

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL ROOSEVELT"

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

POR

VIRGILIO FIGUEROA MICHEO

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, febrero de 1968

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR:

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado:

"EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL ROOSEVELT"

Previo a optar al título de Médico y Cirujano.

Tema que escogí dada la importancia que reviste por su frecuencia en nuestro medio hospitalario.

Agradezco la colaboración que me prestó el personal de Servicio de Archivos del Hospital Roosevelt, sin cuya colaboración no hubiera sido posible obtener los datos necesarios para llevar a cabo este trabajo de tesis.

Para vosotros, miembros del Honorable Tribunal Examinador aceptad el testimonio de mis respetos.

HE DICHO

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. RESULTADOS
- VI. DISCUSION
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El motivo de la iniciación de esta tesis fué la experiencia de seis meses de internado en el Servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt, a cargo del Dr. Francisco Bauer P., durante los cuales tuve la oportunidad de ver y diagnosticar personalmente varios casos de embarazo ectópico, así como de tomar parte activa en el tratamiento de urgencia y seguir la evolución de los casos.

El trabajo es una revisión de los casos llegados a la emergencia de Ginecología del Hospital Roosevelt.

No me propongo decir nada nuevo en cuanto a sintomatología ni hallazgos clínicos, pues, esto ya está bien dicho en los libros de texto, sin embargo, haré hincapié en los síntomas y hallazgos clínicos más frecuentemente encontrados y estudiados en nuestro

medio; el tanto por ciento de estos en relación a estadísticas de algunos autores, el tratamiento aplicado y la evolución de los casos.

Creo, que este trabajo será una pequeña guía útil para los practicantes internos interesados en el tema del embarazo ectópico en nuestro propio medio.

ANTECEDENTES

En el servicio de Ginecología, tuve la oportunidad de tener bastante experiencia personal en lo que respecta al tema, ya que el 25% de los casos analizados fueron vistos por mi persona, ayudando en las operaciones y muchos de ellos diagnosticados por mi.

He revisado las tesis quirúrgicas escritas en la Facultad de Ciencias Médicas, sobre el tema de Embarazo Ectópico. Tales tesis son en número de cuatro, de las cuales solamente se encontraron tres:

1) "Embarazo Ectópico"

autor: Luis F. Galich

fecha: octubre 1937

2) "Embarazo Ectópico"

autor: Carlos Crowe

fecha: abril 1951

3) "Embarazo Ectópico Roto"

autor: Mercedes Vides de Collado

fecha: octubre 1958

La tesis no encontrada en la Biblioteca de la Facultad es la siguiente:

4) "Consideraciones sobre Embarazo Ectópico y su tratamiento en el medio rural de Tiquisate"

autor: Carlos E. Guzmán

fecha: junio 1954

OBJETIVOS

La intención de este trabajo es que los futuros internos de los servicios de emergencias de los hospitales, tengan siempre presente que el embarazo ectópico es una entidad bastante frecuente y debe investigarse hasta no tener duda, lo mejor es hacerlo siguiendo un plan determinado, esto es esencial sobre todo en los casos que presentan problema de diagnóstico.

Creo que para en el futuro sea posible evaluar mejor los casos y llevar a cabo un estudio completo, sería útil formular una observación especial para estas pacientes, en la cual se anotará la existencia, ausencia y variación de los síntomas y signos más importantes del embarazo ectópico.

MATERIAL Y METODOS

Análisis de los casos de embarazo ectópico llegados a la emergencia del Hospital Roosevelt, diagnosticados como tal, su tratamiento de urgencia, así como la evolución de los mismos.

La revisión fué hecha desde la iniciación de las labores en el servicio de Ginecología en junio de 1966, hasta enero de 1968. El total de los casos fué de 107, de los cuales se eliminaron 7 por no tener suficientes datos y 8 por no haberse comprobado anatómopatológicamente; los 92 restantes se tomaron como base para hacer el trabajo.

Fué estudiada cada papeleta y se obtuvo de ellas los datos más sobresalientes para hacer el diagnóstico del embarazo ectópico, se hicieron porcentajes de éstos para ver que síntomas aparecen con mayor frecuencia y se comparó con lo clásico descrito en algunos libros de texto.

CONCEPTO:

Se da el nombre de embarazo ectópico a la anidación y desarrollo del huevo fuera de la cavidad uterina. En estos casos el huevo en lugar de proseguir su marcha para anidar en el útero como sucede normalmente, puede detenerse en diferentes puntos de su trayecto o seguir un camino anormal, dando así origen a las distintas variedades de embarazo ectópico.

Creo, como dicen algunos libros de texto, que no se debe llamar a esta afección, embarazo extrauterino, pues hay casos en que el huevo está implantado en cierta porción del útero, y sin embargo, es un embarazo ectópico.

Múltiples son las teorías enunciadas para explicar el embarazo ectópico, sin embargo, estas pueden reunirse en dos grupos:

- a) Teoría ovular, y
- b) Teoría tubaria.

Según la primera, diversas alteraciones en la for-

mación del huevo determinarán su implante anormal.

La teoría tubaria atribuye el papel primordial a la trompa cuya luz está estrechada por causas inflamatorias o mecánicas (salpingitis, torsiones, divertículos, anomalías del desarrollo, endometriosis, etc). (7)

En nuestras observaciones no fué posible obtener los datos con respecto a la etiología, en parte por la poca colaboración que se puede obtener de una persona de bajo nivel cultural, que es la que más frecuentemente llega a nuestros centros hospitalarios. Por otro lado se observó deficiencia en el interrogatorio, probablemente por el mal estado de las pacientes; situación que podría eliminarse obteniendo estos datos en el post-operatorio.

VARIEDADES DE EMBARAZO ECTOPICO:

Esto es de acuerdo con el sitio de implantación del huevo, a saber:

- A) Embarazo tubario: es la más frecuente de todas las variedades (98%), y de acuerdo con el sitio de implantación dentro de la trompa, pueden ser:

- a) ampular
- b) ístmico
- c) Intersticial
- d) infundibular, y
- e) tubo-ovaríco

según se desarrolle en la ampolla, en el istmo, en la porción intramural de la trompa o en la fimbria ovárica. De estas localizaciones la más frecuente según Calatroni-Ruiz es la ampular (alrededor del 75% de los embarazos ectópicos), en orden de frecuencia el ístmico con 10%. (2)

- B) Embarazo del cuerno uterino rudimentario.
- C) Embarazo ovárico
- D) Embarazo abdominal (que puede llegara término),
- E) Embarazo intraligamentario.
- F) Embarazo cervical, y
- G) Embarazo vaginal (eventualidad rarísima, pero que ha sido comprobada) (2)

En una estadística de Kraus sobre 300 embarazos ectópicos, 291 eran ampulares, 4 ístmicos, 1 ovárico, 3 abdomi-

nales y 1 gemelar intra y extrauterino. (2)

RESULTADOS:

En nuestras observaciones hemos encontrados los siguientes datos de los 92 embarazos ectópicos:

- A) Embarazos ectópicos del lado izquierdo: 50
- B) Embarazos ectópicos del lado derecho: 40
- C) Dos embarazos abdominales, uno por implantación secundaria después de ruptura de la trompa izquierda y otro posiblemente primario pero que no se pudo precisar.
- D) De estos embarazos ectópicos la localización fue la siguiente:

Ampulares:	70	76%
Istmicos:	10	10.8%
Intersticiales:	5 (de estos, uno gemelar)	5.4%
Fimbria:	3	3.2%
Tubo-ovárico:	1	1.08%
Intraligamentario:	1	1.08%
Abdominales:	2	2.1%
TOTAL	92 casos	

De estos 92 embarazos ectópicos, 12 fueron no rotos, haciendo un total de 13%.

De nuestras observaciones pudimos obtener los siguientes datos:

- A) Edad: Varió entre los 19 a los 40 años, habiéndose obtenido la mediana de las edades de los 92 casos, siendo esta de 29 años.
- B) Gravidez:
- | | | |
|----------------|-------------------|-------|
| 1. Nulíparas: | 7 pacientes..... | 7.6% |
| 2. Primíparas: | 13 pacientes..... | 14.1% |
| 3. Multíparas: | 72 pacientes..... | 78.2% |
- C) Cirugía previa: de estas pacientes se observó que 6 de ellas (6.5%) ya habían sido intervenidas con anterioridad por haber presentado un embarazo ectópico, 3 de ellas en el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt.
- A 2 pacientes se les había intervenido con anterioridad para hacerles salpingoplastias (en otros hospitales).
- D) Amenorrea: Unos autores señalan que el 50% de las pacientes no acusan amenorrea, de modo que su falta no excluye el

diagnóstico. (1). Hemos encontrado que de e las 92 pa-
cientes, 13 no acusaron amenorrea o sea 14.1%. Hubo
amenorrea entre 1 y 20 semanas, y una paciente que te-
nía 2 años de amenorrea. La mediana obtenida de las a-
menorreas de los 92 casos fué de 8 semanas.

E) Metrorragias e irregularidades menstruales: sínto-
mas bastante común y precoz que denuncia el su-
frimiento del huevo ectópico, así como complica-
ciones más serias para éste; lo presentaron un to-
tal de 16 pacientes (17.3%). En el embarazo ec-
tópico como en el eutópico la metrorragia permi-
te catalogarlos como complicados, aunque en el
eutópico puede ser sin importancia y continuar la
evolución del huevo, en el ectópico es un signo
de alarma que obliga a imponer de urgencia el úni-
co tratamiento: el quirúrgico.

F) Dolor: varió de intensidad entre leve, moderado
hasta intenso, 78 pacientes acusaron dolor abdo-
minal súbito, siendo el porcentaje de 84.6. Se

observó que en la mayoría de los casos el dolor de instalación súbita fué referido en el hipogastrio, siguió en frecuencia el de fosa ilíaca del lado del embarazo ectópico; algunas pacientes lo refirieron difuso en el abdomen y de sumo interés es que, las pacientes que acusaron el dolor más intenso fué en quienes se encontró la trompa uterina estallada.

- G) Molestias abdominales previas a la ruptura del embarazo la presentaron 40 pacientes, algunas manifestando pesantez del hipogastrio con sensación de piquetazos y otras con molestias al defecar (tenesmo).
- H) Lipotimias: 65.2% de las pacientes las acusaron, 4.3% con pérdida del conocimiento.
- I) Náuseas y vómitos: síntomas bastante frecuentes que se presentaron en el 43.5% de pacientes.
- J) Dolor en los hombros: dolor referido en los casos de rupturastubaria y hemorragia interna, se dice que es debido a la irritación que produce la sangre sobre el nervio Frénico, es llamado Signo de Laffont. (6) Es un error

común creer que el dolor es referido únicamente al hombro izquierdo.

Stanley Way (1) encontró que de 24 pacientes con este signo el dolor se refería al hombro derecho en 13, al izquierdo en 4 y a ambos en 7 casos. Nosotros hemos encontrado que el 20.6% de las pacientes lo presentaron así: 8 en el lado derecho, 3 en el lado izquierdo y 9 en ambos hombros. Es de notar la similitud de los datos.

- K) Disuria: 13.1% de las pacientes manifestaron este síntoma 3.2% manifestaron dolor agudo después de la micción (signo del grito vesical de Oddi).

Examen Clínico de la enferma: encontramos la mayoría de las veces pacientes pálidas, ansiosas, con síntomas de hemorragia interna. En el 18.8% se presentó lo que nosotros acostumbramos llamar la "fascies ectópica", pues, es característico que cuando una paciente llega a la emergencia a consulta, presenta dificultad en la marcha por dolor abdominal, inclinada ligeramente hacia un lado y el tronco flexionado ligeramente sobre el

abdomen; pálida, con sudor frío, nariz afilada, ojos brillantes y nos refiere hemorragia vaginal; ya con esto pensamos que el caso es de un embarazo ectópico.

Presión arterial baja por debajo de 100/60 lo encontramos en 34 casos, o sea el 38%, se notó también una disociación del pulso con la temperatura, el pulso varió entre 70 a 140, habiendo encontrado 38 pacientes (41.3%), con pulso arriba de 100 por minuto y sin embargo, sólo 3.2% presentaron temperatura de 38 grados.

Se encontró en el examen del abdomen, a la palpación, que 67.3% de las pacientes tenían el signo de Blumberg positivo por irritación peritoneal. No había contractura muscular marcada pero sí dolor a la palpación profunda.

EXAMEN GINECOLOGICO:

El 76% de las pacientes presentó hemorragia vaginal oscura, en poca cantidad, algunas en forma de sanguaza, mucosas vaginales pálidas en la mayoría de los casos.

Cuello uterino: blando en el 66.3% de los casos, doloroso al moverlo en el 48.9% de los casos.

Anexos con masa palpable: se encontró en 44 paciente (47.8%)

fondos de saco tensos y dolorosos en 86.9% de los casos.

Utero aumentado de tamaño y doloroso a su movilización:

31.6% de los casos.

Aumentado de tamaño: en 18.3%

sólo doloroso al moverlo: en 17.3%

Desviado hacia un lado: en 3.2%

No delimitable por el dolor: en 10.8%

Y normal: en 14.1%

EXAMENES DE LABORATORIO:

Generalmente debido a la urgencia de los casos únicamente se han obtenido los exámenes de recuento y fórmula de globulos blancos, hemoglobina y eritrosedimentación.

En lo referente a la serie blanca, tiene especial valor el estudio de leucocitosis, la neutrofilia y la desviación a la izquierda. Existe leucocitosis en general, los autores aceptan para los embarazos ectópicos no complicados, de pocas semanas, la cantidad de 13,000 leucocitos por milímetro cúbico. Cuando se sobrepasa esta

cifra es que existe una infección secundaria o un estímulo muy intenso de la médula ósea, provocado por la irritación peritoneal al derramarse la sangre.

En los casos revisados encontramos que la leucocitosis había variado arriba de 10,000 el 35.5% de los casos y el resto por debajo de 10,000. Todos con predominio de formas segmentadas.

La hemoglobina fluctuó entre 15 y 4.5gr., habiendo habido 31 pacientes (33.7%), con menos de 10 gr. de hemoglobina. Eritrosedimentación: es de bastante importancia ya que a veces nos da la pauta para diferenciar un proceso inflamatorio pelviano en la que se encuentra acelerada, mientras que en un embarazo ectópico se encuentra baja. (7). Sin embargo, en nuestras observaciones hemos podido notar que un 38% de las pacientes presentaron esta prueba de laboratorio por arriba de 30 mm./hora, hubo variaciones entre 4 y 70 mm. en todos los casos.

DIAGNOSTICO:

Siempre se deberá interrogar a la paciente vista en la emergencia con cuadro sugestivo de embarazo ectópico, pues, una buena historia, especialmente de antecedentes ginecológicos, historia menstrual, tipo de dolor, signos de gestación, examen físico y ginecológico, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales como culdocentesis, colpotomía posterior, son los elementos básicos en que se apoya el diagnóstico del embarazo ectópico.

PUNCION DEL SACO DE DOUGLAS O CULDOCENTESIS:

Técnica: debe ser correcta y asepsia perfecta. Colocada la paciente en posición ginecológica se prepara el campo introduciendo un espéculo. Se toma el labio posterior del cuello uterino con una pinza de Museux, de 4 dientes o ya bien de 2, y se tracciona prudentemente en sentido horizontal. La punción ha de efectuarse en la línea media del fórnix posterior, se utiliza una aguja larga y gruesa; atravesada la pared vagi-

nal se empuja un poco más y adaptándole una jeringa se aspira, introduciendo o retirando ligeramente la aguja, por si se ha punzado un vaso, lo que podría inducir a error.

Se considera positiva la punción cuando se extraen por lo menos 2 c.c de sangre, la cual es roja y oscura con coagulos; los que no se observan si se ha punzado una arteria o vena.

Es un procedimiento que no hay que dejar de practicar cuando se tenga sospecha de un embarazo ectópico, ya que nos puede aclarar muchas veces un cuadro clínico complicado y confirmarnos un diagnóstico ya emitido. En nuestra serie de casos se practicó dicho procedimiento diagnóstico a 62 pacientes, de las cuales obtuvimos 58 punciones positivas o sea el 93.5%. Cuatro punciones de las efectuadas fueron negativas (6.5%). De todas las punciones efectuadas no hubo ninguna complicación.

La colpotomía posterior es un procedimiento quirúrgico por medio del cual se puede explorar la pelvis menor

y efectuar salpingectomías en caso que existiera un embarazo ectópico, en el cual fuera fácil la exposición de la trompa.

De los casos que ingresaron al servicio con impresión de embarazo ectópico no roto, a 5 de ellos se les practicó colpotomía posterior, resolviéndose por esta vía el caso.

La técnica es la siguiente: paciente en posición ginecológica, antisepsia, colocación de campos y valvas vaginales; localización del cuello uterino, el cual se tracciona con pinzas de Museux, incisión transversa de la mucosa vaginal 3 o 4 cms. por arriba del ectocervix. Separación de la pared vaginal posterior del recto; localización del peritoneo posterior entre los ligamentos útero-sacros. Se abre el peritoneo con corte de tijeras y se tiene la pelvis menor lista para ser explorada. Una vez efectuado el procedimiento deseado se cierra por planos con material Catgut crómico.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMA: A

Una vez hecho el diagnóstico de embarazo ectópico, se procede a preparar a la paciente para la intervención quirúrgica ya que es el único tratamiento curativo. El shock y la anemia aguda deben ser combatidos antes de la intervención. Por lo regular se dan las siguientes órdenes antes de la intervención:

1. Preparar pubis, periné y abdomen
2. Atropina 0.5 mg. I.m stat.
3. Colocar sonda de Foley.
4. Compatibilidad sanguínea y Rh
5. Transfusión sanguínea
6. Canalizar vena con solución tipo Hartman, mientras llega la transfusión.
7. Recuento, fórmula de glóbulos blancos, hemoglobina y eritrosedimentación.
8. Subir a sala de operaciones lo antes posible.
9. Anestesia debe ser por inhalación y no regional.

Una vez en el quirófano se procede a la intervención;

en la mayoría de los casos se ha practicado la incisión transversa con sección de los músculos rectos anteriores del abdomen, sección de vasos epigástricos. Esta incisión se ha hecho en 72 pacientes (78.2%); da un mejor campo operatorio y es más estética. En otras pacientes se usó la incisión mediana infraumbilical, siendo un total de 9 pacientes, 7 de ellas tenían cicatriz anterior. Cuatro pacientes se les practicó incisión paramediana, 2 de ellas con cicatriz anterior.

En 32 pacientes se encontraron más de 1,000 c.c de sangre dentro de la cavidad abdominal, un caso está reportado con 3,000 c.c; a todas ellas se les transfundió sangre.

La operación efectuada fué la salpingectomía. A 6 pacientes se les efectuó salpingectomía bilateral por patología asociada (adherencias, etc.); además, al 56.5% se les practicó apendicectomía profiláctica.

De todos los casos intervenidos sólo hubo una com-

plicación post-operatoria debido a un hematocele previamente infectado por un embarazo abdominal y se necesitó drenaje previo por la vía vaginal (colpotomía). Y en un segundo tiempo la operación abdominal. La complicación consistió en dehiscencia parcial de la herida operatoria. Sin embargo, el caso se resolvió favorablemente.

No se ha registrado hasta la fecha ningún fallecimiento por embarazo ectópico en los casos habidos en el Hospital Roosevelt.

DISCUSION

Es importante poner énfasis para diagnósticar los casos de embarazo ectópico no roto, ya que es el tiempo ideal para extirparlos y evitar las complicaciones de éstos. Se debe poner especial atención a los casos de embarazo ectópico intersticial, pues estos son muy fáciles de confundir a pesar de estar pensando constantemente en ellos.

Cuando nos encontramos ante casos en los que tenemos sospecha de que existe un embarazo ectópico, tendremos que recurrir a los procedimientos como la culdocentesis, ya que es un procedimiento bastante inocuo que nos dará un alto índice de confirmación; debemos resaltar la importancia de la colpotomía posterior ya que muchas veces nos dará la pauta si el caso puede resolverse por la vía vaginal o por laparotomía, pues cuando el caso se puede resolver por la vía vaginal la evolución post-operatoria será bastante cómoda para las pacientes.

Con respecto a la incisión transversa con sección de los músculos rectos anteriores del abdomen muchos médicos opinan que es aumentar el riesgo quirúrgico ya que esta lleva más tiempo para efectuarse; sin embargo, nosotros hemos podido observar que el tiempo que se emplea para efectuarla se compensa más tarde al efectuar la operación propiamente dicha, pues, el campo operatorio que nos brinda esta incisión es excelente.

La apendicectomía profiláctica: hemos podido observar que no hay complicaciones ni riesgos, al contrario de lo que muchos opinan, de que no se debe efectuar en los casos de embarazo ectópico roto por ser ésta una operación séptica.

A continuación pongo un caso interesante de embarazo ectópico intersticial:

A.R.F., de 23 años de edad, casada, de oficios domésticos. Consulta a la emergencia de un hospital diciendo tener dolor en F.I.D., de pocas horas de evolución. Antecedentes: 5 meses de amenorrea, sin náusea, no vómitos, ni lipotimias, etc. Al examen clínico se encuentran todos los signos vita-

les dentro de límites normales; sólo T. 37.5 grados.

Examen del abdomen: se encuentra una masa en el hipogastrio y que parece corresponder a útero con fondo a nivel del ombligo; hay corazón fetal.

Se procede a hacer examen ginecológico y en este momento la paciente vomita; sin embargo, sólo se encontró ligero dolor en fosa ilíaca derecha, útero aumentado de tamaño, cuello blando, no hay hemorragia vaginal, anexos no delimitables. Se le da impresión diagnóstica de apendicitis y se refiere a la maternidad. Veinte minutos más tarde, la paciente es vista en el Dépto. de maternidad, ya pálida, con presión arterial de 60-40, pulso de 140 por minuto, ansiosa, con signos de irritación peritoneal. Se hace punción del saco de Douglas y es positiva. Se le interviene de emergencia encontrando un embarazo ectópico intersticial del cuerno uterino derecho, gemelar; un feto era de 20 cms. y el otro de 15 cms.

Se encontraron 3,000 c.c de sangre en la cavidad abdominal La paciente salió bien de la intervención y siete días más tarde se le dió de alta.

Es pues, un caso interesante que se prestó en un principio a confusión diagnóstica y que aun habiendo corazón fetal y palpando útero aumentado de tamaño se debió haber pensado en embarazo ectópico.

CONCLUSIONES

1. En el servicio de Ginecología del Hospital Roosevelt se ha tenido un 100% de éxito en el tratamiento de casos de embarazo ectópico.
2. La mortalidad en los casos hasta la fecha es de cero por ciento.
3. La punción del fondo de saco de Douglas como procedimiento diagnóstico debe practicarse en todos aquellos casos sospechosos de embarazo ectópico.
4. La incisión transversa es más estética en las mujeres jóvenes y si no implica mayor riesgo quirúrgico habrá que practicarla.
5. La apendicectomía profiláctica no es una contraindicación cuando se hace salpingectomía por embarazo ectópico roto.
6. El diagnóstico de embarazo ectópico roto es fácil en la mayoría de los casos.
7. Los embarazos ectópicos del cuerno uterino son difíciles de diagnosticar.

8. En el embarazo ectópico el ideal es diagnosticar antes de que se rompa.
9. Siempre que una paciente presenta la triada de síntomas trastorno menstrual, dolor abdominal y masa yuxtaterina, habrá que pensar en embarazo ectópico y descartarlo.
10. Se ha escrito poco respecto a embarazo ectópico en nuestro medio.

1. BAILEY, HAMILTON. Semiología Quirúrgica, 13a. ed. Barcelona, España, Ediciones Toray, S.A., 1963. pp. 552-556.
2. CALATRONI-RUIZ. Terapéutica Ginecológica, 4a. Ed. Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1946. pp. 171-194.
3. COLLADO, MERCEDES VIDES DE. Embarazo ectópico roto. Urgencia quirúrgica. (Reporte de 50 casos operados en el servicio de emergencia del Hospital General). Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, octubre 1958. 32p.
4. CROWE, CARLOS. Embarazo Ectópico. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, abril 1951, 28 p.
5. GALICH, LUIS F. Embarazo ectópico. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, octubre 1937. 26 p.
6. MORAGUES BERNAT, JAIME. Clínica Obstétrica, 8a. ed. Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1960. pp. 332-339.
7. NOVAK - JONES. Novak's Textbook of Gynecology, 6th ed. Baltimore Md., The Williams and Wilkins Company, 1961. pp. 582-602.
8. PARSONS AND ULFELDER. An Atlas of Pelvic Operations, Philadelphia, Pa., W.B. Saunders, 1953. pp. 116-117

Vo.Bo.


Ruth de Amaya
Bibliotecaria

Figueras

Br Virgilio Figueroa Micheo

Francisco Bauer

Dr. Francisco Bauer Paíz

REVISOR

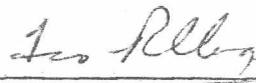
Guillermo Vasquez

Dr. Guillermo Vasquez

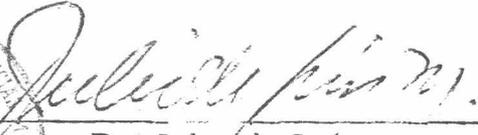
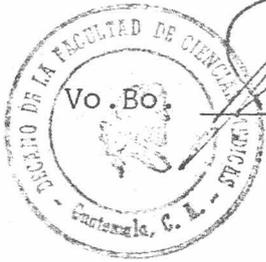
ASESOR



Dr. Aquilés Jiménez Pinto
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA



Dr. Francisco Villagrán
SECRETARIO



Dr. Julio de León
DECANO