

1121750
21



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE LA MUJER
S. S. A. A.
HOSPITAL DE LA MUJER
DEPTO. DE EMERGENCIA MEDICA

**EMBARAZO ECTOPICO
ESTUDIO DE 100 CASOS EN EL HOSPITAL
DE LA MUJER**

III B

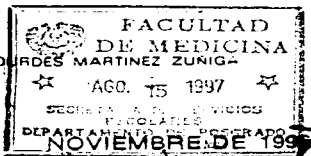
T E S I S

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

ASESOR: DRA. MARIA DE LOURDES MARTINEZ ZURIGA



MEXICO, D. F.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES

(Elisa y Refugio)

Con gran amor y profundo
agradecimiento, por todo el
apoyo que me brindaron a lo
largo de mi carrera.

A mi mama que con su fortaleza
y espiritu de lucha, me inyectó
las fuerzas para seguir adelante
sin decaer.

A mi papa por el cariño y apoyo
moral que siempre me brinda.

A MIS HERMANAS

(Aida, Nabe, Mary, Yessenia, Nety,
Lili)

Por la confianza depositada en mi,
y por su apoyo incondicional que
me brindan en cada momento.

LA DRA. M. LOURDES MARTINEZ ZUNIGA

or su amistad y por su asesoria en
a elaboración del presente trabajo.

Un agradecimiento muy especial a
todos los Doctores que contribuyeron
en mi formación a lo largo de la
carrera.

**EMBARAZO ECTOPICO
ESTUDIO DE 100 CASOS EN EL
HOSPITAL DE LA MUJER**

INDICE

	Página
DEFINICION	4
ASPECTOS HISTORICOS	4
INCIDENCIA	5
ASPECTOS DEMOGRAFICOS	6
MORBILIDAD Y MORTALIDAD	6
FISIOPATOLOGIA	7
ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO	8
SITIOS DE IMPLANTACION	15
DIAGNOSTICO	18
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	27
TRATAMIENTO	29
COMPLICACIONES	32
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
HIPOTESIS	35
OBJETIVOS	36
METODOLOGIA	37

INDICE

	Página
RESULTADOS	38
GRAFICAS	42
DISCUSION	52
CONCLUSIONES	58
BIBLIOGRAFIA	59

DEFINICION

El embarazo ectopico es la implantación o nidación del huevo fecundado fuera de la capa endometrial que cubre la cavidad uterina.

Su nombre proviene del griego donde "ec" quiere decir fuera y "topos" lugar.

ASPECTOS HISTORICOS

El embarazo ectopico fue descrito por primera vez por ALBUCAIS en 963 (1)

En 1693 BUSIER fue el primero que reconoció un embarazo ectopico en el cadaver de una mujer ejecutada Paris. (2)

En 1731 GIFFORD hizo una publicación completa en la que describe el estado en que el ovulo fertilizado se había implantado fuera de la cavidad uterina. (2)

En 1844 LAWSON TAIT publico la primera operación exitosa en una paciente con embarazo ectopico. (3)

En 1878 SPIEGELBERG presento los cuatro criterios para establecer la presencia de embarazo ovarico. (4)

En 1942 STUDIFORD describe los criterios para el diagnostico de embarazo abdominal. (5)

En 1947 PALMER contempla la cirugía laparoscópica (1)

En 1953 Strome mostró la utilidad del manejo conservador como un procedimiento factible, seguro y efectivo. (6,7)

En 1954 ARIAS STELLA describe la alteración endometrial conocida como fenómeno de Arias Stella.

En 1962 GRANT describe la técnica de expresión digital (6)

En 1965 HRESHCHYSHYN Y en 1968 LATHORP fueron los pioneros en el manejo médico con amniopterina y metotrexate respectivamente. (1)

INCIDENCIA

En general, las tasas de embarazo ectópico se calculan sobre el total de embarazos notificados, (es decir nacimiento de productos vivos, abortos espontáneos o legales y embarazos ectópicos informados. (8)

Su incidencia global es de 0,3 a 1% de todos los embarazos. Otros autores informan de 1 en 50 embarazos hasta 1 en 300 . (9)

La incidencia se ha visto incrementada en las últimas décadas. En Estados Unidos se ha triplicado entre los años 1970s y los años 1980s, de 4.3 en 1970 a 14.3 por 1000 embarazos en 1986. (10)

Stok (11) en una gran revisión de todos los embarazos ectópicos ocurridos entre 1965 y 1985 en un centro urbano estadounidense, refiere una tasa actual de 16.9 por 1000 embarazos notificados. De la misma manera Westron en Suecia, señala una duplicación de las tasas de embarazos ectópicos, entre 1960 y 1979, incrementándose desde 5.8 hasta 11.1 por 1000 embarazos notificados.

En México, Esperanza (12) menciona una tasa promedio de 0.30% , para el tiempo comprendido entre los años 1961

a 1970. Se refiere en este trabajo un incremento de 1.7 a 1.8 por 1000 partos, entre el primero y el ultimo año de estudio, sin embargo aclara que en el transcurso de este tiempo disminuyo el numero de partos atendidos.

Martinez (13) menciona una tasa de 2.1 por 1000 partos, para el año de 1984. Mientras que Cervera (14) menciona una tasa de 3.1 por 1000 partos.

En el Hospital de la Mujer en un estudio retrospectivo realizado en Enero de 1981 a Diciembre de 1983 se reporto una frecuencia de embarazo ectopico de 1:197 nacimientos. (15)

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

En Estados Unidos, segun las estadisticas del "Center For Disease Control" se reportaron tasas mas elevadas de embarazo ectopico en mujeres que tenian de 35 años de edad o mayores. Aunque la mayor parte de casos se presento en la edad de 25 a 35 años. El riesgo de embarazo ectopico aumento con la edad, presentando tasas hasta tres veces mayores en mujeres de 35 a 44 años y dos veces mayores en mujeres de 25 a 34 años al compararlas con las que tienen entre 15 y 24 años. (11)

En relacion con la raza se observo que las tasas para cada grupo fueron mas altas para las mujeres de raza negra.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Posterior a un embarazo ectopico, aproximadamente 50% de las pacientes cursaran con problemas de esterilidad; del 6 a 27% tendran recurrencia y solamente un tercio de los casos lograran subsecuentemente un embarazo viable de término. (6)

A pesar de que el numero de embarazos ectopicos se ha visto incrementado en la ultima decada, la mortalidad ha disminuido considerablemente, esto quizas debido a los avances tecnologicos que permiten establecer un diagnostico temprano y tratamiento oportuno.

En Estados Unidos la mortalidad por embarazo ectopico tuvo una disminucion global de siete veces, desde 3.5 muertes por 1000 embarazos en 1970 hasta 0.5 en 1983.

(8)

FISIOPATOLOGIA

Existen teorias fisiopatologicas que se suponen subyacentes al embarazo ectopico, entre las que se encuentran alteraciones anatomicas, desequilibrio hormonal, y defectos inherentes del huevo fecundado. Las condiciones que impiden o retrasan la migracion del huevo fertilizado al utero pueden causar gestacion ectopica. (8,10,16)

La causa anatomica mas comun es la alteracion o la lesion de la superficie de la mucosa de las trompas de Falopio, lo que impide el transporte normal del embrión al útero. Es probable que este mecanismo explique cerca de la mitad de los embarazos ectopicos. La causa mas usual es la retraccion cicatrizal debido a procesos infecciosos, alteraciones inflamatorias, intervenciones quirurgicas y exposicion al Dietilestilbestrol (DES). Independientemente de la causa de la denudacion del epitelio se altera la funcion sincronica normal de los cilios.

En el embrión puede haber defectos que aún no están bien definidos. Se ha sugerido que el aumento del riesgo de embarazo ectopico puede reflejar casos de óvulos inmaduros expulsados de manera prematura.

huevos postmaduros ovulados de manera tardía con tendencia a implantarse antes de llegar al útero.

Las alteraciones hormonales causadas por inducción de ovulación o administración de estrógenos y progestágenos puede alterar los mecanismos de transporte dentro de la trompa de Falopio. En condiciones normales, los estrógenos incrementan la actividad del músculo liso y explican el tono muscular del istmo incrementado de manera particular, que facilita al parecer la retención del óvulo fecundado en la región ampular durante varios días. Por otra parte la progesterona disminuye la actividad del músculo liso y, durante la fase luteínica, facilita la migración del óvulo hacia el útero. En consecuencia las concentraciones suprafisiológicas de estradiol o progesterona pueden inmovilizar los cilios tubarios o el músculo liso, e impedir la retención normal del óvulo fecundado, en el ampula, o la liberación subsiguiente de este hacia el istmo para iniciar su migración. A la inversa, También concentraciones subóptimas de estrógenos y progesterona, o los trastornos en sus proporciones, podrían predisponer a la implantación extrauterina.

ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

Se han postulado diversos factores que incrementan el riesgo de embarazo ectópico (cuadrol). En casi todos los casos, el defecto subyacente consiste en la denudación, deformación u obstrucción tubaria.

Cuadro 1. ETIOLOGIA DE EMBARAZO ECTOPICO

ANATOMICAS	HORMONALES	EMBRIONARIAS
DIU	Ovulación prematura	Implantación alterada
Cirugías previas	Ovulación retrasada	Excreción anótrazo
Salpingoclasia	Hiperestrogenismo	
Cirugía por esterilidad	ovulación	
Abortos inducidos	Fecundación in vitro	

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA

La causa principal de embarazo ectopico tubario es daño a la superficie mucosa de la trompa de Falopio, secundaria a la agresión de un proceso infeccioso, éste produce aglutinación de los cilios y formación de sinequias dentro de la luz tubaria. (2)

En la actualidad existe un incremento de las infecciones pélvicas, que puede deberse a la mayor frecuencia de actividad sexual con mayor número de parejas sexuales, y a los abortos provocados. (2)

Se puede tener historia de salpingitis previa en el 30 al 50% de las pacientes operadas por embarazo ectopico y se debe tener en cuenta que pacientes con infecciones silenciosas o subclínicas tienen datos de daño en la mucosa tubaria.

Las infecciones pélvicas son a menudo causadas por Chlamydia trachomatis, gonococo, microorganismos aerobios y anaerobios combinados. La Chlamydia trachomatis ha sido implicada como el posible agente

etiologico de salpingitis subclinica. Varios investigadores han demostrado una conexión entre la presencia de anticuerpos de Chlamydia trachomatis y el riesgo o asociación de embarazo ectópico. (6,17,18)

Westrom (19) demostró mediante laparoscopia que ocurre obstrucción tubaria en un 12.8% de las pacientes tratadas por una sola infección tubaria, después de dos infecciones en el 35%, y luego de tres infecciones o más en el 75% de las mujeres. El riesgo de embarazo ectópico aumento seis a siete veces más después de la enfermedad inflamatoria pélvica.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

La presencia de DIU en la cavidad uterina aumenta el índice de embarazo ectópico ya que entre 4% y 9% de los embarazos ocurridos con DIU son ectópicos. (2)

Aun existe controversia al respecto. Tatum (20) menciona una incidencia de embarazo ectópico hasta en el 4% de las mujeres usuarias de DIU. Edelman (21) sugirió que las usuarias de DIU no tienen mayor riesgo de embarazo ectópico, sino que más bien el incremento de embarazo ectópico en este tipo de pacientes está en relación a un incremento de la enfermedad pélvica inflamatoria en las usuarias de DIU.

Ory (22) en un estudio multicéntrico con casos control, concluye que pacientes con antecedentes de uso de DIU tienen un riesgo prácticamente igual a desarrollar un embarazo ectópico que aquellas pacientes que no utilizan este método.

En México, Martínez (13) considero al DIU como un factor predisponente de embarazo ectópico al encontrar que 37.1 % de las mujeres usaban este método anticonceptivo cuando resultaron embarazadas.

Cervera (14) menciona que un 16% de las usuarias de DIU desarrollará esta patología. Sin embargo Lara (23) en

un estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), concluye que las mujeres usuarias de DIU presentan un riesgo menor de desarrollar embarazo ectópico cuando se comparan con mujeres no usuarias de anticoncepción.

ESTERILIZACION FALLIDA

Aproximadamente el 15% de los embarazos que ocurren después de una ligadura o aplicación de clips son ectópicos. A mas daño en la trompa durante el procedimiento, es mayor la posibilidad de que ocurra embarazo ectópico. Se reporta que los embarazos producidos después de electrocauterización tubaria laparoscópica, 51% fueron ectópicos, ya que tienen una incidencia mas elevada de fistulas uteroperitoneales, las cuales son suficientemente pequeñas para permitir que pasen los espermatozoides y logren fecundar al ovulo, pero no tienen tamaño adecuado para el transporte del embrión, lo que predispone al embarazo tubario. (6)

Cervera(14) menciona el antecedente de OTB en el 12% de las pacientes que desarrollaron un embarazo ectópico. Y Lara (23) observo un 6%.

OPERACIONES TUBARIAS PREVIAS

Es posible efectuar reconstrucción o reparación microquirúrgica tubaria para corregir obstrucción o las adherencias a este nivel o para evacuar un embarazo ectópico no roto cuando se decide tratamiento conservador. Tras cualquier operación reconstructiva por esterilidad, es necesario sospechar que los embarazos futuros serán ectópicos. La cirugía conservadora para embarazo ectópico tambien se relaciona con una incidencia mayor de embarazo ectópico subsecuente, siendo del 10% la repetición del embarazo ectópico cuando existen las dos trompas y del 20% cuando solo existe una trompa. (8,2)

Del 5 al 10% de todas las gestaciones tras plastia tubarica son ectopicas, cifra que puede elevarse al 25% cuando se practican cierto tipo de operaciones como la salpingoneostomia.

No es necesario que la cirugia previa sea sobre la trompa; cualquier tipo de operacion abdominal, sobre todo la realizada en el hemiabdomen inferior favorece el embarazo ectopico. Cherney en 1981 encontro que en un 27% habia antecedente de operaciones abdominales y un tercio de ellas fue sobre las trompas. En mujeres apendicectomizadas se ha visto mas frecuente embarazo ectopico en la trompa derecha. (8)

FECUNDACION IN VITRO

La fecundacion in vitro, en la cual se usan compuestos estimulantes de la ovulacion, tambien ha demostrado aumento en el riesgo de embarazo ectopico en ciclos de concepcion. Se ha mencionado que la tasa de embarazo ectopico despues de los procedimientos de fecundacion in vitro y transferencia de embriones es de 3% a 5% y se incrementa en mujeres con antecedente de embarazo ectopico. (8,24)

Las teorias postuladas para la implantacion del ovulo fecundado en la trompa de falopio durante la transferencia de embriones, incluyen la inyeccion directa del medio de transferencia que contiene los embriones, dentro de las trompas, la traccion gravitacional (las trompas cuelgan mas bajo que el fondo) y emigracion espontanea de los embriones al útero. La localizacion de la mayor parte de embarazos ectopicos despues de FIV es la porcion ampular o infundibular de la trompa.

En general el oviducto normal, funcionando anatomico y fisiologicamente, por naturaleza crea reflujo del embrión de ida y vuelta entre el utero y la trompa de falopio. Como muchas veces las pacientes con FIV tienen

daño tubario, las fuerzas contractiles no serán adecuadas para expulsar el embrión de regreso al útero. También pueden inmovilizar a los cilios las concentraciones de estrógenos junto con los protocolos de FIV.

EXPOSICION AL DIETILETILBESTROL (DES)

Las pacientes expuestas in utero al dietilestilbestrol (DES) tienen trompas con tejido fimbrial ausente o mínimo y un orificio pequeño con longitud y calibre disminuido, lo que aumenta de 4 a 5 veces la incidencia de embarazo ectópico.

ANTICONCEPTIVOS A BASE DE PROGESTAGENOS

Se ha encontrado una frecuencia cinco veces mayor a lo normal de embarazo ectópico en pacientes que toman anticonceptivos a base de progestágenos siendo la incidencia de 4 a 5%. La causa es la disminución del tono y motilidad tubarias, que puede interferir con la migración ovular a la cavidad endometrial. A esto se suma la disminución del número de cilios causada por progestinas alterando así la función tubaria.

INDUCCION DE LA OVULACION

La inducción de la ovulación con gonadotropina menopáusica humana (HMG) aumenta la incidencia de embarazo ectópico a un 3% y esto ocurre al producirse concentraciones elevadas de estrógenos que regulan la contractilidad del músculo liso y la actividad ciliar dentro de la trompa de falopio además que en esta situación existe ovulación de múltiples folículos de manera asincrónica. (2)

La inducción de la ovulación con citrato de clomifeno también se asocia con una incidencia aumentada de

embarazo ectópico, lo cual puede estar dado por el efecto antiestrogénico del medicamento con alteración de la motilidad tubaria o por ovulación múltiple asincrónica.

RETRASO EN LA OVULACION

El retraso en la ovulación combinado con fecundación tardía, puede producir concentraciones hormonales insuficientes para suprimir el siguiente período menstrual, con aparición de menstruación. La irritabilidad o la contractilidad uterina puede causar reflujos del embrión hacia la trompa.

ABORTO INDUCIDO PREVIO

No se ha podido demostrar la relación clara entre aborto inducido con anterioridad y embarazo ectópico subsecuente. Es probable que en este problema, tenga un impacto importante los procesos infecciosos que se dan en abortos sépticos por procedimientos efectuados de manera inapropiada. La endometritis subsecuente al aborto séptico, incrementa cinco veces las tasas de embarazo ectópico. (8)

OTRAS CAUSAS.

Otros factores que pueden provocar la aparición de un embarazo ectópico son divertículos de la mucosa tubaria, pólipos intramurales, anomalías congénitas tubarias, defectos lumináres parciales, neoplasias ováricas, quistes paratubarios, y leiomiomas del ligamento ancho.

Recientemente se ha relacionado el tabaquismo con un incremento en la frecuencia de embarazo ectópico. Este incremento aumenta con el número de cigarrillos fumados por día.

La asociación entre el incremento del riesgo de embarazo ectópico y fumadoras de cigarros se puede explicar porque en ellas se presenta disminución de la inmunidad celular y humoral, esto a su vez incrementa el riesgo de infección pélvica y consecuentemente de gestación ectópica. (10,15,18)

SITIOS DE IMPLANTACION

La implantación de la gestación ectópica puede tener lugar en la trompa uterina (95%), Ovario (0.5%), abdominal (0.03%), cervical (0.1%), cornual (2%).

EMBARAZO TUBARIO

La salpínges es el lugar más frecuente de implantación del embarazo ectópico, se presenta en un 95% de los casos.

La implantación en la salpínges, puede ser ampular (80%), istmica (12%), infundibular y fimbrial (5%), intersticial (2%).

EMBARAZO OVARICO

El embarazo que se implanta en un ovario, se llama embarazo ovárico. Cuando la nidación primaria se efectúa dentro de la trompa y la implantación ovárica fue producto de un aborto tubario se llama embarazo ovárico secundario, pero si la implantación se efectúa en el ovario, constituye un embarazo primario o intrafolicular, este se produce al no ser expulsado el óvulo, produciéndose la fecundación en el cuerpo amarillo.

El embarazo ovárico es de presentación rara, su incidencia se calcula en un caso por cada 7000 nacimientos. (1,25)

En 1878 Spiegelberg (25), presentó 4 criterios para establecer la presencia de embarazo ovárico:

- 1.- La trompa debe estar intacta
- 2.- El saco gestacional debe ocupar la posición normal del ovario
- 3.- El saco gestacional debe estar conectado al útero por el ligamento uteroovárico
- 4.- Se debe demostrar tejido ovárico en las paredes del saco.

EMBARAZO CERVICAL

El embarazo cervical es aquel que se implanta y desarrolla por completo dentro del conducto cervical.

Es una forma rara de gestación ectópica, se reporta una incidencia de 1/1000 a 1/95 000 embarazos. Se asocia frecuentemente con altas tasas de morbilidad. (7)

El diagnóstico de embarazo cervical comúnmente es retrasado, y es frecuente que se confunda con aborto en evolución o aborto incompleto, y muchas veces el diagnóstico se realiza posterior a histerectomía realizada por hemorragia externa. (7)

Los criterios propuestos por Rubin en 1911 para el diagnóstico de embarazo cervical son:

- 1.- Debe haber glándulas cervicales del lado opuesto de la fijación placentaria.
- 2.- La fijación placentaria al cuello se localiza por debajo de la entrada de los vasos uterinos o por debajo del repliegue peritoneal de las superficies anterior y posterior del útero
- 3.- No habrá elementos fetales en el cuerpo uterino

4.- La fijación placentaria al cuello será estrecha

Para valorar estos criterios se necesita la pieza de histerectomía.

Paalman y McElin (1959), sugirieron los siguientes criterios clínicos:

- 1.- Orificio interno cerrado
- 2.- Orificio externo prácticamente abierto
- 3.- Productos de la concepción limitados completamente al endocervix y fuertemente unido a éste
- 4.- Hemorragia uterina despues de amenorrea, sin dolor tipo colico
- 5.- Cuello crecido y blando con dimensiones iguales o mayores al fondo; el útero en reloj de arena.

EMBARAZO CORNUAL

El embarazo cornual también llamado intersticial, se presenta del 2% al 4% de todos los embarazos ectopicos y ocurre una vez cada 2500 a 5000 nacidos vivos.

El saco gestacional está mejor protegido en esta localización y por esta razón los síntomas se ponen de manifiesto mas tarde y los embarazos están avanzados en el momento en que se rompen. Como el embarazo se produce en el área del útero que está muy vascularizada su rotura puede ocasionar un choque profundo y repentino.

EMBARAZO INTRALIGAMENTARIO

Es aquél limitado en sus dos partes, anterior y posterior, por las hojas del ligamento ancho; hacia abajo por el músculo elevador del ano hacia los lados por la pared lateral de la pelvis, en medio por el útero y hacia arriba por la trompa de falopio.

Los embarazos intraligamentarios son secundarios, se ha sugerido la nidación primaria en la trompa, rotura subsecuente e implantación secundaria entre las hojas del ligamento ancho.

La estimación de la frecuencia varia desde 1/49 765 hasta 1/183 900 embarazo.

EMBARAZO HETEROTOPICO

Es la presencia de embarazo extrauterino e intrauterino simultaneo.

La frecuencia con que se presenta este tipo de gestación varia de 1/15 000 a 1/30 000 nacidos vivos y se ha visto un incremento de esta entidad, secundaria al uso de agentes inductores de la ovulación, así como a las técnicas de fertilización in vitro y de transferencia de embriones. (26)

DIAGNOSTICO

El diagnosticar embarazo ectopico todavia es un desafio para el clinico. A menudo es dificil precisar el diagnostico definitivo, incluso con los medios actuales como las pruebas especializadas complejas y la sonografía de alta resolución. Su diagnostico requiere muchas veces de toda la sagacidad del ginecoobstetra para su detección oportuna ya que desafortunadamente, en ocasiones el diagnostico se hace por su complicación mas frecuente que es la ruptura y su consecuencia inmediata que es el choque por anemia aguda.

La posibilidad de un embarazo ectopico, despierta la atención de los gineco-obstetras, que se enfrentan a una paciente con signos y sintomas de esta situación, a pesar del alto nivel de conciencia a tal efecto, hay

muchos embarazos ectopicos que dificilmente son diagnosticables antes de pasar por el quirófano. (8)

Se informa que 10% de pacientes con embarazo ectopico son dadas de alta antes de hacer el diagnostico habiendose realizado unicamente legrado uterino por sospecha de aborto incompleto o diferido. (9)

Se debe tener un alto grado de sospecha al tratar pacientes en edad fértil, con irregularidad menstrual o dolor pélvico.

En la historia clinica se debe prestar atencion a todos aquellos factores que incrementan el riesgo de embarazo ectopico.

CUADRO CLINICO

El Diagnostico clinico de embarazo ectopico solo se realiza cerca del 50% de los casos y siempre pone a prueba la capacidad, buen juicio y experiencia del Gineco-obstetra.

El cuadro clinico, en cualquiera de sus localizaciones, cuando hay inminencia de ruptura o existe esta es bastante caracteristico, no ofreciendo dificultades diagnosticas.

En las pacientes de la clinica de esterilidad, en donde se lleva una vigilancia estrecha de su embarazo desde la concepcion, se puede sospechar de nidacion ectopica aún antes de empezar los signos o sintomas clinicos compatibles con la patologia, mediante determinaciones hormonales, permitiendo llevar a cabo tratamiento adecuado, que no afecte su fertilidad. A excepcion de aquellas que llegan por primera vez con un cuadro franco de abdomen agudo requiriendo de intervencion quirúrgica urgente.

No hay síntomas o signos patognomónicos de embarazo ectópico. Los síntomas más comunes son dolor, hemorragia y amenorrea.

SINTOMAS

DOLOR. De 90 a 100% de pacientes con gestación ectópica se queja de dolor, aun antes de la ruptura. Este puede ser intermitente o de intensidad variable, crónico y sordo, o agudo y de tipo cólico, y localizado o difuso. Con la ruptura tubaria se presenta además dolor lacerante que aumenta bruscamente de manera alarmante; también puede existir dolor en el hombro asociado con irritación diafragmática causada por sangre libre en cavidad peritoneal.

AMENORREA. Un 75 a 95% de las pacientes informan amenorrea o antecedentes de anormalidades menstruales. Ningún antecedente menstrual es incompatible con gestación ectópica. Se informan periodos de amenorrea de más de 12 semanas de duración en 15% de ellas, pero cerca del mismo número experimentan retraso menstrual que ha durado menos de cuatro semanas. Es indispensable que se revise la cronología y características de las dos o tres menstruaciones previas ya que la paciente suele afirmar que no ha dejado de menstruar, pero este periodo puede ser en realidad hemorragia por desprendimiento endometrial.

HEMORRAGIA. 50 a 80% de pacientes con gestación ectópica presentan cierto grado de hemorragia uterina anormal, que suele ser leve e intermitente y se produce al debilitarse el apoyo del endometrio proporcionado por el cuerpo lúteo y descamarse la decidua. La hemorragia puede ser de menor magnitud que la observada en aborto incompleto, pero si se desprende un tapón decidual, puede ser intensa. También puede presentarse hemorragia profusa en presencia de embarazo cervical.

Los síntomas comunes del comienzo del embarazo, como náusea y mastodinia, solo se presentan en un 10 a 25% de las pacientes.

EXPLORACION FISICA

Es raro que se presente fiebre, pero a menudo se observa taquicardia leve e hipertension diastolica. En menos del 5% se presenta choque hipovolemico, resultante de hemorragia intraperitoneal masiva. Se observa rotura en un 10 a 90% de las pacientes pero no es forzoso que tenga hemorragia masiva, cuando la hemorragia es activa, el grado de hipotension y de taquicardia guarda relacion con el volumen de hemoperitoneo y quizá no haya signos de irritacion peritoneal. La sangre en la cavidad peritoneal durante cierto tiempo se coagulara y experimentara fibrinolisis, liberandose sustancias vasoactivas que irritan el peritoneo y desencadenan una reaccion parasimpatica, dando por resultado una frecuencia cardiaca relativamente baja para el grado de hipotension existiendo siempre en estos casos datos francos de irritacion peritoneal. (8)

El abdomen es hipersensible a la palpacion en cerca de la mitad de las pacientes que experimentan embarazo ectopico. Son menos frecuentes la hipersensibilidad de rebote y defensa involuntaria. (2,8)

Cerca del 10% de las pacientes, a la exploracion bimanual, tienen resultados normales. Se puede encontrar dolor a los movimientos del cervix, siendo el dolor mas importante del lado afectado. Los fondos de saco pueden encontrarse abombados sobre todo el posterior. (2,8)

En 50% de las pacientes con embarazo ectopico es posible tocar una masa anexial del lado del embarazo ectopico, y el 20% podra tener masa anexial en el lado opuesto al embarazo ectopico lo que representa un quiste del cuerpo amarillo. (2,8)

El útero se palpa de consistencia disminuida y aumentado de tamaño como reacción generalizada a la gestación y tiene un crecimiento equivalente a siete u ocho semanas en 25% de los casos. (2,8)

El sangrado trasvaginal, se presenta en forma intermitente y escasa, es debido a la dexcamación de la decidua secundaria, a la necrosis del trofoblasto. (1)

LABORATORIO.

Cartwright (27) refiere que a pesar de que las pacientes suelen tener hematocritos bajos, en algunos casos pueden encontrarse valores normales aún ante la presencia de hemoperitoneo. Molina (9) menciona en su estudio hallazgo de hemoglobinas mayores de 10 mg/dl en el 56% de las pacientes estudiadas. Cervera (14) refiere el 30%.

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA (HCG)

Cuando hay un embarazo intrauterino se identifica en la sangre unos 10 a 20 días después de la ovulación y la HCG guarda relación directa con el número y fase logarítmica del crecimiento trofoblástico. (2)

NORMAN (28) en un estudio comparativo referente a la determinación cualitativa y cuantitativa en sangre y en orina de hormona gonadotropina corionica en embarazo ectópico, refiere la identificación de orina de la hormona mediante pruebas de inhibición de la aglutinación, sensible a 200 mUI/ ml, se encuentran resultados positivos en casi 100% de las pacientes.

Cartwright (29) basado en el hecho de que la

Cartwright (28) basado en el hecho de que la concentración sérica de la hormona gonadotropina coriónica se determina por la magnitud de secreción trofoblástica y depuración renal de esta hormona y basándose también en el hecho de que ante una función renal adecuada existe una desintegración biológica de la hormona en 24 hrs, y tomando en cuenta que en un lapso de cinco a veinticinco días después de la fecundación, la hormona gonadotropina coriónica se duplica cada 48 hrs. Afirma que hasta un 45% de los embarazos intrauterinos no viables y de los embarazos ectópicos tienen un patrón en meseta o disminución de la concentración de la hormona al tomarse una muestra dos a cinco días después de una toma basal con un reporte de menos de 2,000 mUI/ml.

Cervera (14) en México menciona como positiva la prueba de gravindex en poco más de la mitad de los casos.

Molina (9) menciona resultados positivos en la determinación sérica de la fracción B de HCG en el 92% de los casos.

OTRAS DETERMINACIONES HORMONALES

La cuantificación de amilasa sérica, estradiol, progesterona, prolactina, lactogeno placentario humano, fosfatasa alcalina placentaria, proteína A plasmática, Alfa-fetoproteína y CA 125 para distinguir gestación ectópica de una intrauterina, se encuentra aun en controversia, llegandose a referir que no tienen mayor valor diagnóstico que la cuantificación seriada de la subunidad B de la HCG.

ULTRASONOGRAFIA

La evolución de la tecnología ha permitido que en la actualidad con equipos de alta resolución se llegue a un diagnóstico oportuno del embarazo ectópico.

La sonografía puede poner de manifiesto con claridad un embarazo intrauterino hacia la cuarta semana de la gestación (seis semanas a partir del último periodo menstrual) a través del acceso transabdominal y hacia la tercera semana por medio de la sonda trasvaginal.

La utilización de ultrasonografía con transductor abdominal, definió una triada de hallazgos compatibles con embarazo ectópico, que incluye, a) útero vacío, b) útero vacío más masa anexial, c) útero vacío más masa anexial más líquido libre en cavidad. (30)

La ultrasonografía con transductor abdominal con frecuencia no detecta embarazo intrauterino precoz debido a las limitaciones de la resolución. El advenimiento de la ultrasonografía con transductor vaginal ha aumentado la detección precoz de gestaciones ectópicas por su mayor resolución.

En la mayoría de las pacientes que experimentan embarazo ectópico, el estudio ultrasonográfico reporta datos que son inespecíficos y por lo tanto no concluyentes de embarazo ectópico. Los datos reportados más frecuentemente son: Lesiones quísticas o complejas de anexos (60-90%) y líquido libre en cavidad peritoneal (2%). (31)

Kivikoski y col (32) al realizar un estudio comparativo, encontraron una sensibilidad diagnóstica para el transductor vaginal de 85% y para el transductor abdominal de 58%. Datos similares fueron encontrados por Valenzano (33) que refiere para el transductor vaginal de 8.4% y para el transductor abdominal de 76.9%

En las series nacionales, Molina(9) reporta una sensibilidad diagnóstica para el transductor abdominal de 87%, la presencia de falsos positivos en el 55% de los casos y 8% de falsos negativos.

La interpretación precisa de las imágenes sonográficas requiere correlación de la concentración sérica de fracción B de HCG de la paciente. Con transductor abdominal el saco gestacional intrauterino debe poderse observar cuando la concentración sérica de B-HCG pasa de 6 500 mUI/ml; con transductor vaginal debe encontrarse por arriba de 2 000mUI/ml. Estos límites generales situados entre 200 y 6 500 mUI/ml, constituyen la "zona de distinción" Descritas por Kadar y cols. en 1981. (8)

CULDOCENTESIS

Se llama culdocentesis a la aspiración trasvaginal con aguja de líquidos del fondo de saco de Douglas. Se define como punción positiva a la aspiración de por lo menos 0.5 ml de sangre no coagulada con un valor de hematocrito superior al 15%. La punción negativa es la aspiración de por lo menos 0.5 ml de líquido seroso. La falta de aspiración se considera no diagnóstica. (8)

Dentro de las desventajas de la culdocentesis se encuentra que es un procedimiento doloroso y esta contraindicada en útero en retroversión, o ante la presencia de una masa ocupativa en el fondo de saco posterior. Dentro de las ventajas cuenta con ser un procedimiento rápido, barato, que se puede emplear cuando no se cuenta con otras modalidades de diagnóstico.

La prueba es positiva en el 70% a 90% de las pacientes con embarazo ectópico, encontrándose falsos positivos en 10% de los casos. Sin embargo hay que recordar que este procedimiento no hace diagnóstico, solo indica presencia de sangre en el fondo de saco de Douglas. (27)

Los porcentajes de falsos negativos informados para culdocentesis varían de 11% a 14% y existe un 16% de culdocentesis no diagnóstica. (2)

En series nacionales se ha encontrado con resultados positivos entre 57% y 72% de los casos, refiriéndose como negativos alrededor de 10%. (12,13,14,34)

La culdocentesis ha caído cada vez más en desuso, sobre todo en esta época en la que la sonografía de alta resolución permite realizar un diagnóstico temprano.

DILATACION Y LEGRADO

En casos de sospecha de embarazo ectópico y en los que el diagnóstico de no viabilidad se ha efectuado (pero aun es incierta la localización del embarazo), se efectúa un legrado endometrial. Si se recuperan productos de la concepción, se considerará que la posibilidad de embarazo heterotópico será de 1/30 000 nacimientos, y hay que tener en cuenta esta posibilidad en pacientes que son sometidas a técnicas de fertilización asistida, ya que la incidencia en este tipo de pacientes puede ser de 3 en 100 nacimientos.

La reacción de Arias Stella que se presenta en el endometrio en casos de embarazo ectópico, consiste en un patrón adenomatoso como mechones intramurales de células secretoras pálidas y altas, en el cual algunas de ellas presentan atipia celular notable, núcleos hiper cromáticos y actividad mitótica, a menudo estroma decidualizado. Estos cambios se presentan con cualquier tipo de embarazo pero en ausencia de vellosidades coriales se sospecha de gestación ectópica. La tercera parte de las pacientes con embarazo ectópico presentan reacción de Arias Stella. (8)

LAPAROSCOPIA

La laparoscopia es útil cuando se sospecha de embarazo ectópico que no se ha roto y la paciente no tiene signos de sangrado intraperitoneal. Suele permitir la visualización de órganos pélvicos excepto en casos con adherencias intraabdominales u obesidad extrema. (2)

El dato más común que se encuentra es la tumefacción azulosa característica dentro de la trompa, aunque es posible efectuar este procedimiento de manera tan temprana durante la evolución de la gestación, que no se encuentre la implantación ectópica.

Para el procedimiento se reportan resultados falsos negativos en 3 a 4% y falsos positivos en 5% (2)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los signos y síntomas de embarazo ectópico son muy distintos a otros trastornos ginecológicos.

La rotura de folículos o de un cuerpo amarillo con hemorragia en la cavidad peritoneal, puede ser difícil de distinguir clínicamente de una gestación ectópica, pero en estos casos la paciente no tiene signos y síntomas de embarazo.

La infección pélvica como salpingitis, absceso tuboovárico o secuelas de la infección pélvica como hidrosalpinx, en ocasiones son difíciles de distinguir del embarazo ectópico. Los pacientes que experimentan infección pélvica aguda suelen encontrarse febriles y con taquicardia, quejarse de dolor pélvico que generalmente es bilateral o generalizado, y hay datos físicos y de laboratorio compatibles con infección. Debe efectuarse una prueba de embarazo durante la valoración. (8)

Las presentaciones clinicas del embarazo ectópico y del aborto espontaneo temprano son muy semejantes. Los sintomas mas comunes en ambos casos son hemorragia genital y dolor abdominal. En el aborto este dolor se localiza mas a menudo en la linea media, mientras que en el embarazo ectopico es generalmente unilateral, los titulos seriados de MCG no se incrementan de manera apropiada, el sangrado generalmente es mas intenso. (8)

En la Apendicitis el dolor suele iniciarse en la region periumbilical, y localizarse por ultimo en el cuadrante inferior derecho del abdomen, se presenta pérdida del apetito, náusea y vomito, leucocitosis y fiebre.

En la endometriosis el patron de dolor puede ser variable e impredecible, puede ser unilateral o bilateral, y las mujeres pueden tener trastornos menstruales. La endometriosis es un factor de riesgo de embarazo ectopico, lo que origina mayor sospecha cuando la paciente tiene antecedente de esta enfermedad.

La torsión de anexo tiene sintomas y signos semejantes al embarazo ectopico. Se presenta dolor abdominal, generalmente unilateral, náusea, vomito. Puede haber hipersensibilidad abdominal, fiebre, taquicardia.

Las alteraciones del sistema urinario entre ellas cálculos renales, pielonefritis e hidronefrosis, pueden confundirse con gestacion ectopica. La manifestacion en los cálculos renales son principalmente dolor tipo cólico y hematuria. En la pielonefritis son comunes la fiebre, escalofrios, malestar general, artralgias, dolor en el angulo costovertebral.

TRATAMIENTO

El tratamiento del embarazo ectópico tubario varia dependiendo del sitio de implantación y del grado de avance de la gestación además del daño anatómico producido a la salpinx y a la paridad satisfecha o no de la paciente, así como de los avances tecnológicos disponibles y la capacitación del personal.

TRATAMIENTO QUIRURGICO RADICAL

SALPINGECTOMIA

En los embarazos ectópicos tubarios es el tratamiento ordinario, y debe realizarse en todos los casos en que no importe la fertilidad futura de la paciente y cuando exista un daño irreparable de la salpinx o cuando se ha producido hemorragia abdominal que debe controlarse sin pérdida de tiempo; o cuando existe hemorragia no controlable. durante intento de tratamiento conservador.

SALPINGOFORECTOMIA

Se realiza salpingooforectomía en aquellos casos en que se encuentra comprometido el ovario.

HISTERECTOMIA

La histerectomía se indica en embarazos de localización cervical o cornual cuando existe rotura y hay compromiso hemodinámico.

TRATAMIENTO CONSERVADOR

SALPINGOSTOMIA LINEAL

Es el tratamiento ideal de los embarazos tubarios no rotos, sobre todo en aquellas pacientes cuya fertilidad futura se pueda ver comprometida con procedimientos radicales. Sin embargo hay requisitos necesarios para su realizacion y estos son: estabilidad hemodinamica de la paciente, verificar el estado de la salpinx que debe estar sin rotura, o rota con destruccion tubaria minima, se recomienda cuando la localizacion del embarazo es ampular e infundibular. El tamaño del embarazo ectopico no debe ser mayor de 5 cm. y tiene una contraindicacion relativa la presencia de adherencias externas. (8)

Puede realizarse via laparoscopica o via laparotomia. La presencia de hemorragia activa y la dificultad del acceso laparoscópico son indicaciones de laparotomia.

Con la salpingostomia lineal se ha reportado incidencia de embarazo posterior al procedimiento de 26% a 60% por diferentes autores. (2,35,36,37,9)

En cuanto a la incidencia de embarazo ectopico de repetición se reporta una recurrencia entre 10% a 30% (35,36)

EXPRESION MANUAL

Este procedimiento solo se emplea en caso de que la localizacion del embarazo tubario sea rimbral o infundibular.

En la fimbria la gestación ectopica esta por lo general dentro de la pared de la trompa y no en su luz, como es común en embarazos tubáricos ístmicos. Por lo tanto la expresión tubaria se asocia con una incidencia bastante

grande de embarazo ectópico de repetición, ya que daña el revestimiento mucoso, hace que se pierdan los cilios a ese nivel y puede crearse un pasadizo falso con la subsiguiente formación de cicatrices y estenosis.

RESECCION SEGMENTARIA

Es el procedimiento utilizado para tratar el embarazo tubario no roto localizado en el istmo, siempre y cuando la paciente se encuentre hemodinámicamente estable. Con este procedimiento se elimina el sitio de la implantación del embarazo ectópico. La anastomosis posterior se puede realizar durante el mismo acto quirúrgico o programarse para una segunda intervención, esta última es lo más recomendable ya que, los tejidos están menos ingurgitados y los planos histiicos menos edematosos, y se identifican con mayor facilidad.

La anastomosis se debe hacer con microcirugía, los resultados con esta técnica son satisfactorios en un 60% de los casos con microcirugía y en un 30% de los casos con cirugía convencional, con un índice de embarazo ectópico de 14% posterior al procedimiento. (2,36)

TRATAMIENTO NO QUIRURGICO

Con la esperanza de mejorar los resultados sobre la fecundidad subsiguiente de las pacientes con embarazo ectópico en las cuales la cirugía conservadora deja una fertilidad disminuida, se ha recurrido (después de observar su efecto sobre la enfermedad trofoblástica gestacional) al uso de metotrexate como alternativa quimioterapéutica a la intervención quirúrgica, para el tratamiento del embarazo ectópico no roto.

El metotrexate es un potente antagonista del folato, es ideal para inhibir las células que crecen con

rapidez como el trofoblasto, pero tambien inhiben el tejido trofoblastico normal.

El metotrexate se utiliza por via sistémica o en forma local aplicado directamente sobre la zona afectada. Se recomienda en las pacientes que esten estables desde el punto de vista hemodinámico, con ausencia de ruptura tubaria, que el embarazo tubario afecte menos de 4 cm de longitud y con ausencia de hemorragia intraabdominal.

Las principales indicaciones son aquellas en la que la cirugía representa un peligro para la vida o integridad del aparato genital de la paciente, como el embarazo ectópico que suele acabar en histerectomía, como el embarazo cornual cuya resección comporta un riesgo de rotura en un embarazo posterior. (39,40,41)

En el embarazo abdominal por los riesgos que entraña extraer la placenta, también es utilizado en embarazos ováricos no rotos y en pacientes con persistencia de actividad trofoblastica. (25)

La salpingocentesis es una técnica en la que se inyecta directamente en el saco gestacional, dentro de la luz tubaria, metotrexate, prostaglandina F2 alfa, glucosa hiperosmolar o cloruro de potasio para producir resorción o aborto tubario. (8)

COMPLICACIONES

RUPTURA TUBARIA La rotura de la trompa suele tener lugar en la zona de mayor penetración trofoblastica. La rotura tubárica se produce por lesión de su pared y no por distensión consecutiva al crecimiento ovular.

La rotura suele afectar vasos tubarios arteriales, que producen una intensa hemorragia y dan lugar al cuadro de choque hipovolémico o un cuadro de anemia aguda.

La rotura puede efectuarse en el borde libre de la trompa produciendo un hemoperitoneo o en su meso, dando lugar entonces a hemorragia intraligamentaria.

TROFOBLASTO PERSISTENTE: El embarazo ectópico persistente se define como crecimiento sostenido de tejido trofoblástico después de tratamiento conservador por embarazo ectópico tubario. La morbilidad de esta complicación puede relacionarse con destrucción tubaria sostenida, hemorragia y posibilidad rara de coriocarcinoma. Se presenta hasta en 5% de los casos. (42,43)

PRONOSTICO

Las mujeres que experimentan embarazo ectópico no solo tienen mayor riesgo de embarazos ectópicos posteriores que la población en general sino que también tiene mayor posibilidad de ser afectadas por infertilidad subsecuente.

La incidencia de repetición de embarazo ectópico varía de 10 a 16% (8,35,44,45)

La permeabilidad tubaria después de un tratamiento conservador se observa en un promedio de 77% de los casos. (3,42,46)

Se ha estimado que la mujer con antecedente de embarazo ectópico cursará con problema de esterilidad en un 20% a 50% de los casos. (3,47)

Las tasas de embarazo intrauterino después del tratamiento de un embarazo ectópico, se reportan de 50% a 81% . (48,49,50)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de la disminución en la tasa de embarazos en las últimas décadas, el embarazo ectópico ha tenido un constante incremento en su frecuencia, esto debido a un aumento en sus factores causales, mayor índice de sospecha, mejores métodos de detección y paradójicamente tratamiento moderno de esterilidad tanto médico como quirúrgico.

A pesar de la oportunidad del diagnóstico temprano de embarazo ectópico por métodos de laboratorio y gabinete, este aun suele ser un desafío para el clínico ya que muchas veces se realiza cuando presenta su complicación mas comun, la ruptura, siendo necesaria entonces una intervención quirúrgica urgente y la utilización de técnicas quirúrgicas radicales afectando de este modo el futuro fértil de la paciente.

También hay que hacer notar que desafortunadamente por falta de cultura y educación medica, las pacientes acuden al medico cuando existe sintomatología importante dada por alguna complicación. Empeorando con esto el pronostico de la paciente, e incrementando su morbilidad.

Durante las últimas décadas se han observado cambios importantes en lo referente a frecuencia, métodos de diagnóstico y tratamiento. Por lo que es importante hacer una evaluación de estas variables, haciendo un analisis de la frecuencia con que se presenta el embarazo ectópico; identificar las mujeres de mayor riesgo, sus principales factores causales, así como conocer los principales métodos de diagnóstico y tratamiento actuales que pueden ser aplicables, para ofrecerle mejores perspectivas.

HIPOTESIS

La incidencia de embarazo ectópico encontrada en el Hospital de la Mujer S.S.A. es similar a la reportada en la literatura nacional y mundial.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia del embarazo ectópico en el Hospital de la Mujer y factores predisponentes.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1.- Determinar la incidencia de embarazo ectópico
- 2.- Identificar los factores de riesgo reconocidos para esta patología
- 3.- Conocer la sintomatología más relevante que presentan las pacientes con embarazo ectópico
- 4.- Revisar la terapéutica empleada en los casos estudiados
- 5.- Conocer la Morbi-Mortalidad del embarazo ectópico
- 6.- Conocer la mayor incidencia en relación al sitio de implantación.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, donde se revisaron 100 casos diagnosticados de embarazo ectópico, durante un periodo comprendido entre Octubre de 1993 y Diciembre de 1995.

Del departamento de Archivo clínico del Hospital de la Mujer se obtuvieron los expedientes de 118 pacientes que a su ingreso a esta institución se sospechó de embarazo ectópico, reunieron los criterios de inclusión 100 casos.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron todas aquellas pacientes con diagnóstico comprobado, quirúrgico y por patología de embarazo ectópico.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron todas aquellas pacientes de las cuales no se corroboró el diagnóstico por cirugía o por patología.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 100 casos diagnosticados de embarazo ectópico, sucedidos en un periodo de tiempo comprendido entre Octubre de 1993 a Diciembre de 1995.

Durante este periodo de tiempo se reporto un total de 24 547 nacimientos y 28 560 embarazos, encontrando una frecuencia de embarazo ectópico de 1:245 nacimientos (tasa de 4.0/1000) y al utilizar como denominador el número total de embarazos se encontro una frecuencia de 1: 285 (tasa de 3.5/1 000).

Las edades se dividieron en quinquenios y se presento como sigue: de 15 a 19 años 8 casos (8%); de 20 a 24 años, 23 casos (23%); de 25 a 29, 37 casos (37%); de 30 a 34, 22 casos (22%); de 35 a 40, 10 casos (10%). (Gráfica 1)

En los antecedentes importantes como factores de riesgo (Gráfica 2), se encontraron 12 pacientes con antecedente de cirugía pélvica de los cuales 5 (5%) tenían antecedente de laparotomía exploradora y 1 caso (1%) con antecedente de laparoscopia por gestacion ectópica tubaria; 1 caso (1%) con antecedentes de plastia tubaria por factor tuboperitoneal; 1 (1%) con antecedente de recanalización tubaria post OTB; 1 caso (1%) con antecedente de laparoscopia para coagulación de focos endometriósicos, y en 3 casos (3%) con antecedente de ororectomía. 8 pacientes (8%) contaban con antecedente de esterilidad de las cuales 3 (3%) tenían esterilidad primaria y 5 casos tenían esterilidad secundaria, de estas pacientes solo cuatro eran conocidas en la clinica de esterilidad de esta institución.

Una paciente (1%) refirio ingesta de inductores de ovulación (clomifeno).

4 pacientes (4%) tenían antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria.

10 pacientes (10%) tenían antecedente de por lo menos una cesárea previa y 29 (29%) tuvieron antecedente de aborto. De estos, 26 casos (26%) tenían un aborto previo, dos y tres abortos con 1 caso (1%) respectivamente. 6 Pacientes (6%) tenían antecedente de embarazo ectópico, en un caso hubo antecedente de dos embarazos ectópicos previos.

El número de embarazos en las pacientes estudiadas fueron: G:I 14 pacientes (14%); G:II 28 pacientes (28%); G:III 25 pacientes (25%); G:IV 13 pacientes (13%); G:V 11 pacientes (11%); VI o más gestaciones 9 (9%).

En lo referente al uso de algún método de planificación familiar, 31 pacientes (31%) utilizaron DIU, 9 casos (9%) utilizaron hormonales inyectables, 8 (8%) tenían antecedente de Oclusión tubaría bilateral (OTB), 9 (9%) utilizaron hormonales orales, y 43 (43%) no utilizaron método. (Gráfica 3)

Los principales síntomas referidos por las pacientes fueron dolor abdominal, sangrado trasvaginal, y retraso menstrual. 56 (56%) presentaron los 3 síntomas; dolor abdominal con retraso menstrual lo presentaron 20 pacientes; sangrado con retraso menstrual se presentó en 14 pacientes (14%); la presencia de dolor con sangrado trasvaginal en 3 casos (3%); 5 (5%) refirieron como único síntoma dolor abdominal; y 2 (2%) solo sangrado trasvaginal. (Gráfica 4)

Clínicamente se encontró lo siguiente: tumoración, fondo de saco de Douglas doloroso, dolor a la movilización de cervix, abombamiento de fondo de saco y datos de irritación peritoneal.

ENFERMERIA DE SALUD DE LA BIBLIOTECA

Todos los signos estuvieron presentes en 20 pacientes (20%); 34 (34%) presentaron la combinación de 4 signos, 33 (33%), de 3 signos, 11 (11%) de 2 y en 2 (2%) solo se encontró un signo.

Las semanas de gestación reportadas al momento del diagnóstico fueron: de 4 a 5, 24 casos (24%); de 6 a 7, 24 (24%); 8 a 9, 30 casos (30%); 10 a 11 semanas 9 casos (9%); 12 a 13 semanas 8 casos (8%), y en 5 casos (5%) mayor de 13 semanas de gestación. (Gráfica 5)

Los auxiliares diagnósticos fueron: prueba inmunológica de embarazo realizada en 26 pacientes (26%), de los cuales 15 (57.6%) se reportaron positivos y 11 (42.4%) negativos.

Ultrasonografía se realizó en 82 pacientes (82%), detectándose en 70 (85.4%) datos sugestivos de embarazo ectópico y en 12 (14.6%) se reportó normal. (Gráfica 6)

Se realizó culdocentesis solo en 3 pacientes (3%) resultaron positivas 2 y negativas 1.

Se realizó laparotomía exploradora en 96 casos (96%), y laparoscopia en 4 casos (4%).

El tratamiento quirúrgico fue, salpingectomía en 52 (52%), salpingoocorectomía en 23 (23%), histerectomía se realizó en 13 pacientes. (13%), salpingostomía lineal en 3 pacientes (3%), exéresis de producto y placenta en 2 casos (2%). (Gráfica 7)

La localización del embarazo ectópico fue la siguiente: Tubaria en 93 casos (93%), de los cuales 1 (1.07%) fue intersticial, 8 (8.60%) ístmico, 14 (15.06%) en fimbria, y en 70 casos (75.27%) en la región ampular. (Gráfica 8)

El embarazo ovárico se reportó en 3 casos (3%), dos primario y uno secundario. Se encontraron dos casos de embarazo abdominal reportados como primarios. El embarazo cervical se encontró en 1 caso (1%). En cuerno rudimentario se encontró 1 caso (1%). (Gráfica 9)

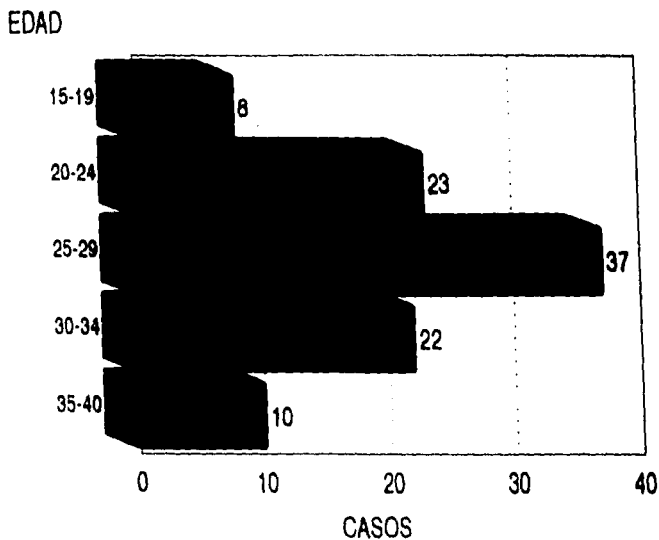
Las complicaciones presentadas fueron: anemia aguda en 8 (8%), estado de choque en 3 casos (3%), pelviperitonitis en 2 (2%), Sepsis e íleo metabólico en un caso (1%). (Gráfica 10)

3 pacientes (3%) fueron manejadas previamente con diagnóstico de aborto incompleto, y fueron dadas de alta posterior a la realización de legrado uterino instrumental; se les hizo el diagnóstico de embarazo ectópico a los 3,7 y 24 días post LUI respectivamente, acudieron al servicio de urgencias por presentar sintomatología abdominal importante.

En todos los casos (100%) se corroboró diagnóstico por estudio histopatológico; teniendo como hallazgos adicionales, salpingitis en 19 casos (19%), salpingoovoritis en 8 (8%), hematosalpix se reportó en 5 casos, pelviperitonitis en 3 casos (3%), en 2 (2%) hidrosalpix y apendicitis, y 1 caso (1%) se reportó embarazo gemelar, datos sugestivos de triploidia en dos casos.

De 12 pacientes que se les realizó LUI posterior a tratamiento quirúrgico, se encontró reacción de Arias Stella en 8 casos (66.6%).

EMBARAZO ECTOPICO DISTRIBUCION POR EDADES

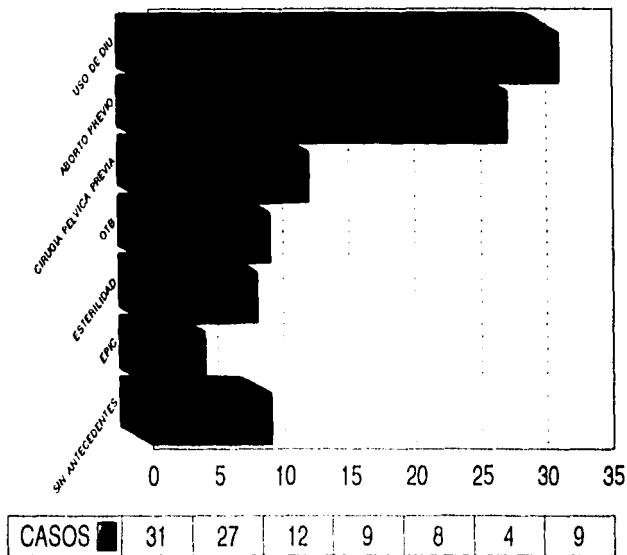


FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER
1996

GRAFICA 1

EMBARAZO ECTOPICO

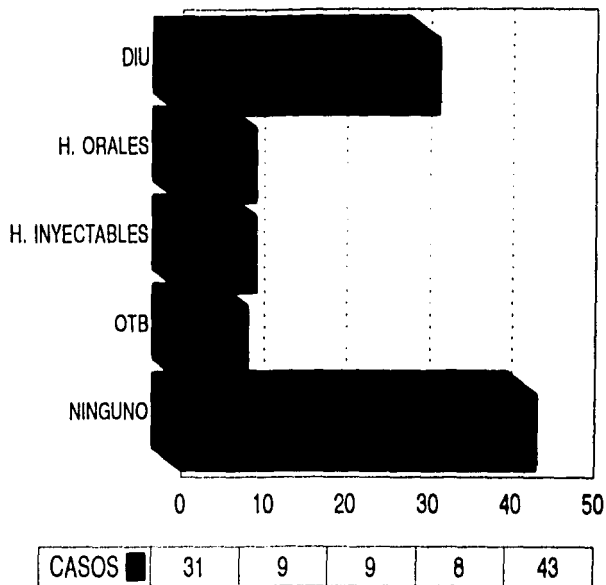
ANTECEDENTES IMPORTANTES COMO FACTORES DE RIESGO



FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER
1996

GRAFICA 2

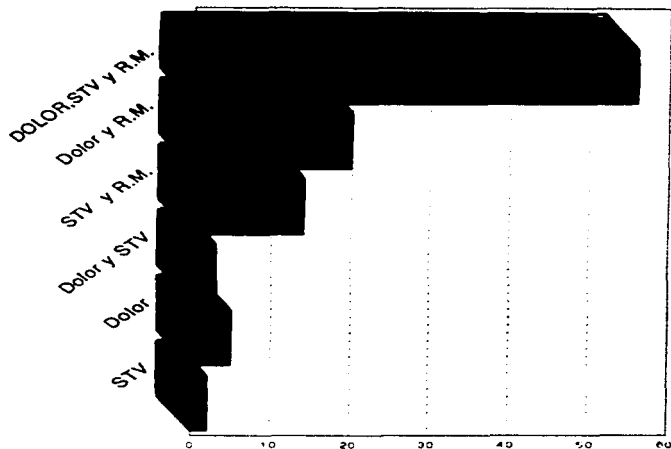
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER
1996

GRAFICA 3

EMBARAZO ECTOPICO SINTOMAS PRINCIPALES



STV = Sangrado Transvaginal

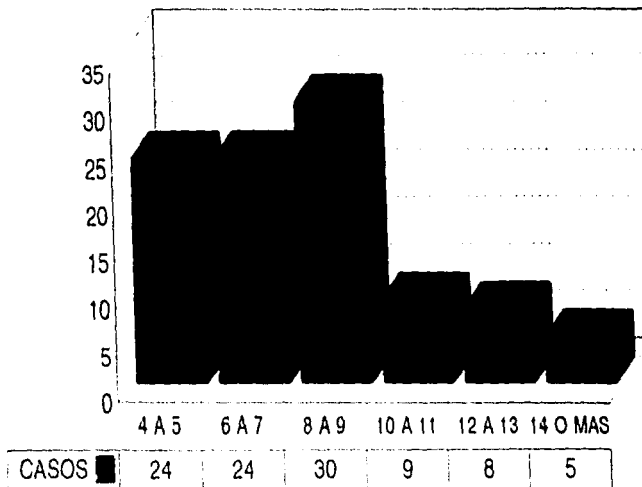
R.M. = Retraso Menstrual

CASOS	56	20	14	3	5	2
-------	----	----	----	---	---	---

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER
1996

GRAFICA 4

EMBARAZO ECTOPICO SEMANAS DE GESTACION

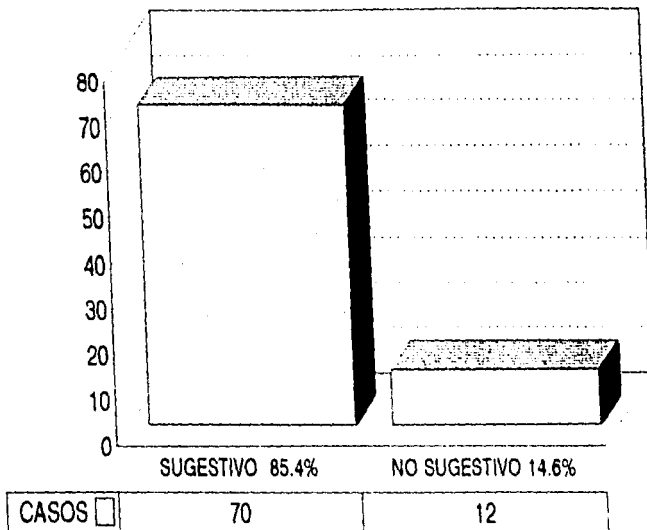


SEMANAS DE GESTACION

FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER
1996

GRAFICA 5

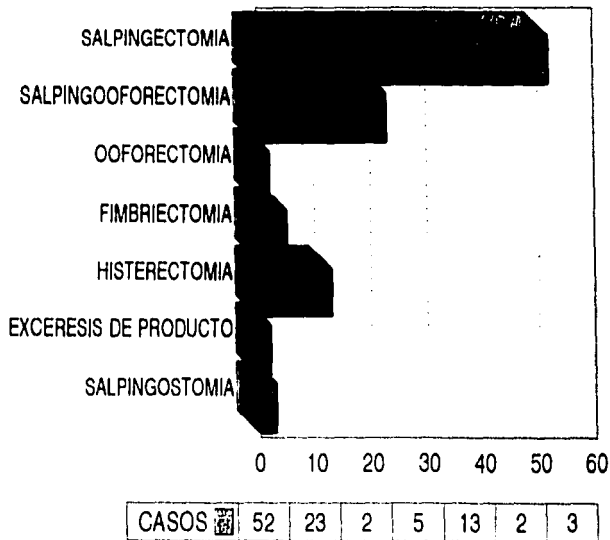
EMBARAZO ECTOPICO RESULTADO DE ULTRASONOGRAFIA



FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER
1996

GRAFICA 6

EMBARAZO ECTOPICO TRATAMIENTO

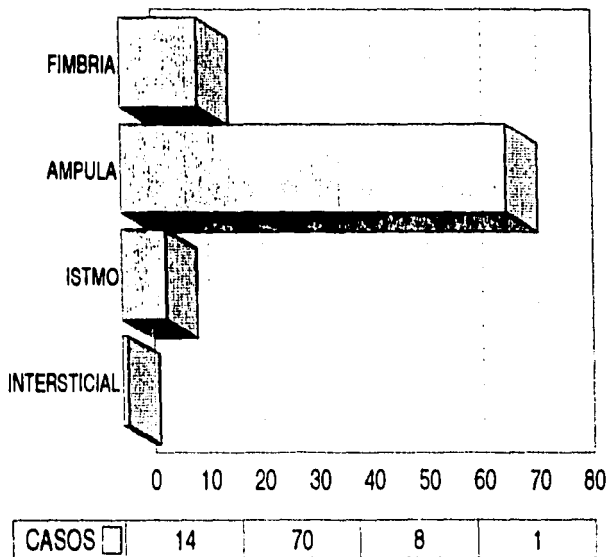


FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER
1996

GRAFICA 7

EMBARAZO ECTOPICO

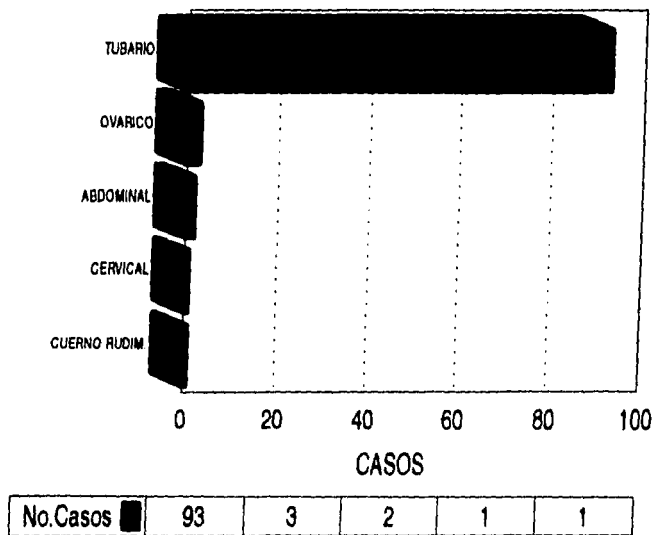
ZONA DE IMPLANTACION DE EMBARAZO TUBARIO



FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER
1996

GRAFICA 8

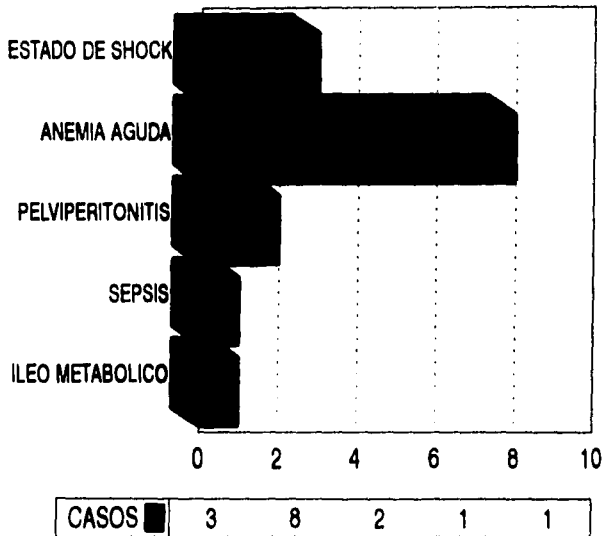
EMBARAZO ECTOPICO LOCALIZACION



FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER
1996

GRAFICA 9

EMBARAZO ECTOPICO COMPLICACIONES



FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER
1996

GRAFICA 10

DISCUSION

La tasa de embarazo ectópico encontrada en el hospital de la mujer en el presente estudio fue de 4.0/1000 si se toma en cuenta el numero de nacimientos y de 3.5/1000 tomando en cuenta el numero de embarazos notificados. Esto corresponde en porcentaje a 0.4 y 0.35% respectivamente. Reportes nacionales reportan casuísticas similares. (8,12,13)

Se puede observar que la incidencia de embarazo ectópico es relativamente baja si se compara con otras casuísticas como en Estados Unidos en la que se ha reportado incidencia de 1.2% a 1.4% (8,10,11,18). Esto se puede explicar por la diferencia en hábitos sexuales, que se ha propuesto como factor causal en el incremento de gestaciones ectópicas en los últimos años.

La incidencia de embarazo ectópico se ha incrementado en la última década a nivel mundial, quizá debido a la utilización de tecnología que permite realizar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. (8,3,21,22)

El embarazo ectópico se presentó en pacientes en plena vida reproductiva, siendo la paciente más joven de 15 años y la de mayor edad de 40 años con un promedio de 27.2 años. El mayor número de embarazos se observó entre las pacientes de 20 a 34 años de edad, lo que concuerda con lo reportado en la literatura nacional e internacional (9,14,16,17,23,44,51).

Dorman (52) difiere con estos resultados, él reporta tasas mayores de embarazo en las pacientes con edades mayores de 35 años principalmente en las de raza negra.

Se observo que el mayor numero de casos (67%) se presento en pacientes que tenian de 1 a 3 gestaciones, cifras similares fueron reportadas por Molina en 1990 y 1993 (9,51), y en el INPer en 1990, sin embargo Martinez (13) en 1985 reporta una mayor incidencia en multigestas con mas de 4 gestaciones. Se puede observar que en la actualidad la patologia es mas frecuente en pacientes con menos gestaciones, contrario a lo ocurrido en anos atras. Esto puede explicarse por la disminucion global en la tasa de embarazos observada en los ultimos años. Lara (23) en un estudio comparativo con casos control reporta que el mayor riesgo de presentar embarazo ectopico se encuentra en pacientes nuliparas, que en las que han tenido uno o mas partos previos.

De los antecedentes importantes que se relacionan con mayor riesgo de embarazo ectopico encontramos las cirugias pelvicas previas, que debido a las secuelas que producen por el proceso de cicatrizacion, sobre todo en aquellas cirugias realizadas a nivel de trompa uterina o en zonas adyacentes representan un factor importante para la presencia de gestacion ectopica.

A pesar de que la Enfermedad Inflamatoria Pelvica se reporta como el principal factor de riesgo de embarazo ectopico, debido a las alteraciones que provoca a nivel de la salpinge, en nuestro estudio se reporto este antecedente solo en 4% de los casos. Esto debido a que frecuentemente las pacientes desconocen ser portadoras de esta patologia, ya que en su mayoria no acuden a una revision ginecologica, ni se realizan estudios de rutina. Y algunas presentan esta patologia en forma subclinica y no se detecta en forma oportuna.

Se ha hecho referencia de que el aborto incrementa el riesgo de embarazo ectopico, aun no se sabe el mecanismo, pero se piensa que exista un componente infeccioso subyacente. (53)

El antecedente de aborto previo se reportó en 27% de los casos, reporte similar fue encontrado por Cervera en 1989 (14), un resultado ligeramente mayor se observó en el Hospital de la Mujer en 1984 (15).

El antecedente de embarazo ectópico tiene un riesgo de 10 a 30% de repetir la patología, y este riesgo está relacionado con la persistencia de los factores predisponentes para el primer embarazo ectópico, y del procedimiento quirúrgico realizado. (6,8,35,44,51)

En el presente estudio se encontró antecedente de embarazo ectópico en 6% de los casos, cifras similares fueron reportadas en los años sesentas y setentas. (6,12)

Antecedente de esterilidad se presentaron en 8% de los casos, con predominio de esterilidad secundaria, lo que puede hacer pensar en una posible patología tubaria adquirida. Las cifras que observamos fueron menores al 47.7% encontrado en el INPer en 1990 y a la reportada por otros autores (2,10,13). La cifra menor encontrada en comparación a lo reportado en la literatura pudiera reflejar omisiones hechas al momento de realizar la historia clínica, o bien que la paciente desconozca ser portadora de esta patología. Sin embargo debemos tomar en cuenta que existe un riesgo elevado de embarazo ectópico en pacientes que cursan con esterilidad, ya sea por el mismo proceso que causa la esterilidad o por tratamientos médicos o quirúrgicos utilizados en la actualidad en estas pacientes.

Se observó que el método más utilizado para la planificación familiar fue el DIU en 31% de las pacientes. Al comparar esta cifra con otros métodos de planificación familiar resulta significativa, y es similar a lo reportado en series nacionales (9,13) e internacionales (16,18,54).

El uso de DIU se ha conocido como factor de riesgo de embarazo ectópico ya que favorece la aparición de procesos inflamatorios crónicos endometriales y tubarios que predisponen a esta patología.

El antecedente de OTB se encontro en 4% de los casos lo que indica que no están exentas de embarazo ectópico las pacientes a las que se les realiza OTB, ya que existe la posibilidad de falla en este metodo por la formación de fistulas.

Los principales síntomas referidos por las pacientes fueron dolor, retraso menstrual, y sangrado trasvaginal. Con esto se ratifica la triada sintomática descrita en pacientes que presentan gestación ectópico. (2,9,12,14,51,55)

Los datos clínicos encontrados que permitieron el diagnóstico son dolor a la palpación en abdomen, datos de irritación peritoneal, dolor a la movilización de cervix, abombamiento de fondo de saco, sangrado trasvaginal, aumento de tamaño de útero. Series nacionales reportan los mismos datos. (5,9,12,50)

Los hallazgos encontrados a la exploración física dependen de la habilidad del médico, así como la accesibilidad de la paciente, ya que la mayoría de las pacientes se presentan al servicio de urgencias cuando el cuadro clínico está agudizado y muchas veces se dificulta la exploración, requiriendo en ocasiones realizarse bajo anestesia.

El ultrasonido como auxiliar diagnóstico, reporto datos compatibles de gestación ectópica en 65,3%. cifras menores fueron reportadas por Martínez (13) en 1985, y cifras similares reporto Molina en 1990 (5). Se explica por la evolución de la tecnología que permite utilizar equipos con mayor resolución, como los que poseen transductor vaginal.

La prueba inmunologica (GRAVINDEX) en 57% resultado positiva y el 43 % negativa.

La determinación de fracción B de HCG en suero aunado a los resultado por ultrasonografía con datos sugestivos de gestacion ectopica resulta con una sensibilidad de 67% para diagnostico de E.E. (8)

La salpinge es el sitio donde se lleva a cabo la fecundación y tiene la función de trasportar el ovulo fecundado a la cavidad uterina, por lo que es comun la localización de la gestacion ectopica en este sitio. La localización tubaria se encontró en 93 casos, y es en la región anular donde se localizan el mayor numero de gestaciones tubarias (75%). Estos datos coinciden con los encontrados en la literatura (1,2,8,15,44,56).

El embarazo ovárico se encontro en 3 casos, que corresponde a una incidencia de 1/6189 nacimientos, siendo esta incidencia mayor a la reportada en Estados Unidos (1/7000 nacimientos) y similar a lo encontrado en estudios previos en el Hospital de la mujer en Mexico (1,15,25,53). El embarazo abdominal se encontro en 2 casos, que corresponde a una incidencia de 1/12,283 nacimientos, similar a lo reportado en estudios previos en Mexico (5,15,56,59).

De los casos de gestacion ectopica de presentación excepcional encontradas en el presente estudio, se reporto un caso de embarazo cervical y un caso de embarazo localizado en cuerno rudimentario de los cuales se reporta una incidencia de 1/ 95,000 y 1/100,000 respectivamente. (7,60)

Las complicaciones encontradas fueron anemia secundaria, estado de choque secundario a la hemorragia que se produce generalmente posterior a la ruptura. Se reporto pelviperitonitis en 2% de los casos y sepsis e ilio metabolico en 1% de los casos, que nos habia de que existio un proceso infeccioso en pelvis. Como es sabido las infecciones pelvianas son un factor de riesgo de gestacion ectopica.

La Ruptura se observó en 70% de los casos, que resulta ser una cifra elevada, al considerar que en la actualidad los métodos de ayuda diagnóstica han mejorado para permitir un diagnóstico oportuno, antes que existan complicaciones, pero el diagnóstico temprano en su mayoría no es posible, ya que las pacientes en su mayoría se presentan al hospital cuando su sintomatología se agudiza o existe alguna complicación.

El tratamiento utilizado en cada caso dependió de las condiciones generales de la paciente, de la presencia o no de ruptura en zona de implantación, o de la afección en sitios adyacentes. En su mayoría (96%) el tratamiento fue por vía de laparotomía, donde se realizó salpingectomía en 52% de los casos, esto debido a que la mayoría de las pacientes acuden al servicio de urgencias por primera vez y con sintomatología importante, que requiere de intervención quirúrgica inmediata, en donde se realizan tratamientos radicales.

La salpingooforectomía se realizó en los casos en que el ovario se encontraba comprometido, y la histerectomía se realizó en 13 casos. En 3 casos se indicó por compromiso de útero, y en 10 se desconoce indicación.

El reporte histopatológico corroboró el diagnóstico en 100% de los casos. Se encontraron hallazgos importantes como fueron la presencia de gestación gemelar a nivel tubárico, y en dos casos había datos sugestivos de anomalía cromosómica. Además se pudo observar que se reporta un mayor número de procesos inflamatorios lo cual puede traducir que existe una incidencia mayor de Enfermedad Inflamatoria Pelvica, que la detectada por clínica. Estos procesos intervienen en forma importante en la presentación de la gestación ectópica.

CONCLUSIONES

1. La tasa de embarazo ectópico en el hospital de la mujer es de 4/1000 nacimientos o 3.5/1000 embarazos notificados.
2. Los factores de riesgo encontrados para presentar embarazo ectópico fueron, gestación ectópica previa, antecedente de esterilidad, el uso de DIU como método de control de la fertilidad, la esterilización quirúrgica fallida, antecedente de aborto previo, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía pélvica, sobre todo la que se realiza a nivel de trompa uterina.
3. Los principales síntomas presentados fueron dolor, retraso menstrual, y sangrado trasvaginal.
4. La conducta terapéutica que predominó fue la salpingectomía.
5. Las complicaciones presentadas fueron ruptura en la zona de implantación, anemia secundaria, estado de choque, pelviperitonitis y sepsis. La mortalidad en los casos estudiados fue nula.
6. La mayor incidencia de gestación ectópica tuvo lugar en la región ampullar de la trompa uterina.

BIBLIOGRAFIA

1. Vanrell JA, Del Sol JR. Embarazo Ectópico. En González Merlo: Obstetricia, 5a Edic. Salvat. Barcelona, 1994 : 330- 348.
2. Martienzo LF, Hernández AE. Embarazo Ectópico . Rev. Perinatal. 1989; 5: 21- 34.
3. George AH, Carl MH. Embarazo Ectópico. En: Copeland: Ginecología. 1a edic. Panamericana, Buenos Aires, Argentina: 1994 : 237- 254.
4. Sarachaga OM, Vasconcelos AM, Gantus MV. Embarazo Ovárico Presentación de un caso y revisión de la literatura. Gin. Obst. Mex. 1992; 60: 152-153.
5. Marquez BM, y cols. Embarazo Abdominal, Urgencia Quirúrgica. Gin. Obst. Mex. 1991; 59: 59-62.
6. Saldívar ML, y Cols. Embarazo Ectópico posterior a dos ectópicos. Informe de dos casos y revisión de la literatura. Gin. Obst. Mex. 1993; 61: 35-36.
7. John D, Paulson MD. The use of carbon dioxide laparoscopy in the treatment of tubal ectopic pregnancies. Am. J. Obstet. Gynecol. 1992; 167:382-386.
8. Diamont MP, De Cherney HA. Clínica de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Embarazo Ectópico. Clín. Obstet. Gynecol. 1991.
9. Molina AS, Jadregui DJ. Diagnóstico de Embarazo Ectópico por Ultrasonografía y Laparoscopia. Gin. Obst. Mex. 1990; 58: 29-35.
10. Parazzini F; MD, et al. Risk Factors For Ectopic Pregnancy: An Italian Case-Control Study. Obstet. Gynecol. 1992; 80: 821-825.

11. Stok R;J et al. **The changing spectrum of ectopic pregnancy.** *Obstet. Gynecol.* 1988; 71:885-88.
12. Esperanza AR, Martinez RE, Carrasco VE. **Embarazo Ectópico, revisión de 450 casos.** *Gin. Obst. Mex.* 1972; 190: 181-8.
13. Martínez EG, et al. **Embarazo Ectópico. Estudio Epidemiológico.** *Obst. Gin. Obst. Mex.* 1985; 53: 313-317.
14. Cervera Rf, et al. **Embarazo Ectópico e Histerectomía.** *Gin. Obst. Méx.* 1988; 52:328.
15. Quintero GJ. **Embarazo Ectópico. Experiencia de tres años en el hospital de la mujer.** Tesis 1984.
16. Russell S; et al. **Prevalence of active Chlamydia trachomatis infection, and vaginal douching on ectopic pregnancy.** *Gin. Obst.* 1988; 52: 328.
17. Maurizio M, et al. **Prevalence of Active Chlamydia trachomatis infection at the time of exploratory laparotomy for ectopic pregnancy.** *Obstet. Gynecol.* 1982; 79:211-3.
18. Joel MD, et al. **Sexually transmitted diseases as major causes of ectopic pregnancy: results from a large case-control study in France.** *Fert. Steril.* 1994; 62:289-94.
19. Westrom L, et al. **Incidence, trends, and risk of ectopic pregnancy in a population of women.** *Br. Med. J.* 1981; 262:15-21.
20. Tatum HJ; S et al. **Magnason and outcome of pregnancies associated with the copper T intrauterine device.** *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1976; 126:869-74.

21. Edelma DA, Porter CW. The intrauterine device and ectopic pregnancy. *Contraception*, 1987; 36:85.
22. Ory HW, et al. The womens Health study, ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive device, new perspective. *Obst. Gynecol.* 1981; 57:137.
23. Lara RR, Aznar RR. Embarazo Ectópico y Dispositivo Intrauterino. *Ginec. Obst. Mex.* 1990; 58:233-238.
24. Carl JC, et al. Intramural pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil. Steril.* 1992; 57: 215-218.
25. Nicholas SF, Barrie SL. Primary ovarian pregnancy successfully treated with methotrexate. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1992; 167: 1307-8.
26. Kably AA, et al. Embarazo ectópico. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Gine Obst. Mex.* 1991; 59:341-342.
27. Cartwright PS. Diagnosis of ectopic pregnancy. *Clin. Obst. Gynecol.* 1991; 19-37.
28. Norman RJ, Buck RH, Rom L. Blood or urine measurement of human chorionyc gonadotropin for detection of ectopic pregnancy? a comparative studio of quantitative and cualitative methods in both fluid. *Obstet. Gynecol.* 1988; 71:315.
29. Cartwright PS, Di Prieto DL. Ectopic pregnancy. Changes en serum human gonadotropin concentración. *Obstet. Gynecol.* 1984; 63: 76.
30. Robinson HP, y cols, Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología. *Temas actuales.* Interamericana. 1983. vol. 3.

31. Romero R, Kedadr N, Jeanty P. The value and anexial sonographic finding in the diagnosis of ectopic pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 1978; 156:52.
32. Kivikoski AI, Martin CM, Smeltzer JS. Transabdominal and transvaginal ultrasonography in the diagnosis of ectopic pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 1988; 156:52.
33. Valenzano M, Arserini P, Remorgida V, et al. Transabdominal and transvaginal ultrasonography diagnosis of ectopic pregnancy: clinical complications. Gynecol. Obstet. 1991; 31:11.
34. Vázquez RC, Méndez GJ, García MP. Embarazo Ectópico. Análisis de 70 casos. Ginecol. Obst. Méx. 1969; 25:825-31.
35. Lundorff MA, Thorburn MA, Lindblom MA. Fertility outcome after conservative surgical treatment of ectopic pregnancy evaluated in a randomized trial. Fertil. Steril. 1992; 57:998-102.
36. Langer R, Raiel A, Ron EL, Goldan A. Reproductive outcome after conservative surgery for unruptured tubal. Fertil. Steril. 1990; 52:227-31-
37. De Cherney AI, et al. Conservative surgical management of an rupture ectopic pregnancy. Obstet. Gynecol. 1979; 54: 451.
39. Fernández H, de Ziegler D, Bourget et al. The placen methotrexate in the management of interstitial pregnancy. Human. Reprod. 1991; 6: 302-6.
40. Tanakat, Hayashi H, Kutsuzawa T, et al. Treatment of interstitial ectopic pregnancy with methotrexate: report of a successful case. Fertil. Steril. 1982; 37:851-2.

41. Tulandi MD, Vilos MD, and Gomei MD. Laparoscopic treatment of interstitial pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 1995; 85:465-7.
42. De Cherney Ah, et al. Embarazo ectópico. *Cifn Ginec. Obst.* 1984.
43. Alexander A. et al. Uncommon location of persistent ectopic pregnancy following laparoscopic surgery. *Obstet. Gynecol.* 1994; 84: 697-8.
44. Carmen J. et al. Outcome of laparoscopic versus traditional surgery for ectopic pregnancies. *Fertil. Steril.* 1992; 57: 285-289.
45. Fernandez H, Rainhort JD, Papiernik E. Spontaneous resolution of ectopic pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 1988; 71: 342
46. Mitchell DE, Mc Swain HF, Mc Carther HS. Histerosalpingography evaluation of tubal patency after ectopic pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1992; 157: 618-23
47. Thorburn J, Philipson M, undblom B. Fertility after ectopic pregnancy in relation to background factors and surgical treatment. *Fertil. Steril.* 1988; 49: 595-601
48. Langer R. et al. Reproductive outcome after conservative surgery for unrupture tubal pregnancy. *Fertil. Steril.* 1990, 53: 227
49. Mitchel DE, McSwan HF, Peterson HB. Fertility after ectopic pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1989; 161: 576
50. Tulandi T. et al. Reproductive performance of women after two tubal ectopic pregnancies. *Fertil. Steril.* 1988; 50: 164

51. Molina SA, Morales GV. Tratamiento conservador del embarazo ectópico con metotrexate. *Gin. Obst. Mex.* 1993; 61: 201-206
52. Dorfman SF. et al. Epidemiology of ectopic pregnancy. *Clin. Obst. Gynecol.* 1987; 30: 173-190
53. Janet R. Daling PD. et al. Ectopic pregnancy in relation to previous induced abortion. *JAMA* 1985; 253: 1005-1008
54. Gibson M. et al. Patterns of anexial inflammatory damage, Chlamydia the intrauterine device, and history of pelvic inflammatory disease. *Fertil. Steril.* 1984; 41: 47-51
55. Molina SA, Morales GV. Tratamiento conservador del embarazo ectópico con metotrexate. *Ginec obst. Mex.* 1993; 61: 201-206
53. Dorfman SF. et al. Epidemiology of ectopic pregnancy *Clin. Obstet. Gynecol.* 1987: 30: 173-190
54. Quintero GJ. Embarazo ectópico. Experiencia de 3 años en el hospital de la mujer. *Tesis* 1984
55. Murphy AA. et al. Operative laparoscopy versus laparotomy for the management of ectopic pregnancy: a prospective trial. *Fertil. Steril.* 1992; 57:1180-1185
56. Beltran CM. Embarazo ectópico tubario. Analisis de 88 casos. *Tesis INPer*, 1993.
57. Makinen MD et al. Causes of increase in the incidence of ectopic pregnancy. *Am. J. Obstet. gynecol.* 1989; 642-6
58. Trejo RC, y col. Embarazo abdominal. Revisión de 20 casos *Gin. Obst. Mex.* 1981: 49:29

59. Richard W. Dover BM. Martin CO. Management of a primary abdominal pregnancy. Am. J. Obstet Gynecol 1995; 172: 1603-4
60. Javad B. MD et al. Combined Intrauterine and cervical pregnancy from in vitro fertilization and embryo transfer. Fertil. Steril. 1989;51: 725-27