



11217
35

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.**

**Facultad de Medicina
División de estudios de Post-grado
Hospital Español de México**

**EMBARAZO TUBARICO EN UN
HOSPITAL DE URGENCIAS**

289509

TESIS PROFESIONAL

Que Para Obtener el Titulo en La Especialidad de:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DR. ALFREDO CORTES ALVAREZ.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CON MUCHO CARINO:

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

CON MUCHO CARINO:

A MI ESPOSA ROSA MARIA

A MIS HIJOS:

ALFREDO

ROSELY

ALBERTO

CON SINCERO AFECTO:

A TODOS MIS MAESTROS Y COMPANEROS
DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

AL MAESTRO:

DR. ALFONSO ALVAREZ BRAVO

Por su asesoría para la
elaboración de esta tesis
y por su gran motivación
académica.

MI AGRADECIMIENTO:

AL CUERPO DE GOBIERNO DEL HOSPITAL
CENTRAL DE LA CRUZ ROJA MEXICANA
POR LAS FACILIDADES QUE ME BRINDARON
PARA LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO

INDICE

INTRODUCCION	_____	1
OBJETIVO	_____	2
CRITERIOS DE INCLUSION	_____	3
ANATOMIA TUBARIA	_____	4
FUNCIONES DE LA TROMPA DE FALOPIO	_____	7
MATERIAL Y METODO	_____	8
RESULTADOS	_____	9
COMENTARIO	_____	20
CONCLUSION	_____	22
REFERENCIAS	_____	23

INTRODUCCION

La presente t sisis pretende dar a conocer una revisión de casos de embarazo tubárico que se presentan en un Hospital de Urgencias Médico Quirúrgicas, ya que resulta interesante por las particularidades especiales que reviste.

El embarazo ectópico es una entidad clínica frecuente, con una incidencia que varía entre 4.5 a 16.8 por 1000 embarazos. La frecuencia del embarazo ectópico se ha triplicado en los últimos años, debido principalmente al incremento de las enfermedades de transmisión sexual, aumento en el número de cirugías tubarias y programas de reproducción asistida. El embarazo ectópico es además la causa más frecuente de muerte materna en el primer trimestre.

En la última década se han presentado cambios en el diagnóstico y en el manejo del embarazo ectópico. El uso de la determinación de la Fracción Beta de Gonadotropina Coriónica, La Ultrasonografía, La Laparoscopia Diagnóstica han tenido un mayor impacto en el diagnóstico preoperatorio. La r ptura de un embarazo tubario ha disminuido y el manejo quirúrgico conservador de una trompa de falopio es ahora una alternativa viable.

La aparición inicial de un embarazo tubárico presagia un resultado reproductivo inquietante con respecto a los embarazos subsiguientes que se intenten. En la mayoría de los casos, esta complicación representa un deterioro del curso migratorio de un óvulo fertilizado a través de los pliegues profundos del oviducto, como resultado de una función tubárica alterada. Cuando el primer embarazo termina en una gestación ectópica, un 30 por ciento puede presentar un embarazo ectópico repetido, aunque la tasa de repetic n ectópica habitual es inferior. El factor crítico, en lo que se refiere a la posible capacidad reproductora de la paciente que haya tenido un embarazo ectópico radicar  en su historia reproductora anterior. Si ha tenido la mala suerte de experimentar un embarazo ectópico como resultado de su primer esfuerzo reproductivo, el pronóstico es mucho más desfavorable que si esta complicación se presentar  después de uno o más embarazos previos con éxito

O B J E T I V O

Las pacientes con cuadro abdominal agudo presentan trastornos hemodinámicos severos, conduciéndolos a un complejo síndrome de shock hipovolémico, con inadecuada perfusión en órganos vitales, comprometiendo la vida de ellos.

Tal es el motivo para desarrollar el presente estudio, en aquellos pacientes con cuadro clínico de evolución rápida y que requieren atención especializada inmediata.

Se analizan los datos clínicos, alteraciones en los exámenes de laboratorio y gabinete. Se discuten los hallazgos quirúrgicos y la técnica operatoria empleada en este grupo de enfermas, en las que no hubo defunciones.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyen a las pacientes con embarazo tubárico, su edad, menarca, ritmo menstrual, inicio de vida sexual, número de embarazos, antecedentes de aborto, parto prematuro, cesàrea e infección pèlvica. Localización del dolor, tiempo de evolución del cuadro, diagnóstico de ingreso, datos de shock hipovolémico, tipo de cirugía, complicaciones y estado de salud.

ANATOMIA TUBARIA

El oviducto humano es un órgano seromuscular tubular unido por su extremo distal con el ovario, por su extremo proximal con la superficie lateral del fondo uterino; lo sostiene el mesosálpinx a toda su longitud. Aunque la longitud del oviducto puede variar mucho de una mujer a otra, en promedio mide 11 a 12 cm. Según las diferencias morfológicas y anatómicas, el oviducto se puede dividir en cuatro segmentos: infundíbulo cuyo extremo terminal contiene la boca tubaria, región ampular, porción istmica y, por último, porción intramural o intersticial que se encuentra contenida en la pared uterina.

Infundíbulo

El infundíbulo es la parte distal en forma de trompeta del oviducto, de 1 cm aproximadamente, que termina en el extremo fimbriado que rodea a la boca abdominal de la trompa. Su pared es delgada y poseen una capa muscular longitudinal exterior y una capa muscular circular interior que rodea, a una luz que suele pasar de 1 cm de diámetro. El epitelio tubario está extensamente plegado. La mayor parte de las células son ciliadas. El epitelio de las fimbrias está también muy ciliado; la distribución de estas células se aproxima a 70 por 100 en las mujeres fecundas normales. La dirección del movimiento ciliar es hacia el útero, y sucede así por todo el oviducto. Como sitio de unión anatómica entre las fimbrias y la ampolla distal, el infundíbulo es el sitio de transición entre la captación del óvulo y el transporte del mismo. Uno de los pliegues de las fimbrias está unido al ovario. Es posible que esta inserción sea importante para el mecanismo normal de captación del óvulo.

Ampolla

La ampolla es la porción más larga del oviducto humano y mide 5 a 8 cm de longitud. Es de paredes delgadas, con una capa muscular circular interior interrumpida por haces musculares externos distribuidos longitudinalmente. El diámetro luminal varía entre 1 a 2 mm a nivel de su unión con el istmo, hasta más de 1 cm cerca de su extremo distal. La mucosa está densamente ciliada, y está dispuesta en un patrón de pliegues longitudinales complejos.

La ampolla es el sitio de fecundación y de segmentación incipiente. El embrión humano es capaz de implantarse y desarrollarse hasta etapas avanzadas en el oviducto. La implantación tubaria ectópica es probablemente resultado de bloqueo funcional o mecánico parcial de la trompa, que permite el paso de los espermatozoides pero no del huevo fecundado. Se produce más a menudo en la ampolla.

Istmo

El istmo es la porción más proximal del oviducto extrau-

terino, y se extiende desde la ampolla hasta el útero. Su longitud promedio es de 2 a 3 cm. El istmo contiene la musculatura más densa de cualquier parte del oviducto extrauterino, con capas musculares longitudinales interior y exterior bien definidas entre las que está localizada una capa gruesa de fibras musculares de distribución circular. La luz tubaria es muy estrecha, y su diámetro varía entre 0.1 y 1.0 mm. La mucosa istmica se encuentra dispuesta en cuatro pliegues primarios, y está menos densamente ciliada que la de la parte distal de la trompa. Se cree que el istmo es importante para regular tanto el paso de espermatozoides hacia la ampolla como la entrada del embrión en desarrollo en el útero.

Segmento intramural

La porción intramural de la trompa puede seguir una trayectoria simple o curva hacia la cavidad endometrial, o tomar un camino tortuoso dentro de la pared uterina. Los pliegues epiteliales tubarios pueden extenderse hacia la cavidad uterina o terminar varios milímetros antes de la cavidad. Se observa mucosa ciliada de tipo intermedio, entre la del endometrio y la del oviducto, en la transición entre la luz tubaria y la cavidad uterina. La zona de transición entre la cavidad endometrial y el endosalpinx se caracteriza por aumento notable en el número de células ciliadas y cambios en la forma de las células secretorias.

La musculatura de la porción intramural de la trompa contiene una capa interior de músculos longitudinales que se encuentran inmediatamente por debajo del epitelio, una capa media del músculo circular que está distribuida de manera espiral, y una capa longitudinal exterior por debajo de la cubierta peritoneal. Como transición morfológica entre el oviducto y el útero, el segmento intramural se ha considerado un esfínter que regula el paso de gametos entre el útero y el oviducto.

Anatomía vascular

El riego arterial del oviducto se deriva de ramas de la arteria uterina y ovárica. Las contribuciones relativas de cada una varían mucho en cada mujer. Por lo general las ramas de la arteria uterina riegan el istmo y la parte proximal de la ampolla, en tanto que las ramas de la arteria ovárica riegan el resto de la trompa. Sin embargo, en virtud de las anastomosis vasculares cualquiera de las ramas puede regar toda la trompa.

La arteria uterina asciende y, cerca del cuerno, envía una rama que riega el cuerno y la porción intersticial de la trompa. A continuación se dividen dos troncos, uno de los cuales riega la parte media de la trompa, en tanto que el otro se anastomosa con la arteria ovárica. La parte terminal se anastomosa con una rama tubaria de la arteria uterina, en tanto que la otra riega la porción distal de la trompa. El drenaje venoso es paralelo al riego arterial.

Linfáticos

Los vasos linfáticos de la trompa drenan en los ganglios aórticos o lumbares. Los linfáticos de la trompa siguen el trayecto del drenaje linfático ovárico y uterino. Son tres las redcillas linfáticas separadas que drenan las capas mucosa, muscular y serosa respectivamente. Al salir del oviducto, los vasos linfáticos se combinan, entran en el mesosálpinx, y corren hacia arriba por el ligamento ancho hasta los ganglios paraaórticos.

Neuroanatomía

La inervación autónoma de la trompa es tanto simpática como parasimpática. La inervación simpática del oviducto es extensa y perfectamente definida. El patrón de distribución de los nervios adrenérgicos tubarios extrínsecos está compuesta por fibras posganglionares largas que salen en sentido distal desde los ganglios hipogástrico celiaco y pélvico y, por neuronas cortas que se originan en los ganglios proximales localizados en la región cervicovaginal.

En la inervación parasimpática de la trompa, la parte distal de ésta está inervada por fibras vagales del plexo ovárico. Las fibras parasimpáticas sacras que se derivan de S2, S3, y S4 son conducidas hacia los ganglios terminales de los plexos pélvicos. Desde estos ganglios surgen fibras posganglionares cortas que inervan la porción intersticial del istmo.

FUNCIONES DE LA TROMPA

En un órgano tan delicado y complejo como la trompa debe tenerse muy presente su fisiología.

Las principales funciones de la trompa son:

1. Hace posible el transporte del espermatozoide.
2. Realiza la captación del óvulo.
3. Juega importante papel en la capacitación de los gametos.
4. Tiene papel importante en los primeros estadios del desarrollo ovular.
5. Retiene al huevo fecundado hasta el estado de blastocisto en que está capacitado para implantarse en el endometrio.
6. Transfiere el huevo al útero.

Las dos porciones de la trompa más importantes en la realización de estas funciones son la región ampular y la conjunción tubouterina.

MATERIAL Y METODO

Se presentan 40 casos de embarazo tubárico tratados quirúrgicamente en el Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana de 1980 a 1984, el método de análisis fué retrospectivo.

Se analizan los datos clínicos, alteraciones en los exámenes de laboratorio y gabinete, así como la utilidad de la paracentesis.

Se discuten los hallazgos quirúrgicos y la técnica operatoria empleada, el diagnóstico de ingreso y el tiempo de evolución del cuadro en este grupo de pacientes. en las que no hubo defunciones.

RESULTADOS

Las enfermas en su mayoría pertenecian en cuanto a su edad a la tercera década. En el cuadro 1 se mencionan las diferentes décadas.

CUADRO NUMERO 1

Decadas	Casos
1a.	0
2a.	8
3a.	25
4a.	4
5a.	1

La paciente de menor edad tenía 18 años y la de mayor 48.
La menarca se presentó entre los 10 y los 16 años y el ritmo menstrual fué regular en 18 enfermas, irregular en 22 pacientes.

El inicio de las relaciones sexuales fluctuó entre los 14 y los 27 años, la mayoría de ellas inició la vida sexual a los 17 años.

El número de embarazos en cada paciente se presenta en el cuadro número 2.

CUADRO NUMERO 2

Número de Embarazos

1	16 casos
2	10 casos
3	4 casos
4	5 casos
5	1 caso
6	1 caso
7	0 casos
8	2 casos
9	1 caso

Total 40 casos

Se encontraron antecedentes de aborto en tres pacientes, dos de ellas con dos abortos.

Dos enfermas tenían antecedente de parto prematuro y cuatro habían sido intervenidas de cesárea.

En doce casos se encontraron antecedentes ginecológicos; diez de ellas habían tenido cervicovaginitis y 2 salpingitis aguda. En ninguna de ellas hubo manifestaciones clínicas ginecológicas a su ingreso al hospital.

El motivo de ingreso lo constituyó el síntoma o signo que se señala a continuación.

CUADRO NUMERO 3

Síntoma o signo de ingreso al hospital

dolor abdominal	33 casos
sangrado vaginal	5 casos
lipotimia	2 casos

El sitio de localización del dolor abdominal más frecuentemente referido fuè hipogástrico. El resto se encontró en las regiones señaladas en el cuadro número 4.

CUADRO NUMERO 4

Localización del dolor abdominal

Hipogástrico	23 casos
Difuso	6 casos
Fosa iliaca derecha	5 casos
Hipocondrio izquierdo	2 casos
Mesogástrico, ambas fosas hipocondrio derecho	
fosa iliaca izquierda	1 caso
	respectivamente.

El cuadro clínico en cuanto a evolución variò de horas a 5 días según se aprecia en el cuadro número 5.

CUADRO NUMERO 5

Tiempo de evolución del cuadro

Menos de 24 horas	15 casos
Un día	9 casos
Dos días	7 casos
Tres días	6 casos
Cuatro días	2 casos
Cinco días	1 caso

Total	40 casos
-------	----------

Veintisiete de las 40 enfermas cursaban con amenorrea y solo 9 con sangrado transvaginal. Además de estos datos se anotan otros en el cuadro número 6.

CUADRO NUMERO 6

Mareos	23 casos
Náusea y vòmito	22 casos
Lipotimia	20 casos
Disnea	14 casos
Astenia	11 casos
Hipertermia	6 casos
Cefàlea	6 casos

Cuatro pacientes cursaban con disuria, dos con constipación, dos con poliuria y dos con síntomas difusos referidos al abdomen.

31 pacientes presentaban palidez acentuada y cursaban con datos de choque hipovolémico.

La mayoría de los pacientes tenían abdomen agudo, dentro del que se encontró rebote positivo, dolor abdominal, ausencia de peristaltismo y distensión abdominal.

En cinco pacientes al momento de la revisión vaginal se encontró dispositivo intrauterino.

Al tacto vaginal encontramos en todas las enfermas dolor de intensidad variable en fondos de saco, cuello cerrado blando, el útero ligeramente aumentado de tamaño. En siete casos hubo masa palpable intraabdominal.

En la radiografía de tórax no se apreciaron alteraciones y en la placa simple de abdomen hubo opacidad difusa en 24 pacientes, en 9 casos no se detectaron alteraciones y en siete solo ileo.

CUADRO NUMERO 7

La hemoglobina se encontró de la siguiente forma.

4 a 5 gramos	1 paciente
5 a 6 gramos	1 paciente
6 a 7	4
7 a 8	4
8 a 9	2 pacientes
9 a 10	3 pacientes
10 a 11 gramos	8
11 a 12	6
12 a 13	6

Total	40 pacientes
-------	--------------

Los diagnòsticos de ingreso al Hospital fueron considerados como se señala a continuación:

CUADRO NUMERO 8

Diagnòsticos de ingreso

Embarazo ectòpico	26 casos
Apendicitis	9 casos
Aborto incompleto	3 casos
Salpingitis	2 casos

Total	40 casos
-------	----------

Las unidades de sangre administradas fueron según aparecen en el cuadro número 9.

*Una unidad es igual a 500 ml de sangre total.

CUADRO NUMERO 9

Cero unidades	7 casos
Una unidad	6 casos
Dos unidades	13 casos
Tres unidades	8 casos
Cuatro unidades	6 casos

Total	40 casos
-------	----------

Algunos datos importantes que se encontraron en este grupo de pacientes fueron los siguientes:

1. En 16 casos hubo leucocitosis, en 24 se presentó y fluctuó de 10,000 a 17,000.
2. Se hicieron paracentesis en 30 pacientes, siendo positivas en 18, negativas en 8 y dudosas en 4.
3. Preoperatoriamente la tensión arterial fluctuó entre 100 mm de Hg. en un rango de 120 la máxima y 80 la mínima.
4. Todas las pacientes se canalizaron con un mínimo de dos vías para asegurar una correcta y rápida infusión de líquidos y sangre cuando fuere necesario.
5. La infusión de líquidos transoperatoriamente fuere de 2:1 Hartman con glucosado al 5%, cuando se requirieron se usaron expansores del plasma.
6. 26 Pacientes se trasladaron a Cuidados Intermedios y 14 a Cuidados Intensivos por la severidad del cuadro hemodinámico.
7. La intervención quirúrgica se llevó a cabo con incisión de Pfannenstiel en 14 enfermas y se utilizó la media infraumbilical en 26 pacientes.
8. En 31 enfermas el embarazo se localizó en la trompa derecha y en 9 en la izquierda.
9. La técnica quirúrgica efectuada consistió en Salpingooforectomía en 3, Salpingectomía en 29 enfermas y Salpingostomía en 8.
10. Se realizó Apendicectomía profiláctica en 19 pacientes.
11. El hemoperitoneo varió de 50 ml a 2,000 ml. en la mayoría de los casos entre 500 ml a 1,000 ml.
12. Se aplicó anestesia general en 31 enfermas y en 9 se empleó bloqueo epidural.
13. Solo una complicación se presentó, y fuere absceso pélvico en paciente que se sometió a Salpingectomía izquierda, requiriendo evacuación quirúrgica del absceso señalado.
14. No hubo fallecimientos en este grupo de pacientes.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

COMENTARIO

El embarazo ectópico es uno de los dilemas de más difícil solución de la medicina actual. A pesar de los adelantos técnicos en el diagnóstico ultrasonográfico y de laboratorio a menudo no se alcanza la meta de identificación temprana.

El cuadro más frecuente que se observa incluye dolor, hemorragia y amenorrea secundaria. Entre los signos físicos importantes que a veces se detectan están dolor a la palpación en el vientre, masas en anexos y dolor al desplazar el cuello uterino. Por desgracia, tales manifestaciones también se observan en diversos trastornos como aborto incompleto, endometriosis y enfermedad inflamatoria pélvica. Se ha señalado que un porcentaje importante de mujeres al tacto ginecológico quizá no aporta datos para confirmar el diagnóstico. El tacto bimanual de los órganos genitales puede tener graves limitaciones por hemorragia, dolor extraordinario a la palpación y obesidad. La detección de una masa en anexos a menudo no denota la presencia de gestación ectópica, sino más bien representa problemas más comunes como ovario crecido, quiste de cuerpo amarillo, hidrosalpinx y miomatosis uterina.

No se sabe a ciencia cierta el origen del embarazo ectópico. El sitio más frecuente de implantación extrauterina es la porción ampullar o istmica de la trompa de falopio. En el embarazo cornual, la implantación se hace en el extremo uterino de la porción intersticial de la trompa, y constituye la forma más grave de este trastorno, por su tendencia a romperse tardíamente. La gran frecuencia de implantación tubaria guarda relación con lesión previa de las trompas. Sin duda este solo hecho es de enorme utilidad para identificar mujeres de alto riesgo. Entre los factores clínicos pertinentes que guardan relación con la lesión tubaria y que predisponen a la mujer al surgimiento del embarazo ectópico están infertilidad primaria o secundaria, empleo pasado o presente de dispositivo intrauterino, una o más crisis corroboradas de enfermedad inflamatoria pélvica, antecedente de embarazo ectópico o aborto, microcirugía tubaria previa, y embarazo después de fecundación in vitro.

Una forma simple de identificar un hemoperitoneo es por medio de la paracentesis o culdocentesis, ya que puede practicarse en una sala de urgencias. Por supuesto para que sirva de ayuda, hay que obtener líquido de la cavidad peritoneal. El líquido que parece sangre y no coágula es compatible con un diagnóstico de hemoperitoneo resultante de un embarazo tubárico. Si la sangre coágula posteriormente, casi con toda seguridad, fué obtenida de un vaso sanguíneo perforado adyacente.

La laparoscopia se ha reintroducido recientemente como medio de mejorar la exactitud de diagnóstico de enfermedades de la zona pélvica, incluyendo el embarazo ectópico. No obstante la laparoscopia eficaz exige un equipo bastante refinado, un operador experto, una sala de operaciones y anestesia quirúrgica.

Es notablemente escasa la morbilidad asociada con la cirugía que se limita a una incisión suprapúbica en la línea media cuidadosamente efectuada y reparada. Al mismo tiempo, el diagnóstico resulta a menudo considerablemente favorable mediante la observación visual directa y palpación de los órganos pélvicos. Siempre que existan dudas, hay que practicar una laparotomía, ya que una operación innecesaria es mucho menos trágica que una muerte por indecisión o retraso.

La sonografía ha sido aplicada al problema del diagnóstico del embarazo tubárico. La identificación de los productos de la concepción en la trompa de falopio por este medio es muy a menudo difícil, pero si están localizados en el útero es casi siempre posible detectarlos en una fase muy precoz del embarazo. Cuando se identifica un embrión en el útero, la probabilidad de un embarazo ectópico se vuelve remota.

En casos de embarazo ectópico, la identificación positiva de la gonadotropina coriónica proporciona la primera señal de alerta. La presencia de niveles de HCG inferiores a los normales puede ser compatible con la existencia de un embarazo ectópico según ha podido confirmarse mediante intervención quirúrgica y los consiguientes exámenes patológicos. Por otra parte los resultados negativos excluyen, invariablemente, la presencia de una gestación ectópica lo cual, además, puede confirmarse por el ulterior curso clínico y, en muchos casos, eliminan la necesidad de una intervención quirúrgica exploratoria.

Sin duda alguna es muy probable que el diagnóstico sea correcto si el médico permanece constantemente alerta ante la posibilidad de que el dolor abdominal en cualquier mujer durante sus años reproductivos pueda presentar un embarazo tubárico.

CONCLUSION

La revisión de los casos de embarazo ectópico que se presentaron en un Hospital de Urgencias Médico Quirúrgicas resulta interesante por las particularidades especiales que reviste. Esto en comparación con las estadísticas reportadas por la mayoría de los autores. Me refiero en especial a las pacientes que acudieron al hospital, a su evolución, al cuadro clínico que presentaron y sobre todo buscando y necesitando atención médica inmediata.

La evolución tan rápida, los síntomas que refieren y los signos que se encuentran rara vez dejan dudas en el diagnóstico, ya que por lo general las enfermas presentan un cuadro sumamente agudo, que las obliga a buscar atención médica con urgencia, acudiendo a una institución especializada, en estos casos.

El cuadro clínico que presentan, como se señala previamente, es típico, dándose menor importancia a los exámenes de laboratorio y gabinete, ya que estos no muestran alteraciones patognomónicas. Además el cuadro de ataque al estado general, de evolución rápida, los datos de hipovolemia y choque con compromiso abdominal de instalación súbita, obligan a una apresurada exploración quirúrgica.

Es obvia la gran diferencia que existe en los casos de este hospital con la casuística de otros centros hospitalarios, por ejemplo la alta incidencia de choque, la evolución aguda en la mayoría de los casos, la falta de amenorrea en la mayoría de las enfermas, la ausencia de hemorragia transvaginal, y el poco hallazgo de masa intraabdominal.

La evolución fué satisfactoria y rápida en casi todos los casos, ya que por lo común estos son pacientes jóvenes, sin patología importante agregada, y que una vez solucionado su problema quirúrgicamente, su organismo vuelve a la homeostasis en corto tiempo.

REFERENCIAS

1. Iffy L, Gasser RF.: Tubal pregnancy. *Obst. Gynec.* 1976; 47:380.
2. Franklin EW., Zeiderman AM.: Tubal Ectopic Pregnancy. Etiology and Obstetric and gynecology sequelae. *Am J. Obst. Gynec.* 1973; 117:220.
3. Haney AF., Trought WS., Diagnosis of Ectopic pregnancy by ultrasound. *N. Eng. J. Med.* 1976; 286: 1-186.
4. Panayolou.: Induced abortion and ectopic pregnancy. *Am. J. Obst. Gynec.* 1972; 114-507
5. Alvarez Bravo A. Microcirugia Reconstructiva de la Trompa de Falopio. Memoria del curso teórico para Gineco Obstetrias y Médicos Cirujanos. 1983:199.
6. Jordan M. Phillips y William J. Winchester. Anatomía y Fisiología de la Trompa de Falopio. *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas.* 1980; 4:1231.
7. Alvarez Bravo A. Microcirugia de la Trompa de Falopio. Libro Conmemorativo en Homenaje al Dr. Efraim Vázquez Bonítez. "Temas Actuales de Ginecología y Obstetricia". 1979:101.
8. Strome WB.; Conservative surgery for ectopic pregnancy. A twenty years review. *Obstet. and Gynecology.* 1973; 41:214.
9. Stangel J., Vicot RJ. Conservative surgical management of tubal pregnancy. *Obstet. Gynec.* 1976; 48:241.
10. Timor T., Paldi E.: Tubal pregnancy treated by salpingectomy using operative culdoscopy. *Acta. Obstet. Gynec.Scand.* 1975; 54:285.
11. Jeffciate. N.: Tubal pregnancy and surgery. *British Med. J.* 1976; 24: 1-14.
12. Hawkins DF., Progestagen only contraception and tubal pregnancies. *British Med.* 1974. 22:384.
13. Carly MJ. Barr MD.: The haemoglobin content of autotransfused blood in acute ectopic pregnancy. *British Med. J.* 1972; 79: 1-137.
14. M. Caplan. R. J. Sweeney W. Avances en Obstetricia y Ginecología. 1982: 79:80.