

11217

77



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

**C.H. "20 de Noviembre" del Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

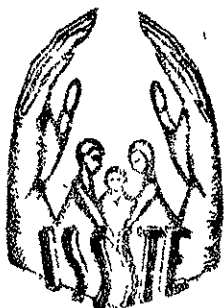
**CONSIDERACIONES SOBRE EL EMBARAZO
ECTOPICO.**

TESIS DE POSGRADO

Que para obtener el Título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Presenta el Médico Cirujano

DR. SAMUEL FLORES FLORES

Profesor titular del curso: Dr. Xavier Martínez Pacheco
Director de tesis: Dr. Armando Cravioto Cortés



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002

México, D. F.



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.

EN MEMORIA DE MIS PADRES:

PABLO FLORES

NIEVES FLORES

POR DARME LO MEJOR DE ELLOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI ESPOSA PATRICIA:
POR SU AMOR, APOYO
Y COMPRENSION.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI HIJO:

ROBERTO PABLO

INSPIRACION DE

MI VIDA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS HERMANOS ELDY Y JUAN:
QUIENES FUERON MI APOYO
EN EL MOMENTO MAS CRITICO
DE MI VIDA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI HERMANO:

DR. DAVID MOLINA SAUCEDO

POR SU APOYO BRINDADO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS SUEGROS:

DON ROBERTO ORTEGA:

Y ROSITA H. DE ORTEGA:

EN QUIENES ENCONTRE

APOYO Y CARIÑO.

AL DR. RAMIRO BELTRAN SUAREZ
DE QUIEN APRENDI A CONOCER EL
VALOR DE LA AMISTAD, EL SENTIDO
COMUN Y EL AMOR POR LA VIDA.

A MIS MAESTROS CON RESPETO Y ADMIRACION.

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES:

CON QUIENES COMPARTI LOS MOMENTOS
MAS ANGUSTIOSOS Y FELICES DE MI
VIDA EN LAS SALAS DE NUESTRO QUE-
RIDO HOSPITAL.

A MIS AMIGOS:

LUIS HUMBERTO MERINO

LUZ BEATRIZ M. DE MERINO

ARTURO BALEDON

ELVA VERDIN DE BALEDON

PATRICIA VERDIN

JUAN ARNULFO REYES

JESUS ALFONSO CASTAÑEDA PRIETO

POR SU APOYO

A LA MUJER:

INSPIRACION DE

MI ESPECIALIDAD.

I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION	1
HISTORIA	4
GENERALIDADES	6
MATERIAL Y METODOS	37
OBJETIVOS	39
RESULTADOS	40
GRAFICAS Y TABLAS	44
COMENTARIO	54
CONCLUSIONES	59
BIBLIOGRAFIA	61

INTRODUCCION

Innumerables obstáculos encuentra el Médico Residente al-terminar sus estudios reglamentarios, ya que al decidirse a em-ender la escabrosa y a la vez grata tarea de escribir su tesis - para obtener el grado universitario de Médico especialista, se tor-na difícil cuando se carece de ingenio, práctica y experiencia -- con la pluma y ciencia necesaria.

Por ser este mi primer trabajo escrito no he dejado de - pensar que adolece de imperfecciones y errores que son consecuen-cia de la carencia de experiencia necesaria, que solamente un ar-duo, constante y apasionado estudio llegan a modelar paso a paso- y con el tiempo el conocimiento si no perfecto, al menos el mas - cerca de la verdad.

No siempre en una investigación se logra llegar a las me-tas prefijadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

..2

Son pocos los campos de la práctica clínica en los que -- son indispensables capacitación, experiencia y temperamento que para el diagnóstico de dolor abdominal, nunca completamente preciso- y siempre difícil resulta este campo donde el consultor experimentado encuentra mayores dificultades para transmitir su experiencia a los miembros del personal que depende de él. Se trata de un campo en el que mediante experiencia, tenemos que encontrar nuestra propia manera individual para llegar al diagnóstico definitivo. Todos hemos visto al clínico experimentado que en estas circunstancias emite un diagnóstico con toda la facilidad y el aplomo de un mago que extrae un conejo del sombrero. En el otro extremo se encuentra el consultor que devela todos los procesos del pensamiento, uno a uno, como si se tratara de una novela de Serlok Holmes. A menudo terminamos admirando al primero, pero aprendiendo más del segundo.

En mujeres que manifiestan dolor en la parte baja del abdomen, ciertos aspectos habrán influido para que el médico que hizo el envío seleccionara al especialista pero, en todo caso, la base del diagnóstico con éxito está constituida por historia clínica -- completa y exploración física detallada, junto con una mente viva.

Se ha observado (26-31) que con la rápida disminución de los embarazos intrauterinos registrada en la década pasada, se ha puesto de manifiesto en mayor medida la frecuencia del embarazo extrauterino, desde el punto de vista clínico. Esta modificación en la relación entre los embarazos intrauterinos y los extrauterinos-- se ha visto acentuada por los cambios de actitud en las costumbres de la población joven sexualmente activa; por la creciente frecuen

cia de las enfermedades venéreas, y por el papel activo de la moderna terapia antibiótica en la prevención de la obstrucción tubáutica total, después de un episodio de salpingitis.

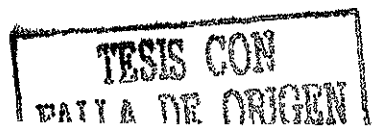
Los cambios fisiopatológicos residuales en el tracto reproductor que resultan de una diversidad de factores etiológicos han aumentado la frecuencia del embarazo ectópico. (26), Sabiendo que el diagnóstico oportuno y el tratamiento inmediato abate la morbimortalidad, el propósito de este trabajo es revisar nuestra experiencia actual en el diagnóstico oportuno y tratamiento de este padecimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HISTORIA

Las primeras noticias al respecto (3) se encuentran en el Talmud. Albucasis, Médico Cordovez de Arabia, describe en el siglo XI, el caso de una mujer con una fistulización umbilical por la cual eliminaba huesos y partes fetales. (1954) 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 tubaria y comprueba la presencia del feto en el órgano lesionado. Mauriceau en 1669, comenta otra ruptura tubaria. 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, áquel 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 él se nutre y crece al grado de que las membranas de la trompa, no siendo capaces de una dilatación semeiante 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 ocasiona 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, recopiló todo lo conocido sobre el tema hasta su tiempo y Parry en 1876, estudio la patología, tratamiento y clasificación encontrando cifras de mortalidad de 67. 2% en 500 casos recopilados de



la literatura. Lawson Tait en 1883 estableció la conducta quirúrgica actual y de una serie de 40 casos, registró una mortalidad de 4.88%. Werth en 1887 se ocupó claramente del aspecto anatomopatológico y clínico y sus directrices siguen en vigor actualmente. Desde 1891, Schauta (31) señaló con estadísticas precisas la reducción de mortalidad usando el método intervencionista. Pasteur y Lister se decidieron por el tratamiento quirúrgico 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 tubario y Mondor expone la clínica más precisa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GENERALIDADES

DEFINICION: Sabemos que el embarazo ectópico como lo define clásicamente Novak (29) es áquel en el cual la implantación del huevo fecundado tiene lugar en un tejido distinto de la mucosa que recubre la cavidad uterina.

ETIOLOGIA: La etiología del embarazo ectópico no está plenamente aclarada, hay establecidas varias hipótesis especulativas, pero ninguna de ellas se ha de admitir sin reservas.

Se ha observado que la frecuencia del embarazo extrauteri no es mucho mayor en mujeres con historia de salpingitis (4,6,31, 35) e igualmente en mujeres con esterilidad obstructiva (5,10,32, 35) curadas espontáneamente o después de un tratamiento (31) más o menos largo. Se comprende que una trompa adherente, deformada y cicatrizal migración (10) del huevo se ve dificultada y la nidación tenga lugar antes de llegar al útero.

Las anomalías genéticas pueden ser causa de una implantación ectópica del huevo (1), actuando bien como factores que aceleran este proceso, o bien que ocasionan un crecimiento demasiado rápido de la morula, la cual no podría sortear la porción más angosta de la trompa.

Investigaciones anatómicas de reconstrucción prueban que en la trompa se producen a veces, divertículos (32, 94) cuya relación con la etiología del embarazo extrauterino ha sido señalada-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las anomalías congénitas de la trompa (1,4,32) son mucho más raras, sin embargo se pueden encontrar también en trompas dobles, orificios accesorios y conductos tubáricos sin salida como causa de gestación ectópica, sin embargo esta etiología es excepcional.

Algunos autores (4) han observado reiteradamente que en los embarazos ectópicos el cuerpo luteo se encuentra con frecuencia en el lado opuesto a la gestación. Esto supone que el óvulo ha salido de un ovario y emigra por el peritoneo hacia la trompa opuesta. La causa de esto puede ser debido por parálisis u obstrucción de la trompa homóloga, esto recibe el nombre de migración externa del óvulo.

El espermio (4) es mucho más pequeño que el óvulo en una trompa estrechada en cualquiera de sus segmentos, el espermio puede ir hacia arriba y luego no pasar el óvulo fecundado hacia abajo. Esto ocurre sobre todo en la endometriosis cribiforme de la porción intersticial.

Otras formas de endometriosis pueden también producir obstrucciones incompletas de la trompa (1,4,32,33), y determinar nidación ectópica.

Los tratamientos de la esterilidad obstructiva (35) constituyen una frecuentísima causa de embarazos ectópicos. Hoy en día la salpingítis se trata mejor, pero no hasta el grado de restablecer el calibre tubárico normal (31), y el peristaltismo de este órgano. De esta manera se consigue curar muchas esterilidades obstructivas, pero de una manera incompleta originándose así,

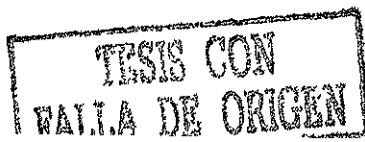


por desgracia muchos embarazos ectópicos después de tratamiento quirúrgico de las obstrucciones tubáricas de la clínica de esterilidad (35).

Teoría del Reflujo Iffy (4,29,32) ha expuesto más recientemente la ingeniosa teoría de lo que determina la aparición de gestación ectópica es la fecundación demasiado tardía, el huevo llega al endometrio a tiempo de inhibir la menstruación y ésta -- tiene lugar, en estas condiciones la sangre refluyente del útero condiciona la falta de progresión de la morula en el oviducto y -- su implantación en ella, basa su posición en el cálculo de la -- edad de los embriones extraídos de embarazos ectópicos operados.

Recientemente Philippe y Cols, aducen pruebas de una ovulación retardada como causa del embarazo ectópico. Dispositivos intrauterinos. El amplio uso (31) que ahora se hace de dispositivos intrauterinos ha demostrado que eleva el número de embarazos ectópicos, sobre todo en la localización ovárica (7,9,15,18,20), -- probablemente esto sea debido a que el cuerpo extraño intrauterino paraliza la trompa (10) y al mismo tiempo no inhibe la ovulación. En estos últimos años la frecuencia de la gestación ovárica ha aumentado (35) probablemente por la causa anteriormente citada y existen otros reportes en donde se incluye la participación de las prostaglandinas (9) provocado por el dispositivo intrauterino (9) con la consecuente inhibición de la contractilidad de las trompas de Falopio.

Esterilización fallida (4,6). Durante muchos años el úni



co medio de esterilización era la ligadura (con resección parcial de la trompa. Pero hoy en día se esteriliza por celioscopia y -- por histeroscopia, métodos menos traumáticos pero también menos seguros, el resultado es un aumento en las gestaciones ectópicas-- refiriendo un 7% de todos los embarazos ectópicos vistos (5).

Frecuencia: A nivel Mundial se han reportado en términos generales un incremento en la ocurrencia del embarazo ectópico -- coincidiendo la mayoría en una proporción de 1:200 1:300 embarazos (1,4,32,33,34), existiendo países con frecuencias más altas, tales como 1:28 en Jamaica (26), 1:25 en la India, posiblemente debido por las condiciones socioeconómicas y culturales predominantes en tales países (31,32,34).

Estadísticas nacionales (1) reportan 1:400, datos proporcionados por las diversas insituciones del área metropolitana, -- desde luego estas cifras debemos tomarlas como representativas a nivel nacional. Reporte previo en nuestro hospital en 1977 (16)-- se observó en los últimos años un aumento en la frecuencia con -- que se realizan exploraciones intrauterinas, maniobras anticoncepcionales, abortos provocados, promiscuidad sexual (26,31) y quizás también a los tratamientos frecuentes y reiterados de la esterilidad tubaria (26,32).

Las cifras expresadas anteriormente son resultado del promedio de los reportes internacionales, sin embargo existen diferencias muy considerables de un país a otro, observándose también resultados con diferencia entre los grandes capitales y las comu-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

nidades dentro de un mismo país; por tal motivo, México no escapa de lo anterior.

La edad promedio de las mujeres con un embarazo ectópico es entre los 26 y 35 años, siendo relativamente raros los casos de edad inferior a los 20 y superior a los 40 (1,4,26,32,34). Existe diferencia en cuanto a la frecuencia de embarazos ectópicos misma que he decidido mencionar por separado en el capítulo correspondiente.

Tipos de embarazo ectópico, se diferencian por razones sistemáticas y clínicas, según la implantación que el huevo (1,4,11,26,31,32,33,34) ha tenido lugar en los distintos tramos de la trompa de Falopio, en los ovarios en el peritórneo y en el cuello uterino que por orden de frecuencia son:

1.- Embarazo ampular (95 a 97%).

La porción ampular de la trompa es distensible y la fijación en ella del embarazo permite un desarrollo del mismo durante determinado tiempo. Microscópicamente vemos como las vellosidades coríales se desarrollan más ampliamente de lo normal (40) buscando un terreno nutritivo que no encuentran, penetran así hasta la capa muscular de la trompa, y muchas veces la perforan. Debemos distinguir aquí entre una nidación acrotropa y otra baciótropa (4). La primera tiene lugar cuando el punto de implantación está en la parte opuesta al mesosalpinx. Las vellosidades crecen hacia afuera y tienden a correr hasta el peritórneo. En la segunda las vellosidades pueden correr hacia el ligamento ancho,-

desdoblándolo y encontrando mejor nutrición en los vasos, se puede llegar a originar así un embarazo intraligamento,

La evolución del embarazo ampular puede ser:

a) Aborto tubario, que es la expulsión del producto de la concepción con contracciones tubáricas en sentido retrógrado, esto es hacia la cavidad abdominal. Ahí si las vellosidades coriales mantienen su vitalidad (raro) y sobre todo si el aborto tubario tiene lugar por tiempo, lentamente la gestación puede implantarse de nuevo, dando lugar al embarazo abdominal secundario (12, 22,44). Si el huevo está muerto entonces no hay implantación secundaria y se forma un hemoperitoneo de proporciones variables.

b) Hematosalpinx. Si el embarazo se interrumpe por la mala nutrición (4) el embrión se autoliza y toda la cavidad ovularse llena de sangre extravasada, la sangre se coagula y el coágulo se organiza, dicho hematosalpinx puede perdurar por tiempo indefinido.

II.- Gestación Istmica (27%).

La porción istmica de la trompa es menos distensible que la ampular (32) el huevo es difícilmente abortado hacia el peritoneo por lo que la evolución más común de este tipo es hacia la rotura tubárica. Los vasos útero-ovárico pasan por el meso muy cerca de esta porción y ahí se anastomosan con los vasos uterinos por lo que la rotura de esta porción lleva casi siempre aparejada una rotura vascular por lo que la hemorragia interna es más grave.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III.- Gestación Fimbriada (7%).

En ella el huevo se desarrolla hacia el peritoneo, tomando a veces, relaciones muy importantes con el ovario, este tipo no plantea ni rotura de la trompa ni aborto tubario, sino que va poco a poco evolucionando hacia el tipo abdominal secundario (12,22,44) provocando, muy precozmente grandes conglomerados de adherencias entre la trompa, el ovario, el útero y los órganos vecinos.

IV. Gestación intersticial (5%).

Es el que tiene lugar en la porción intersticial de la trompa, en el espesor de la pared del útero. Este embarazo si está muy próximo a la cavidad uterina, puede desarrollarse distendiéndose estrictamente la musculatura uterina y confundiéndose con una gestación normal, pero lo más frecuente es que conduzca a la rotura del útero por su ángulo tubárico ocasionando una grave hemorragia intra abdominal.

V.- Embarazo Ovárico. (0.50%) (2,6,20,23,30).

Es muy raro, teniendo una frecuencia de 1:25,000 (15) 1:40,000 casos. Para que se produzca es indispensable que el folículo de Graff se rompa, aún no se sabe con que certeza (4) las circunstancias de la retención del óvulo en el interior del folículo cuando éste se ha roto, sin embargo en algunos casos es posible que posterior a la rotura exista la fecundación, se cicatricen las paredes del ovisaco y el desarrollo del huevo se verifique en una cavidad cerrada, cuando no se cierra el ovisaco, el embarazo toma aspec

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

to de embarazo abdominal secundario. El embarazo ovárico puede --- asentarse en la superficie, en el estroma, en el cuerpo luteo, siendo esta última la más frecuente.

Para tener la certeza diagnóstica de un embarazo ovarico se siguen utilizando los criterios de Spiegelberg (9,20). Ha llamado fuertemente la atención en múltiples reportes la participación como factor condicionante el dispositivo intrauterino 7 de cobre (7,9). En este tipo de embarazo la frecuencia es de un 3 a un 6% de coincidencia del dispositivo intrauterino (15), tratando de explicarse esta asociación por el incremento de los procesos inflamatorios pélvicos en el uso de este método anticonceptivo. Asimismo todavía está en discusión el papel que juegan los cambios bioquímicos (prostaglandinas) (9) en la génesis de la hipomotilidad tubaria que propicia en un porcentaje menor que en el caso del embarazo tubarico una nidación en el tejido ovárico, sin embargo cuando esta ocurre, existe un mejor terreno para la implantación por parte del tejido trofoblástico hacia el tejido ovárico; ya que ofrece un mejor aporte que el tejido tubarico (4).

VI.. Embarazo abdominal (12,14,22) (0,3%).

El embarazo abdominal es una entidad clínica poco común, difícil de diagnosticar no sólo por médicos alejados de la obstetricia sino por quienes nos dedicamos a ella. De todos los embarazos ectópicos 1% es abdominal (44) para fines de semántica se clasifica en forma primaria y secundaria.

En el primero es en el único que le es dado al feto mantenerse en evolución a veces hasta el término. La placenta (22) se-

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

inserta en los órganos más variados: en la pelvis, abarcando útero, recto o vejiga, incluso más raramente en hígado, intestino o epiplón. Si estos casos no se tratan el feto sobremadura y muere y se va retrayendo y momificando poco a poco, al final se calcifica y se engendra así un litopedión (4,26,32), hoy en día estos casos son muy raros.

En el segundo caso es consecuencia de un embarazo tubárico (fímbrico) y en el ovárico, habitualmente su evolución es la muerte temprana del embrión por la inadecuada implantación. - Su frecuencia es de 0.03 a 0.05% de embarazos y hasta 1963 se habían encontrado 300 casos reportados en la literatura mundial. - (4,26,32).

VII. Embarazo cervical (0.1%) (13,25,28,37).

Su etiología es desconocida (13), la mayoría si no todos los casos se diagnóstican antes de las doce semanas de gestación (I trimestre) (25) es una entidad muy poco frecuente, su incidencia oscila de 1:1000 a 1:1800 embarazos según diferentes autores (13,25,28,37). Los factores etiológicos (37) propuestos son básicamente tres los que se aceptan:

- 1.- Que no exista un endometrio adecuado para la nidación del trofoblasto.
- 2.- Un viaje rápido, del huevo a través de la cavidad uterina.
- 3.- Un cierre temprano del orificio externo del cervix

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Su diagnóstico (13) es sumamente difícil y para realizarlo con certeza se utilizan estrictamente los criterios de Rubin (13,25,37), no siendo posible siempre esto, dado que es un proceso evolutivo y puede tratarse de un embarazo cervical y en fase abortiva fenómeno que habitualmente ocurre, en el más grave de los casos llega a condicionar una gran hemorragia externa (25,37).

Shinagawa y Nagayama, sugieren que existe una alta incidencia entre abortos inducidos y embarazos cervicales en Japón (13).

VIII.- Otras formas de embarazo ectópico (2,6,24,42,43)

Embarazo combinado. La primera descripción de la coexistencia de los embarazos intra y extrauterinos se debe a Duvernoy, en 1708, el número de tales gestaciones ectópicas registradas hasta la fecha sobrepasa a las citadas (5) y la frecuencia aproximada es de 1:30,000 embarazos, pueden producirse varias combinaciones (2,6,24,42,43) de embarazos, incluyendo el abdominal, el ovárico y el tubárico, juntamente con la implantación intrauterina. Las causas de esto continúan siendo oscuras y lo más aceptado y lógico es la presencia de una doble fecundación con el trastorno de la migración de uno de los óvulos fecundados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SINTOMATOLOGIA,- (1,4,26,32) describir la clínica del embarazo ectópico con una sintomatología única es un empeño inútil (4), este se nos presenta con una gran variedad de formas. - Estas formas podemos situarlas en el espacio y en el tiempo, según donde asiste la gestación cuando la observamos nosotros.

Inicialmente los síntomas clínicos de un embarazo tubárico se deben solamente a alteraciones generales muy similares - a las que ocurren en un embarazo uterino precoz (32).

1.- Estadio asintomático (32) en este estadio tanto el huevo en fase de desarrollo como la trompa se encuentran completamente intactos. Al principio al proceder, a la exploración ginecológica, resulta muy difícil si no imposible la demostración de una masa blanda o algo crecida, en ciertas ocasiones a partir del segundo mes aparece dolor típico cólico de baja intensidad del lado afectado y es atribuible a contracciones de la trompa. El motivo de la consulta en estas fechas es la confirmación o exclusión de un embarazo por la ausencia de una o dos menstruaciones.

2.- Estadio sintomático, (32) en el 80% de los casos - la sintomatología aparece entre la quinta y octava semana después de la última menstruación, siendo la hemorragia (6) genital el síntoma más precoz y constante, su aspecto es muy variado va desde muy escaso, rojo y claro o semeja la menstruación, o ser moderado, oscuro y continuo casi siempre se expulsa con la hemorragia genital inicial la decidua en forma de tejido grueso y --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

membranoso y que son interpretados erróneamente como restos ovulares.

Otro síntoma casi constante es el dolor que es referido a algunas partes del abdomen, de tipo espasmódico, especialmente en el aborto tubario que dura varios días hasta que se exacerba para desaparecer, por el contrario en el caso de rotura de la pared tubárica, de un estado de bienestar completo se pasa súbitamente a un estado de dolor intenso en el hipogastrio: cuya localización más aguda es señalada en el lado correspondiente.

En la exploración se encuentran signos de gravidez correspondientes a un embarazo de 1 o 2 meses, (26,32) la vagina -- con introitos húmedos, el útero reblandecido, pero sus proporciones nunca corresponden a la edad gestacional, también encontramos -- discreto sangrado genital café o rojo obscuro, dolor exquisito -- en el fondo de saco de la vagina e hipersensibilidad en el hipogastrio, más acentuada en algunos de los lados, es posible notar crecimiento en alguna de las trompas, poco móvil y muy dolorosa, el fondo de saco de Douglas puede estar abombado el movimiento -- de lateralización del cervix despierta dolor agudo, casi siempre señalando el sitio del embarazo ectópico.

En cambio la exploración en la rotura de pared tubárica, cuando esta se produce, desencadena un estado de shock que -- pone en peligro la vida de la paciente, motivado porque la rotura afecta la red vascular tubo-ovarica provocando hemorragia muy copiosa hacia la cavidad abdominal, seguido de shock hipovolémico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

co y neurogénico, aparecen náuseas y vómitos, palidez extrema, - respiración superficial, taquisfigmia, abdomen distendido, acompañado o no de íleo, dolor acentuado sin limitaciones precisas, - signo de descompresión de la pared abdominal positivo intenso, - en la exploración bimanual genitoabdominal se aprecian los genitales pálidos, con la presión o el tacto del fondo de saco de -- Douglas se produce dolor muy intenso (grito de Douglas) (1,4,11-26,32) y que impide la limitación del útero y de los anexos.

A veces se comprueba anuria como consecuencia de la intensa hemorragia intraperitoneal y del descenso de la presión arterial. En ocasiones hay tenesmo vesical o una diarrea como primeros síntomas de la rotura tubarica.

Otro de los síntomas que es frecuente encontrar es el dolor irradiado en el hombro derecho el cual se presenta o se -- despierta, al colocar a la paciente en posición de trendelemburg condicionando por irritación frénica de la sangre libre en cavidad peritoneal.

Concretando y en términos generales aún cuando no exista compromiso hemodinámico, la mayoría de los autores eminentemente avezado en la clínica mencionan datos muy orientadores y - de gran valor diagnóstico, integrando una triada característica con los siguientes signos y síntomas:

- a) dolor abdominal.
- b) Hemorragia genital.
- c) Masa anexial.

en presencia de amenorreas, esta triada se presenta en más del 75% de los casos (39).

Dichos signos y síntomas serán indiscutiblemente pilares para dirigir adecuadamente la exploración física, los procedimientos clínicos y paraclínicos que a la postre confirmarán el diagnóstico así como la terapéutica correcta y oportuna.

Sintomatología según la localización (4,32) la sintomatología clínica del embarazo ectópico varía no solo según el momento, sino también según el lugar de asiento, así tenemos que distinguir entre tres formas clínicas principales:

1.- Embarazo intersticial ístmico. Estas dos localizaciones son las que permiten una menor distendibilidad, por lo que, al crecer el embarazo, son las primeras que provocan el cuadro cataclísmico. Son raros los embarazos de este grupo que lleguen más allá de la décima semana sin interrupción o romperse, el accidente más frecuente es la rotura de la trompa o del ángulo uterino, acompañadas de la gran hemorragia intraperitoneal, estos son los embarazos ectópicos en que un cuadro alarmante sorprende a la mujer en plena normalidad, es la forma clínica más grave y de aparición más brusca.

2.- Embarazo ampular. Esta que es desde luego, la variedad más común de todas, se caracteriza porque la crisis es menos repentina, pudiendo consistir, simplemente en la muerte del embrión o reabsorción del mismo, en alguno de estos casos la sin

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tomatología es tan escasa que el embarazo ectópico puede pasar - inadvertido (embarazo ectópico asintomático). Pero lo más frecuente es que tenga lugar el aborto tubario, aunque se produce - hemorragia interna, esta no suele ser muy grave por lo cual la - mujer se repone de la crisis más tarde o más temprano. (95,97%).

3.- Embarazo fimbriado, ovarico y abdominal primitivo. En estas localizaciones el crecimiento tiene lugar, por lo común libremente en la cavidad del peritoneo, por lo cual no entrando - el embarazo en conflicto con su cápsula, no se produce crisis.

Vemos pues, como según la localización del embarazo -- extrauterino, este tiene una evolución gradualmente menos violenta, pudiéndose afirmar que la evolución es mucho más tranquila - cuanto más se aleja la localización del útero,

DIAGNOSTICO.

La morbilidad y la infrecuente mortalidad asociada con esta complicación reproductiva están vinculadas en forma directa con el diagnóstico precoz o demorado de esta implantación ectópica, potencialmente letal.

Por suerte, la mejoría de los métodos diagnósticos y - terapéuticos ha reducido la frecuencia actual de la mortalidad - materna por esta causa.

Una vez establecido el diagnóstico de sospecha, es necesario un diagnóstico de comprobación (4)(diagnóstico directo).

Son numerosos los procedimientos para el diagnóstico del embarazo ectópico dentro de los cuales destacan (45),

1): Exploración ginecológica bajo anestesia (45). Dicho método es utilizado ya que es de gran utilidad dado que logra una mejor palpación bimanual al encontrarnos relajada la pared abdominal, sin embargo queda sujeta a la experiencia y sensibilidad del explorador, así como de la limitación de la percepción del tamaño y localización del embarazo ectópico,

Por tanto en la actualidad normalmente si las condiciones de la paciente lo permiten se realiza como curiosidad e interés del cirujano,

2). Culdocentesis (1,4,26,32,33). Método que antiguamente se le daba gran valor por no contar con otros recursos, --siendo de validez en casos en los cuales exista sangre libre en cavidad peritoneal como consecuencia de la ruptura tubaria, teniendo primeramente la dificultad técnica para realizarla, así --como una gran proporción de falsos negativos y positivos. El método no es inocuo dado que se corre el riesgo de cometer una --punción inadvertida del rectosigmoide, al intestino delgado y se tiene que tomar en cuenta el riesgo de infección peritoneal provocada por la función de una mucosa vaginal que no es estéril.

Continúa siendo el procedimiento diagnóstico más frecuente en la unión Americana, pero no es de ayuda significativa en un embarazo ectópico no roto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3), Signo de Cullen (1,4,32,33), También llamado el ombligo azul solo se ve muy raras veces pero cuando está presente constituye un hallazgo significativo que indica una extensa hemorragia intra-abdominal,

4).- Pruebas de embarazo, Aunque no es propiamente un método diagnóstico concreto de embarazo ectópico su positividad, aunado al cuadro clínico, en una fase temprana es un recurso valioso de diagnóstico, sin embargo cuando ha ocurrido el aborto tubario, ruptura del oviducto, la función del trofoblasto nos resultará obviamente negativa.(4,11,26,32,39),

Su limitación entonces estriba en fases tempranas de la evolución del embarazo ectópico y por otra parte en el tiempo que requiere practicar esta prueba,

Actualmente podemos contar con la subunidad beta de las gonadotropinas permitiéndonos con ésta la detección del embarazo ectópico entre los 8 y 10 días de gestación. (1, 4,11,26 32,33,39).

4). Dilatación cervical y legrado uterino instrumental (1,4,32,33). Este procedimiento tiene valor en evaluar el tejido endometrial para definir la presencia o ausencia de decidua y vellosidades coriales, la presencia de decidua sin trazas de vellosidades coriales es una indicación orientadora, pero no constituye una prueba absoluta de embarazo tubario, dado que un aborto completo puede presentar una marcada reacción decidual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los cambios epiteliales atípicos del endometrio gestacional sobre los cuales llamo la atención arias Stella en 1954, han sido tema altamente polémico, como método histológico para diagnosticar un embarazo ectópico, sea como fuere, el hecho de que estos cambios endometriales puedan asociarse tanto con el embarazo normal como con un aborto espontáneo o un embarazo ectópico confiere a este cuadro histológico un escaso valor.

Diagnóstico específico para la detección de un embarazo extrauterino.

5). Laparoscopia, (26). El principal avance diagnóstico producido en el decenio pasado, que mejoró la precisión diagnóstica de un embarazo ectópico ha sido el empleo rutinario de la laparoscopia (45). Resulta util en especial en las pacientes en quienes se sospecha clínicamente un embarazo ectópico sin ruptura (16) y en las que no existen signos clinicos de hemorragia intraperitoneal. Dicha técnica ha reemplazado especialmente la técnica más engorrosa y difícil de la culdoscopia, como un método para visualizar los anexos por los que no nos ocuparemos de analizar la culdoscopia sin embargo la laparoscopia resulta insatisfactoria (27) en cuyo caso se requiere y se prefiere siempre una laparotomía para controlar la fuente de la hemorragia.

Lo único que demerita el empleo de la laparoscopia en el caso de un hematoma del cuerpo luteo, con derrame, en tales casos es altamente preferible el tratamiento conservador no operatorio, a menos que persista la hemorragia intra-abdominal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una vez que se ha encarado seriamente el diagnóstico clínico del embarazo ectópico, se impone visualizarse los anexos, -- por laparoscopia y graves por laparotomía, antes del alta de la paciente.

Este método ha reducido el error en el diagnóstico (2,6,-9), de un embarazo ectópico a un 4% mientras que con anterioridad se descubría que un 20% de las pacientes sometidas a una laparotomía a raíz de una sospecha de embarazo ectópico presenta un tracto reproductor normal.

En los países desarrollados es una práctica rutinaria en contrastes en los países en vías de desarrollo a los cuales la accesibilidad al método por el costo, manteniendo un sitio especializado dentro de la unidad hospitalaria.

7).- Ultrasonografía (13,26,32,36) con el advenimiento de la ultrasonografía (45) como método auxiliar en el diagnóstico de diferentes problemas ginecobstétricos, se ha demostrado su utilidad en el diagnóstico del embarazo ectópico estando en la actualidad como el método de más valor incluso que de la culdosente_{sis} y algunos aún sobre la culdoscopía, por no ser invasivo, --- de fácil y rápida realización, se han encontrado reportes de falsas positivas (26) en un 31.5 a un 29.6% estos porcentajes se-- han disminuido en reportes más actuales con el advenimiento del tiempo real y con la mayor experiencia (capacitación del operador del ultrasonido).

Las causas generales de falla diagnóstica (45) son en primer lugar la inexperiencia del operador, el uso de equipo con

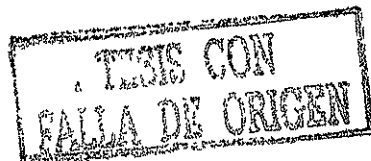
sistema biestable, en segundo lugar la similitud de datos ecsonográficos de patologías anexiales que pueden simular la de un embarazo ectópico y confundir el diagnóstico nosológico. La existencia de un embarazo resistente o no roto, con tumoraciones menores a 3 cms pueden quedar fuera de la capacidad para ser visualizadas e interpretadas en forma inadecuada, el método en forma aislada es un recurso con valor diagnóstico, sin embargo, no escapa a errores ya consignados anteriormente, por lo que todavía -- es controversial en base a reportes que aportan un 95% de certeza (21) en el diagnóstico de embarazo ectópico siendo este muy discutible.

8). Prueba de la ocitocina (4,12,22,26,44). Existe -- otro recurso clínico con un valor diagnóstico presuncional aplicable al embarazo abdominal y al embarazo ovarico en la cual al sospechar estas dos entidades en fases más o menos avanzadas de la gestación al administrar ocitocina por infusión la contractilidad uterina no es la esperada.

9). Diagnóstico diferencial (33,39). Entre un 25 a -- 35% de todos los embarazos ectópicos son mal diagnosticados, nunca debemos de pasar por alto la posibilidad de embarazo ectópico aún cuando la paciente sea soltera, divorciada

Aun con una anamnesis (32) cuidadosa debemos descartar:

1.- Amenaza de aborto.



- A) En este encontramos que el período de amenorrea es mayor que en el embarazo ectópico,
- B) El dolor que nos presenta es tipo calambre y no muy intenso.
- C) Ausencia de masa anexial.
- D) El útero generalmente está aumentado de tamaño, reblandecido y con cambios cervicales.
- E) En caso de presentar Shock, este es proporcional a la pérdida hemorrágica.

2). Enfermedad inflamatoria pélvica (46,5% casos) (39).

- A) En ésta encontramos que la historia de ataques recurrentes de esta entidad nosológica es muy frecuente
- B) Es Inusual que encontremos amenorrea.
- C) La sintomatología propia de esta entidad usualmente es bilateral.
- D) La hipertemia es frecuente y si esta se presenta generalmente excede los 38 grados centígrados.

3). Quiste torcido de ovario.

- A). Las menstruaciones son regulares.
- B). Presentación súbita de dolor acompañado de náuseas y vómito.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- C) Se palpa una masa ovárica suave y desplazable.
 - D) El útero no tiene las características de gestante.
- 4). Quiste hemorrágico del cuerpo luteo.
- A) Usualmente de difícil diagnóstico pre operatorio.
 - B) La causa más común de hemorragia intraperitoneal si no hay datos de embarazo ectópico.
- 5). Apendicitis aguda.
- A) Ausencia de signos y síntomas de embarazo,
 - B) Sin relación con la menstruación.
 - C) Dolor periumbilical con irradiación de cuadrante inferior derecho que se localiza en el punto de Macburney.
 - D) Rebote positivo.
 - E) Nausea anorexia a veces vómito y febrícula.
 - F) Exámen pélvico usualmente normal a excepción de dolor alto en cuadrante inferior derecho.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO.

Han pasado tan solo 100 años (26) desde que un embarazo ectópico perforado se ha convertido en una complicación quirúrgicamente curable, en lugar de constituir un acontecimiento fatal.

En 1876, Parry (8) comunico la primera experiencia del tratamiento operatorio del embarazo ectópico.

Robert Lawson Tait de Inglaterra (8), acredita el mérito de ser el primero en el uso de la salpingectomía para el tratamiento de un embarazo ectópico. En la actualidad, este procedimiento quirúrgico, permanece sin cambios (1,2,4,11,26,29,32, 33) por la notable mejoría registrada en las tasas de mortalidad es el resultado del diagnóstico precoz y del tratamiento eficaz del shock hemorrágico.

Medidas generales en el tratamiento del embarazo ectópico. Una observación importante realizada a partir de Tait (8) es el hecho de que la mortalidad disminuía 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 salina bien 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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En las últimas décadas (26) se ha despertado un interés por el enfoque quirúrgico conservador, ya que la técnica original de Tait (8) es la 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 fue uno de los primeros que se preocupó por la salpingostomía (26) en 1953, sin embargo solo 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 un 15% de un embarazo ectópico repetido (26).

Otros procedimientos también conservadores (32,35,38) como es la salpingostomía de Timonen y Nieminen en Finlandia que aportan un 36.1% de éxito y empleando un cateter transabdominal de politelileno dejado durante 6 semanas después de la operación empleando hidrocortisona y una solución de penicilina (200,000UI para hidrotubación diariamente durante la primera 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 producido en la pared uterina (41) la resección cornual y la reparación del defecto pueden realizarse en la más un 50% de los casos, mientras que se requiere una histerectomía en los casos restan-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tes en general, se reservan los esfuerzos para conservar el útero a 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 ovárico (2,6,-20,23,30) 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 ooforectomía que la controle.

El tratamiento del 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 (12,14,22).

Por tal motivo el tratamiento de la placenta (12,14,22) 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 metrotexate para acelerar la degene

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ración trofoblástica tal como lo determinan titulaciones seriadas de gonadotropinas coriónicas, la placenta debería ser extraída solo sin una pérdida excesiva de sangre.

Cuando se presenten dudas es mejor dejar la placenta en su lugar y esperar su esclerosis de su red vascular sanguínea (12,14,22).

El tratamiento de un embarazo cervical requiere habitualmente una histerectomía abdominal (28) aunque ocasionalmente puede realizarse una evacuación conservadora de un embarazo cervical muy precoz mediante dilatación y raspado (28) cuidadoso, - este procedimiento se ve complicado por una hemorragia profusa 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 (28).

MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

Las complicaciones postoperatorias realmente graves del embarazo ectópico son extraordinariamente raras, incluso en mujeres que han llegado al Hospital con una amenaza de aborto de cuadro agudo, las pacientes jóvenes en su mayoría, se recuperan con sorprendente rapidez en los casos en que se ha establecido el tratamiento correcto, incluso después de hemorragias intraabdomi

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

nales masivas. La duración del postoperatorio suele ser febril o subfebril. En el caso de haberse tratado de un antiguo ectópico, eventualmente infectado y si se han observado signos de una inflamación, sobre todo en la trompa no afectada, o bien se procede a una intervención conservadora. En los casos de esterilidad invertebrada en mujeres que desean ardientemente ser madres, se recomienda la administración profiláctica de un antibiótico de amplio espectro; de lo contrario los antibióticos solo se administran si hay fiebre, también en los casos de embarazo ectópico pueden observarse las complicaciones postoperatorias habituales, como afecciones pulmonares o pleurales, una embolia en casos extraordinarios, tromboflebitis, infecciones de la herida -- con infección secundaria de la pared abdominal, así como en raras ocasiones un cuadro suboclusivo, por ejemplo después de un embarazo tubarico antiguo infectado o después de pérdidas muy importantes de sangre y también de grandes formaciones de exudado, y a veces con formación de un absceso en el fondo de saco de Douglas pero en conjunto, todas las complicaciones postoperatorias indicadas con excepción de unas temperaturas febriles son relativamente raras.

Es muy conveniente comprobar la permeabilidad de las trompas que han escapado a la extirpación quirúrgica al cabo de un mes de la operación de un modo especial cuando se han realizado operaciones plásticas.

Cuando se advierte una impermeabilidad se recomienda -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

insuflaciones con bióxido de carbono (26), con lo cual suelen obtenerse buenos resultados después de operaciones motivadas por un embarazo tubarico se recomiendan también durante la primera semana, la instalación profiláctica de una solución de cortisona y antibióticos, sea como fuere, se discute el valor de este método, que a veces entraña incluso, cierto riesgo.

MORTALIDAD (32).

Recordemos como reminiscencia histórica, que hacia 1880, Schuta, (16) cifró en un 86.6% y Parry (8) en un 77,2% el porcentaje de mortalidad materna por embarazo ectópico que en aquellas épocas no eran operadas que morían pese a un tratamiento paliativo.

En una estadística conjunta, basada en diversas citas bibliográficas de más de 5.000 casos y correspondiente, mas ó menos a la época de 1930 a 1950 se informa sobre un índice de mortalidad del 4.1% por término medio (o con oscilación entre el 0.7 y el 9.2%).

De 1971 a 1975 el embarazo ectópico causó el 5,8% de todas las causas de muerte obstétrica directa,.

En 1975 la mortalidad por embarazo ectópico fue de un 12% de todas las muertes maternas en los Estados Unidos de Norteamérica.

Entre 1970 y 1977 el 15.4% de las muertes maternas --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

fueron causadas por complicaciones de embarazo ectópico (19). - Otros autores coinciden que el embarazo ectópico tiene por arriba del 11% de todas las muertes maternas en la Unión Americana, - 1980.

En estadísticas nacionales (1) la mortalidad es ocasional, (29) aunque las estadísticas reportan de 0.4 a 9.2% en nuestro Hospital en esta revisión retrospectiva de cinco años no se presentó ninguna muerte materna por embarazo ectópico o por sus complicaciones respecto al futuro obstétrico de estos pacientes - es malo ya que los factores predisponentes (4,5,6,10,31,32,35) y la posibilidad de un nuevo emb. ectópico es del 8% y sólo uno de cada 10 pacientes que han presentado embarazo intrauterino.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FERTILIDAD DESPUES DE UN EMBARAZO
ECTOPICO

El problema de la fertilidad tiene gran interés en relación con el asesoramiento de las mujeres que han tenido un embarazo ectópico.

Las causas de la disminución de la fertilidad han de buscarse, sobre todo en factores tubaricos (35).

En las mujeres con un embarazo ectópico se encuentran con mayor frecuencia las mismas alteraciones anatómicas y funcionales en las trompas capaces de ser responsables de la gran esterilidad desde el punto de vista etiológico (5,6,10,35,38). Por tanto, no ha de extrañar que el índice de intervenciones quirúrgicas a causa de un embarazo ectópico sea de 7 a 8 veces superior en las mujeres que habían sido sometidas anteriormente a tratamiento a causa de una esterilidad primaria o secundaria por consiguiente, en las mujeres que han tenido un embarazo ectópico son también mas escasas las perspectivas de otro nuevo embarazo, de un embarazo normal (35).

Las posibilidades de una concepción son muy escasas en las mujeres que han cumplido ya los 30 años de edad, y muy especialmente en los casos (35) en que se han desarrollado procesos inflamatorios en la pelvis menor.

Las circunstancias resultan especialmente desfavorables para aquellas mujeres cuya primera concepción finalizó en un em-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

barazo ectópico, La posibilidad de un posterior embarazo intrauterino es solo del 1,,10 casos de que queden nuevamente embarazadas, el peligro de nuevo embarazo ectópico es del 1:2 aproximadamente en estos casos (32),

En resumen puede afirmarse que una mujer, después de un embarazo ectópico, tiene un 46% de posibilidades de quedar nuevamente embarazada (32). Pero una de cada cuatro de estas mujeres volverá a tener un embarazo ectópico. Los índices sobre casos de embarazo ectópico repetido oscilan predominantemente entre un cinco y un diez por ciento; sin embargo también se han citado índices de entre 2 y 20% (32),

Por ello solo aproximadamente en una parte de las mujeres con embarazo puede contarse con la posibilidad de un hijo vivo según las experiencias de la clínica Mayo, las perspectivas han mejorado considerablemente en los últimos decenios, lo cual debe atribuirse, sin duda a un mejor asesoramiento y tratamiento en el campo de la esterilidad y del embarazo (32,35).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 460 expedientes del departamento de bioestadística del Centro Hospitalario " 20 de Noviembre " con el diagnóstico de embarazo ectópico' entre el lapso de tiempo comprendido entre enero de 1978 a julio de 1983 de los 460 expedientes revisados fueron eliminados del estudio 360 por haber tenido una enfermedad diferente al embarazo ectópico, tales como: salpingitis, quiste de ovario, amenaza de aborto, apendicitis, enfermedad inflamatoria pélvica, etc.

Los criterios de selección para el presente estudio fueron pacientes con embarazo ectópico comprobado por laparotomía. En total se estudiaron 98 expedientes, ninguna paciente con otro diagnóstico se incluyó.

Se realizó la descripción a través de gráficas y el análisis de las siguientes variables:

Edad dividida en quinquenios, estado civil de las pacientes (casadas, solteras, unión libre), ocupación de las pacientes. Número de gestaciones previas número de partos previos, número de abortos y ceráreas, antecedentes de embarazo ectópico, esterilidad e infertilidad, uso de anticonceptivos, realización de salpingoclasia, signos y síntomas entre los que figuran: Amenorrea, dolor abdominal, hemorragia transvaginal presencia de masa anexial, presencia de sintomatología gestacional, palidez de tegumentos, omalgia, presentación de lipotimias, diagnóstico de ingre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

so, resultados de estudios de laboratorio tales como: valores de hemoglobina, ultrasonografía pelvica, laparoscopia, culdocentesis, en cuanto a los hallazgos de la laparotomia se analiza la presencia de hemoperitoneo, el tipo de tratamiento quirurgico impartido, el sitio de la localización de embarazo ectopico y la evolución post-operatoria de las pacientes.

El diseño experimental fué catalogado como retrospectivo transversal y abierto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

- 1.- Conocer la frecuencia de embarazo ectópico.
- 2.- Conocer los factores predisponentes de esta anomalía de implantación ovular,
- 3.- Determinar el grado de influencia que tienen cada uno de estos factores.
- 4.- Conocer cuál o cuales son las manifestaciones clínicas más relevantes con las que se nos presenta esta entidad en nuestro hospital.
- 5.- Evaluar la utilidad de los métodos de diagnóstico con que contamos en nuestro hospital.
- 6.- Conocer el tratamiento y la morbi mortalidad de las pacientes con embarazos ectópicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

En el grupo estudiado, el promedio de las pacientes fué de 28.4 años con una distribución por grupos etareos como se muestra en el cuadro no. 1 encontrándose el 82.6% de la población estudiada incluida entre los 21 a 35 años.

El estado civil de las pacientes del grupo estudiado se muestra en el cuadro no. 2 observándose pacientes casadas en un 77.5% y no casadas en un 22.4%.

La ocupación de las pacientes se muestran en el cuadro número 3 en cuanto al número previo de gestas encontramos una distribución que se muestra en el cuadro número 4, el 73.4% de las pacientes tuvieron de 1 a 4 gestas al presentar el embarazo ectópico con un promedio de 3.39 gestas por paciente. La frecuencia de la paridad se muestra en el cuadro número 5, observándose que del grupo estudiado se obtuvo un promedio de 1.55, partos previo, es importante señalar que del grupo estudiado 31.6% de las pacientes no habían tenido partos previos y 56.1% de las pacientes eran nulíparas o con un parto previo.

Los abortos previos se enumeran en el cuadro no. 6 se encuentra un promedio de 0.59 abortos por paciente, sin embargo es importante señalar que 42.8% de las pacientes estudiadas tuvo -- cuando menos un aborto previo.

La frecuencia de cesárea en las pacientes del grupo estudiado que se ilustra en el cuadro no. 7, que se observa que del



total de pacientes estudiadas un 14.28% presentó antecedentes de cesárea previa. De las pacientes del grupo estudiado el antecedente de embarazo ectópico previo se presentó en 7 pacientes con un 7.1% de aparición. En cuanto al antecedente de leucorrea está se presentó en 9 pacientes que constituyen un 9.9% de los casos.

El antecedente de esterilidad previa se presentó en 6 - pacientes del grupo (6.1%).

La fertilidad previa se presentó en sólo 3 pacientes -- del grupo (3 %)

En el grupo de estudio, las pacientes recibieron antecedentes de empleo de métodos anticonceptivos en un (79.5%) de los cuales (79 pacientes) se muestra la distribución en el cuadro número 8. se observa, que las pacientes tenían antecedentes de salpingooclacia en 6 casos (6.1%), antecedentes de uso de dispositivo intrauterino previo en 25 pacientes (25.5%), con 4 pacientes con el dispositivo intrauterino in situ (4.08%), empleo de anticonceptivos hormonales en 37 pacientes (37.7%).

En cuanto a las manifestaciones clínicas se encontró -- amenorrea en 64 pacientes, (65.3%), observándose amenorrea mínima de 4 semanas máxima de 13 semanas con un promedio de 8.1 semanas. La frecuencia de la amenorrea se observa en el cuadro número 9.

El dolor abdominal se presentó en 94 pacientes 95.9%. - La presencia de hemorragia transvaginal se reportó en 79 pacientes (80.6%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El hallazgo clínico de tumoración anexial se encontró en 47 pacientes (47.9%)

En el grupo estudiado solamente 12 pacientes refirieron síndrome gestacional (nausea, mastodinia, mareos, etc.), lo cual representa el 12.24%.

Durante el examen clínico se detectó en 5 pacientes (5.1%) palidez de tegumentos.

En esta serie 12 pacientes (12.2%) refirieron omalgia.

De las pacientes estudiadas 24 refirieron lipotimias (24.4%).

En cuanto a los diagnósticos preoperatorios en el cuadro número 10 se resumen los contenidos de los diagnósticos de ingreso de las pacientes del grupo estudiado, cabe mencionar que en 81 pacientes (82.6%) se incluye la posibilidad de embarazo ectópico en los diagnósticos de Ingreso.

Los valores de hemoglobina de las pacientes del grupo estudiado se muestran en el cuadro número 11.

Del grupo estudiado se les efectuó ultrasonografía pélvica a 44 pacientes (44.8%), como se muestra en el cuadro número 12, de las pacientes a las que se les practicó ultrasonografía pélvica se consideraron certero el diagnóstico ultrasonográfico en el 81.8% de los casos (36 pacientes) y certero o aproximada-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mente en 95.4 de los casos (42 pacientes).

En cuanto a otros procedimientos de diagnóstico se encontró que se practicó laparoscopia a 3 pacientes con el diagnóstico certero y culdocentesis a 4 pacientes (4.0%) resultando positiva.

El tiempo de evolución del cuadro en las pacientes estudiadas se muestra en el cuadro no. 13.

En las pacientes del grupo de estudio se encontró como hallazgo en la laparotomía exploradora hemoperitoneo en 97 pacientes (98.9%).

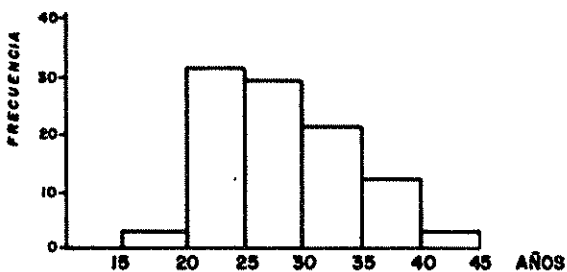
El tratamiento quirúrgico instituido se muestra en el cuadro no. 14, siendo salpingectomía o salpingooforectomía en el 92.8% de los casos (31 pacientes).

En el postoperatorio inmediato todas las pacientes se reportan en buenas condiciones. La localización del embarazo ectópico fué en el lado derecho en 55 pacientes (56.1%), en el lado izquierdo 42 pacientes (42.8%) y en una paciente embarazo cervical (1.0%). La localización del embarazo en el cuadro no. 15 se resume.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE EDADES DE LAS PACIENTES
CON EMBARAZO ECTOPICO EN EL CENTRO HOS-
PITALARIO "20 DE NOVIEMBRE" 1978 - 1983.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON EMBARAZO
ECTOPICO EN EL CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE "
1978 - 1983.

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
CASADAS	76	77.5%
SOLTERAS	15	15.3%
UNION LIBRE	6	6.1%
DIVORCIADAS	1	1.1%
T O T A L	<u>98</u>	<u>100 %</u>

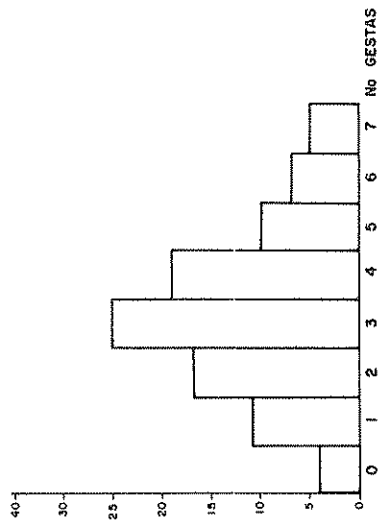
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 3

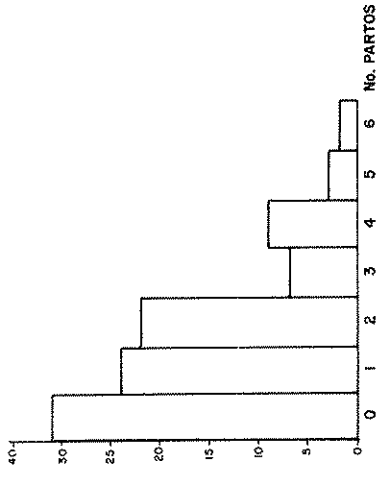
OCUPACION DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON EMBARAZO
ECTOPICO EN EL CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE"
1978 - 1983.

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
HOGAR	42	42.8%
MAESTRA	23	23.4%
ESTUDIANTE	3	3.1%
EMPLEADA	28	28.5%
PROFESIONISTA	1	1.1%
SECRETARIA	1	1.1%
T O T A L	<u>98</u>	<u>100%</u>

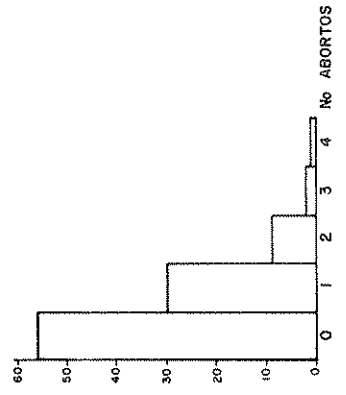
CUADRO No 4
FRECUENCIAS DE GESTACIONES EN LAS PACIENTES CON
EMBARAZO ECTOPICO EN EL CENTRO HOSPITALARIO
" 20 DE NOVIEMBRE " 1978 - 1983



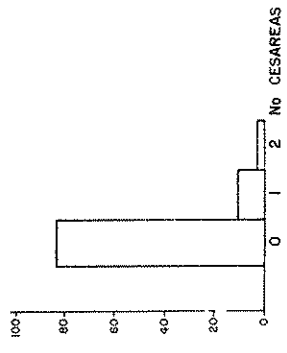
CUADRO No 5
FRECUENCIA DE PARTOS EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO
ECTOPICO EN EL CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE "
1978 - 1983



CUADRO No 6
FRECUENCIA DE ABORTOS EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO
ECTOPICO EN EL CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE "
1978 - 1983



CUADRO No 7
FRECUENCIA DE CESAREAS EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO
ECTOPICO EN EL CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE "
1978 - 1983.



TESIS CON
VALIA DE ORIGEN

CUADRO No. 8

METODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD UTILIZADOS PREVIAMENTE
 POR LAS PACIENTES QUE PRESENTARON EMBARAZO ECTOPICO EN EL-
 CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE "

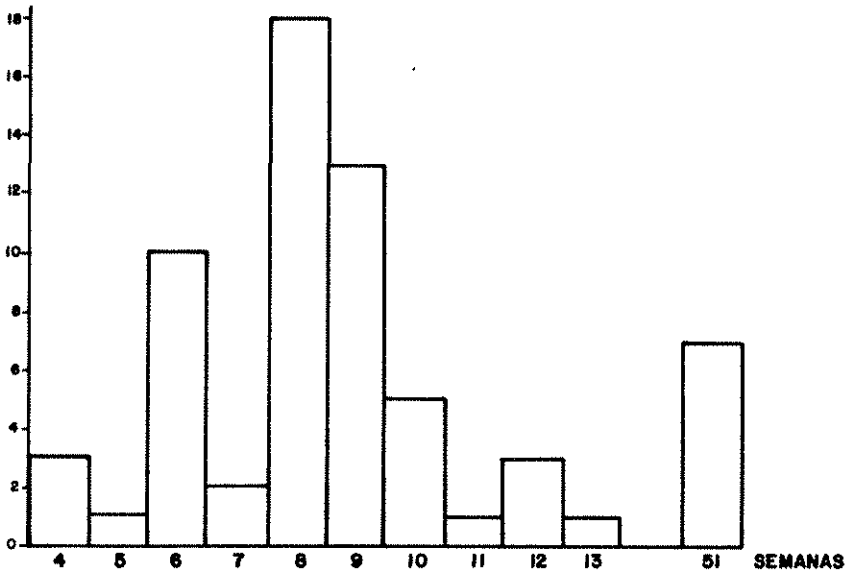
1978 - 1983

	NUMERO	PORCENTAJE
ANOVULATORIOS HORMONALES	37	37.7%
DISPOSITIVO INTRUTERINO	25	25.5%
METODOS LOCALES	7	7.1%
SALPINGOCLASIA	6	6.1%
RITMO	<u>3</u>	<u>3.0%</u>
T O T A L	79	79.5%

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 9

TIEMPO DE ANEMORREA EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO EN EL CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE" 1978 - 1983.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 10

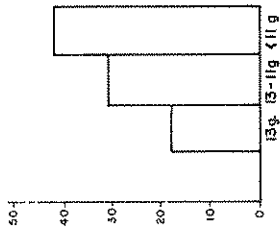
DIAGNOSTICO DE INGRESO DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON
EMBARAZO ECTOPICO EN EL CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NO-
VIEMBRE "

1978 - 1983

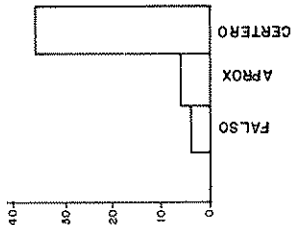
EMBARAZO ECTOPICO	81
PROBABLE QUISTE TORCIDO DE OVARIO	7
MIOMATOSIS UTERINA	2
ANEXITIS	4
APENDICITIS	4
PROBABLE PERFORACION UTERINA	5
CHOQUE	6
ENDOMETROANEXITIS POSTABORTO	7
AMENORREA DE 9 SEMANAS	1
UROSEPSIS	2
ULCERA GASTRICA	1
PIOSALPINX	2
LITIASIS RENAL	1
ANEMIA SEVERA	2

TRIS CON
FALLA DE ORIGEN

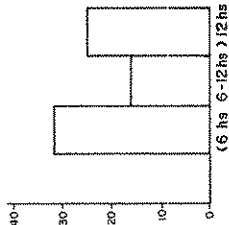
CUADRO No 11
CIFRAS PREOPERATORIAS DE HEMOGLOBINA EN LAS PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL CENTRO
HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE " 1978 -1983.



CUADRO No 12
UTILIDAD DIAGNOSTICA DEL ULTRASONIDO EN PACIENTES
CON EMBARAZO ECTOPICO EN EL CENTRO HOSPITALARIO
" 20 DE NOVIEMBRE " 1978 -1983



CUADRO No 13
TIEMPO DE EVOLUCION PREOPERATORIO DEL CUADRO CLINICO
DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO EN CENTRO
HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE " 1978-1983



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 14

TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO
ECTOPICO EN EL CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE "
1978 - 1983

	NUMERO	PORCENTAJE
SALPINGECTOMIA	47	47.9%
SALPINGOFORECTOMIA	44	44.9%
FIMBRIECTOMIA	3	3.0%
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMI <u>NAL</u>	3	3.0%
APENDICECTOMIA AGREGADA	1	1.1%
T O T A L	<u>98</u>	<u>100%</u>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 15

LOCALIZACION ANATOMICA DEL EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES
CON ESTA PATOLOGIA EN EL CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NO-
VIEMBRE "

1978 - 1983

LOCALIZACION	NUMERO
CORNUAL	1
ISIMICO	11
AMPULAR	10
FIMBRIA	12
INTRALIGAMENTARIO	1
CERVICAL	1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMENTARIO

En nuestro estudio encontramos que la distribución por edades es mayor en el grupo de 21 a 35 años con 82.6% de las pacientes, lo cual confirma que la mayor frecuencia del embarazo ectópico sucede durante la vida sexual activa y reproducción más importante.

El estado civil de las pacientes dió como resultado 77.5% - de casadas y 22.4% de no casadas esto muestra cierta diferencia - con otros grupos de población abierta. (salpingoclasia en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre ") (14), en que se encuentra - que el 85.4% de la población es casada contra el 14.5% de no casadas, comparando el grupo en estudio se observa una mayor proporción de pacientes no casadas que presentan embarazo ectópico.

La ocupación de las pacientes no muestra diferencia significativa en comparación con el estudio antes citado (salpingoclasia en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre") (14).

En cuanto a las gestas se aprecian que la presentación del embarazo ectópico es más frecuente en pacientes con número medio de gestaciones (de 2 a 4), sin embargo el padecimiento se ve con mucho mayor frecuencia en mujeres de baja paridad, incluso en un 31.6% en pacientes nulíparas, igualmente consideramos significativo el hecho de que el 42.8% de las pacientes presenten cuando menos un aborto.

El antecedente de cesareas previas es algo mayor de lo esperada si lo comparamos con las cesareas previas de la poblaci3n en estudio de "salpingoclasia en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre", en que se reporta una frecuencia de 9.5% este dato es m1s significativo si se considera que la poblaci3n del estudio citado son pacientes con mayor edad y paridad satisfecha donde se esperar1a un 1ndice de cesareas mayor. Este antecedente de cirug1a --previa se ha relacionado con la presentaci3n de embarazo ectopico por diversos autores.

Considero de mucha importancia la presentaci3n de 7.1% de -embarazos ectopicos previsto en nuestra serie, lo cual rebasa lo -esperado en una poblaci3n abierta, por lo cual se relaciona el --hecho de haber padecido un embarazo ectopico como factor de riesgo para presentar otro embarazo ectopico nuevamente. De igual manera el antecedente de esterilidad en nuevas poblaciones es mayor al esperado y se considera un factor de riesgo para la presentaci3n de padecimientos.

El antecedente de la leucorrea e infertilidad no se le considera significativo en este grupo.

En cuanto el empleo de m1todos anticonceptivos es de relevante importancia al antecedente de salpingoclasia (4-6) el cual se present3 en un 6.1% de los casos, lo cual rebasa ampliamente las cifras esperadas en esta poblaci3n que ser1an de 0 a 1 % y confirma algunos reportes en la literatura que asocian la salpingoclasia al embarazo ect3pico por fistulizaci3n de las trompas uterinas-

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

posterior al procedimiento. También es de relevancia el alto número de pacientes usuarias de DIU (25.5%) y hormonales orales --- 37.7% (2,6,20,23,30).

El análisis de las manifestaciones clínicas que muestra que el síntoma pivote del padecimiento es el dolor abdominal(4,32), el cual se presentó en un 95.9% de los casos, igualmente importante es la presencia de hemorragia transvaginal (80.6%), y las alteraciones menstruales . (65.3%), datos clínicos en los cuales se basa el diagnóstico de embarazo ectópico. Es importante señalar que la -- presencia de tumoración anexial sólo se detectó en 47.9% de los casos por lo que triada de dolor, hemorrágica y masa anexial no se integró en la mayoría de las pacientes de este grupo.

La amenorrea reportada por nuestros pacientes de este grupo con promedio de 8.1% coincide con lo reportado por otros autores.

La presencia de omalgia (4,11-32) en 12.2% aunque no es muy frecuente el dato positivo es sumamente valioso para integrar el diagnóstico al igual que la presencia de lipotimias (24.4%).

Es importante señalar la baja frecuencia de presentación del síndrome gestacional en las pacientes estudiadas.(12.2%). El diagnóstico del embarazo ectópico continua siendo eminentemente clínico (4-11-32), en este grupo de estudio se sospecho el diagnóstico de embarazo ectópico previo a la cirugía en un 82.6% de los casos en cuanto a los estudios de laboratorio y gabinete se observó anemia con cifras de hemoglobina menores a 11 en el 42.8%

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

de los casos, es de gran importancia mencionar el papel de la ultrasonografía (13,26-32-36) en el estudio de estas pacientes. En nuestro grupo este estudio sólo se practicó en el 44.8% de los casos las posibles razones pueden ser por pacientes en estado crítico que requirieron laparotomía inmediata, ingreso de casos a horas o días no hábiles cuando no funciona la unidad de ultrasonografía etc., sin embargo a las pacientes que se les practicó el estudio la precisión diagnóstica de certeza aproximación fué en un 95.4% lo cual lo convierte en un auxiliar del diagnóstico de gran precisión en esta unidad.

La laparoscopia diagnóstica (16,26,45) en nuestro estudio consideramos se encuentra subempleada, ya que este recurso es de alta precisión sin embargo en nuestra serie sólo se practicó en el 3% de los casos.

En el grupo de estudio de culdocentesis (1--4-26-32-33) fué de utilidad en todos los pacientes que se efectuó a pesar de Haber sido en número reducido (4%) ya que el 98.9% de nuestra paciente eran portadoras de hemoperitoneo.

En cuanto al tiempo de evolución de nuestro cuadro en serie la mayor parte de las pacientes (32.6%) su cuadro de evolución en menos de 6 horas, sin embargo desgraciadamente en nuestro estudio existe un 25.5% de pacientes en las que se desconoce su tiempo de evolución del cuadro agudo.

El hallazgo de hemoperitoneo en 98.9% de nuestra pacientes traduce que el diagnóstico de embarazo ectópico se hace tardíamente -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en nuestro medio y en la mayor parte de nuestros casos esto evoluciona hasta la ruptura del saco gestacional, probablemente una mayor utilización de los recursos diagnósticos como laparoscopia y la ultrasonografía redundaría en diagnósticos más tempranos del padecimiento (1-4-13-26-32-33).

En la mayoría de las pacientes de nuestra serie el tratamiento quirúrgico fué la salpingectomía o salpingooforectomía (4-11-32) con buenas respuestas de la paciente en el postoperatorio inmediato.

En cuanto a la localización del embarazo ectópico en nuestra serie esta no muestra diferencias significativas en cuanto al sitio de implantación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia encontrada de embarazo ectópico fué de --
0.44%, sin embargo en el tiempo de estudio (5 años)ocu--
rriendo 21,784 nacidos vivos representando una propor---
ción de 1:200 cifra que concuerda con lo reportado en --
la literatura.
- 2.- Se observó que el dispositivo intrauterino representa---
un factor predisponente significativo (25.5%) así como--
el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica (9.1%)
El antecedente de salpingoclasia estuvo presente en un~
6.1% lo cual concuerda con lo reportado en la Literatura
Mundial.
- 3.- En cuanto a las manifestaciones clínicas fué uniforme --
la triada clásica de dolor, hemorragia genital y masa --
anexial en presencia de amenorrea, lo cual concuerda con
lo escrito en la Literatura hasta el momento.
- 4.- El método diagnóstico más utilizado y de mayor valor co-
mo auxiliar fué la ultrasonografía, representando por un
81.1% de certeza. La utilidad de la laparoscopia en el
diagnóstico no pudo evaluarse adecuadamente por ser un -
procedimiento de reciente manejo en nuestro hospital y -
por estar sujeto a un horario determinado.

Sin embargo, su valor debe ser considerado dado que, en-

**ESTA TESIS NO SALIÓ
DE LA BIBLIOTECA**

3 pacientes a las que se les practicó aporta un 100% de certeza. Por lo que considero podría ser motivo de evaluación en estudios subsecuentes.

5. El tratamiento quirúrgico efectuado, siguió con los lineamientos establecidos de acuerdo a la localización resultando la salpingectomía, el procedimiento más usado reservando la histerectomía únicamente en dos casos que así lo ameritaron resultados por un embarazo cervical y un embarazo cornual. La morbimortalidad por concepto de embarazo ectópico fué de 0% en base a un diagnóstico oportuno y -- tratamiento correcto.

EL HUEVO NO SOLO LABRA
SU LECHO;
SINO TAMBIEN
SU TUMBA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AMHGO No. 3 IMSS. Ginecología y Obstetricia. Segunda -- Edición. 1980.
- 2.- Arkutu A. A.: Concurrenty Intrauterine and Ovarian Preg- nancy a case Report. Int. J. Ginecol. Obstet. 17:396' - 1980.
- 3.- Akerlun M: Miometrial Activity and Endometrial Blood -- Flow in an Ectopic Pregnancy. Acta Obstet. Ginecol --- Scand 57:479. 1981.
- 4.- Botella Lluçia J. Tratado de Ginecología. Tomo II. --- Doceava. Edición. 1981.
- 5.- Brenner Pf, Benedetti T. Mishael Dr. Jr: Ectopic Preg-- nancy Following Tubal Sterilization Surgery 49:323. --- 1977.
- 6.- Bernard K. Jerome HG: Ovarian Twin Pregnancy. Obstet -- Ginec. 55:275. 1980.
- 7.- Berger B. Blechner J. Et. Al: Ovarian Pregnancy Asosia- ted with Copper-7. Intrauterine Device. Obstetric And - Gynecology 52:5 1978.
- 8.- Bulman E. Tesis Embarazo Ectópico U.N.A.M 1967.
- 9.- Chidiac A. Et. Al: Ovarian Ectopic Pregnancy in Asociat- ion with - 7 Intrauterine Device in situ, Fertility and- Sterility 32:1. 1979.
- 10.- Chávez A. J. y Cols. Nuevos Factores etiológicos del Em- barazo Ectópico. Ginecología y Obstetricia de México. - 44:265. 1978.
- 11.- Dexeus F. S. Tratado de Ginecología. 1970.
- 12.- Gordillo E. J. y Cols: Embarazo Abdominal Análisis de - 10 casos. Ginecología y Obstetricia de México 44:265. - 1978.
- 13.- Gitstein, S. Ballas S. Schujman E. Peyser Mr. Toof R: - Early Pregnancy Cervical Ultra Sonic Diagnosis and Con- servative 6 Treatment Obsetet Gynecol. 54:758. 1979.
- 14.- Gaviño F. Salpingoclasia por Laparoscopia y Minilaparo- tomia en el C.H. "20 de Noviembre". 1983.



- 15.- Girard I. Behamdauni M. Larose Jc: Primary Ovarian Pregnancy Ovarian Asosiated with The Dalkon Shield Iud. Obstet and Gynecology Jama 51:403. 1978.
- 16.- Greer Higino del Angel: Embarazo Ectópico. 1977.
- 17.- Hutchins, CJ: A Sensitive Hemagglutination Assayo of --- Human Chorionic Gon Dotropin in The Diagnosis of Ectopic Pregnancy. Obstet Ginecol. Jama. 52:499. 1978.
- 18.- Hallatt CJ: Ectopic Pregnancy Associated with de Intra--uterine Device. A.M.J. Obst and Ginecol. 125:754. 1976.
- 19.- Kitchin Jd, wein Rm. Nunley Wc. Thiagarjh S, Thornton --WN: Ectopic Pregnancy current Clinical Tends. Am. J. Obs tete Ginecol. 870. 1979.
- 20.- Klaus Co, Manuel RC, Narciso C.R, Silva ER, José AA. --- Embarazo Ovárico. Informe de tres casos. Ginec. Obstet - Mâx. 49:273. 1981.
- 21.- Levi S. Lebilw P. The Diagnostic Value of Ultrasono ---graphy in 342 suspected cases of Ectopic Pregnancy. Acta Obstet. Ginecol. Scand 59:29. 1980.
- 22.- Morales I. Embarazo Ectóico Abdominal "Hospital Juárez. Diciembre de 1963.
- 23.- Muelas M. López F. de Agustín P. Ovarian Pregnancy. Acta Obstet Ginecol. Hisp Luset. 27:417. 1979.
- 24.- Ma KII MM, Evans IM, Yang S: Interstitial Twin Pregnancy. Obst. and Gynecol. Scand. 56. 1977. (Letter).
- 25.- Menahem Pd. Bergman R. Delighdishl L, Cervico-Isthmic --Pregnancy Carried To Term. Obst and Gynecology. 56:247 - 1980.
- 26.- Mattingly Rf: Embarazo Ectópico. The Linde Rw. Capítulo- lo 18 316.
- 27.- Mac*Causland A: High Rate of Ectopic Pregnancy Following laparoscopic Tubal Coagulation Failures. AM. J. Obstet.- Gynecol. 136:1. 1980.
- 28.- Nelson Rm. Bilateral Internal Iliac Antery Ligation in -cervical Pregnancy. Conservation of Reproductive Func---tion. Am. J Obstet Gynecol. 134:145. 1979.
- 29.- Novak ER, Jones WHÑ Embarazo Ectópico. Tratado de Gineco logia. Capítulo 26. 251.



- 30.- Ortíz Peralta O. VaC GC, Benegas ZJ: Ful Term Ovarian - Pregnancy Evaluation of Exytocyn In Its Diagnosis. Gyne col. Obstet Mex. 41:131. 1977.
- 31.- Ortíz CML, Vera GD, Casanova An: Embarazo Ectópico Co-- rrelación Clinicopatológica. Ginec. Obstet Mex. 40:355-1979.
- 32.- O. Kaser y Cols. Ginecología y Obstetricia. Primera Edi-- ción. 1971.
- 33.- Phantom Ob-Gyn Notes. 1975.
- 34.- Prichard J. Hellman L. Williams: Obstetricia. Primera - Edición.
- 35.- Ruíz V. y Cols: Fertilidad Post embarazo Tubario. Gine-- cología y Obstetricia. México. 47:279. 1980.
- 36.- Shor V. y Cols. Diagnostico Ecosonográfico de las Tumo-- raciones e r Ginecología. Ginecología y Obstetrícia de-- México. 49:292. 1981.
- 37.- Sanginés A. Topete LM, Cervantes JF, Okuysen Cerda K,-- Ahued JR. Embarazo Cervical Informe de un caso. Gineco-- logía y Obstetricia de México. 50:301. 1982.
- 38.- Stangel JJ: Manejo Quirúrgico Conservador del Embarazo-- Tubario. Carta al Editor.
- 39.- Schuartz R. O. ET. A1: B-HCG As A Diagnostic Aid For -- Suspected Ectopic Pregnancy. 56:2. 1980.
- 40.- Schonberg L: Ectopic Pregnancy and First Trimester Abor-- tion Obsted and Ginecology. 49:73. 1977.
- 41.- Salazar Chavarría: Embarazo ectópico enel C. H. "20 de-- Noviembre . 1971.
- 42.- Twiggs LB. Stumpf GP, Davajan V: Unilrteral Twin Inters-- titial Ectopic Pregnancy. Obst and Ginecology. 70. 1975.
- 43.- Tenorio CJ. Cerón EA: Embarazo Ectópico General Unilate-- ral. GMEC. Obst. Mex. 44:391. 1978.
- 44.- Torris H, Henrion R, Delecucor M: Embarazo Ectópico Gine-- cología y Obstetricia.136.
- 45.- Zamora Orozco J. ET. al . Echosonografía in the diagno-- sis of Ectopic Pregnancy. Ginecol. Obstet Mex. 46:403.- 1979.

