

11217  
27

28



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado  
Hospital General de Acapulco

ESTADO ACTUAL DEL EMBARAZO ECTOPICO EN  
EL HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO, DE LA  
SECRETARIA DE SALUD EN EL PERIODO COM-  
PRENDIDO DE JULIO DE 1988 A DICIEMBRE DE  
1990.

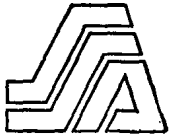
T E S I S

Que para obtener la Especialidad en:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

p r e s e n t a

DR. MOISES CASTILLO PALACIOS



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ACAPULCO, GRO.

1991



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## I N D I C E:

I.- INTRODUCCION.....	1
II.- OBJETIVOS.....	3
III.- MATERIAL Y METODOS.....	4
IV.- EMBARAZO ECTOPICO.....	6
1.- Historia.....	6
2.- Definición.....	7
3.- Frecuencia.....	7
4.- Factores predisponentes.....	8
4.1.- Enfermedad inflamatoria pélvica....	8
4.2.- Uso de D.I.U.....	9
4.3.- Cirugía pélvica previa.....	9
4.4.- Cirugía tubaria previa.....	10
4.5.- Embarazo ectópico previo.....	10
4.5.- Otros factores.....	10
5.- Localizaciones del embarazo ectópico....	10
6.- Cuadro clínico.....	11
7.- Diagnóstico.....	13
8.- Tratamiento.....	14
9.- Pronóstico.....	16
V.- ESTADO ACTUAL DEL EMBARAZO ECTOPICO, EN EL HOS- PITAL GENERAL DE AGAPULCO DE JULIO DE 1988 A - DICIEMBRE DE 1990. PARAMETROS QUE SE INVESTI- GAN.....	18
VI.- RESULTADOS.....	20
1.- Edad.....	20
2.- Antecedentes ginecoobstetricos.....	21
2.1.- Gestaciones.....	22
2.2.- Partos.....	22
2.3.- Abortos.....	23
2.4.- Cesareas.....	23
2.5.- Tiempo de amenorrea.....	24
3.- Factores predisponentes.....	24
4.- Datos clínicos.....	26
4.1.- Dolor.....	26
4.2.- Sangrado.....	28
5.- Diagnóstico clínico.....	28
5.1.- Culdocentesis.....	28
6.- Diagnóstico de laboratorio, gabinete y en- doscopia.....	30
6.1.- Prueba de embarazo.....	30
6.2.- Reacción de Arias-Stella.....	30
6.3.- Ultrasonido.....	31
6.4.- Laparoscopia.....	32

7.-	Diagnóstico preoperatorio.....	34
8.-	Diagnóstico posoperatorio.....	34
9.-	Tiempo en realizar la cirugía.....	35
10.-	Hallazgos transoperatorios.....	36
	10.1.- Tipo de embarazo ectópico.....	36
	10.2.- Hemoperitoneo.....	38
	10.3.- Localización del embarazo ectópico..	39
	10.4.- Patología asociada.....	42
11.-	Cirugía realizada.....	44
12.-	Transfusiones.....	44
13.-	Tipo de anestesia.....	46
14.-	Exámenes de laboratorio.....	46
15.-	Reporte histopatológico.....	49
16.-	Uso de antibióticos.....	50
17.-	Estancia posoperatoria.....	51
18.-	Morbimortalidad.....	52
19.-	Frecuencia en el Hospital General de Aca- pulco, de la secretaria de salud.....	54
VII.-	CONCLUSIONES.....	55
VIII.-	BIBLIOGRAFIA.....	57

#### INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS:

Cuadro No. 1.-	Incidencia por grupos de edad.....	20
Cuadro No. 2.-	Incidencia, en relación con las gesta- ciones.....	22
Cuadro No. 3.-	Incidencia, en relación a la paridad.....	23
Cuadro No. 4.-	Incidencia, en relación a los abortos.....	23
Cuadro No. 5.-	Incidencia, en relación al anteceden- te de cesarea previa.....	24
Cuadro No. 6.-	Tiempo de amenorrea.....	25
Cuadro No. 7.-	Factores predisponentes.....	26
Cuadro No. 8.-	Localización del dolor.....	28
Cuadro No. 9.-	Frecuencia del sangrado.....	29
Cuadro No.10.-	Culdocentesis.....	30
Cuadro No.11.-	Prueba de embarazo.....	31
Cuadro No.12.-	Reacción de Arias-Stella.....	31
Cuadro No.13.-	Ultrasonido.....	32
Cuadro No.14.-	Laparoscopias diagnósticas.....	34
Cuadro No.15.-	Diagnóstico preoperatorio.....	36
Cuadro No.16.-	Diagnóstico posoperatorio.....	37
Cuadro No.17.-	Tiempo en realizar la cirugía.....	38
Cuadro No.18.-	Tipos de embarazo ectópico.....	40
Cuadro No.19.-	Hemoperitoneo.....	41

Cuadro No. 20.- Localizaciones del embarazo ectópico	42
Cuadro No. 21.- Patología asociada.....	43
Cuadro No. 22.- Cirugías realizadas.....	45
Cuadro No. 23.- Transfusiones realizadas.....	47
Cuadro No. 24.- Tipo de anestesia.....	47
Cuadro No. 25.- Estudio histopatológico.....	50
Cuadro No. 26.- Frecuencia en el presente estudio...	54
Cuadro No. 27.- Tabla comparativa de diferentes frecuencias de presentación.....	54

Gráfica No. 1.- Grupos de edad, en la presentación de los embarazos ectópicos.....	21
Gráfica No. 2.- Factores predisponentes, asociados al embarazo ectópico.....	27
Gráfica No. 3.- Ultrasonido para el diagnóstico del embarazo ectópico.....	33
Gráfica No. 4.- Tiempo transcurrido para realizar la cirugía.....	39
Gráfica No. 5.- Tipos de embarazo ectópico.....	40
Gráfica No. 6.- Hemoperitoneo.....	41
Gráfica No. 7.- Tipos de anestesia.....	48
Gráfica No. 8.- Exámenes de laboratorio.....	49
Gráfica No. 9.- Uso de antibióticos.....	51
Gráfica No. 10.- Días de estancia posoperatoria.....	52

I.- INTRODUCCION.- En la historia de la humanidad el hombre se ha organizado socialmente de diferentes maneras; una de ellas es la que constituye la familia, la cuál es el núcleo de la sociedad y que esta constituida por el padre, la madre y los hijos

En múltiples ocasiones, los hijos son base para la felicidad plena de una pareja, por lo tanto es importante la labor del ginecoobstetra cuando realiza un control prenatal adecuado y lleva a feliz término una madre y un hijo sanos. Desgraciadamente, en algunos casos, se suceden situaciones que no permiten que algunos embarazos llegen a término, o lo que es peor, que aparte de no llegar a término comprometen en forma importante la futura fertilidad de muchas mujeres, en esta situación se encuentra el EMBARAZO ECTÓPICO, el cuál es motivo de análisis en este trabajo.

Así pues, el embarazo ectónico constituye una entidad patológica que aparte de ser una urgencia médico-quirúrgica en muchos casos, representa además alteraciones que afectan la futura fertilidad de las mujeres. Actualmente, se ha visto una tendencia al aumento en la incidencia de presentación del embarazo ectópico, esto quizá debido a la mayor presentación de factores predisponentes para esta entidad como son: enfermedad inflamatoria pélvica, uso de DIU por parte de las mujeres que representan población de riesgo.

En el presente trabajo, analizaremos al embarazo ectópico desde la perspectiva de un hospital de segundo nivel de atención de la secretaría de salud, el cuál tiene características especiales, ya que no cuenta con la gran trama de la infraestructura ----

... tecnológica de las grandes unidades hospitalarias pero cuenta con una gran población obstétrica, la cuál hemos tomado para analizar la situación actual en nuestro hospital de esta patología.

II.- OBJETIVOS: El presente estudio del análisis del estado actual del embarazo ectópico, en el hospital general de Acapulco, de la secretaría de Salud, se plantea varios objetivos, los cuáles son los siguientes:

- Determinar la frecuencia de este cuadro patológico en el servicio de ginecoobstetricia del hospital general de Acapulco.

- Correlacionar la frecuencia encontrada en este hospital, con la que se refiere en otros estudios nacionales e internacionales.

- Analizar los factores predisponentes que encontramos en nuestra casuística.

- Analizar el cuadro clínico que presentaron --- nuestras pacientes.

- Analizar los métodos diagnósticos que se utilizaron en estas pacientes, así como también el tipo de manejo médico y quirúrgico que se les dió a las mismas.

- Análisis de las complicaciones que se presentaron y la forma en que las mismas fueron resueltas.

Para tal fin se analizaron 82 expedientes del archivo clínico y de estadística del Hospital General de Acapulco, por un período comprendido del primero de julio de 1987 al 31 de diciembre de 1989, que corresponde a dos años y medio de actividades en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital General de Acapulco.



III.- MATERIAL Y METODOS.- En el período comprendido del primero de julio de 1988 al 31 de diciembre de 1990, se analizaron en forma retrospectiva 82 expedientes de pacientes que ingresaron al Hospital General de Acapulco; de las cuáles en 77 casos se sometieron a laparotomía exploradora por diagnóstico - de embarazo ectópico roto, por cuadro clínico sugestivo, de los cuales en tres casos el reporte histopatológico fué de: Salpingitis crónica, hidrosalpinx y piosalpinx, este último asociado a un absceso pélvico. A su vez se encontraron 5 casos en los cuáles el diagnóstico preoperatorio fue apendicitis aguda en 4 casos y en uno más el diagnóstico preoperatorio fue: estenosis -- del esfínter de Oddi en una paciente que había sido sometida a colecistectomía por colelitis litiasica, y el resultado -- transoperatorio fue de embarazo ectópico en los 5 casos, encontrándose este roto. Los 5 casos restantes con diagnóstico clínico de embarazo ectópico fueron sometidos a laparoscopia diagnóstica, donde se encontraron otros diagnósticos como fueron: Hidrosalpinx y sepsis por Chlamydia.

En nuestra serie hubo 2 casos de embarazo ectópico abdominal secundario, uno con un producto obito, momificado, de -- aproximadamente 32 semanas de edad gestacional, y otro en una - paciente con un embarazo de aproximadamente 18 semanas de gestación, que se encapsulo y que represento un reto diagnóstico, ya que fue manejada como aborto incompleto de 18 semanas séptico, - después de haber sido sometida a dos legrados extrahospitalarios

Además se presentaron en el presente estudio, tres casos de perforación uterina, asociada a la exploración bajo anes

...tesia que se realiza en forma rutinaria en nuestro hospital, en los casos de embarazo ectópico.

En esta misma serie, en una paciente, fue necesario - realizar una segunda intervención quirúrgica en una paciente -- con una perforación uterina a la que se le realizó: histerectomía total abdominal más salpingectomía izquierda, realizandosele la segunda cirugía por que presento un estado de choque en - el posoperatorio inmediato secundario a un sangrado a nivel de cúpula.

Se presento también el caso de una paciente que pre-- sento dos embarazos ectópicos rotos con espacio de un año, siendo manejada con salpinguectomía en los dos casos, durante el pe ríodo de tiempo que corresponde al presente estudio.

IV.- EMBARAZO ECTOPICO.- Antes de analizar la situación actual del embarazo ectópico en el hospital general de Aca-pulco, Guerrero, mencionaremos algo relacionado con el tema como tal, para poder tener un mejor panorama de lo que representa el embarazo ectópico.

1.- Historia.- Se dice que fué BUSIERE, el primero que reconoció en 1693 un embarazo ectópico en el cadáver de una mujer ejecutada en París. En 1731, el inglés GIFFORD, hizo una publicación más completa en la que describió el estado en que el óvulo fertilizado se había implantado fuera de la cavidad uterina. En los últimos tres siglos y medio, la incidencia de las gestaciones ectópicas ha aumentado a una en cada 130 embarazos y este trastorno se ha convertido en una de las complicaciones más graves del embarazo <sup>1</sup>.

Casi cien años han transcurrido, desde la publicación por TAIT, del clásico artículo sobre el moderno tratamiento del embarazo ectópico, donde se establecía la dificultad para realizar el diagnóstico pero llamaba la atención sobre la importancia de la cirugía precoz. TAIT, fué el primero que estableció la importancia de la laparotomía exploradora si la gestación ectópica rota es un diagnóstico razonablemente posible, antes de este artículo la mayoría de mujeres morían por hemorragia <sup>2</sup>.

2.- Definición.- El embarazo ectópico se puede definir, como aquella gestación que está implantada fuera de la cavidad uterina, es decir, en un lugar que no está diseñado para recibir el producto del embarazo o para permitir su desarrollo.<sup>2.</sup> Siendo el lugar más común de instalación del embarazo ectópico - la trompa de Falopio.

3.- Frecuencia.- Aunque en el último decenio la cantidad total de embarazos ha disminuido, la cantidad de embarazos ectópicos ha aumentado de manera dramática, y a la par, la cantidad de mujeres que mueren como consecuencia de este trastorno -- (índice de muertes por causa específica), ha disminuido en casi un 70 %, de acuerdo a una encuesta del Centro para el Control de Enfermedades.<sup>1.</sup> El aumento de la incidencia del embarazo ectópico esta probablemente relacionado, hasta cierto punto con al menos dos factores: La mejor tecnología para realizar el diagnóstico en forma más temprana, como es la determinación de fracción beta de la GCH, el uso del ultrasonido y la laparoscopia y a la mayor presentación de factores predisponentes para que se presente esta patología.<sup>3.</sup>

Así, pues, en términos generales, se ha visto un aumento en la incidencia del embarazo ectópico, pero esta es variable de acuerdo al lugar donde se realizan las estadísticas, esto debido a las costumbres de la población estudiada, así por ejemplo la incidencia de embarazo ectópico en los Estados Unidos en 1983 era de 14.0 por 1 000 embarazos.<sup>3.</sup> En México, Ruiz Velasco reporta una incidencia de un embarazo ectópico por cada 312 embarazos y en un estudio realizado en el Hospital General de Acapul

...co en el año de 1984, se encontró una incidencia de un embarazo ectópico por cada 229 embarazos.<sup>4</sup> Otras series dan cifras de 156 embarazos ectópicos, por 100 000 mujeres entre la edad de 15 a 44 años de edad, en un estudio realizado en Finlandia en 1985.<sup>5</sup>

4.- Factores predisponentes.- Una de las causas a que se atribuye el aumento en la frecuencia de presentación del embarazo ectópico, es precisamente la presencia de factores predisponentes determinantes para la presentación de esta patología. En relación a estos factores predisponentes, se mencionan varios como lo son: la enfermedad inflamatoria pélvica, el uso de dispositivo intrauterino, el antecedente de cirugía pélvica previa y de cirugía tubaria previa, así como también la presencia de un embarazo ectópico previo.

4.1.- Enfermedad inflamatoria pélvica.- La creciente incidencia en los casos de embarazo ectópico, se relaciona con el aumento en la frecuencia de las enfermedades de transmisión sexual que ocasionan salpingitis y con la eficacia de la antibióticoterapia para prevenir la oclusión tubaria total después de un cuadro de salpingitis. Westrom,<sup>1</sup> refiere que la incidencia de embarazo ectópico es 6 veces mayor en las mujeres con el antecedente de salpingitis, que las que no lo tienen. Antes de la era de los antibióticos, lo que sucedía, generalmente era una obstrucción total de las salpinges con problemas de esterilidad, teniendo una tasa de embarazo de menos del 40 %, después de haber presentado una salpingitis y según, Westrom de las mujeres que presentan una salpingitis el 4 a 5 %, tendrán posteriormente

...la presencia de un embarazo ectópico<sup>1</sup>. En otros estudios realizados en el Royal Women's Hospital, en un período de 7 años que en 287 pacientes con embarazo ectópico, se encontraron 100 casos que corresponden a un 35 %, que presentaban datos de enfermedad inflamatoria pélvica, esto demostrado por la presencia de --- adherencias a nivel genital<sup>6</sup>. Es pues la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, un factor importante en la predisposición para la presencia del embarazo ectópico, debido a la lesión que se deja a nivel tubario, alterando la funcionalidad de la salpinx al lesionar específicamente al endosalpinx, además de las múltiples adherencias que puede ocasionar el proceso inflamatorio-infeccioso de esta enfermedad.

4.2.- Uso de D.I.U.- En relación al uso del dispositivo intrauterino, se refiere que la presencia del mismo favorece la presencia de la enfermedad inflamatoria pélvica; así se tiene que en estudios realizados en la India, se encontró que en las pacientes estudiadas con dispositivo intrauterino in situ en un 4.3 % de casos, se presentó un embarazo ectópico.<sup>7</sup> En estudios - Malhotra y Cols. en Taiwan, se encontró que en 1200 embarazos que se presentaron en usuarias de DIU, el 1.4 %, fueron ectópicos en comparación con el 0.2 %, que se presentó en las usuarias de hormonales orales.<sup>7</sup>

4.3.- Cirugía pélvica previa.- Las cirugías pélvicas previas, por el riesgo potencial de producir adherencias postquirúrgicas, que alteren la morfología normal de la salpinx, dando como consecuencia la aparición del embarazo ectópico.

4.4.- Cirugía tubaria previa.- El antecedente de - cirugía tubaria previa, también es factor de riesgo para la presentación del embarazo ectópico, ya que la lesión que se presenta a nivel de la salpinge, a pesar de realizarse con la técnica adecuada, siempre representa la formación de tejido fibroso, con la alteración tanto anatómica como funcional de la salpinge, que - predispone a la presentación del embarazo ectópico.

4.5.- Embarazo ectópico previo.- Se dice que cuando se tiene el antecedente de un embarazo ectópico, la posibilidad de que este se repita es de un 20 a 30 % <sup>1</sup>. Y de los casos en los que se repite el embarazo ectópico, el 80 % de los casos se - presentan dentro de los primeros 4 años después de la presenta- ción del primero.

4.6.- Otros factores.- Se mencionan otros factores predisponentes para la presentación de embarazo ectópico, como lo son las anormalidades del ciclo, los desórdenes endocrinos, ya - que se ha relacionado con insuficiencia del cuerpo lúteo o una ovulación retrasada, secundaria tal vez a una alteración en la relación estrógeno-progesterona <sup>2</sup>. También se ha relacionado el emba- razo ectópico con la utilización de dosis altas de estrógenos como anticonceptivos o con el uso sólo de progestágenos; así también - se dice que cuando la salpingoclasia se realiza con anillos de si lastic y estos fallan, la frecuencia con la que se presenta el em- barazo ectópico es casi del 50 % <sup>2</sup>.

5.- LOCALIZACIONES DEL EMBARAZO ECTOPICO.- La localiza- ción mas frecuente del embarazo ectópico, con mucho es la tubaria que representa aproximadamente un 95 % de las localizaciones del

...embarazo ectópico; de las cuales la más frecuente es la localización ampular con un 55%; la istmica con un 25%; la intersticial con un 17.4%, la localización fimbrica con un 2 %; la localización ovarica con 0.5%; la abdominal y la cervical con un 0.1% respectivamente y además otras localizaciones pueden ser la presencia de embarazos ectópicos asociados con embarazos intrauterinos que es lo que constituye los embarazos heterotópicos, así se han reportado embarazos heterotópicos en México por Guzman Sanchez y Cols. que manejaron una paciente a la cuál se le realizó el diagnóstico en forma preoperatoria y fue manejada con salpingectomía derecha, dejando evolucionar el embarazo<sup>8</sup>. Clemente y -- Cols. del Hospital Miguel Servet en España, reportan también el diagnóstico de un embarazo heterotópico por ultrasonido<sup>9</sup>. Es importante hacer notar que esta variante de embarazo ectópico a ido en aumento en cuanto a su presentación, debido al uso de los inductores de ovulación y facilitan la presentación de estos casos.

6.- CUADRO CLINICO.- En el embarazo ectópico puede haber una etapa asintomática, cuando se tiene al embarazo ectópico no roto, en el cual no hay datos clínicos característicos de este proceso patológico; la mayoría de los autores menciona que los embarazos ectópicos por lo general presentan la ruptura entre las 5 y 8 semanas de gestación y es cuando se presenta la tórax típica del embarazo ectópico como lo es la amenorrea, dolor y sangrado, aunque en algunas ocasiones no se presentan las tres características ya mencionadas, ya que en ocasiones puede faltar alguno de estos datos, siendo el dolor de tipo cólico generalmente localizado a uno de los anexos o fosas ilíacas y en otras ocasiones a nivel del hipogastrio, dando en algunos casos cuadros de abdomen agudo, las características del sangrado transvaginal pueden ir desde sangrado escaso a moderado, rara vez el sangrado es abundante, aún más en ocasiones el sangrado transvaginal puede no existir; cuando se presenta sangrado abundante, secundario a la ruptura del em



...barazo ectópico, se pueden presentar datos de choque hipovolémico como son: taquicardia, náuseas de piel y tegumentos, hipotensión, piel fría, etcétera.

Cuando se tiene un embarazo ectópico en otra localización, que no sea la tubaria, puede en estos casos presentarse alguna otra característica clínica para el diagnóstico del mismo, - así por ejemplo los casos de embarazos ectópicos cervicales, casi siempre se presentan casos con sangrado transvaginal abundante y la mayoría de veces requieren de una histerectomía para su manejo. Se reporta un caso en nuestro hospital en el año de 1984, de un embarazo ectópico cervical asociado a la presencia de dispositivo intrauterino, que presentó sangrado transvaginal abundante con choque hipovolémico, que amerita la realización de una histerectomía realizándose el diagnóstico definitivo por estudio anatomopatológico de la pieza extraída.<sup>10</sup> Serdio Calderon y cols. reportan en México en 1985 y 1986, dos casos más de embarazos ectópicos -- cervicales que también ameritaron la realización de histerectomías por los sangrados abundantes, corroborándose el diagnóstico en ambos casos por el estudio histopatológico.<sup>11</sup> También se han reportado casos de embarazos ectópicos tubarios con dos productos, en 1982, se reporta en México un caso de embarazo ectópico tubario gemelar<sup>27</sup>

En relación a los embarazos ectópico abdominales la frecuencia es tan variable como 1 por cada 3372 embarazos a 1 por cada 50 820 partos, en estos casos la sintomatología es variable y confusa, por lo cuál el diagnóstico es difícil de realizar, aunque hay algunos datos, como pueden ser: la palpación de partes fetales en forma muy superficial, las posiciones anómalas altas y sobre todo el hecho de pensar en la posibilidad del diagnóstico.<sup>12</sup> En es

...tos casos la mortalidad fetal es en un muy alto porcentaje, hablandose casi de un 90-95 % de pérdidas fetales. Cachon López y Cols. en México, reportan el caso de una naciente con un embarazo ectópico abdominal con producto vivo, y que fue manejado en forma conservadora, obteniendo finalmente un producto de 31 semanas, que se egreso a los 40 días de vida extrauterina con un peso de 2 000 Kg, con un peso al nacimiento de 1 100 g. La desición de la interrupción de la gestación se debio a la presencia de sangrado intraabdominal importante con una baja también importante de la hemoglobina<sup>13</sup>. Sereno Colo y Cols, en México, reporta en el año de 1989, la presencia de un embarazo ectópico abdominal en una paciente, que presentaba un cuadro diarreico y que expulso la mitad del producto por vía rectal y que fue sometida a laparotomia exploradora para extraer la cabeza del producto, donde además se encontro una perforación a nivel del ileon terminal<sup>14</sup>. Cartaña reporta en España en 1988, el caso de un embarazo ectópico intersticial al cual se le realizo tumorectomia y no amerito histerectomia ya que practicamente fue un tumor que distendio la pared uterina y permitio realizar la tumorectomia<sup>15</sup>.

7.- DIAGNOSTICO. - El diagnóstico del embarazo ectópico es fácil, cuando se tiene todo el cuadro con los datos clínicos característicos, pero en otras ocasiones es difícil. Algo muy importante para el diagnóstico es la exploración física, en donde podemos palpar una masa anexial, así como también la presencia del signo de Douglas, y un método de diagnóstico sencillo y fácil de realizar es la culdocentesis que nos es positivo en un gran porcentaje de casos, sobre todo si se trata de embarazos ectópicos rotos. Dentro de los métodos de laboratorio y gabinete los que tienen mayor importancia para el diagnóstico del embarazo ectópico se encuentran: las pruebas de embarazo y la detección de la --

... fracción beta de la GCH, la ecografía y la laparoscopia son de los métodos más importantes, sobre todo esta última, ya que es fundamental para confirmar el diagnóstico y en algunas ocasiones puede ser también manejados los casos de embarazos ectópicos por medio de laparoscopia con cirugía laparoscópica, para dar un manejo conservador del mismo<sup>15,17</sup>.

En relación al ultrasonido, este por ser un método no - invasivo es el método de diagnóstico ideal, siendo posible realizar el diagnóstico desde aproximadamente las 7 semanas de gestación<sup>18</sup>, además en estudios recientes se refiere que el realizar - ultrasonidos por vía vaginal, encontrándose una incidencia de certeza diagnóstica con este método de aprox. 70 %<sup>19</sup> y en estudios comparativos entre los ultrasonidos abdominales con los realizados por vía transvaginal, se encontró mejor certeza diagnóstica - en los ultrasonidos realizados por vía vaginal<sup>20</sup>

8.- TRATAMIENTO.- Dentro del tratamiento del embarazo - ectópico, ha habido cambios importantes, ya que al principio el - único manejo que se podía dar a estas pacientes era la interven- ción quirúrgica radical con salpingectomía y en ocasiones histerec- tomía para solucionar el problema, actualmente se ha dado mucha - importancia al manejo conservador del embarazo ectópico, ya sea - con cirugía conservadora, o aún más con tratamiento médico a base de metotrexate, con resultados hasta el momento no bien valora- - bles, algunos autores, no se encuentran de acuerdo con el manejo - conservador de las pacientes con embarazo ectópico, ya que consi- deran, que lo que hay que modificar son los factores predisponen- tes, ya que se tiene que si se dieron para que se presentara un - embarazo ectópico, se volveran a dar para la presentación de un -

...embarazo ectópico de repetición. Así tenemos que se\_ hable de un manejo médico conservador con el uso de metotrexate - que al principio se empezó a manejar por vía sistémica con el uso concomitante del factor citrovorum<sup>3</sup>, en un estudio realizado en - Chicago por Steven y cols. con 6 pacientes sometidas a tratamien- to con metotrexate, en 5 hubo respuesta adecuada y solo una ameri- to laparotomía exploradora<sup>21</sup>. Pero en ocasiones los efectos secun- darios por el uso del metotrexate eran importantes, por lo cual - se empezó a utilizar este en inyección local por laparoscopia<sup>22</sup> y en un estudio realizado por Mordechai y Cols, con 27 pacientes so- metidas a este manejo, solo en tres se requirió realizar laparot- omía exploradora y manejo quirúrgico radical, y el resto de las pa- cientes evolucionó en forma satisfactoria<sup>22</sup>. También dentro del - manejo quirúrgico de estas pacientes, se habla de cirugía conser- vadora, ya sea por laparoscopia<sup>17</sup>, o por laparotomía, teniéndose - diferentes técnicas, siendo las más importantes las salpingosto- mias con eliminación de la mayor cantidad posible de tejido y de- jando abierta la salpingostomía lineal<sup>23</sup>. En 1989, Ilan y Cols. - reportan el manejo conservador del embarazo ectópico utilizando - una nueva técnica a base de salpingocentesis transvaginal, buncio- nando el embarazo ectópico e inyectando cloruro de potasio al em- brion, se reporta un caso en el cual el resultado fue satisfactor- rio, aun cuando en este caso también se utilizó metotrexate<sup>24</sup>. -- Así también se tienen reportes<sup>25</sup>, de los casos que se han maneja- do en forma conservadora y se ha visto que aproximadamente en un\_ 19 % de casos, se repite el embarazo ectópico, cuando se conserva la trompa en un ectópico anterior. Esto nos habla de la importan- cia que tiene el tratar los factores predisponentes, ya que si es- tos se perpetúan, es fácil que el ectópico se repita.

9.- PRONOSTICO.- Uno de los parámetros más importantes - en las pacientes con embarazo ectópico, es lo referente al pronóstico, el cuál generalmente es bueno para la vida y malo para la reproducción, a pesar de los diferentes manejos conservadores en los casos que así lo ameritan. Así por ejemplo en el estudio de ; 264 mujeres que tuvieron embarazos ectópicos, sólo se embarazaron 30 posteriormente, con 24 embarazos intrauterinos y 6 nuevos ectópicos<sup>26</sup>.

" ESTADO ACTUAL DEL EMBARAZO ECTOPICO EN EL -  
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO, DE LA SECRETA  
RIA DE SALUD, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE  
JULIO DE 1988 A DICIEMBRE DE 1990 "

V.- PARAMETROS QUE SE UTILIZAN EN EL PRESENTE ESTUDIO

1.- EDAD

2.- ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

2.1.- Gestaciones

2.2.- Partos

2.3.- Abortos

2.4.- Cesareas

2.5.- Tiempo de amenorrea

3.- FACTORES PREDISPONENTES

3.1.- Enfermedad inflamatoria pélvica

3.2.- Cirugía pélvica previa

3.3.- Embarazo ectópico previo

3.4.- Uso de Dispositivo intrauterino

3.5.- Cirugía previa tubaria

3.6.- Sin factores predisponentes

4.- DATOS CLINICOS

4.1.- Dolor

4.2.- Sangrado

5.- DIAGNOSTICO CLINICO

5.1.- Culdocentesis

6.- DIAGNOSTICO DE LABORATORIO, GABINETE Y ENDOSCOPIA

6.1.- Prueba de embarazo

6.2.- Reacción de Arias-Stella

6.3.- Ultrasonido

6.4.- Laparoscopia

7.- DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

8.- DIAGNOSTICO POSOPERATORIO

- 9.- TIEMPO EN REALIZAR LA CIRUGIA
- 10.- HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS
  - 10.1.- Tipo de embarazo ectópico
  - 10.2.- Hemoperitoneo
  - 10.3.- Localización del embarazo
  - 10.4.- Patología asociada
- 11.- CIRUGIA REALIZADA
- 12.- TRANSFUSIONES
- 13.- TIPO DE ANESTESIA
- 14.- EXAMENES DE LABORATORIO
- 15.- REPORTE HISTOPATOLOGICO
- 16.- USO DE ANTIBIOTICOS
- 17.- ESTANCIA POSOPERATORIA
- 18.- MORBIMORTALIDAD

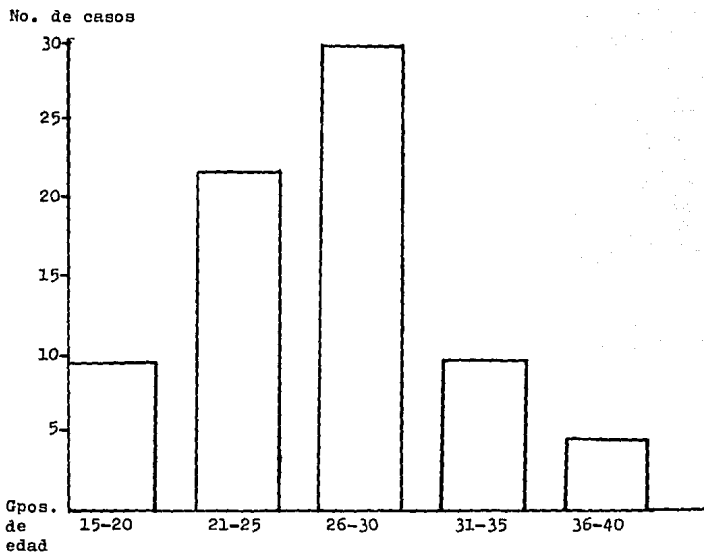


VI.- RESULTADOS: Los resultados que se obtuvieron del análisis del embarazo ectópico en el Hospital General de Acapulco, son los que se presentan a continuación:

1.- EDAD:- Respecto a la edad de presentación más frecuente en los casos de embarazo ectópico, se observo que el grupo de edad más frecuentemente afectado por esta patología, es el de los 26 a los 30 años, seguido del grupo de 21 a 25 años - con una incidencia de 29 y 23 casos respectivamente, lo cual -- nos representa un 39.18 % y un 31.08 % respectivamente y sumados estos dos grupos nos dan una incidencia de 70.26 % para el grupo de 21 a 30 años, lo cual se correlaciona con lo que mencionan algunos autores en relación a la edad de presentación -- más frecuente (27).(Cuadro y gráfica No. 1).

GRUPOS DE EDAD	No. DE CASOS	%
15 - 20 años	9	12.16
21 - 25 años	23	31.08
26 - 30 años	29	39.18
31 - 35 años	9	12.16
36 - 40 años	4	5.40
T O T A L	74	99.98

Cuadro No. 1.- Incidencia por grupos de edad, de los casos de embarazo ectópico.



Gráfica No. 1.- Gráfica representativa de los grupos de edad y su incidencia en relación con la presentación del embarazo ectópico.

El caso de menor edad que se presentó fué de 16 años y la mayor edad fué de 40 años, con una media de 28 años.

2.- ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:- Dentro de los antecedentes ginecoobstétricos y en el análisis de las gestaciones, se vio que el grupo de las multigestas predominó con 55 casos (74.32 %); seguido del grupo de las grandes multigestas con 15 casos (20.27%) y el grupo de las primigestas 4 casos (5.4 %)

El número de gestaciones que se presentó fué desde una hasta siete, realizándose la formación de tres grupos: uno de primigestas, un segundo de multigestas con 2 a 4 gestaciones y el de grandes multigestas con 5 o más gestaciones (Cuadro número 2).

NUMERO DE GESTACIONES	No. DE CASOS	%
PRIMIGESTAS (1)	4	5.40
MULTIGESTAS (2 - 4)	55	74.32
GRANDES MULTIPARAS (+ DES)	15	20.27
T O T A L	74	99.99

Cuadro No. 2.- Incidencia de presentación del embarazo - ectópico en cuanto al número de gestaciones.

2.2.- Partos.- El número de partos fué desde cero hasta seis, se realizaron cuatro grupos para observar la incidencia de acuerdo a la paridad; encontrando que en el grupo de las multiparas (2-4 partos), se presentó la mayor incidencia con 40 casos (54.05 %); el de primiparas 17 casos (22.97 %); el de grandes multiparas (más de 5 partos) 9 casos (12.16 %) y al final el grupo de nuliparas con 8 casos (10.81 %), (Cuadro número 3).

NUMERO DE PARTOS	CASOS	%
NULIPARAS (0)	8	10.81
PRIMIPARAS (1)	17	22.97
MULTIPARAS (2-4)	40	54.05
GRANDES MULTIPARAS ( + DE 5)	9	12.16
T O T A L	74	99.99

Cuadro No.- 3.- Incidencia de presentación del embarazo ectópico en cuanto a la paridad.

2.3.-Abortos.- En relación al número de abortos, este fue de cero hasta tres, siendo el grupo de uno a dos abortos el más frecuente con 50 casos (67.56 %), lo cual se observa en el cuadro No. 4.

No. DE ABORTOS	No. DE CASOS	%
CERO	15	20.27
1 A 2	50	67.56
3 O MAS	9	12.16
T O T A L	74	99.99

Cuadro No. 4.- No. de casos en relación a abortos previos.

2.4.- Cesareas.- Dentro del número de cesareas, como antecedente previo a la presentación del embarazo ectópico, se encontro que el grupo que no tenia antecedente de cesareas fué el más importante con 55 casos (74.32 %), y el grupo con una a

... a dos cesareas se presentaron 19 casos (25.67 %) lo cuál queda representado en el cuadro número 5.

No. DE CESAREAS	No. DE CASOS	%
NINGUNA	55	74.32
1 A 2 CESAREAS	19	25.67
T O T A L	74	99.99

Cuadro No.- 5.- Número de casos en relación al antecedente de cesarea previa.

2.5.- Tiempo de amenorrea.- En lo que se refiere al tiempo de amanorrea, se observó que la mayor frecuencia se presenta en el grupo de 9 a 13 semanas con 50 casos (67.56 %), seguido por el grupo de 4 a 8 semanas de amenorrea con 11 casos (14.86 %); un grupo que no recordaba la fecha de última menstruación con 6 casos (8.10 %) y un grupo en el cuál no se presenta amenorrea con 5 casos (6.75%), esto se observa en el cuadro número 6.

3.- FACTORES PREDISPONENTES.- Para la presentación del embarazo ectópico, se han mencionado varios factores predisponentes; entre los cuáles se encuentran los antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía pélvica previa, embarazo ectópico previo, uso de dispositivo intrauterino, cirugía previa tubaria y además en este estudio se maneja el rubro de sin factores predisponentes en los casos en que no se encontro ninguno de los factores predisponentes mencionados previa-

... mente. Los resultados que se encontraron fuerón que en 42 casos (54.54 %), no se encontro ningún factor predisponente previo a la aparición del embarazo ectópico, en 13 casos (16.88 %), se encontró uso de DIU, en 10 casos (12.98 %) - se encontró antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, en 8 casos (10.38 %), el antecedente de cirugía pélvica previa, - en 3 casos (3.89 %), el antecedente de embarazo ectópico previo y en un caso (1.29 %), el antecedente de cirugía tubaria previa. En tres casos se conjuntaron dos o más factores y de estos en un sólo caso una misma paciente tenía antecedentes de cirugía pélvica previa, de cirugía tubaria previa y de embarazo ectópico previo, a la cuál se le realizo salpingectomia. -- Cuadro No. 7 y gráfica No. 2.

TIEMPO DE AMENORREA	No. DE CASOS	%
SIN AMENORREA	5	6.75
NO SE REPORTA FUM	6	8.10
4-8 SEMANAS	11	14.86
9-13 SEMANAS	50	67.56
MAS DE 13 SEMANAS	2	2.70

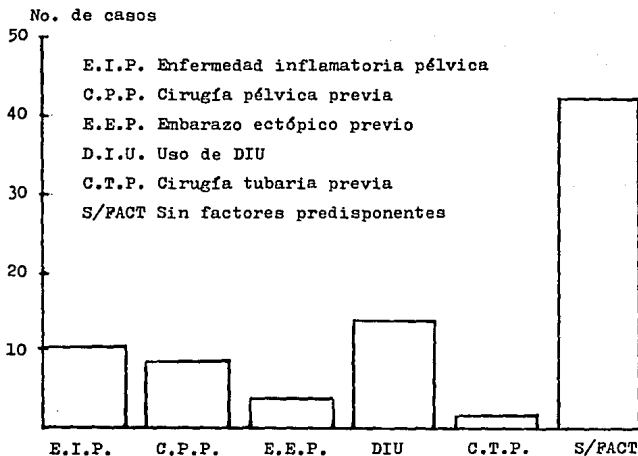
Cuadro No.- 6.- Tiempo de amenorrea que presentaban las pacientes al momento de presentarse el embarazo ectópico.

FACTORES PREDISPONENTES	NUMERO DE CASOS	%
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA	10	12.98
CIRUGIA PELVICA PREVIA	8	10.38
EMBARAZO ECTOPICO PREVIO	3	3.89
USO DE DIU	13	16.88
CIRUGIA TUBARIA PREVIA	1	1.29
SIN FACTORES	42	54.54
T O T A L	77	99.96

Cuadro No. 7.- Frecuencia en que se encontraron los factores predisponentes, en los casos de embarazo ectópico.

4.- DATOS CLINICOS.- Dentro de los datos clínicos se analizaron los que correspondieron al dolor y el sangrado, ya que la amenorrea ya fue analizada, cuando se revisaron los antecedentes ginecoobstétricos.

4.1.- DOLOR.- Dentro del parámetro del dolor, este se presentó en todos los casos, siendo de tipo cólico, -- siendo la mayoría de veces localizado a un sitio específico y



Gráfica No. 2.- Gráfica que representa la aparición de los diferentes factores predisponentes en las pacientes que presentaron embarazo ectópico.

... en un sólo caso se presentó un cuadro abdominal agudo con toda la sintomatología del mismo; en estos casos se encontró que el sitio de localización más frecuente del dolor fue el hipogastrio con 38 casos (51.35 %), seguido de la localización en la fosa ilíaca derecha en 17 casos (22.97 %), al igual que la fosa ilíaca izquierda con 17 casos, y en un caso más la localización del dolor fué a nivel del hipocondrio derecho, siendo el caso de una paciente que fue sometida a colecistectomía por colecistitis aguda litiasica, posteriormente su estado general se deterioro y se reintervino con el diagnóstico



LOCALIZACION DEL DOLOR	No. DE CASOS	%
HIPOGASTRIO	38	51.35
F.I.D.	17	22.97
F.I.I.	17	22.97
ABDOMEN AGUDO	1	1.35
HIPOCONDRIO DERECHO	1	1.35

Cuadro No. 8.- Sitios en que se localizo el dolor en los -  
casos de embarazo ectópico.

... de estenosis del esfínter de Oddi, resultando ser un embarazo ectópico roto derecho (Cuadro No. 8).

4.2.- Sangrado.- En relación al sangrado, este se presento en 55 casos (74.32 %), encontrandose ausente en 19 casos (25.67 %), siendo en la mayoría de veces en escasa cantidad, de color rojo oscuro; en los casos en que no se presentó sangrado, la mayoría fué de ectópicos no rotos u organizados y pocos eran embarazos ectópicos rotos (Cuadro No. 9).

5.- DIAGNOSTICO CLINICO.- Debido a que en nuestro - hospital no contamos con la tecnología que se puede utilizar - actualmente para el diagnóstico de este tipo de patología y siendo que la mayoría de casos que manejamos son embarazos ectópicos rotos, que representan un diagnóstico y tratamiento rápidos, la mayoría de veces el diagnóstico que hacemos es unicamente clínico y dentro de este tiene una importancia especial\_

SANGRADO	No. DE CASOS	%
PRESENTE	55	74.32
AUSENTE	19	25.67
T O T A L	74	99.99

Cuadro No. 9.- Frecuencia en que se presento el sangrado - transvaginal en los casos de embarazo ectópico.

...una prueba clínica diagnóstica fácil de realizar y que nosotros utilizamos casi en forma rutinaria en nuestras pacientes que es la exploración bajo anestesia, con legrado uterino instrumental y culdocentesis.

5.1.- Culdocentesis.- Esta prueba clínica que consiste en la punción del fondo de saco vaginal posterior, se realizo en 61 casos, resultando positiva en 49 casos (66.21 %) negativa en 12 casos (16.21 %) y no se realizo en 13 casos --- (17.56 %), de estos 13 casos en 5 de ellos no se realizo dicha prueba debido a que las pacientes fueron manejadas por el servicio de cirugía que las sometio a cirugía con los diagnósticos de apendicitis aguda y estenosis del esfínter de Oddi, y en los 8 casos restantes en que no se realizo la prueba fué debido a que el cuadro clínico era obvio y las condiciones de la paciente eran apremiantes para realizar la cirugía a la mayor brevedad posible, por lo tanto se obvio esta exploración.

Cuadro No. 10

C U L D O C E N T E S I S		No. DE CASOS	%
SE REALIZO	POSITIVA	49	66.21
	NEGATIVA	12	16.21
NO SE REALIZO		13	17.56

CUADRO No. 10.- Culdocentesis en el embarazo ectópico.

6.- DIAGNOSTICO DE LABORATORIO, GABINETE Y ENDOSCOPIA  
 Fuerón pocos los exámenes de este tipo que se pudieron realizar en nuestras pacientes, la mayoría de veces debido a la urgencia con que se presentaron estos casos y en las pacientes que se tu vieron, por ejemplo en relación al ultrasonido este estudio ya se traia desde antes de ingresar al hospital.

6.1.- Prueba de embarazo.- Este exámen unicamen-  
 te se realizo en dos casos siendo positiva en las dos ocasiones siendo pacientes que cuando acudieron al hospital ya llevaban - la prueba de embarazo realizada. Cuadro No. 11.

6.2.- Reacción de Arias-Stella.- La reacción de Arias-Stella, sólo se realizo en 2 casos teniendose los repor-  
 tes en las dos ocasiones en forma posoperatoria, de estas dos - pruebas en una ocasión resulto positiva en un caso que corres-  
 pondio a un ectópico roto y en el segundo caso la reacción re-  
 sultó negativa, y el diagnóstico posoperatorio de esta paciente fué de hidrosalpinx, lo que justifica la negatividad de la prue  
ba en este caso. Cuadro No. 12

PRUEBA DE EMBARAZO	No. DE CASOS	%
POSITIVA	2	2.70
NO SE REALIZO	72	97.29
T O T A L	74	99.99

Cuadro No. 11.- Prueba de embarazo en relación con el embarazo ectópico.

REACCION DE ARIAS-STELLA		No. DE CASOS	%
SE REALIZO	POSITIVA	1	1.35
	NEGATIVA	1	1.35
NO SE REALIZO		72	97.29
T O T A L		74	99.99

Cuadro No. 12.- Reacción de Arias en relación con el embarazo ectópico.

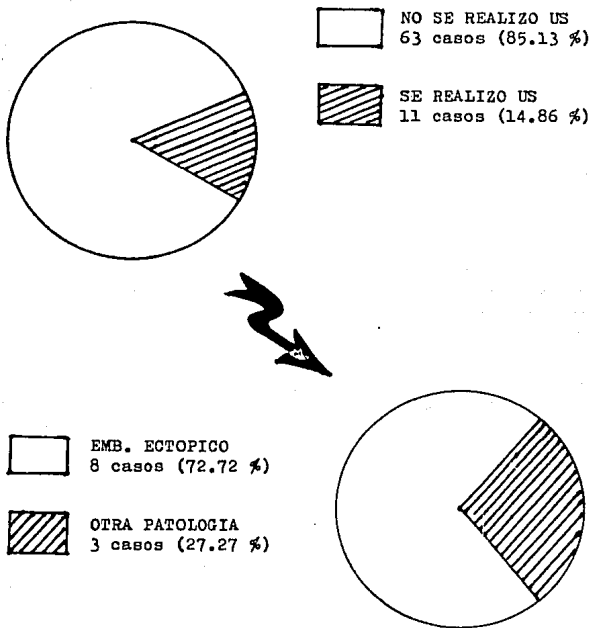
6.3.- Ultrasonido.- En lo que se refiere al estudio de ultrasonido en las pacientes con embarazo ectópico, todas las pacientes que lo presentaron tuvieron éste estudio realizado fuera del hospital, ya que el ultrasonografo del hospital sólo se utiliza en las mañanas.. De todas las pacientes tuvieron ultrasonido 11 de ellas (14.86 %); de los cuáles en 8 casos se daba el diagnóstico de probable embarazo ectópico lo que

... representa un 72.72 % de acierto diagnóstico de todos los estudios tomados y en 3 casos (27.27 %) el diagnóstico ultrasonográfico daba otra patología y en 63 pacientes lo que representa un 85.13 %, no se realizó dicho estudio. Cuadro No. 13, y gráfica No. 3.

6.4.- Laparoscopia.- Este estudio represento un avance importante en el diagnóstico del embarazo ectópico, sobre todo en los casos de embarazo ectópico que se encontraban dudosos después de la exploración bajo anestesia y la culdocentesis; así se tuvo, que se realizaron laparoscopias en 6 casos (8.10 %) en los que se confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico; en 68 casos (91.89 %) no se realizó. Además en 5 casos se realizaron laparoscopias por encontrarse diagnósticos dudosos y de esta manera se descartaron los diagnósticos de embarazo ectópico, dando paso a otros como anexitis, sepsis por Chlamydia, y otros. Cuadro No. 14.

ULTRASONIDO	No. DE CASOS	%	
EMBARAZO ECTOPICO	8	72.72	99.99
OTRA PATOLOGIA	3	27.27	
NO SE REALIZO	63	85.13	
T O T A L	74	99.99	

Cuadro No. 13.- Ultrasonido en relación con el diagnóstico del embarazo ectópico.



Gráfica No. 3.- Muestra los resultados del estudio de ultrasonido y su certeza diagnóstica en los casos de embarazo ectópico.

LAPAROSCOPIAS	No. DE CASOS	%
SE REALIZO	6	8.10
NO SE REALIZO	68	91.89
T O T A L	74	99.99

Cuadro No. 14.- Laparoscopias diagnósticas, en los casos de embarazo ectópico.

7.- DIAGNOSTICO PREOPERATORIO.- En relación al diagnóstico preoperatorio, con el cuál fueron sometidas estas pacientes a un acto quirúrgico; se tiene que en 42 casos (56.75%) el diagnóstico fué de embarazo ectópico roto; en 20 casos que representan un 27.02 %, el diagnóstico fué de embarazo ectópico organizado; en 5 casos unicamente el diagnóstico fué de embarazo ectópico no roto lo que representa un 6.75 %. En el rubro de "otros diagnósticos", quedan consignados los casos que entraron con diferentes diagnósticos; entre ellos destacan 4 casos de -- apendicitis aguda, que representan un 5.40 %; un caso con diagnóstico de estenosis del esfínter de Oddi (1.35 %); un caso de aborto incompleto séptico, en una paciente que fué sometida a una cirugía para histerectomía en bloque por el proceso séptico resultando ser un embarazo ectópico abdominal secundario y por último un diagnóstico entro como embarazo ectópico abdominal -- Cuadro No. 15.

8.- DIAGNOSTICO POSOPERATORIO.- Dentro de los resultados de los diagnósticos posoperatorios; se encontro que se presentaron 2 casos (2.70 %) de embarazo ectópico abdominal secun-

...darios; uno en una paciente que entro con ese ---- diagnóstico preoperatorio y otro en una paciente que se sometio al acto quirúrgico para realizar histerectomia total por un proceso séptico, resultando ser un embarazo ectópico abdominal secundario; hubo 47 casos (63.51 %), de embarazo ectópico roto, - 17 casos de embarazo ectópico organizado (22.97 %); 5 casos de embarazo ectópico organizado (6.75 %); también se presentarán - como diagnósticos tres casos de anexitis, hidrosalpinx y piosal pinx asociado a un absceso pélvico, respectivamente, siendo estos tres casos intervenidos con el diagnóstico de embarazo ectópico, lo que da un porcentaje de error en el diagnóstico de - embarazo ectópico de 3 casos, lo cuál representa el 4.05 % de - falla diagnóstica. Cuadro No. 16.

9.- TIEMPO EN REALIZAR LA CIRUGIA.- Por tratarse el - embarazo ectópico la mayoría de veces una urgencia quirúrgica, - reviste especial importancia, la velocidad con que sea intervenida la paciente, ya que de esto depende que se pueda disminuir la cantidad de hemoperitoneo, que podemos encontrar, siendo en la mayoría de casos resuelto el problema en las primeras 6 horas; así se tiene que en 50 casos (67.56 %), la resolución del problema fué dentro de las primeras 6 horas desde el ingreso de la paciente a urgencias hasta el momento en que se interviene - quirúrgicamente; en 11 casos (14.86%), la cirugía se realizo en las primeras 12 horas, desde el ingreso y sólo en 6 casos (8.10 por ciento), la cirugía se realizo después de las 24 horas del ingreso de las pacientes, siendo en estos casos embarazos ectópicos organizados y solamente uno roto, en el caso de la paciente con el antecedente de una colecistectomia Cuadro No. 17 y -- gráfica número 4.



Dx. PREOPERATORIO	No. DE CASOS	%
EMBARAZO ECTOPICO ROTO	42	56.75
EMBARAZO ECTOPICO NO ROTO	5	6.75
EMB. ECTOPICO ORGANIZADO	20	27.02
OTROS DIAGNOSTICOS:		
APENDICITIS	4	5.40
EST. ESF. DE ODDI	1	1.35
ABORTO INCOMPLETO SEPT.	1	1.35
EMB. ECTOPICO ABDOMINAL	1	1.35
T O T A L	74	99.97

Cuadro No. 15.- Diagnósticos preoperatorios, con que fueron sometidas a laparotomía las pacientes con embarazo ectópico.

10.- HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS.- Dentro de los hallazgos transoperatorios, se analizaron: el tipo de embarazo ectópico, el hemoperitoneo encontrado, la localización del embarazo ectópico, la patología asociada y la cirugía realizada.

10.1.- Tipo de embarazo ectópico.- En las intervenciones quirúrgicas realizadas a las pacientes, se encontraron 49 casos de embarazo ectópico roto que representan un 66.21 por ciento, 5 casos de embarazo ectópico no roto (6.75 %), finalmente se encontraron 20 casos de embarazo ectópico organiza-

...do, lo que representa un 27.02 % del total de los casos, lo cual demuestra que el embarazo ectópico roto, sigue siendo el tipo más frecuente, y que el embarazo ectópico no roto sigue siendo difícil de diagnosticar, además de que el tipo de pacientes que maneja nuestro hospital, generalmente acuden cuando tienen el cuadro agudo y muy pocas veces acuden cuando se tiene un embarazo ectópico no roto, que sería muy adecuado para poder realizar alguna cirugía de tipo conservador en estas pacientes. Cuadro No. 18 y gráfica No. 5.

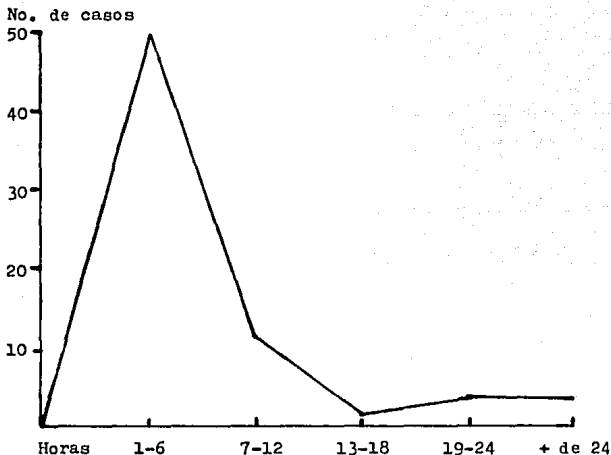
Dx. POSOPERATORIO	No. DE CASOS	%
EMB. ECTOPICO ROTO	47	63.51
EMB. ECTOPICO NO ROTO	5	6.75
EMB. ECTOPICO ORGANIZADO	17	22.97
OTROS DIAGNOSTICOS		
Embarazo abdominal	2	2.70
Anexitis	1	1.35
Hidrosalpinx	1	1.35
Piosalpinx	1	1.35
T O T A L	74	99.98

Cuadro No. 16.- Diagnósticos posoperatorios en las pacientes sometidas a laparotomía exploradoras por embarazos ectópicos.

TIEMPO PARA LA CIRUGIA	No. DE CASOS	%
1-6 HORAS	50	67.56
7-12 HORAS	11	14.86
13-18 HORAS	1	1.35
19-24 HORAS	6	8.10
MAS DE 24 HORAS	6	8.10
T O T A L	74	99.97

Cuadro No.- 17.- Tiempo transcurrido entre el ingreso y el momento en que se realizo la cirugía.

10.2.- Hemoperitoneo.- En cuanto al hemoperitoneo que se encontro como hallazgo en las pacientes operadas, se observo que en 20 casos (27.02 %), este fué de menos de 500 ml, en 24 casos (32.43 %), fué entre 500 y 1000 ml, lo que representa el mayor número de casos, esto debido probablemente al poco tiempo que transcurrió entre la llegada de la paciente al hospital y el momento de la cirugía, en 14 casos (18.91 %), el hemoperitoneo fué de 1000 a 1500 ml; en 13 casos (17.56 %), el hemoperitoneo fué de 1500 a 2000 ml y sólo en 3 casos (4.05 %) el hemoperitoneo fué de más de 2000 ml. Cuadro No. 19. Gráfica número 6.

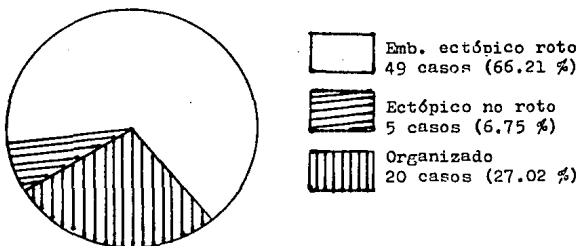


Gráfica No. 4.- Representa el tiempo que transcurrió en horas, entre la llegada de la paciente al hospital y el momento de la cirugía.

10.3.- Localización del embarazo ectópico.- EN lo referente a la localización de acuerdo a la porción de la --salpínges afectada, se encontró que en 20 casos (27.02 %), desafortunadamente no se encontraba referido en el expediente la localización del embarazo ectópico, en igual número de casos la localización fue ampular izquierda, seguida de la localización ampular derecha en 18 casos (24.32 %), representando los embarazos ampulares el 51.34 % del total de los casos, en 6 casos que representan el 8.10 % el embarazo fue localizado en región ist-

TIPO DE EMBARAZO	No. de casos	%
ECTOPICO ROTO	49	66.21
ECTOPICO NO ROTO	5	6.75
ORGANIZADO	20	27.02
T O T A L	74	99.98

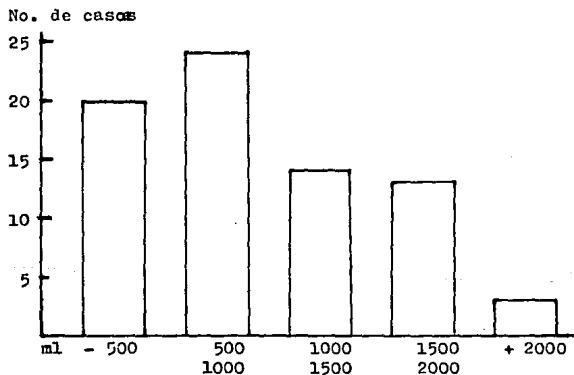
Cuadro No. 18.- Tipos de embarazo ectópico, localizados en - las pacientes estudiadas.



Gráfica No. 5.- Tipos de embarazo ectópico localizados en las pacientes estudiadas.

HEMOPERITONEO	No. DE CASOS	%
MENOS DE 500 ml	20	27.02
500 - 1000 ml	24	32.43
1000 - 1500 ml	14	18.91
1500 - 2000 ml	13	17.56
MAS DE 2000 ml	3	4.05

Cuadro No.- 19.- Hemoperitoneo encontrado en las pacientes estudiadas.



Gráfica No. 6.- Hemoperitoneo encontrado en las pa---  
cientes estudiadas.

...mica derecha y se presento un igual número de casos en la región istmica izquierda, son relevantes la presentación de dos casos (2.70 %), de embarazos ectópicos intraligamentarios derechos y dos casos de embarazos ectópicos abdominales secundarios. Cuadro No. 20.

LOCALIZACION DEL EMB.	No. DE CASOS	%
AMPULAR DERECHO ,	18	24.32
AMPULAR IZQUIERDO	20	27.02
ISTMICO DERECHO	6	8.10
ISTMICO IZQUIERDO	6	8.10
ABDOMINAL SECUNDARIO	2	2.70
INTRALIGAMENTARIO DER.	2	2.70
NO CONSIGNADO	20	27.02
T O T A L	74	99.96

Cuadro No. 20.- Localización del embarazo ectópico en las pacientes estudiadas.

10.4.- Patología asociada.- En las pacientes estudiadas, se encontro además del embarazo ectópico otras patologías asociadas, en 43 casos (58.10 %), la cuál se encontro distribuida de la siguiente manera: la patología asociada más frecuente fue la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, que se encontro en 32 casos (43.24 %), seguida por la perforación uterina en 3 casos (4.05 %), estas perforaciones uterinas, se produjeron al

...momento en que se realizo la exploración bajo - anestesia con legrado de estas pacientes; en 3 casos se encontraron quistes de ovario, siendo 2 izquierdos (2.70 %) y uno izquierdo (1.35 %); también 2 casos de endometriosis, un embarazo ectópico previo, una apendicitis y un absceso tubario derecho - también se encontraron y fueron 31 casos en los cuáles aparentemente no se encontro ninguna patología asociada, lo cuál representa el 41.89 %. Cuadro No. 21.

PATOLOGIA ASOCIADA	Mo. DE CASOS	%
ENF. INFL. PELVICA	32	43.24
PERFORACION UTERINA	3	4.05
ENDOMETRIOSIS	2	2.70
QUISTE DE OVARIO IZQ.	2	2.70
QUISTE DE OVARIO DER.	1	1.35
EMBARAZO ECTOPICO PREVIO	1	1.35
APENDICITIS	1	1.35
ABSCESO TUBARIO DER.	1	1.35
SIN PATOLOGIA ASOCIADA	31	41.89
T O T A L	74	99.98

Cuadro No. 21.- Patología que se hayo asociada al embarazo - ectópico en las pacientes estudiadas.



11.- CIRUGIA REALIZADA.- En cuanto a la cirugía realizada, la más frecuente fué la salpingectomia derecha más salpingoclasia izquierda con 21 casos (28.37 %), seguida de la salpingectomia derecha e izquierda con 13 casos cada una para un 17.56 % respectivamente, en 8 casos (10.81 %), se realizo salpingectomia izquierda con salpingoclasia derecha; en 3 casos -- (4.05 %) se realizo hysterectomia total más salpingooforectomia derecha y en 2 casos (2.70 %), se realiza hysterectomia total más salpingooforectomia izquierda; además en 3 casos (4.05 %), se realizo salpingectomia derecha más apendicetomia Oschner, -- siendo dos de estas electivas y en dos casos más se realizo extracción del producto y la placenta en los casos que se presentaron de embarazos ectópicos secundarios. Cuadro No. 22.

Además en los tres casos de perforación uterina asociada al embarazo ectópico, sólo en un caso se realizo cierre primario de la perforación y en dos casos más se realizo hysterectomia total. Es de llamar la atención el hecho de que no se realizara ninguna cirugía de tipo conservador en estas pacientes, pero esto fué secundario al tipo de pacientes que se manejaron, siendo la gran mayoría con embarazos ectópicos rotos, y que no reunian los requisitos necesarios para realizar la cirugía conservadora, además de no contar con la tecnología adecuada para este tipo de cirugía.

12.- TRANSFUSIONES.- En lo referente a las transfusiones que se realizaron en estas pacientes, es lógico pensar que debido al tipo de problema de que se trata la mayoría de pacientes sería candidata a una transfusión, pero en la realización -

CIRUGIA REALIZADA	No. DE CASOS	%
SALPINGECTOMIA IZQUIERDA	13	17.56
SALPINGECTOMIA DERECHA	13	17.56
S.O.D.	1	1.35
S.O.I.	1	1.35
SALPINGEC DER + SC IZQ	21	28.37
SALPINGEC IZQ + SC DER	8	10.81
H.T.A. MAS S.O.I.	2	2.70
H.T.A. MAS S.O.D.	3	4.05
SALPINGECTOMIA IZO. MAS CIERRE PREM DE PERF. UTE.	1	1.35
SALPINGECTOMIA DERECHA + APENDICECTOMIA OSCHNER	3	4.05
EXTRACCION DE PRODUCTO Y PLACENTA	2	2.70
SALPINGECTOMIA BILAT.	6	8.10
T O T A L	74	99.95

Cuadro No. 22.- Cirugías realizadas en los casos de embarazo ectópico.

...del presente estudio se encontro que fueron muy pocas las pacientes que se transfundieron y no precisamente por que no hayan nesecitado la transfusión en algunos casos, sino por que no se pudo conseguir sangre disponible para la misma, siendo que del total de las pacientes sólo se transfundieron 9 pacientes con una unidad de sangre (12.16 %) y en 2 casos unicamente hubo transfusión de dos o más unidades de sangre, lo que representa un 2.70 %; para quedarnos con 63 pacientes que no fueron transfundidas, lo que nos da un porcentaje de 85.13 % Cuadro No. 23.

13.- TIPO DE ANESTESIA.- En relación al tipo de anestesia utilizado en las pacientes estudiadas, se tiene que lo más común fue la anestesia general endovenosa en 46 casos para 62.16 %; seguida de la anestesia general inhalatoria en 15 casos ((20.27 %) y por último el bloqueo peridural se realizo en 13 casos (17.56 %), lo que nos demuestra que la gran mayoría de casos por la urgencia es preferible administrar anestesia general y no BPD, como lo demuestra el presente estudio. Cuadro No. 24 y gráfica No. 7.

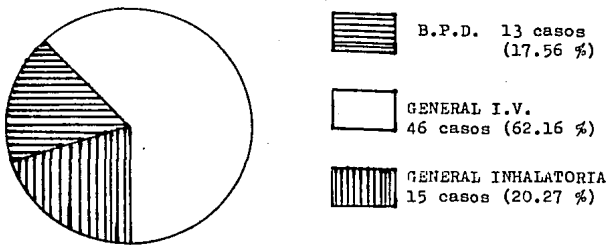
14.- EXAMENES DE LABORATORIO.- El laboratorio es una de las carencias más grandes con las que se trabaja en el hospital general de Acapulco, ya que nose dispone de él más que por las mañanas y las tardes, siendo que la mayoría de las pacientes ingresa al hospital durante la noche, por lo cuál son muy pocas las pacientes a las que se les realizan dichos exámenes.- En el presente estudio los exámenes que se realizaron fueron todos en forma posoperatoria, ya que se había operado a la pa-

TRANSFUSIONES	No. DE CASOS	%
NO TRANSFUSION	63	85.13
SI UNA UNIDAD	9	12.16
SI 2 O MAS U.	2	2.70
T O T A L	74	99.99

Cuadro No.- 23.- Transfusiones realizadas en las pacientes - con embarazo ectópico.

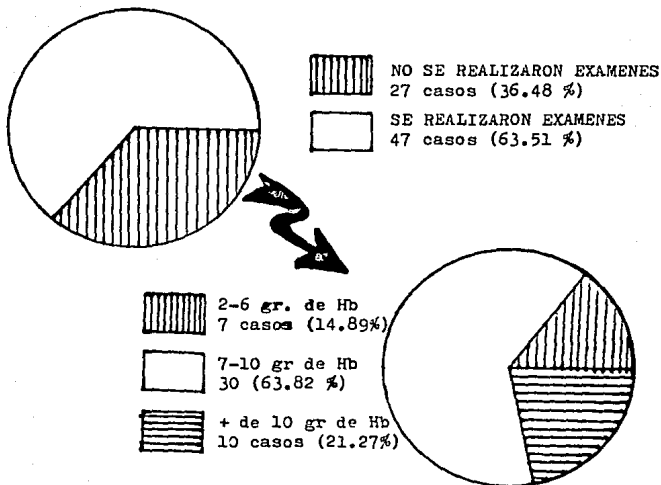
TIPO DE ANESTESIA	No. DE CASOS	%
BLOQUEO PERIDURAL	13	17.56
GENERAL I.V.	46	62.16
GENERAL INHALATORIA	15	20.27
T O T A L	74	99.99

Cuadro No. 24.- Tipo de anestesia empleado en los casos de - embarazo ectópico.



Gráfica No. 7.- Tipo de anestesia empleada, en los casos de embarazo ectópico.

...ciente, siendo realizadas unicamente bionetrias hemáticas incompletas, realizandose estudios de laboratorio en 47 casos, teniendo como resultados: cue entre 2 y 6 gramos de hemoglobina se encontraron a 7 pacientes (14.89 %), en 30 casos que representan un 63.82 %, la hemoglobina se situo entre 7 y 10 --grambs y por último con más de 10 gramos de hemoglobina se tuvieron 10 casos (21.27 %), al resto de las pacientes no se les tomaron exámenes de laboratorio. Gráfica No. 8.



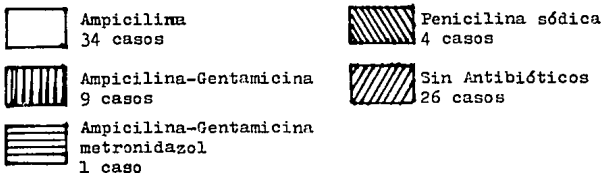
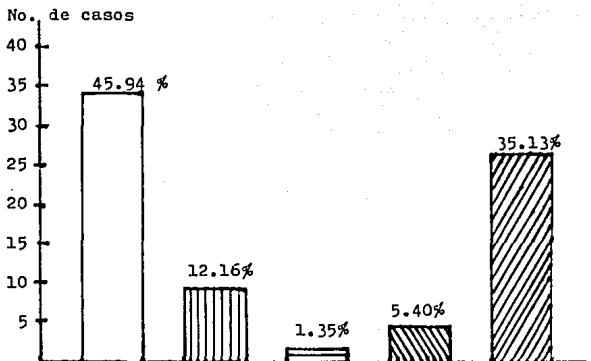
Gráfica No. 8.- Exámenes de laboratorio y los resultados de los mismos en las pacientes estudiadas.

15.- REPORTE HISTOPATOLOGICO.- El reporte histopatológico de la pieza extraída, sólo se realizó en 20 casos (27.02 %) y en el resto 54 casos (72.97 %), no se tiene este resultado. De todos los casos reportados por patología, en dos casos se reportaron: hidrosalpinx y anexitis respectivamente, sin datos de un embarazo ectópico por patología; la poca cantidad de estudios realizados en estas pacientes, también obedece a que no se cuenta en el hospital con todo lo necesario para realizarlos. Cuadro número 25.

REPORTE PATOLOGIA	No. DE CASOS	%
NO SE REALIZO	54	72.97
SE REALIZO	20	27.02
T O T A L	74	99.99

Cuadro.- No. 25.- Estudio histopatológico realizado en las -  
pacientes estudiadas.

16.- USO DE ANTIBIOTICOS.- En nuestra serie de pacientes analizamos el uso de antibióticos, formando cinco grupos, - siendo el más importante el grupo que fué manejado con ampicilina sola con 34 casos (45.94 %), en 26 casos (35.13 %), no se utilizo ningún tipo de antibiótico, en 9 casos (12.16 %), se utilizo un doble esquema de antibióticos con ampicilina y gentamicina, siendo esto en los casos que se realizo la cirugía por el embarazo ectópico y apendicectomia y en los casos en los que se encontro anexitis y embarazo ectópico asociados, en 4 casos se utilizo penicilina sódica cristalina (5.40 %) y en un sólo caso se utilizo un triple esquema de antibióticos con ampicilina, - gentamicina y metronidazol en una paciente con embarazo ectópico abdominal secundario, con un producto libre en cavidad abdominal, momificado de aproximadamente 32 semanas de gestación, - a la cuál se le encontro líquido libre en cavidad abdominal fé-  
tido. En las pacientes que fueron manejadas con antibióticos y en las que se dejaron sin los mismos, no hubo diferencias signi-  
ficativas en cuanto a complicaciones posoperatorias de tipo in-  
feccioso, ya que no se registro en todas las pacientes operadas  
ninguna complicación de este tipo. Gráfica No. 9.

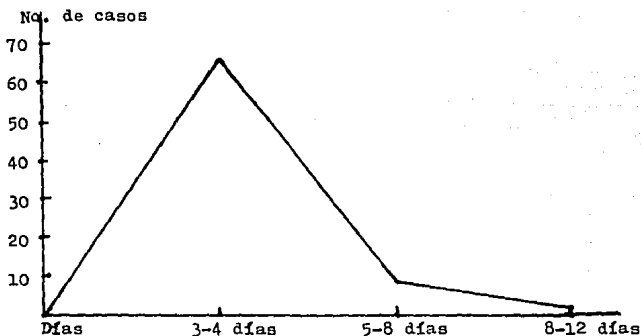


Gráfica No. 9.- Uso de antibióticos en las pacientes estudiadas.

17.- ESTANCIA POSOPERATORIA.- En relación a la estancia posoperatoria de las pacientes manejadas, esta fué en la mayoría de casos de 3 a 4 días, siendo 65 casos (87.83 %), con una duración de 5-8 días se encontraron 8 casos (10.81 %), siendo estos casos de las pacientes que ameritaron transfusión y -- que por tal motivo, retardaron su alta del hospital y solamente en un caso, se tuvo una paciente que tuvo una duración o estan-



...cia posoperatoria de 12 días, tratandose de la pa-  
ciente con una colecistitis aguda, manejada con colecistectomía  
y posteriormente evoluciono en forma tórbida en la unidad de --  
cuidados intensivos, siendo reintervenida quirúrgicamente con -  
un diagnóstico de estenosis del esfínter de Oddi, encontrandose  
con un embarazo ectópico derecho roto, teniendo posteriormente\_  
una evolución posopertaoria de 12 días, egresandose a esta pa-  
ciente en buenas condiciones. Gráfica No. 10.



Gráfica No. 10.- Días de estancia posoperatoria de  
las pacientes estudiadas.

18.- MORBIMORTALIDAD.- En relación a la moribimortali-  
dad presentada por nuestras pacientes, se tiene que se presenta  
ron dentro de la morbilidad tres casos de perforación uterina -  
que representan el 4.05 %, estas perforaciones se produjeron al  
momento de realizar la exploración bajo anestesia de rutina en

...nuestras pacientes. De estas pacientes que presentaron perforación uterina, a dos de ellas se les realizó histerec-  
tomia total abdominal y a otra más se le realizó cierre prima-  
rio de la perforación, siendo que de las pacientes histerectomi-  
zadas una de ellas se tuvo que reintervenir quirúrgicamente por  
preséntar sangrado a nivel de cúpula vaginal, por lo tanto fue-  
ron tres las pacientes que se complicaron para una morbilidad -  
global del 4.05 %; pero analizando específicamente a las histe-  
rectomias, se realizaron cinco y de ellas una ameritó reinter-  
vención quirúrgica, lo que nos habla de un 20 % de morbilidad -  
general, tomando en cuenta única y exclusivamente a las pacien-  
tes histerectomizadas y su morbilidad.

Dentro del parámetro de la mortalidad, afortunadamen-  
te no se presentó ningún caso de muerte secundario a alguna ---  
complicación de la enfermedad propiamente dicha o por el manejo  
establecido para solucionar la misma.

POBLACION OBSTETRICA TOTAL"	8 997 Emb.
EMBARAZOS ECTOPICOS""	74 casos
FRECUENCIA DEL EMBARAZO ECTOPICO	1 : 121 Emb.

" Población total que se encontró en el presente estudio, en el período comprendido de julio de 1988 a diciembre de 1990

"" Número de embarazos ectópicos que se presentaron en el estudio

Cuadro No. 26.- Frecuencia de presentación del embarazo ectópico en el presente estudio.

PAIS	AUTOR	FRECUENCIA	AÑO
U.S.A.	WILLIAMS	1 : 106 Emb.	1978
U.S.A.	SALLY FAITH	1 : 83 Emb	1982
U.S.A.	SALLY FAITH	1 : 81 Emb	1983
MEXICO	RUIZ VELASCO	1 : 312 Emb.	1980
MEXICO	RODRIGUEZ R.	1 : 229 Emb	1984
MEXICO	PRESENTE TESIS.	1 : 121 Emb	1990

Cuadro No. 27.- Tabla comparativa de las diferentes frecuencias del embarazo ectópico, según algunos autores a diferentes fechas.

Analizando la frecuencia de embarazo ectópico localizada en nuestro hospital, se tiene que esta es de un embarazo ectópico por cada 121 embarazos, lo cuál nos demuestra que nuestra incidencia a ido aumentando al igual que en otros países como lo es es Estados Unidos, ya que también ahí se ha aumentado la frecuencia de presentación del embarazo ectópico.

VII.- C O N C L U S I O N E S: Al terminar de analizar el presente trabajo, podemos emitir varias conclusiones, como pueden ser:

1.- La incidencia de embarazo ectóico va en aumento en Mé--xico y en otros países y aunque, no tenemos las incidencias tan altas como las de otros países, nuestra frecuencia si se a ido incrementando en los últimos años.

2.+ La incidencia de embarazo ectóico en nuestro hospital - encontrada en el presente trabajo es de un embarazo ectópico por cada 121 embarazos, siendo casi el doble de la que se presentaba en nuestro hospital hace 4 años.

3.- La presencia de los factores predisponentes mencionados, en el presente trabajo, hacen que se perpetuen los casos de embarazo ectópico, y que además, se presenten casos de repetición.

4.- El diagnóstico del embarazo ectópico, en nuestros hospitales de segundo nivel, sigue siendo más clínico, que con el apoyo de los metodos de diagnóstico mencionados.

5.- La culdocentesis, sigue siendo una de las mejores formas para diagnosticar los embarazos ectópicos rotos y darles un tratamiento definitivo más prontamente.

6.- La laparoscopia, es un método de mucha ayuda en los casos dudosos, así como también en los casos de embarazos ectópicos no rotos y organizados.

7.- En nuestro hospital, seguimos manejando a las pacientes con tratamiento quirúrgico radical (salpingectomia o histerectomía), y no podemos manejar pacientes desde el punto de vista con-

...servador, debido a las condiciones en que llegan las pacientes, que no reúnen las características para permitir un manejo de este tipo, además de carecer de la infraestructura tecnológica adecuada para estos casos.

8.- La mortalidad en nuestro hospital, afortunadamente fué de cero, ya que todas nuestras pacientes evolucionaron favorablemente.

9.- En cuanto a la morbilidad, solamente se tuvo que reoperar a una paciente con un embarazo ectópico, a la que se le realizó histerectomía, reoperándose por presentar sangrado de cúpula posthisterectomía.

VIII.- B I B L I O G R A F I A:=-

- 1.- C. Carey Larry, J. Fabry Peter: Embarazo ectópico Ginecología operatoria. 6a. edición. 1985.
- 2.- Droegemüller William: Gestación ectópica. Tratado de Obstetricia y ginecología. David N. Danfort 4a. edición. Ed. Interamericana. 1987.
- 3.- Sally Faith Dorfman: Embarazo ectópico. Clínicas\_ Obstétricas y Ginecológicas. Volumen 1, 1987.
- 4.- Rodríguez Rivera Alberto: Embarazo ectópico. Revisión de 60 casos en 4 años. Tesis de post-grado - 1984.
- 5.- Juha I. Mäkinen, Risto V. Erkkola and Pekka J. -- Laippala: Causes of the increase in the incidence of ectopic pregnancy. A study on 1017 patients -- from 1966 to 1985 in Turku, Finlandia. American - Journal Obstetrics and Gynecological. Vol. 160 -- No, 3. March. 1989.
- 6.- Ross Pagano: Ectopic pregnancy: A seven year survey. Obstetrical and Gynecological Survey. Vol. 2 No. 536. 1981.
- 7.- Malhotra Neelam, Chaudhury R.R.: Current status - of intrauterine devices. II. Intrauterine Devices and pelvic inflammatory Disease and ectopic pregnancy. Obstetrical and Gynecological Survey. Vol. 37, No. 1, 1982.
- 8.- Guzmán Sánchez Arnoldo, Panduro Baron J. Guadalupe, Monroy Medina Arturo, Mendoza García Eugenia Embarazo heterotópico. Presentación de un caso. - Ginecología y obstetricia de México. Vol. 56. Febrero de 1988.

- 9.- P. Clemente, J. Tobajas, C. González, J. Callao R. Cañon y V. Ruiz: Presentación de un embarazo doble: Intra y extrauterino. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Mayo-Junio 1988. Vol. 15 No. 3.
- 10.- Bustamante Sarabia J. Caballero Rodríguez Beatriz, Del Río Serrano Luis Manuel: Embarazo ectópico en presencia de un dispositivo intrauterino. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 54. Mayo 1986.
- 11.- Serdio Calderon Jesús, Ugarte Noda Enrique, - Pérez Martín Miguel Angel, De Leon Caballero - Roberto, A. Gamboa Ivanhoe: Embarazo cervical. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 55 - Diciembre de 1987.
- 12.- Guzmán Sánchez Arnoldo, Panduro Baron J. Guadalupe, Gómez López Consuelo, Ortiz Medina Rocío del Carmen: Embarazo abdominal. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 54. Marzo 1986.
- 13.- Cachon López Oscar R. Gasque López Fernando, - Peniche Rodríguez Raúl, Avila Vergara Marco -- Antonio: Embarazo abdominal. Manejo conservador. Presentación de un caso con producto vivo Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 57 - abril de 1989.
- 14.- Sereno Colo José Antonio, García López Luis, - Castillo Huerta Eugenio: Embarazo abdominal un caso insólito. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 57. Abril de 1989.
- 15.- Cartaña Benet J: Embarazo ectópico intersticial Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Marzo 1989. Vol. 16 No. 2.

- 16.- Viscasillas P. Diagnóstico y tratamiento de la gestación ectópica. Criterios actuales. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Mayo-Junio 1988. Vol. 15 No. 3.
- 17.- Semm Kurt: Conservative Management of tubal pregnancy and radical operation of tubal pregnancy. Endoscopic intraabdominal surgery. 1983
- 18.- Nadal J., Sánchez Barrado T: Gestación ectópica diagnosticada por ecografía. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Enero-Febrero 1989. Vol. 16 No. 1.
- 19.- J. Stiller Robert, Haynes de Regt Roberta and Blair Emily: Transvaginal Ultrasonography in patients of risk for ectopic pregnancy. American Journal Obstetrics and Gynecological. Vol. 161. No. 4. October 1989.
- 20.- Ilan E. Timor -Tritsch, Ming N. Yeh, David B Peisner, Karen B. Lesser and Theresa A. Slavik: The use of transvaginal ultrasonography in the diagnosis of ectopic pregnancy. American Journal Obstetrics and Gynecological. Vol. 161. No. 1. July 1989.
- 21.- J. Ory Steven, L. Villanueva Alelei. K. Sand - Peter, K. Tamura Ralph: Conservative treatment of ectopic pregnancy with methotrexate. American Journal Obstetrics and Gynecological. Vol. 154. No. 6. June 1986.
- 22.- Mordechai Pansky, Ian Bukovsky, Abraham Golan Rami Langer, David Schneider, Sholomo Areli, - and Eliahu Caspi: Local methotrexate injection A nonsurgical treatment of ectopic pregnancy. American Journal Obstetrics and Gynecological. Vol 161. No. 2. August 1989.
- 23.- Kably Ambe Alberto: Cirugía conservadora en la gestación tubaria. Revista de perinatología. - Año 1. No. 6. Noviembre-diciembre 1986.



- 24.- Ilan Timor-Tritsch, Laxmi Baxi and David B. -  
Peisner: Transvaginal salpingocentesis: A new  
technique for treating ectopic pregnancy. Ameri-  
can Journal Obstetrics and Gynecological. Vol  
160. No. 2. Feb. 1989.
- 25.- Hallat G. Jack: Tubal Conservation in ectopic -  
pregnancy : A Study of 200 cases. American Jour-  
nal Obstetrics and Gynecological. Vol. 154 No.6  
June 1986.
- 26.- E. Mitchel Dorothy, F. Mc. Swain Hellen and B.  
Peterson Herbert: Fertility after ectopic preg-  
nancy. American Journal Obstetriss and Gyneco-  
logical. Vol. 161. No. 3. Sep. 1989.
- 27- Valdez González Rogelio: Embarazo tubario gеме-  
lar unilateral: Informe de un caso. Ginecología  
y Obstetricia de México. Vol. 50. No. 301. Mayo  
de 1982.