93.3 %
<b>T O T A L</b>	<b>60</b>	<b>100.0 %</b>

CUADRO No. 15  
 PRUEBAS DE LABORATORIO EN AMBARAZO ECTOPICO  
 HOSPITAL GENERAL DE TICONAN  
 1988 - 1989

	Casos	Porcentaje
PIE Positivo	4	6.7 %
Negativo	1	1.6 %
Gonadotrofinas en Orina	3	5.0 %
Determinación de Fracción Beta de HGC	0	0.0 %
No se practicó	52	86.7 %
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0 %</b>

CUADRO No. 16  
 SANGRE LIBRE EN CAVIDAD PERITONEAL EN  
 EMBARAZO ECTOPICO  
 HOSPITAL GENERAL DE TICONAN  
 1988 - 1989

	Casos	Porcentaje
Presente	51	85.0 %
Ausente	9	15.0 %
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0 %</b>

CUADRO No. 17  
 CANTIDAD DE SANGRE HALLADA EN CAVIDAD PERITONEAL EN  
 EMBARAZO ECTOPICO  
 HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN  
 1988 - 1989

	CASOS	PORCENTAJE
- de 500 cc	22	43.1 %
500 a 1000 cc	20	39.2 %
1000 a 1500 cc	5	9.9 %
1500 a 2000 cc	4	7.8 %
<b>T O T A L</b>	<b>51</b>	<b>100.0 %</b>

CUADRO No. 18  
 LOCALIZACION ANATOMICA DEL EMBARAZO ECTOPICO  
 HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN  
 1988 - 1989

	CASOS	PORCENTAJE
Salpínges Derecha	27	45.0 %
Salpínges Izquierda	26	43.3 %
Ovárico	4	6.7 %
Abdominal	2	3.4 %
Intraligamentario	1	1.6 %
Cervical	0	0.0 %
<b>T O T A L</b>	<b>60</b>	<b>100.0 %</b>

CUADRO No. 19  
LOCALIZACION EN EL EMBARAZO TUBARICO  
HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN  
1988 - 1989

34.

	CASOS	PORCENTAJE
AMPULAR	27	51.0 %
ITSMICO	17	32.0 %
FIBRINIA	4	7.5 %
ABORTADO A CAVIDAD PERITONEAL	3	5.7 %
INTERSTICIAL	2	3.8 %
<b>T O T A L</b>	<b>53</b>	<b>100.0 %</b>

CUADRO No. 20  
TECNICA QUIRURGICA EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO  
HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN  
1988 - 1989

	NUMERO	PORCENTAJE
Salpingectomía Unilateral	29	48.3 %
Salpingectomía Unilateral + OTB	3	5.0 %
Salpingo Oforectomía 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 %
Laparotomía y Expresión Digital Tubárica	3	5.0 %
Laparotomía y Extracción del Pro ducto.	2	3.4 %
HTA + Salpingectomía	2	3.4 %
<b>T O T A L E S</b>	<b>60</b>	<b>100.0 %</b>

### 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 1:250, 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%, estas 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, --- secundarias y primigestas, cifras iguales a las reportadas 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 en 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 empleado comunmente entre - las portadoras de Embarazo Ectópico, fué el DIU (T CU 2000) con un 41.7%, seguida por los anovulatorios Hormonales en - un 41.7%, lo cual está de acuerdo con publicaciones recientemente hechas por Erkkola y Liukkd, que demostró aumento - de esta patología con el uso del DIU y también Ory quien -- dice que pacientes que han utilizado el DIU más de 25 meses tenían cerca de 3 veces más el riesgo de Embarazo Ectópico, que las pacientes que lo habían usado por periodos más cortos. También que los anovulatorios hormonales interfieren - en la funcionalidad tubárica.

En cuanto al diagnóstico clínico, fué efectuado más por clí nica 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 ser vicio de Urgencias, fueron operadas de inmediato, también - esto nos explica el no haberse practicado ninguna determi nación de fracción beta de Gonadotrofinas Coriónicas.

Cuando se llevó a cabo la ecosonografía, el Embarazo Ectópi co fué detectado en 68.2% de los casos, estando cerca de - las cifras reportadas actualmente 75% y en manos expertas - aumenta más la confiabilidad.

La laparoscopia diagnóstica 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 ruptura tubárica, 9 pacientes cursaron con shock hipovolémico -- (17.7%).

En los 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 el 6.7% abdominal 3.4%, Intraligamentario 1.6% no encontrándose Embarazo Ectópico Cervical, coincidiendo con muchos autores la localización tubárica intraligamentaria y cervical.

En cuanto al Embarazo Abdominal fué alta con una frecuencia de 1:4281 nacidos vivos, al igual que el embarazo Ovárico.

La localización predominante fué ampular en un 51%, Itsmica 32%, Fimbria 7.5%, Aborto a cavidad peritoneal 5.7%, Intersicial 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 agudo, practicándose salpingectomía en el 58.3%, salpinfoforectomía en 21.7%, en estas se practicó en el 10% OTB asociado en el -- 3.4% se practicó HTA más salpingectomía, por embarazo roto-organizado intersticial.

La cirugía conservadora se practicó en 16.6% , la salpingotomía lineal más sutura en el 13.2%, en un paciente con salpingovariolisis contralateral y en otra miomectomía.

En el 5% laparatomía y expresión digital tubárica, laparotomía 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.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

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 Embarzo Ectópico.
- 7.- El Diagnóstico Clínico fué el más importante en este grupo de pacientes estudiadas.
- 8.- La Ecosonografía en el Diagnóstico de Embarazo Ectópico es el 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 Ampular, seguido de la Itsmica.
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.

12. Existe tendencia de realizar la cirugía conservadora, - predominando la cirugía no conservadora, por el tipo de paciente.
13. La morbimortalidad es baja.

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

- 1.- Bulmar 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.- Ortiz CML, Vera GD, Casanova AM: Embarazo Ectópico Co - rrelación 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, Mex. 21:871,966.
- 5.- Loffer F.D. The Increasing Problem of Ectopic Pregnancies and Its Impact on patients and 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.- Pichard J Hellman L Williams: Obstetricia Tercera Edición -- ción.
- 9.- Trejo-Ramírez C.A. Moreno-Bonet H., Vázquez Zárate V.M.- "Embarazo Abdominal, Revisión de 20 casos" Ginec, Obstet Mex. 49:89: 1981.
10. Fujji S., Ban Ch., Okamura T., "Unilateral Tubal Cuadruplent Pregnancy" Am. J. Obstet, Ginecol. 141: 840, 1981.
11. Novak. E. Woodruff, J. Ectopic Pregnancy, en Novaks, Ginecology and Obstetrics Pathology. Eight Edition, W.B. Saunders Company Philadelphia. 1979. 561-584.

12. **Gibson, M.**, Col. Patterns of anexal inflammatory Damage; Climidya, the Intrauterine device, and history of - pelvic inflammatory disease, *Fertil Steril*, 1984; 41:47-51.
13. **Charles, D.**, **Chlamydia Infection**, In *infections in Obstetrics 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 postoperative results, *Fertil. Steril.* 1983; 40:709-722.
15. **Erkoha R. Liukko**, Intrauterine Device and Ectopic Pregnancy contraception 1977; 16:569.
16. **Ory HW and the Women's Health Study.** Ectopic Pregnancy- and intrauterine contraceptive decives; new perspective. *Obstet Gynecol* 1981: 57:137.
17. **Kjer J.J., Homl B., Hertz J.,** Ovarian Pregnancy: Co - rrent clinical Trends", *Am. J. Obstet. Gynecol.* 134:870 1979.
18. **Kuppusuami N., Videkilde J., Sethu C.M., Seshadri J., - Freese U.E.,** "Diagnosis and treatment of Cervical Pregnancy", *Obstet. Gynecol.* 61:696, 1983.
19. **Sangines-Martínez A., Topete-Orozco L., Cervantes-Chávez F., Ahued-Ahued J. R.,** "Embarazo Cervical, Informe de - un caso ". *Ginec. Obstet. Mex.* 50:121, 1982.
20. **Gitstein, S. Ballas S. Schujman E. Peyser Mr. Toof R.,--** Early Pregnancy Cervical Ultra Sonic Diagnosis and Con - servative y Treatment *Obstet Gynecol.* 54:758, 1979.
21. **Wyberg DA, Filly RA, Mahony BS, et al** Early gestation: - Correlation of HCG levels and Sonographic identification

AJR 1985:144:951.

22. **Weckstein LN**, Current perspective on Ectopic Pregnancy, -  
Obstet Ginecol sury 1985:40:259.
23. **Kadar N**, De vore G., **Romero R.**, Discriminatory HCG zone  
Its que in the sonographic evaluation for ectopic preg -  
nancy, Obstet Gynecol 1981:58:156.
24. **Romero R.**, **Kadar N.**, **Jeanty P.**, et al Diagnosi's of Ecto  
pic Pregnancy zone. Obstet Gynecol 1985:66:357.
25. **Bryson P.** "Beta subunit of human Chorionis Gonadotropin  
Ultrasound and Ectopic Pregnancy; Aprospective Satudy",  
Am. J. Obstet, Ginecol. 146:163, 1983.
26. **Seigle A.M.**, "Management on Unruptured Tubal Pregnancy"  
Obstet, Gynecol Survey, 36:599, 1980.
27. **Piironene O.**, **Punnonen R.**, "The use of Ultrasonography  
in the Diagnosis of Ectopic Pregnancy", Clinical Radiolo  
gy, 23:331: 1981.
28. **Mattingly Rf.** Embarazo Ectópico The Linde Rw Capitulo 10  
17,316.
29. **Ruiz y Cols.** Fertilidad Post Embarazo Tubárico, Ginecolo  
gía y Obstetricia México 47:279, 1980.
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 Yaer ex perience with Ectopic Pregnancy", Surgery Gynecol, Obs - tet. 152:179: 1981.
37. **Parente J.T. Ou Ch. Levy J., Legatt E.,** "Cervical Preg - nancy Analisis A Review of five cases", Obstet, Ginecol, 62:79, 1983.