

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSTGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE

*CAUSAS MAS FRECUENTES DE ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. MARGARITA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ



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.

DR. FRANCISCO JAVIER ALVARADO GAY.

A S E S O R

SUBDIRECTOR MEDICO DE EL CENTRO DE CIRUGIA AMBULATORIA



DR. JULIAN COVARRUBIAS DE LA MOTA.

COORDINADOR DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL REGIONAL " 1o DE OCTUBRE "

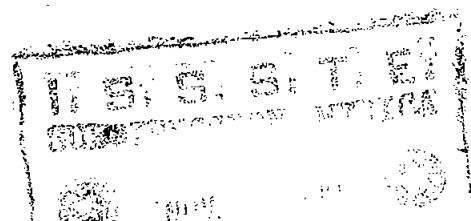


DR. HORACIO OLVERA HERNANDEZ.

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

HOSPITAL REGIONAL " 1o DE OCTUBRE "





INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCION	3-5
MATERIAL Y METODOS	6
RESULTADOS	7-9
DISCUSION	10-13
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFIA	15-16

RESUMEN

Fuerón evaluados 61 expedientes de pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología y Obstetricia de el Hospital Regional 1o de Octubre de el ISSSTE, con el diagnóstico de abdomen agudo de causa ginecológica, independientemente de otras patologías agregadas. Todas intervenidas quirúrgicamente mediante laparotomía exploradora.

La edad promedio de la población estudiada fué de 35.5 años. La causa más frecuente de abdomen agudo ginecológico fué el embarazo ectópico, predominando el roto, le siguieron en frecuencia los tumores de ovario (quistes torcidos, hemorrágicos y quistes endometriósicos) y, como tercera causa encontramos leiomiomatosis uterina en fase de degeneración.

Básicamente los antecedentes patológicos y ginecoobstétricos son determinantes para realizar el diagnóstico, así como la exploración física ginecológica.

En cuanto a métodos auxiliares para el diagnóstico, el USG sigue siendo el más utilizado.

En más de la mitad de las pacientes se corroboró el diagnóstico mediante estudio anatomopatológico.

Aproximadamente al 50% de las pacientes se les administró antibiótico en el postoperatorio.

SUMMARY

The records of patients with the diagnosis of acute abdomen of gynecological etiology not related to other added pathologies from the Department of Gynecology and Obstetrics in Hospital Regional Io de Octubre were assessed. All were submitted to exploratory laparotomy.

Average age in studied population was 35.5 years. The more common cause of gynecological acute abdomen was ectopic pregnancy, prevailing the ruptured one, ovary tumors followed in frequency (twisted, hemorrhagic and endometrial cysts). As a third cause we found uterine leiomyomatosis in a degenerative phase.

Pathological and gynecobstetric history is basic to determine the diagnosis as well as gynecologic physical exploration. US continues being the most used diagnostic aid.

Diagnosis was corroborated by anatomopathologic study in more than 50% of patients.

Postoperative antibiotics were administered approximately in 50% of patients.

INTRODUCCION

La necesidad de actualizar los conocimientos médicos existentes sobre abdomen agudo ginecológico y, sus causas más frecuentes; ha sido el incentivo primordial para realizar la presente investigación.

Abdomen agudo es un tema amplio, conformado por múltiples patologías que al complicarse ponen en peligro la vida de la paciente. Entre las más frecuentes tenemos: embarazo ectópico torsión o hemorragia de quiste de ovario, piosalpinx, torsión de el pedículo de leiomiomas uterinos, hemorragia intraperitoneal , por cuerpo lúteo, hematocolpos y hematómetra. (1)

La morbimortalidad de éstos cuadros se relaciona directamente con el tiempo que transcurre entre el inicio del cuadro clínico hasta que se realiza el diagnóstico.

En dos terceras partes de las pacientes que presentan abdomen agudo que amerita intervención quirúrgica, se observa que previamente han sido valoradas por un médico, y no se había realizado o sospechado el diagnóstico. (2)

La mortalidad es mayor en regiones rurales, donde es menos probable que las pacientes reciban asistencia médica a tiempo.

El diagnóstico debe realizarse en forma temprana, para evitar complicaciones que comprometan la integridad y función de los órganos reproductores.

Para realizar el diagnóstico, son importantes los antecedentes ginecoobstétricos y quirúrgicos de la paciente, ya que están íntimamente relacionados con el origen de la patología, como son: inicio de la vida sexual activa, número de parejas sexuales, método de planificación familiar; todos ellos factores predisponentes para presentar una enfermedad pélvica inflamatoria (p ej. absceso tuboovárico). El uso de dispositivo intrauterino, antecedentes de cirugías pélvicas y la fecha de última menstruación en los casos de embarazo ectópico

La exploración física intensionada, complementada con la exploración ginecológica y procedimientos auxiliares; como la culdocentesis, que aunque no nos proporciona el diagnóstico de certeza, sí nos orienta para saber que existe sangre libre en cavidad peritoneal, secundaria a varias patologías como son: embarazo ectópico roto, hematoma del cuerpo amarillo, ruptura de otra víscera.

Como se observa, el abdomen agudo ginecológico tiene múltiples etiologías, siendo las más frecuentes el embarazo ectópico y, los abscesos tuboováricos.

El diagnóstico también debe apoyarse en exámenes de laboratorio y gabinete, principalmente el USG, que nos diferencia entre un embarazo ectópico roto y no roto; patologías dependientes de ovario, ya sean quísticas o sólidas, benignas o malignas. Existe una mayor sensibilidad sonográfica en el USG transvaginal que en el transabdominal, hasta un 71% para la patología de ovario y trompas. En términos generales, son válidas las siguientes aseveraciones en cuanto al USG: en primer lugar para confirmar o excluir un tumor de ovario, este procedimiento es definitivamente superior a la palpación bimanual, sobre todo en un cuadro de dolor agudo, en segundo, la obesidad y la resistencia muscular dificultan la palpación (a diferencia de la ultrasonografía) y ello disminuye su confiabilidad. (3) (4) (5)

El tratamiento del abdomen agudo, es quirúrgico, habitualmente mediante laparotomía exploradora; sin embargo en la actualidad es factible realizar el diagnóstico por laparoscopia y, en algunas patologías de los anexos llevar a cabo la resección de los mismos con excelentes resultados, o bien conservarlos mediante la endocirugía y, el tratamiento con antibiótico, con el fin de preservar la integridad y función de los órganos reproductores. (6) (7).

En pacientes con abdomen agudo ginecológico en el cual es

ción laparoscópica temprana pudiera ofrecer la oportunidad de salvar el anexo.

Se puede usar una sonda o pinza de sujeción, destorcer el anexo, actualmente no se ha publicado alguna prueba válida de que esto produzca embolización. Los anexos pueden conservarse sí hay retorno de la circulación tisular. Si - después de la observación no se restablece la circulación tisular en el tejido deberá retirarse con la técnica de endo-loop. (8)

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio transversal, clínico, exploratorio y retrospectivo, revisando expedientes de pacientes que ingresaron al servicio de ginecología y obstetricia de el H. R. Io de Octubre de el ISSSTE; de enero a diciembre de 1991 a 1993.

Se incluyeron pacientes femeninos de todas las edades, - con dolor abdominal agudo de cauda ginecológica y, que hubieran sido intervenidas quirúrgicamente; independientemente de que presentarán alguna otra patología agregada.

Se excluyeron pacientes con dolor crónico y dolor de causa no ginecológica.

Basados en el expediente clínico se investigaron las siguientes variables: edad, método de planificación familiar, - paridad, antecedentes quirúrgicos abdominales , cuadro clínico así como exploración intensionada , como especuloscopia, exploración bimanual y, culcocentesis. También se investigaron los valores de hemoglobina y hematocrito al ingreso hospitalario de las pacientes, estudios de gabinete como el USG, el resultado de el estudio anatomopatológico, el uso de antibiótico, valorando el tipo de antibiótico, y el número de éstos administrados a cada paciente, el diagnóstico pre y postoperatorio.

RESULTADOS

Se incluyeron 61 pacientes con el diagnóstico de abdomen agudo de causa ginecológica, que cumplían con los criterios de inclusión.

Se encontró una media de edad de 35.5 años \pm 12.5 años, se distribuyeron por grupos de edad de la siguiente forma: de 20 a 29 años 19 pacientes (31.14%); de 30 a 39 años - 29 pacientes (47.5%); y de 40 a 49 años 13 pacientes (21.31%)

En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos, predominaron las pacientes multigestas, 34 casos (55.73%); seguidas de las secundigestas, 13 casos (21.31%); las primigestas fueron 8 pacientes (13.11%) y, 6 pacientes nuligestas (9.83%). De las 61 pacientes 3 (4.91%), tenían antecedentes de embarazo ectópico previo.

El método de planificación familiar más utilizado fué el DIU con 16 (26.22%); por otra parte 13 pacientes (21.31%) - no utilizaron ningún método anticonceptivo, y 7 pacientes - (11.47%) tenían el antecedente de oclusión tubaria bilateral los hormonales orales fueron utilizados por 5 pacientes - (8.19%). El preservativo y el ritmo fueron reportados en una paciente cada uno (1.63%), y en 18 pacientes (29.50%), no estuvo consignado el método empleado . (figura 1)

Como dato importante encontramos que el 67.21% de las pacientes tuvieron antecedente de cirugía abdominal previa, de éstas la cesarea predominó en 12 pacientes, seguida de la oclusión tubaria bilateral en 7 , y miomectomía en 3 pacientes (figura 2).

El síntoma común y más importante en el 100% de la población fué el dolor abdominal agudo, que inició en hipogastrio y/o fosas iliacas.

Sangrado transvaginal fué el signo más frecuente registrándose en 20 pacientes (49.18%); de los cuales 21 pacientes -

cursaron con embarazo ectópico. El ataque al estado general se manifestó en 10 pacientes (16.39%), náusea en 8 pacientes (13.11%); vómito en 6 pacientes (11.47%). De menor importancia fueron fiebre y lipotimias con dos pacientes cada uno (3.27%). (figura 3).

Procedimientos diagnósticos auxiliares, como la culdocentesis se realizó únicamente en 14 pacientes (22.95%) de los cuales el 85.71% fueron positivas. De las positivas 11 fueron embarazo ectópico roto y un quiste folicular hemorrágico.

En cuanto a los valores de hemoglobina y hematocrito éstos oscilaron entre 6.6 a 16 mg/dl para la primera y 20-45% en el hematocrito. De los 61 pacientes 5 (8.19%) presentaron cifras que ameritaban transfusión sanguínea. (figura 4).

El USG es el método auxiliar diagnóstico de gabinete, más solicitado. En éste caso se realizó al 70.49% de las pacientes. Comparando el diagnóstico ecográfico con el clínico, coinciden en el 72.09% de los casos.

Llama la atención que solamente en 6 de los casos se describen placas simples de abdomen, las cuales tienen signos compatibles con abdomen agudo.

La causa más frecuente de abdomen agudo ginecológico fue el embarazo ectópico, en 23 casos (37.70%). Seguido de tumores de ovario en 20 pacientes (32.78%); la tercera causa fue miomatosis uterina en fase de degeneración presentándose en 7 pacientes (11.47%), el piosalpinx en 4 pacientes (6.55%); 2 pacientes con perforación en fondo de saco post legrado uterino instrumental, absceso pélvico en una paciente (1.63%) perforación uterina post LUI, absceso de cúpula vaginal, desgarramiento de mesosalpinx post OTB y, DIU translocado, con un paciente cada uno (1.63%) (figura 5)

En relación al embarazo ectópico es importante resaltar que al ser intervenidos quirúrgicamente el 73.91% estaban rotos: 39.13% fueron derechos y, 34.78% fueron izquierdos.

El 26.08% fueron embarazos ectópicos no rotos: sin predominio derecho o izquierdo (figura 6)

Los tumores de ovario fueron la segunda causa de abdomen-agudo que equivale al 32.78% , de éstos el 80% fueron quistes torcidos de ovario, 40% derechos y 40% izquierdos. Los quistes hemorrágicos foliculares. (figura 7)

De el total de pacientes 27 (44.26%) fueron tratadas con antibiótico en el postoperatorio, de éstos 19 (70.37%) con monoesquema 4 (14.81%); con doble esquema y 4 pacientes con triple esquema. El antibiótico más utilizado fué la ampici-lina en el 36.06% de las pacientes, seguido de gentamicina, en 13.11%; metronidazol en 8.19%; penicilina G sódica cris-talina y clindamicina en 6.55% cada uno. (figura 8) (fig 9).

El diagnóstico preoperatorio coincidió con el postoperatorio en el 86.88% del total de las pacientes . (figura 10).

De el total de pacientes sólo a 35 pacientes (57.37%) se les realizó estudio anatomopatológico, destacando los siguientes diagnósticos: embarazo ectópico roto en 13 pacientes, -cistadenoma seroso en 7 pacientes, quistes foliculares en 3 pacientes y quistes foliculares hemorrágicos en 2 pacientes, piosalpinx en 4 pacientes, leiomiomatosis uterina en fase de degeneración en 3 pacientes .

DISCUSION

Las causas ginecológicas más frecuentes de abdomen agudo, pese a ser múltiples, no dejan de ser de relevante importancia especialmente porque ponen en peligro la vida de la paciente, comprometen la íntegridad de sus órganos reproductores dejando secuelas de esterilidad o bien la predisponen a cursar con dolor pélvico crónico o nuevos cuadros de dolor abdominal agudo.

Actualmente el embarazo ectópico continúa siendo la principal causa ginecológica de dolor abdominal agudo. (1)

Es evidente que hay una gran variedad de factores que contribuyen para que se produzca el embarazo ectópico, de los que se han publicado mencionamos sólo algunos: procesos que impiden o retrasan el paso de el huevo fertilizado al interior de la cavidad uterina, como: a) salpingitis, la cual produce aglutinación de los pliegues de la mucosa tubárica con estrechamiento de la luz o bien por disminución en la movilización ciliar de la mucosa tubárica, secundaria al proceso infeccioso; b) adherencias peritubáricas subsecuentes a cirugías previas. En el presente estudio observamos que más del 50% de nuestras pacientes tuvieron el antecedente de cirugías previas que incluyen oclusión tubaria bilateral.

Otro factor predisponente es el uso de dispositivo intrauterino, por el proceso inflamatorio creado en el endometrio, siendo éste el método más utilizado por nuestra población.

El retraso menstrual es otro dato básico en el diagnóstico

En cuanto al cuadro clínico los signos y síntomas característicos son : dolor de inicio súbito, acompañado de escaso sangrado transvaginal, corroborando ambos a la exploración física, y datos de irritación peritoneal. (9)

En cuanto a métodos auxiliares en el diagnóstico; como la

culdocentesis, es un procedimiento que en la actualidad se practica ocasionalmente, ya que debe ser bajo anestesia, con la mayor asepsia y antisepsia posibles y, que no esta libre de complicaciones por ser un procedimiento a ciegas. En nuestro estudio el porcentaje de culdocentesis realizadas, fué en menos del 25% de las pacientes, por lo que se observa no es un procedimiento de rutina o indispensable para llegar al diagnóstico.

A pesar de que el mayor porcentaje de embarazos ectópicos ya estaban rotos al intervenirlos quirúrgicamente, menos del 8% de las pacientes ingresaron descompensadas; ésto lo apoyamos al analizar los valores de hemoglobina y hematocrito, que en más del 70% de los casos se reportaron por arriba de 10 mg/dl y 30% respectivamente.

Es indudable que el USG tiene un rol importante en la valoración integral de la paciente con abdomen agudo ginecológico, por la precisión diagnóstica, sobre todo con el USG vaginal.

En nuestro estudio todos los ultrasonidos fueron abdominales y, el porcentaje de falsos positivos y negativos fué el 27%, lo cual es un porcentaje alto. Sin embargo debe tomarse cuenta que el USG abdominal no es el ideal para la detección de tumores anexiales; ya que obliga a que la paciente tenga llena la vejiga a fin de estudiar adecuadamente las estructuras intrapélvicas, es un procedimiento lento y, en algunos casos genera molestias, además la distancia relativamente mayor entre el transductor abdominal y la pelvis produce atenuación del haz, e imágenes poco detalladas del ovario, a diferencia de ello la cercanía de la sonda vaginal a estructuras pélvicas permite obtener imágenes de mayor resolución de los ovarios. (5)

La segunda causa más frecuente de abdomen agudo ginecológico fueron los tumores de ovario en los cuales predominaron los quistes de ovario torcidos, siendo los cistadenomas serosos los que más frecuentemente reportó patología.

Lo cual coincide con lo reportado en la literatura, al ser los cistadenomas serosos más frecuentes que los del tipo mucinoso.

En cuanto a los quistes funcionales patología nos reportó quistes foliculares y quistes foliculares hemorrágicos, los cuales son una característica frecuente de la actividad ovárica normal o una respuesta fisiológica exagerada del ovario; por lo que es de vital importancia conservar el ovario en éstos casos ya que la laparotomía puede alterar la fecundidad futura, se recomienda un sistema de tratamiento conservador y no el quirúrgico de tumores quísticos, en mujeres fértiles la laparoscopia es la mejor opción en éstos casos. (10)

Todas las pacientes con piosalpinx se encontraban en edad reproductiva, para ellas el sistema usual y aceptado de tratamiento es conservador, sea médico, quirúrgico o combinado con el fin de preservar en lo posible la fecundidad.

El diagnóstico preoperatorio coincidió en su mayor porcentaje con el postoperatorio, y en los casos en que difirieron el cuadro clínico es semejante.

Se observó el uso de antibiótico en casi el 50% de las pacientes lo cual aparentemente no estuvo justificado ya, que solamente las pacientes con abscesos de cúpula, tubarios, o pacientes con perforación en fondo de saco y utero, así como las pacientes con miomatosis en fase de degeneración, ameritaban éste manejo. Por otra parte el antibiótico más utilizado fué la ampicilina, como único antibiótico o combinado en doble o triple esquema, esto a pesar de la resistencia que produce y, que no es el de primera elección.

Los esquemas elegidos deben incluir agentes antimicrobianos con cobertura adecuada, contra microorganismos que frecuentemente son anaerobios, así como aerobios gram positivos y gram negativos. Los esquemas más usados y recomendados por el Center for Disease Control en éstas pacientes son : clindamicina más aminoglucósido, o cefalosporina más doxiciclina. En nuestro estudio sólo se administró al 6% de las pacientes (11)

CONCLUSIONES

En nuestro estudio la principal causa de abdomen agudo ginecológico es el embarazo ectópico.

De el embarazo ectópico, más del 70% están rotos al ser intervenidos quirúrgicamente y, predominan en el lado derecho siendo todos tubarios. El que ingresen con embarazo ectópico roto, es de mal pronóstico para la fertilidad, ya que esto impide se pueda realizar un manejo quirúrgico conservador (p. ejemp. salpingostomia).

En orden de frecuencia la segunda causa de abdomen agudo son los tumores de ovarios. Más del 90% son quísticos y benignos.

Predominan los cistadenomas serosos, seguidos de los quistes foliculares.

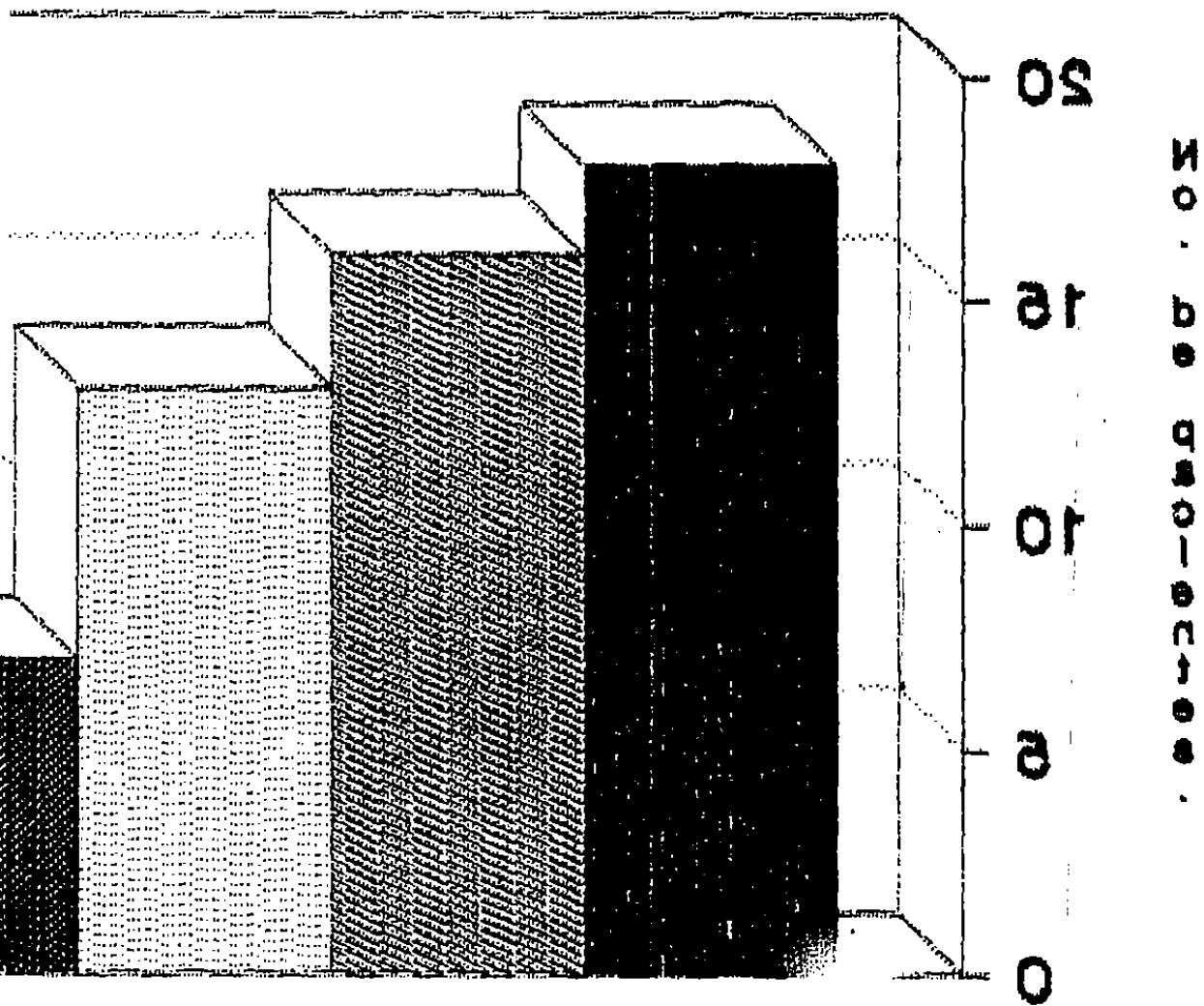
La miomatosis uterina en fase de degeneración, es la tercera causa ginecológica de abdomen agudo.

El piosalpinx es la siguiente causa de abdomen agudo, manejado en todos los casos con resección tubárica, más triple esquema de antibiótico.

Los antecedentes más relevantes en pacientes con abdomen agudo son : pacientes en edad reproductiva, multigestas, con uso frecuente de dispositivo intrauterino y, con antecedentes quirúrgicos abdominales previos.

El auxiliar diagnóstico más utilizado, simple y eficaz de que se dispone en la actualidad es el USG.

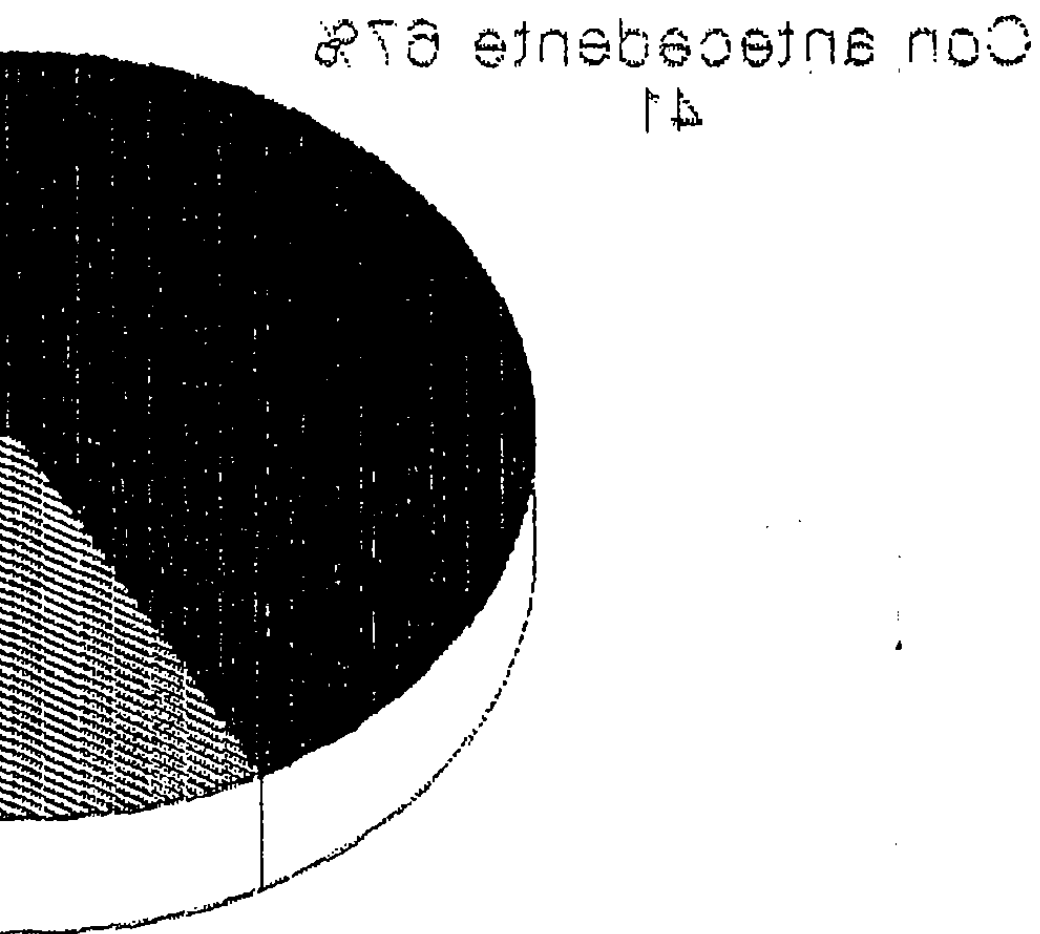
Fig. 1. Métodos aut
 cientes con apdom



Métodos

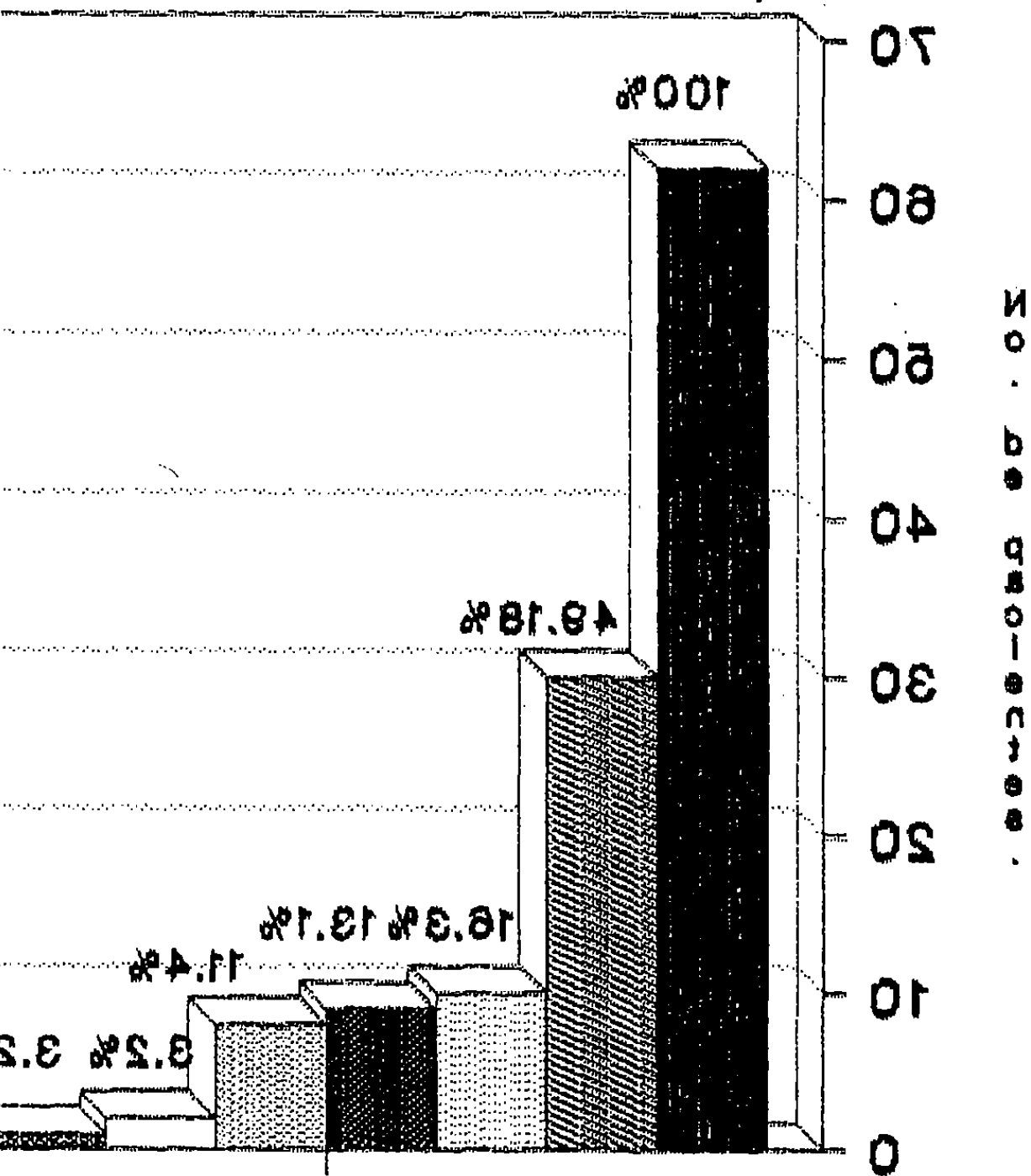
- NO reg. [Solid black box]
- H. oral [Dotted box]
- DIU [Diagonal lines box]
- Pielav. [White box]

Fig. 2. Porcentaje de
cedentes purgados



Con antecedentes: 67.51%
Sin antecedentes: 32.78%

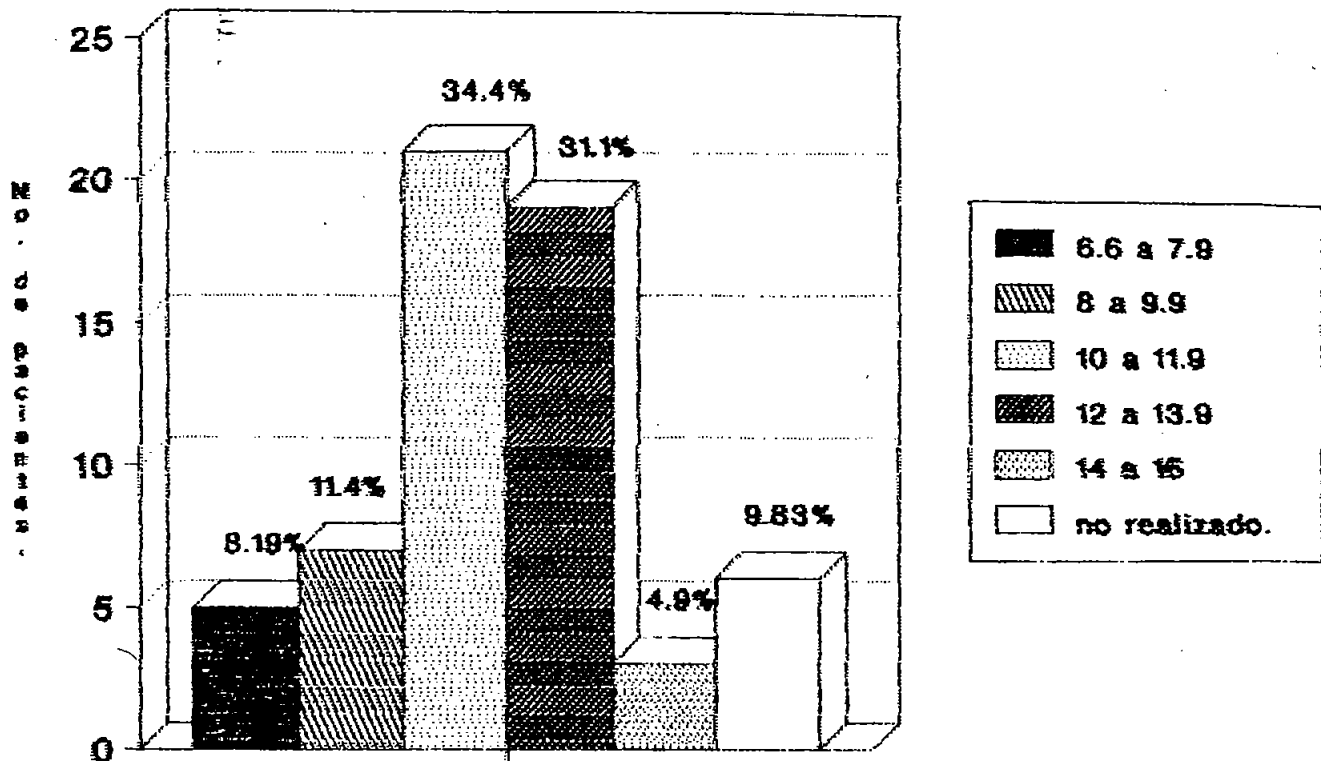
Fig. 3. Cuadro clinico
 de grupos de pacientes



Síntomas y signos

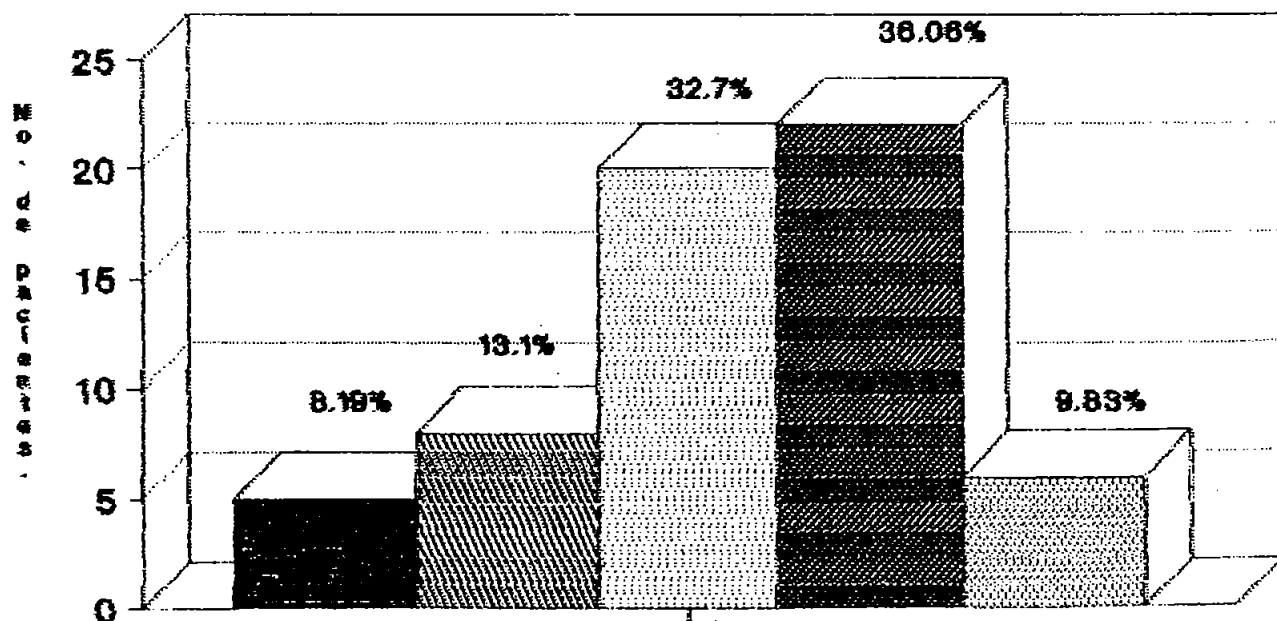
Síntomas y signos

Fig 4. Rangos obtenidos de valores de he moglobina y hematocrito.



Valores de Hb en mg/dl.

De las pacientes con abdomen agudo ginec



Valores de HTO en %.

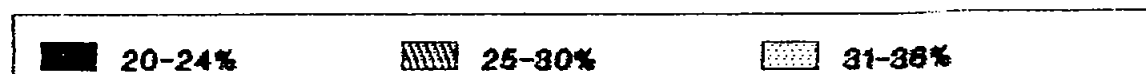


Fig 2. Causes de abdo gico más

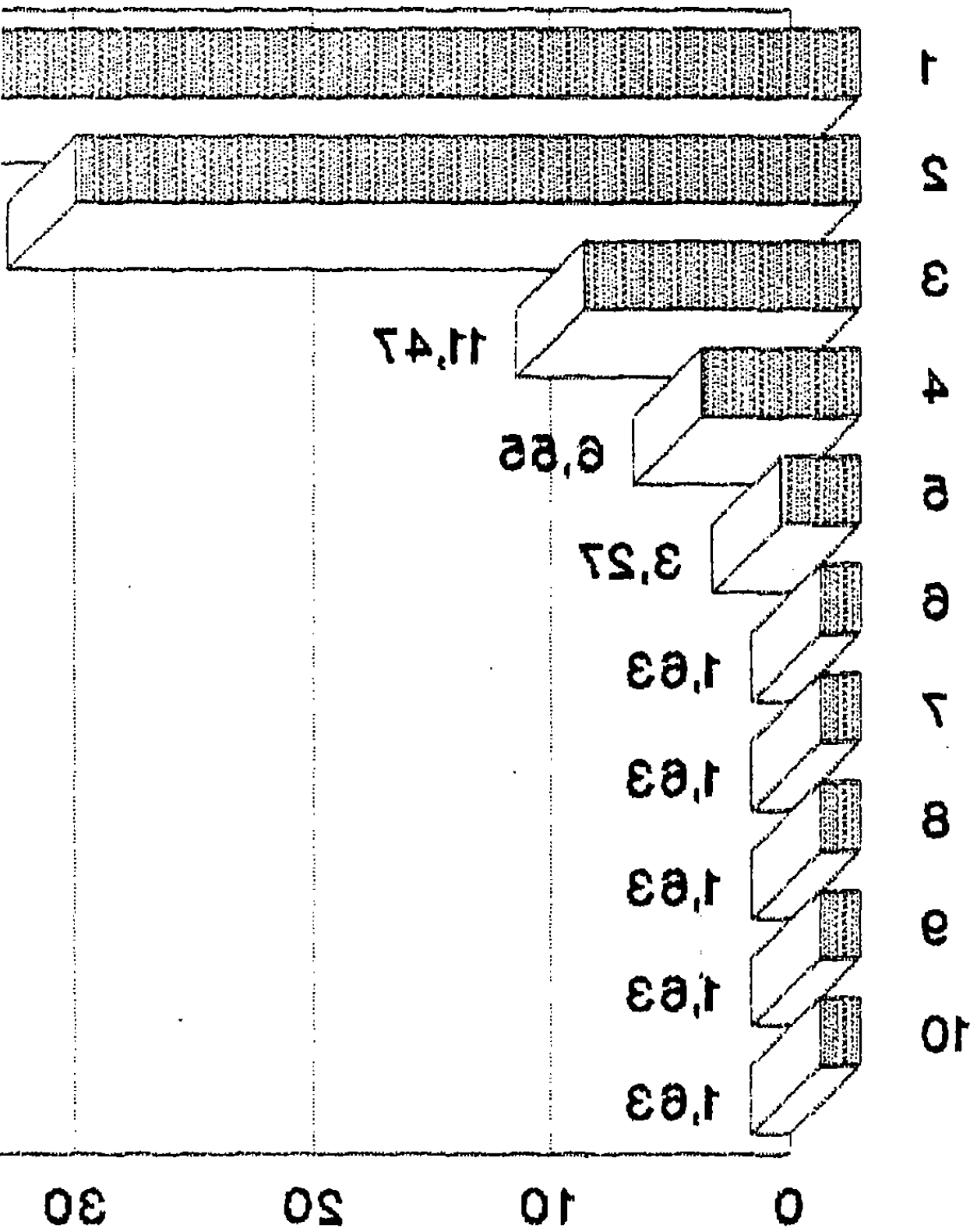


Fig. 6. Hallazgos duris ectópico en pacientes

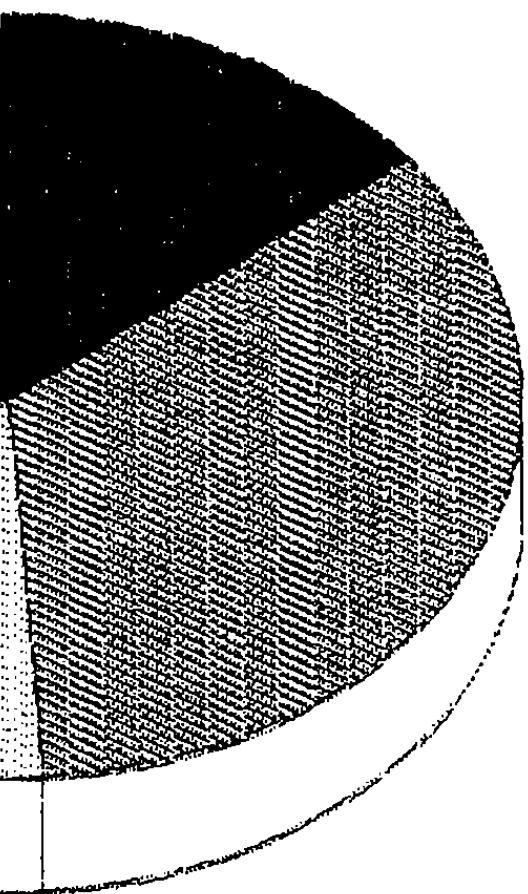
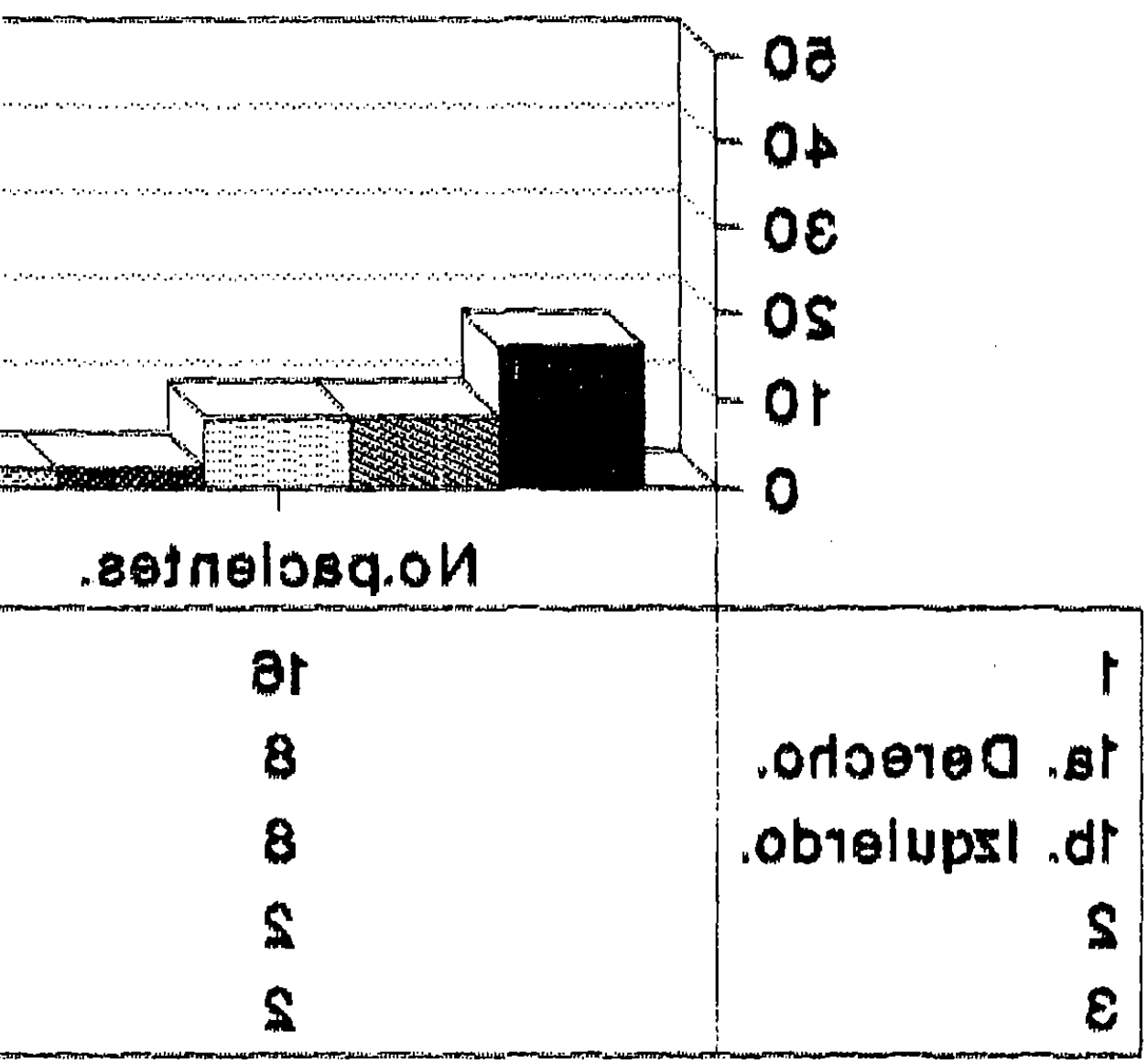


Foto Izquierdo.
34.78

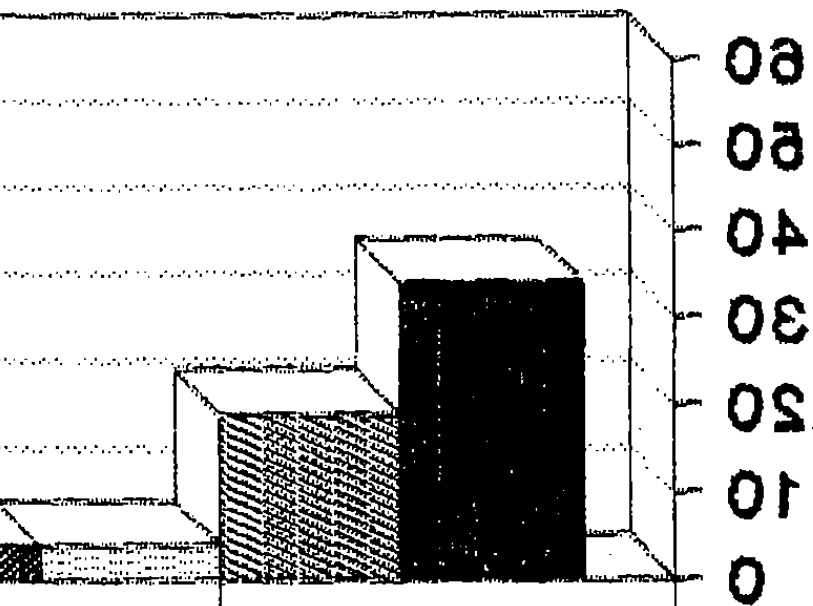
Fig 7 Hallazgos
 las bacterias
 por



1
 2a. Derecho

1 Oulata torcido de ovario.
 2 Oulata endométrio total.
 3 Oulata perimetrio total.

Fig 8 Número dos por paciente
p



Pacientes.

34

4

4

4

Ninguno.

Doble esdema.

Doble esdema.

Triple esdema.

Ninguno.



Doble esdema.

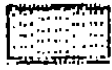
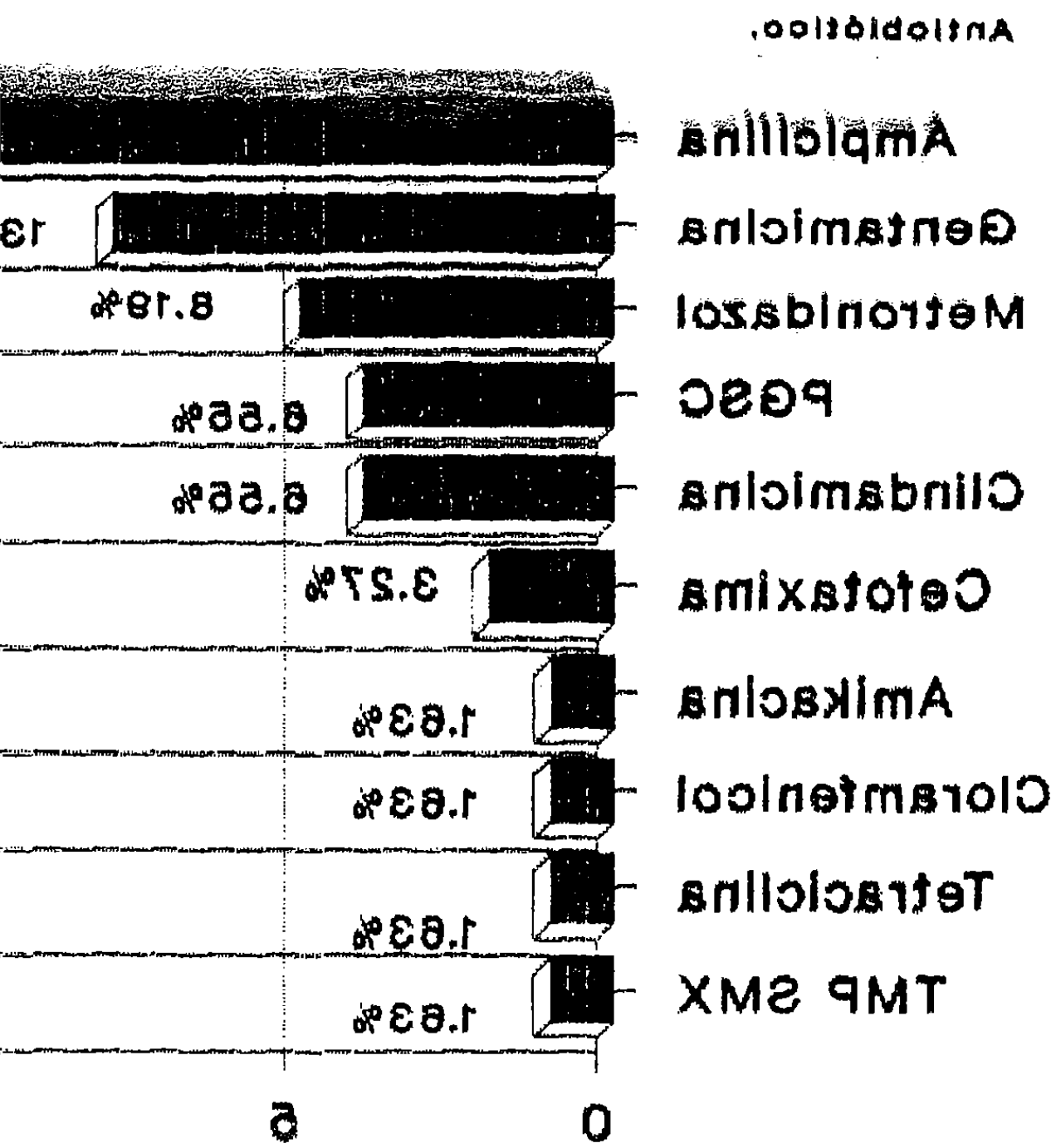


Fig 9. Antibióticos en
 cientes con abdomen
 operat



**FIG 10. DIFERENCIAS ENTRE EL DIAGNOSTICO PRE Y
POST OPERATORIO DE LAS PACIENTES
CON ABDOMEN AGUDO.**

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO.	PACIENTE.	DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO.
EMBARAZO ECTOPICO vs. QUISTE TORCIDO.	1	PIOSALPINX BILATERAL MAS ABSCESSO PELVICO.
MIOMIOSIS INTERINA EN FASE DE DEGENERACION.	2	ENDOMETRIOSIS VESICAL MAS QUISTE TORCIDO DE OVARIO.
EMBARAZO ECTOPICO.	3	PIOSALPINX DERECHO.
QUISTE TORCIDO.	4	DESCARRO DE MESOSALPINX -- POST OTE.
QUISTE TORCIDO.	5	APENDICITIS.
PERFORACION INTERINA -- EMBARAZO ECTOPICO.	6	QUISTE ENDOMETRIOSICO.
APENDICITIS.	7	PIOSALPINX BILATERAL.
HIDROSALPINX vs. EMBARAZO ECTOPICO.	8	SINDROME DE OVARIOS POLI- QUISTICOS.

BIBLIOGRAFIA

1. Cilotti, A; Weiss, C; Bagnolesi, P; Campassi, C; Bimbi, M; Bartolazzi, C, Echography in gynecologic emergencies, Radiol Med. 1992; 83(5):630-5.
2. Lopscomb, G.H; Ling, F.W, Tovoovarian abscess in postmenopausal patients, South Med J. 1992; 85(7):696-9.
3. Bulas, D; Milstrom, P.A; Sivit, C.J; Blask, A.R; O'Donnell, R.M, Pelvic inflammatory disease in the adolescent: comparison of transabdominal and tranvaginal sonographic evaluation, Radiology. 1992; 83(2):435-9.
4. Sutton, C.L; McKinney, C.D; Jones, J.E; Gay, S.B, Ovarian masses revisited radiologic and pathologic correlation, Radiographics. 1992; 12(5):853-77.
5. Ulij Hermann, MD Características ultrasonográficas de los tumores ováricos, Clin Obst y Ginecol, Ed Interamericana McGraw Hill, 1993, 2:361-68.
6. De Wille, R; Hesselomg, M, Organ preserving endosurgery in pyosalpingitis, Surg Gynecol Obstet. 1992; 158(4):150-154.
7. Shaley, E; Peleg, D, Laparoscopic treatment of adnexial torsion, Surg Gynecol Obstet. 1993; 176(5):448-50.
8. Parker, William, H; Jonathan, S; Berek, Tratamiento de los tumores ováricos mediante laparoscopia quirúrgica, Clin Obst y Ginecol, Ed. Interamericana McGraw Hill. 1993, (2):395-402.

9. Ripp, B; Muram, D; Winer, Muram, HT, Large bowel obstruction: an un common complication of a tubo-ovarian abscess, J Tenn Med Assoc. 1992;83(3):103-4.

10. Seth Granberg, MD. Relación entre el aspecto macroscópico y el diagnóstico histológico de los tumores ováricos, Clin. Obst y Ginecol Ed Interamericana McGraw Hill, 1993;2:349-59.

11. Harnod, C; Wiesenfeld, MD; CM y Richard, L Swett, MD. Adelantos en el tratamiento de abscesos tuboováricos, Clinic Obst y Ginecol. Ed Interamericana McGraw Hill 1993;(2):415-25