

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas  
de la Universidad de San Carlos  
de Guatemala

Por  
ANA MARIA DEL CARMEN ALEGRIA PAZ

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

## PLAN DE TESIS

- 1) INTRODUCCION
- 2) DEFINICION
- 3) GENERALIDADES
- 4) OBJETIVOS
- 5) MATERIAL Y METODO
- 6) PRESENTACION DE DATOS
- 7) GRAFICAS
- 8) ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS
- 9) CONCLUSIONES
- 10) RECOMENDACIONES
- 11) BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

Como es sabido la implantación anormal del blastocisto en la cavidad uterina, se ha denominado embarazo ectópico o embarazo extrauterino. Término que incluye la implantación en porción intersticial, el embarazo cervical, tubárico, ovárico y lominal. El concepto anterior se ampliará, en las definiciones de este problema en cuestión.

El presente trabajo sobre embarazo ectópico nació con la inquietud de una investigación sobre este tema, ya que en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General de Occidente, no hay estudios realizados sobre el mismo.

En vista de no haber encontrado material de consulta para comparación de datos, se decidió hacer un estudio retrospectivo de la incidencia del embarazo ectópico en los años comprendidos de 1973 a 1979 en el Hospital General de Occidente.

Se tratará pues, en esta revisión de dar una idea de la incidencia de este problema en el área de Quetzaltenango, ya que de sus 26 casos encontrados eran de este Departamento.

Espero contribuir con esta revisión, aunque sea en mínima medida, para que se efectúen estudios más completos, ya sea para el área de Occidente, o en un futuro no lejano a nivel nacional, y así mejorar diagnósticos y tratamientos del embarazo ectópico.

Es más, estimular a futuras generaciones médicas, para que efectúen estudios al respecto y dar así una mejor atención a la paciente embarazada.

## DEFINICION

### EMBARAZO ECTOPICO:

En un embarazo uterino normal, el blastocisto se implanta en el endometrio que reviste la cavidad uterina. La implantación del blastocisto fuera de esta cavidad recibe el nombre de embarazo ectópico.

Aunque el 95o/o de los embarazos ectópicos afecta a la trompa de Falopio, el embarazo tubárico no es sinónimo de gestación ectópica, sino sólo un tipo muy frecuente de éste.

El embarazo ectópico o ecciesis, significa una gestación que se efectúa fuera de la cavidad uterina. Más corrientemente se emplea el término de EMBARAZO EXTRA-UTERINO, aunque esta denominación excluiría las gestaciones que se efectúan en la porción intersticial de las trompas uterinas.

Quien por primera vez mencionó la gestación extrauterina fué Albucasis en el siglo XI y Riolan refirió algunos casos en 1626. El embarazo extrauterino es bastante frecuente y se observa también en los animales inferiores como la mona, la vaca, la perra, la yegua. Estos casos son más frecuentes en la mujer de la ciudad que la del campo, lo mismo que en las mujeres mayores de treinta años de edad.

## GENERALIDADES

### INCIDENCIA:

En las poblaciones indigente y semi-indigente; sobre todo de raza no blanca, se observa 1 embarazo ectópico por cada 100 ó 150 nacimientos.

En niveles socioeconómicos más elevados de raza blanca 1

embarazos, señalada por Douglas en Jamaica. La mayoría de los ginecólogos han aceptado que el embarazo ectópico repetido, puede recidivar en la trompa en el 10o/o de los casos, aproximadamente (SCHIFER), aunque el embarazo intrauterino normal es bastante más común (aproximadamente 25o/o).

Es más frecuente en las múltíparas que en las primíparas. En general se observa un embarazo ectópico por cada 100 a 200 nacidos vivos.

La más común de todas las variedades es la tubárica y dentro de ella las siguientes:

1. INTERSTICIAL O INTRAMURAL (1 3o/o) porción de trompa que recorre la pared del útero.
2. ISTMICA: porción media y estrecha de la trompa (10o/o).
3. AMPOLLAR: tercio extremo de la trompa (75o/o).

#### CONSIDERACIONES ANATOMICAS:

El huevo puede desarrollarse en cualquier porción de la trompa, dando origen a embarazos ampulares, ístmicos, intersticiales.

Raros son los casos de implantación en la extremidad fimbriada, fimbria ovárica (formas primarias).

#### FORMAS SECUNDARIOS:

Tuboabdominal, tubovárica, ligamento ancho.

La ampolla es la implantación más frecuente, el istmo sigue en frecuencia y el intersticial es infrecuente, aproximadamente el 1o/o de los casos.

#### MODO DE IMPLANTACION DEL HUEVO:

#### Columnar:

Es rara, el huevo se adhiere al extremo o al lado de uno de los pliegues de la mucosa.

#### Intercolumnar:

La implantación se produce en una depresión de dos pliegues mucosos.

En ninguno de los dos casos el huevo permanece en la superficie, se entierra en el epitelio y se localiza en el tejido situado debajo del mismo (en su periferia es una cápsula de trofoblasto rápidamente proliferante, que invade y erosiona los tejidos concetivos subyacentes y el músculo de la trompa). Como consecuencia se abren los vasos sanguíneos maternos y la sangre se vierte en los espacios de variable tamaño, que se encuentran en el interior del trofoblasto o entre éste y el tejido adyacente.

En la habitual implantación intercolumnar el huevo luego de penetrar en el epitelio viene a encontrarse con la pared muscular ya que la trompa carece de submucosa y decidua bien desarrollada.

El curso del embarazo ectópico dependen de la región en la cual se ha implantado.

En el ampular, el huevo es crecimiento empuja la membrana muscular hacia adelante, en dirección al lumen tubárico, que resulta ocasionalmente comprimido adoptando una imagen en media luna; si el embarazo no se interrumpe, más tarde la membrana capsular puede fusionarse con la mucosa vecina, obliterando el lumen de la trompa en la inmediata vecindad del huevo.

En el istmo, si es porción inmediata adyacente al útero; el

pequeño tamaño del lumen impide la posibilidad de tal expansión. En consecuencia el huevo distiende la pared tubárica excéntricamente, el lumen puede ocasionalmente separarse por completo, rodeado de vellosidades placentarias y de otros tejidos fetales, con el resultado de que la ruptura intraperitoneal se produce cuando la paciente no sabe que está embarazada.

#### DECIDUA CAPSULAR:

A causa de la escasa reacción decidual es improbable la formación de una decidua capsular igual a la del embarazo uterino; sin embargo, en todos los embarazos ubáricos precoces intactos, el huevo está separado del lumen de la trompa por una capa de tejido conectivo y muscular que puede contener unas pocas células deciduales; a medida que el embarazo progresa, la membrana es invadida por células fetales, entonces experimenta la degeneración fibrinoide y, si no se produce la rotura, eventualmente se fusiona con la mucosa del lado opuesto de la trompa.

#### PLACENTA:

El embarazo tubárico y uterino tienen igual desarrollo en las primeras fases, los diferentes desenlaces reflejan diferencias en los lugares de implantación, en particular las variaciones en la reacción decidual. La pared tubárica en contacto con el huevo ofrece poca resistencia a la invasión del trofoblasto, que abre cavidades y llega a los vasos maternos. A menudo hay una penetración directa a través de la superficie peritoneal o de la membrana capsular, originando una rotura intraperitoneal y el aborto tubárico.

Sin embargo la rotura precoz resulta de la súbita abertura de un gran vaso y de la disrupción de las paredes tubáricas debilitadas como consecuencia del aumento de la presión.

#### ESTRUCTURA DEL SACO FETAL:

Con el embarazo tubárico hay un aumento en la vascularización de la trompa afectada; las arterias y venas grandes están hipertrofiadas, y los vasos más pequeños, en especial los de la vecindad de la zona placentaria permanecen congestionados.

En muchos casos de embarazo tubárico el exterior de la trompa muestra evidencia de peritonitis; una considerable porción del engrosamiento del saco fetal es a menudo el resultado de adherencias peritoneales. En ocasiones se encuentran placas de tejido decidual en las células de tejido conectivo de tales adherencias.

#### ALTERACIONES UTERINAS:

El útero experimenta algunas alteraciones asociadas con embarazo normal, tales como: ablandamiento del segmento inferior, aumento de tamaño, el grado en que el endometrio se convierte en decidua es variable.

Aunque el hallazgo de decidua uterina sin trofoblasto sugiere un embarazo ectópico, no es forma alguna una indicación positiva. En 1954, Arias-Stella descubrió en las glándulas endometriales y en el endotelio alteraciones que consideró causadas por la gonadotropina coriónica. Las células epiteliales están agrandadas y sus núcleos son hipertróficos, hiper cromáticos, lobulares y de forma irregular.

El citoplasma puede ser vacuolado y pueden encontrarse mitosis ocasionales.

Poco después de la muerte fetal, la decidua se degenera y, por lo general, se descama en pequeños trozos, pero ocasionalmente es expulsada intacta, en forma de cilindros deciduales de la cavidad uterina. La ausencia de tejido decidual,

sin embargo, no excluye un embarazo ectópico ya que éste está presente en menos del 20o/o de los casos.

La hemorragia externa observada en muchos casos de embarazo tubárico es de origen uterino y va asociada con una degeneración y necrosis de la decidua uterina.

#### TERMINACION DEL EMBARAZO TUBARICO: (ABORTO TUBARICO)

Una terminación corriente de embarazo tubárico sobreviene cuando los productos de la concepción se separan del endosalpinx y el aborto es expulsado a través del extremo fimbriado de la trompa. Ocurre, por lo general, entre la 6a. y 12a. semanas. La frecuencia del aborto tubárico depende del lugar de implantación del huevo. En embarazo ampular es la regla, mientras que la rotura intraperitoneal constituye casi siempre el desenlace del embarazo ístmico.

En el AB tubárico la hemorragia ocurre en el lumen de la trompa, en la rotura intraperitoneal la hemorragia es directamente en la cavidad peritoneal. La consecuencia inmediata de la hemorragia es la relación entre el huevo y la pared tubárica, separándose el huevo, completa o parcialmente de su punto de implantación. Si la separación es completa todo el huevo es expulsado al interior del lumen de la trompa, donde la sangre derramada lo empuja poco a poco hacia el extremo fimbriado, a través del cual a veces es expulsado al interior de la cavidad peritoneal. En este punto la hemorragia puede cesar.

En el AB tubárico incompleto, con hemorragia moderada, el huevo puede estar infiltrado de sangre y convertido en un secuestro análogo a la mola sanguinolenta observada en el aborto uterino.

Si el huevo permanece en la trompa hay hemorragia breve

y gotea desde la extremidad fimbriada, al fondo del saco recto-uterino donde puede quedar encapsulada, formando un hematocele. Si la extremidad fimbriada es ocluida, la trompa resulta gradualmente distendida por la sangre formando un hematosalpinx.

Luego del aborto tubárico pueden quedar trozos de placenta o membranas adheridas a la pared tubárica que luego de rodearse de fibrina, dan origen a un pólipo placentario, tal como ocurre en un aborto uterino incompleto.

#### ROTURA EN LA CAVIDAD PERITONEAL:

Si el embarazo tubárico se realiza en el istmo cerca del cuerno del útero, la ruptura se presenta en las primeras semanas; cuando está localizado en la porción intersticial de la trompa, la rotura no suele ocurrir hasta más tarde.

Es factor fundamental en la rotura, la implantación intramural del huevo, con la consecuente invasión de la pared tubárica por trofoblasto con erosión de la capa muscular. Su causa directa inmediata, puede ser el traumatismo asociado con el coito o un examen vaginal, aunque en la mayoría de casos es espontánea.

En ocasiones, cuando el extremo fimbriado de la trompa está ocluido puede haber rotura secundaria, luego de un aborto primario. La rotura suele ocurrir en la vecindad de la localización de la placenta, en la cavidad peritoneal o en los siguientes pliegues de los ligamentos anchos, dependiendo de la ubicación original del huevo.

En la rotura intraperitoneal todo el huevo puede ser expulsado de la trompa; si el desgarro es pequeño puede provenir una hemorragia profusa sin su escape; en los dos casos la paciente muestra signos de colapso. Si no es quirúrgico (la paciente no es

operada), el destino del feto dependerá del daño que haya padecido y de la duración de la gestación.

Si es de pocos días y expulsado a cavidad peritoneal se cree que puede reimplantarse en otro punto y establecer circulación adecuada para que logre sobrevivir, este desenlace es infrecuente.

Si el producto de la concepción es pequeño, puede ser resorbido. Si es mayor puede permanecer en el fondo del saco durante años en forma de masa encapsulada o calcificarse hasta formar un litopedión.

Sin embargo si sólo escapa el feto en el momento de la rotura, el efecto sobre el embarazo variará de acuerdo con la extensión del daño padecido por la placenta, la cual si está muy dañada produce terminación del embarazo y muerte fetal.

Si la mayor parte de la placenta está adherida puede haber un ulterior desarrollo llegando el feto al término, dando origen a un embarazo abdominal secundario.

#### ROTURA EN EL LIGAMENTO ANCHO:

Implantación del huevo original en el mesosalpinx, la rotura ocurre en la porción de la trompa no recubierta de peritoneo y el producto es expulsado hacia un espacio formado por la separación de los pliegues del ligamento ancho (variedad más favorable de rotura), puede terminar con la muerte del huevo o formación de un hematoma del ligamento ancho.

#### EMBARAZO TUBOUTERINO:

Es el resultado de la extensión gradual en la cavidad uterina de un huevo que en su origen se implantó en la porción intersticial de la trompa.

#### EMBARAZO TUBOABDOMINAL:

Deriva de un embarazo tubárico en el cual el huevo que originalmente se implantó en la extremidad fimbriada se extiende gradualmente a la cavidad peritoneal. En tales circunstancias la porción del saco fetal que sale a la cavidad abdominal forma adherencias con los órganos circundantes. Como consecuencia, la extirpación del saco es mucho más difícil.

Ambos embarazos se desarrollan en porciones poco usuales de la trompa.

#### EMBARAZO TUBOOVARICO:

Ocurre cuando el saco fetal está en parte en tejido ovárico y en parte de trompa, tales casos proceden del desarrollo en un quiste tuboovárico o en una trompa cuya extremidad fimbriada estaba adherida al ovario en el momento de la fertilización.

#### SIGNOS Y SINTOMAS:

Si los hay, son importantes antes de que ocurra la ruptura.

Al inicio si no hay rotura tubárica o del aborto los mismos pasan desapercibidos ya que la paciente piensa en un embarazo normal.

#### ROTURA EMBARAZO TUBARICO:

Ligera hemorragia vaginal (llamada spotting), dolor intenso en la parte baja del abdomen, de carácter brusco, desgarrador o punzante. Trastornos vasomotores (vértigo, desmayos, palidez). En el abdomen se descubre hipersensibilidad.

El examen vaginal, la motilidad del cuello uterino, produce

un dolor exquisito. El fórnix posterior de la vagina puede abombarse por la presencia de sangre en el fondo del saco, o una masa hipersensible y cenagosa en un lado del útero.

Puede haber o no hipotensión en posición supina. La hipovolemia puede ser intensa y producir hipotensión. Se debe tratar de diagnosticar tempranamente para que el problema no sea grave.

DOLOR: (Cuando ya hay ruptura)

Puede unilateral o bilateral en la parte inferior del abdomen, lacinante o espasmódico. En presencia de una gran rotura o hemoperitoneo hay dolor irradiado a hombros y cuello (producido por irritación del diafragma). La cantidad de sangre debe ser elevada para que llegue al diafragma.

AMENORREA:

1/4 o más de los casos encontrados en hospitales no la reportan ya que las pacientes confunden la hemorragia del embarazo tubárico, por un verdadero período menstrual. Por lo tanto la ausencia de un período menstrual, no descarta un embarazo tubárico.

HEMORRAGIA VAGINAL:

Es de color marrón oscuro, suele ser escasa, continúa o intermitente y se presenta más o menos 1/4 de las pacientes en un 50% puede ocurrir hemorragia profusa.

En una minoría de casos se encuentra una paciente pálida y en shock. Una 5a. parte de las pacientes de raza negra y una 3a. parte de pacientes de raza blanca, muestran signos clásicos de amenorrea, hemorragia, dolor y lipotimias.

El hallazgo más frecuente en la rotura del embarazo tubárico es la exquisita hipersensibilidad a la exploración vaginal, especialmente al movilizar el cuello; se encuentra en 3/4 partes de los casos.

MASA PELVICA:

Palpable sólo en la mitad de los casos, que oscila entre 5 y 15 cm. de diámetro, blanda y elástica, es casi siempre posterior o lateral al útero. En los casos de filtración extensa de la pared tubárica con sangre, puede ser firme.

ALTERACIONES UTERINAS:

A causa de la acción hormonal, el útero crece durante los 3 primeros meses de embarazo en una gestación ectópica y alcanza casi el mismo tamaño de un embarazo intrauterino; el útero puede ser desplazado por la masa ectópica.

PRESION SANGUINEA Y PULSO:

La presión sanguínea suele descender al ritmo de la hemorragia intraabdominal, la frecuencia del pulso asciende en forma apreciable.

ANEMIA:

A causa de la progresiva hemodilución, una disminución en la concentración de hemoglobina y hematocrito mientras la paciente está bajo observación es un índice valioso de pérdida de sangre.

TEMPERATURA:

Podría presentarse en presencia de hemoperitoneo entre 37 y 38.3 grados C., pero es rara en ausencia de infección.

Sin embargo la temperatura es importante para detectar la rotura de un embarazo tubárico, en presencia de una salpingitis, en la cual es superior a 38,3 grados C. En el Kings Country Hospital sólo el 10% de pacientes tuvo temperatura superior a 38,6 grados C.

#### RECUESTO DE LEUCOCITOS:

En embarazos ectópicos con rotura se encuentran normales en casi la mitad de casos, pero en el resto pueden encontrarse cifras variables hasta de 30,000. La cifra de leucocitos puede indicarnos la clase de hemorragia que ha habido.

#### SIGNO DE CULLEN:

Coloración azul en la piel periumbilical, puede ser consecuencia de hemorragia intraperitoneal, se observa en mujeres delgadas o con hernia umbilical.

#### EL ECTOPICO ROTO CRONICO:

Puede existir una gradual desintegración de la pared tubárica, seguida de una pérdida muy lenta de sangre en el lumen tubárico, la cavidad peritoneal o ambos. Gradualmente la sangre que va goteando se acumula en la pelvis, más o menos encapsulada por adherencias originando un hematocele pélvico, que eventualmente es absorbido sin necesidad de cirugía. En otros casos se rompe la cavidad peritoneal produciendo un shock hipovolémico, o se infecta y forma un absceso. Sin embargo, a menudo produce dolor continuo y el médico es consultado semanas o meses después de la rotura original.

DIAGNOSTICO: (Difícil diagnosticar un embarazo ectópico no roto).

En la rotura del embarazo tubárico es importante el

diagnóstico precoz. El diagnóstico tardío es causa frecuente de muerte. En aproximadamente el 15 ó 20% de casos el diagnóstico preoperatorio no es de embarazo tubárico roto.

Los diagnósticos que más se confunden con la rotura de un embarazo tubárico, son:

1. SALPINGITIS AGUDA O CRONICA (por lo general no ha faltado menstruación).
2. ROTURA DE CUERPO LUTEO O DE UN QUISTE FOLICULAR CON HEMORRAGIA INTRAPERITONEAL.
3. AMENAZA DE ABORTO O ABORTO INCOMPLETO DE UN EMBARAZO INTRAUTERINO.
4. TORSION DE UN QUISTE OVARICO.
5. APENDICITIS.
6. DIVERTICULITIS.

#### CULDOCENTESIS:

Técnica más simple para identificar un hemoperitoneo; consiste en introducir una aguja larga de calibre 18 a través del fórnix posterior hasta el fondo del saco de Douglas, del cual se aspirará líquido, la ausencia del mismo se atribuye a una mala técnica de entrada. El líquido que parece sangre y no coagula es compatible con un diagnóstico de hemiperitoneo resultante de un embarazo tubárico. Si la sangre coagula posteriormente, casi con toda seguridad fué obtenida de un vaso sanguíneo.

Lucas y Hassim, la culdoscopía es de máximo valor en lugares donde la infección pélvica y la anemia son frecuentes.

Hall y Todd, citan 94 de tales procedimientos, con 5 resultados falso negativos, 2 falso positivos y 4 inconcluyentes, lo que equivale a un 12% de error diagnóstico.

LAPAROSCOPIA: Procedimiento para diagnosticar un embarazo

ectópico que es lo ideal.

Exige operador experto, sala de operaciones, anestesia local. Incisión infraumbilical en la línea media cuidadosamente efectuada y separada, puede producir morbilidad, pero permite una visualización directa de órganos pélvicos.

#### SONOGRAFIA:

La identificación de los productos de la concepción en la trompa de Falopio es a menudo difícil, si están localizados en el útero pueden detectarlos en una fase muy precoz. El diagnóstico sonográfico de embarazo tubárico es muy limitado.

Sloane Hospital for Women, las pruebas de embarazo, la laparoscopia, la culdocentesis, los hematócritos secuenciales, aunque son útiles en el diagnóstico de embarazo tubárico, no dieron una característica fidedigna. Se requiere una cuidadosa investigación y un buen juicio clínico para su diagnóstico.

#### PRONOSTICO:

En Estados Unidos, de un total de 2,478 casos han encontrado 3 muertes, lo que corresponde a 1 por cada 826 embarazos ectópicos. En el Parkland Memorial Hospital en los últimos años, la mortalidad por embarazo ectópico no ha sido mayor que la que se registra como consecuencia de cesárea repetida. Esta reducción de la cifra del 2 ó 3o/o de hace 25 años es el resultado de un diagnóstico más precoz y del empleo liberal de transfusiones adecuadas. Podría reducirse la tasa mediante el reconocimiento más rápido de la situación de urgencia.

#### EMBARAZOS SUBSIGUIENTES:

Puesto que las lesiones tubáricas que predisponen a

embarazo ectópico son a menudo bilaterales, un número crecido de mujeres quedan estériles luego de una gestación ectópica, o desarrollan un embarazo extrauterino en la otra trompa. Más o menos la mitad de todas las mujeres operadas de embarazo ectópico dejan de concebir posteriormente. La tasa de esterilidad es aún más alta cuando se trata de un primer embarazo. La secuencia de embarazos se calcula entre el 10 y 20o/o. Si no existe Shock hipovolémico, la anestesia es satisfactoria. La histerectomía puede estar a veces indicada, en caso contrario la extensión del procedimiento podría limitarse a salpingectomía. Todo procedimiento deberá consultarse y efectuarse con la aprobación de la paciente y el esposo.

#### TRATAMIENTO (Laparotomía Exploradora)

El tratamiento habitual es la salpingectomía con ooforectomía ipsolateral o sin ella. Transfusión sanguínea si existe hipovolemia o anemia manifiesta.

La respuesta quirúrgica espectacular ya que la presión sanguínea asciende inmediatamente después que los vasos principales son pinzados.

A veces es necesario la extirpación del ovario del lado afectado por su participación en el proceso, aunque a menudo se practica una ooforectomía electiva. Se ha sugerido practicar la ooforectomía ipsolateral en el momento de la salpingectomía como medio de mejorar la fertilidad, sobre la base de que la ovulación ocurría a partir de un ovario inmediatamente adyacente a la trompa de Falopio.

En la pérdida grave de sangre, se ha aconsejado la retransfusión de sangre acumulada en el abdomen, aunque es efectivo en situación de urgencia, no es recomendable de forma sistemática, debido al peligro de reacción.

Hay un enfoque quirúrgico más conservador en un esfuerzo por conservar la trompa por medio de plastia. Es dudoso que la cirugía no escisional disminuya la incidencia prevalente de esterilidad o recidivas.

#### EMBARAZO INTERSTICIAL:

Cuando el huevo se implanta en el segmento de la trompa que penetra en la pared uterina, se origina una forma especialmente grave de gestación tubárica, el embarazo intersticial. Es más o menos el 10% de toda gestación tubárica.

Bobrow y Bell, encontraron esta variedad sólo 6 veces en unos 900 embarazos ectópicos en el Harlem Hospital.

Debido al sitio de implantación no se palpa masa tubárica, sino un útero asimétrico que es difícil diferenciar de un embarazo intrauterino en sus fases iniciales; de ahí que el diagnóstico precoz pase a veces desapercibido en relación a gestaciones tubáricas.

A causa de la mayor distensibilidad del miometrio en comparación con la pared tubárica, es probable que la rotura se produzca algo más tarde entre el 2o. y 4o. mes a causa de la irrigación de la arteria uterina y ovárica adyacentes al sitio de implantación; la hemorragia que acompaña a la rotura puede ser fatal en el plazo de 1 hora. De hecho la mayoría de embarazos tubáricos en los que la muerte ocurre antes de que la paciente pueda ser llevada a un Hospital quedan comprendidos en este grupo.

Felms y Pedowitz, de 45 casos tuvieron sólo 1 muerte a causa del gran defecto uterino, es necesaria la histerectomía.

#### EMBARAZOS COMBINADOS Y MUTIPLES:

Vasicka, Grable, Winer, Bergman y Fields, recopilaron 466 casos de embarazo combinado en toda la literatura médica mundial, que corresponde a 1 por cada 30,000. El problema consiste en que coexiste embarazo tubárico y embarazo intrauterino, lo que podría confundirse también con el ablandamiento, congestiónamiento y agrandamiento uterino por causa de una gestación tubárica.

Se han comunicado casos de embarazo gemelar en la misma trompa y con uno en cada trompa en la misma fase de desarrollo.

Arey, llegó a la conclusión que los gemelos univitelinos forman una mayor proporción de embarazos tubáricos que de uterinos. Postuló que las dificultades en la implantación retrasan el crecimiento del huevo con resultados que desarrollan dos áreas embrionarias en vez de una.

Stewart, elevó el número total de casos publicados de gestación ectópica bilateral a 212.

El embarazo simultáneo en ambas trompas, es la forma más rara de embarazo gemelar víbitelino y una de las anomalías más raras de gestación tubárica.

#### EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL

Puede ser PRIMARIO o SECUNDARIO.

##### PRIMARIO:

Cuando se implanta desde el principio en esa región.

##### SECUNDARIO:

Cuando lo hace luego de estar implantado en la trompa.

#### FRECUENCIA:

2.50% de todos los embarazos ectópicos, siendo la mayoría de ellos secundarios.

El huevo se encuentra rodeado por las vísceras abdominales, y la placenta busca incursión en el intestino, vejiga, hígado; existiendo reacción decidua en el peritoneo. La placenta es de tipo difuso, involucrando varios órganos simultáneamente. Los embarazos ectópicos abdominales, habitualmente producen fetos muertos, que sufren diversas modificaciones (litopodiós, litoquelifos, maceración); pero en otros casos el feto puede seguir vivo hasta el término, aunque generalmente está comprometida su vitalidad, presentando deficiencias orgánicas, malformaciones y menos desarrollo de su psiquis.

Puesto que la rotura en embarazo tubárico es la causa habitual de embarazo abdominal, es posible en la mayoría de los casos obtener una historia sugestiva del accidente.

#### SINTOMAS:

Pérdidas menstruales, pequeñas y precoces hemorragias irregulares o dolor; es posible encontrar náuseas, flatulencia, constipación, diarrea y dolor abdominal en grados variables, en una fase posterior los movimientos fetales son muy dolorosos, cerca del término el útero vacío origina un parto falso.

#### DIAGNOSTICO:

Hay molestias gastrointestinales altas, hemorragia frecuente o dolor al inicio. Al palpar el abdomen la anormal posición del feto, a menudo transversal, puede ser fácilmente confirmada. Sin embargo, la facilidad de la palpación de las partes fetales no es un signo fidedigno; no hay contracciones de Braxton Hicks; el

cuello suele estar desplazado dependiendo de la posición del feto, la palpación de fórnix revela ocasionalmente partes pequeñas o cabeza fuera del útero.

Dixon y Stewart, encontraron el soplo vascular materno, claramente más intenso que un soplo uterino normal, auscultable sobre una pequeña zona abdominal inmediatamente medial a la espina iliaca, en el lado de localización placentaria (no lo hay con feto muerto).

#### PRUEBA DE OXITOCINA (Cross y sus colaboradores)

Es la prueba más valiosa en el diagnóstico de embarazo abdominal, ya que en caso de embarazo intrauterino las contracciones aparecen a los 3 minutos de puesta la inyección.

El examen radiológico revela el feto en posición transversa u oblicua con una actitud y localización poco habitual.

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Transfusiones y líquidos para mantener una buena suficiencia circulatoria y medir presión venosa y flujo urinario para comprobarla.

Se cree que la hemorragia masiva puede ser causa de la falta de constricción de los vasos abiertos hipertrofiados de la zona placentaria luego de la separación de la placenta. Por lo que se cree conveniente que el feto esté muerto para que disminuya la vascularización de la zona placentaria; lo que puede traer como consecuencia que la placenta se desprenda espontáneamente a causa de lo espesa y la hemorragia será grave.

A veces suele dejarse adentro la placenta para evitar la hemorragia grave, pero trae consigo infecciones, abscesos, adherencias, obstrucción intestinal y dehiscencia de las suturas.

#### PRONOSTICO:

Pérdida perinatal grande. Ware citó una mortalidad materna del 14,50% en 249 casos, recopilados desde 1935 a 1948.

#### EMBARAZO OVARICO:

Criterios para su diagnóstico:

1. Que la trompa en el lado afecto esté intacta.
2. Que el saco fetal ocupara la posición del ovario.
3. Que estuviera conectado al útero con el ligamento ovárico.
4. Que se encontrara tejido ovárico en su pared.

Bobrow y Winkelstein, recopilaron 154 casos de la literatura que satisfacían los 4 criterios y añadieron uno propio.

Modawi, en 1962, encontró un caso del rarísimo embarazo ovárico gemelar.

En un considerable número de casos, el embarazo llegó a término y, en varios casos, se desarrolló un litopedión. La rotura ocurre en un período precoz.

#### EMBARAZO CERVICAL:

El huevo se implanta en la mucosa cervical. En 1959, Paalman y McElin recopilaron 52 casos de la literatura y añadieron 5 propios.

Como el endocérvix resulta fácilmente erosionado por el trofoblasto, el huevo queda anclado en la pared cervical fibrosa.

#### SIGNO:

Hemorragia indolora luego de la nidación, más tarde el

cuello tiene su pared delgada, distendido con el orificio externo parcialmente dilatado. Encima de la masa cervical puede palparse un fondo uterino ligeramente agrandado.

Rara vez sobrepasa la 20a. semana, suele terminar quirúrgicamente a causa de la hemorragia. Como consecuencia de la severa hemorragia que puede acusar la extracción de la placenta y que puede llevar consigo la muerte de la paciente, se practica la histerectomía, que se trata de evitar en paciente nulíparas con deseos de tener familia.

#### LA GESTACION ECTOPICA:

Ecciesis, es un embarazo fuera de lugar, suele ser extrauterino y la mayoría de las veces tubárico.

#### LUGARES DE IMPLANTACION:

1. Un cuerno uterino.
2. Ovario.
3. Ligamento ancho.
4. Abdomen.
5. Cuello uterino.

El tercero y cuarto, suelen ser de origen secundario.

#### FRECUENCIA:

Se estima en 1 por 250. En el Charity Hospital de New Orleans se trataron 2,290 casos durante 53 años desde 1906; excluyeron tipo abdominal por creer que merece especial mención; durante un período reciente de 8 años, en la misma institución ha habido 911 embarazos ectópicos y 98,070 alumbramientos, lo que corresponde a 1-107,6.

La frecuencia sigue siendo mayor en las mujeres de raza

negra con historia de infección pélvica.

Las causas ovulares del embarazo tubárico consisten en un óvulo agrandado que no puede atravesar la trompa a raíz de:

1. Rápida división celular.
2. Crecimiento durante la migración desde el ovario opuesto.
3. Membrana granulosa adherida.

## OBJETIVOS

### I GENERALES

- a) Investigar la incidencia de embarazo ectópico en el Hospital General de Occidente.
- b) Averiguar la complicación más frecuente luego de un embarazo ectópico.
- c) Detectar el lugar anatómico en el que con más frecuencia se presenta el embarazo ectópico.
- d) Sugerir métodos de diagnóstico, para detectar el embarazo ectópico en el mencionado Hospital.

### II ESPECIFICOS:

- a) Comprobar si la incidencia de embarazo ectópico en el Hospital General de Occidente es relativamente baja, en relación al número de partos y abortos atendidos.
- b) Comprobar si el Diagnóstico de ingreso, es el mismo que se le da a la paciente a su egreso, luego de ser tratada en el Hospital.
- c) Demostrar que si el tratamiento se hace tempranamente, la paciente diagnosticada a tiempo, tiene buena evolución.
- d) Dar datos exactos de las complicaciones que se han tenido y la evolución de las mismas.
- e) Investigar el grado de Mortalidad Materna por embarazo ectópico en el mencionado Hospital.
- f) Averiguar la causa más frecuente de embarazo ectópico en

el Hospital General de Occidente.

- g) Investigar la forma en que influye la raza y el origen de las pacientes, que las predisponga a tener un embarazo ectópico.
- h) Averiguar la incidencia de recidivas en los años en estudio.

## MATERIAL Y METODOS

### I METODO CIENTIFICO DE LA INVESTIGACION

#### II MATERIAL:

##### a) HUMANO:

Asesor: Doctor Julio Fuentes. Revisor: Doctor Mario Huertas Recinos. EPS: Ana María del Carmen Alegría Paz. Jefe del Departamento de Registros Médicos del Hospital General de Occidente. Encargado del Archivo de Registros Médicos del mencionado Hospital.

##### b) NO HUMANO:

Departamento de Registros Médicos del Hospital General de Occidente.

## FICHA CLINICA

### I DATOS GENERALES:

Edad  
Raza  
Origen

### II IMPRESION CLINICA DE INGRESO:

### III ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

Gestas  
Partos  
Abortos  
Legrados

Control Prenatal:      SI      NO

- IV EXAMENES DE LABORATORIO: TAM  
Hemoglobina  
Hematocrito
- VI EXAMENES RADIOLOGICOS:  
SI NO
- VI TRATAMIENTO:  
Antibioticoterapia  
Quirúrgico
- VII COMPLICACIONES:
- VIII TIEMPO DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL
- IX DIAGNOSTICO DE EGRESO:
- X NUMERO DE EMBARAZOS ECTOPICOS POR AÑO:
- XI INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO EN RELACION  
AL NUMERO DE PARTOS Y ABORTOS:
- XII NUMERO DE EMBARAZOS ECTOPICOS RECIENTES.

PERSONAS O DEPARTAMENTOS QUE COLABORAN:

Hospital General de Occidente y su Departamento de Ginecología y Obstetricia.

Departamento de Registros Médicos del Hospital General de Occidente.

## PRESENTACION DE DATOS

### CUADRO NUMERO 1

PORCENTAJE DE EDAD EN QUE CON MAS FRECUENCIA SE ENCUENTRA EL EMBARAZO ECTOPICO

Edades	Pacientes	o/o
15 a 19 años	—	—
20 a 24 años	4	15.3
25 a 29 años	9	34
30 a 34 años	9	34
35 a 39 años	4	15.4
40 a 44 años	—	—
45 a más años	—	—
Totales	26	100

CUADRO NUMERO 2

RAZA EN LA QUE CON FRECUENCIA SE PRESENTA MAS EL EMBARAZO ECTOPICO

Raza	PACIENTES	o/o
Indígena	7	26
Ladina	1	74
Totales	26	100

CUADRO NUMERO 3

ORIGEN DE LAS PACIENTES EN LAS QUE CON MAS FRECUENCIA SE ENCONTRO EMBARAZO ECTOPICO

Lugar	Pacientes	o/o
Quetzaltenango	22	84
Otros Deptos.	4	16
Totales	26	100

CUADRO NUMERO 4

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE INGRESAN CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO Y CON OTROS DIAGNOSTICOS

Diagnóstico Ingreso	Pacientes	o/o
Embarazo Ectópico	16	62
Otro diagnóstico	10	38
Totales	26	100

CUADRO NUMERO 5

PORCENTAJE DE PACIENTES. NUMERO DE GESTAS

No. Embarazos	Pacientes	o/o
1 - 4	11	42
5 - 9	7	27
10 - +	—	—
No se encontraron datos	8	31
Totales	26	100

CUADRO NUMERO 6

PORCENTAJE DE PARTOS POR PACIENTE

No. Partos	No. Personas	o/o
1 - 4	14	54
5 - 9	1	4
10 - +	1	4
No clasificadas	10	38
Totales	26	100

CUADRO NUMERO 7

PORCENTAJE DE ABORTOS POR PACIENTE

No. Abortos	Pacientes	o/o
1 - 3	10	38
3 - más	1	44
No clasificados	15	58
Totales	26	100

CUADRO NUMERO 8

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE TUVIERON CONTROL PRENATAL

Control Prenatal	No. Pacientes	o/o
SI	0	-
NO	26	100
Totales	26	100

CUADRO NUMERO 9

PORCENTAJE DE LEGRADOS POR PACIENTE

No. de Legrados	Pacientes	o/o
1 - 3	8	31
4 - más	-	-
No se les efectuaron	18	69
Totales	26	100

CUADRO NUMERO 10

PORCENTAJE DE PACIENTES A QUIENES SE LES EFECTUO EXAMEN DE LABORATORIO PREOPERATORIO

Laboratorios	Pacientes	o/o
Hemoglobina		
Hematocrito		
Tuvieron	22	85
No se les efectuó	4	15
Totales	26	100

CUADRO NUMERO 11

PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS EFECTUADOS CON MAS FRECUENCIA A LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

Clase Tratamiento	Pacientes	o/o
Salpingectomía	17	65
Salpingooforectomía unilateral	6	23
Salpingectomía con histectomía	2	8
Rechazo tratamiento	1	4
Totales	26	100

CUADRO NUMERO 12

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO SOLO QUIRURGICO Y QUIRURGICO-ANTIBIOTICO

Tipo Tratamiento	Paciente	o/o
Quirúrgico	2	8
Quirúrgico más antibiótico-terápico	24	92
Totales	26	100

CUADRO NUMERO 13

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES PRE Y POST OPERATORIA

Tipo Complicación:	Paciente	o/o
Infeción urinaria pre operatoria	3	10
Infeción herida operatoria	0	—
Anemias	13	52
No tuvieron	10	38
Totales	26	100

CUADRO NUMERO 14

PORCENTAJE DE LOS TOTALES DE DIAS DE ESTANCIA DE LAS PACIENTES EN EL HOSPITAL

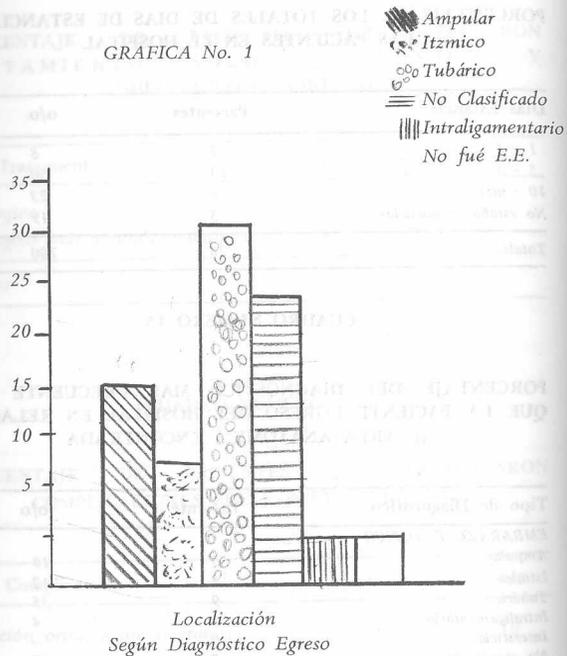
Días Estancia	Pacientes	o/o:
1 - 4	2	8
5 - 9	13	50
10 - más	6	23
No estaban reportadas	5	19
Totales	26	100

CUADRO NUMERO 15

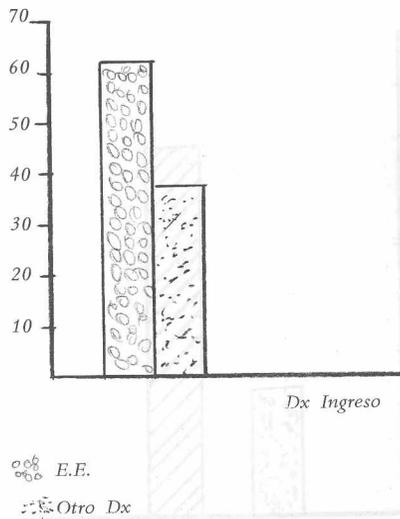
PORCENTAJE DEL DIAGNOSTICO MAS FRECUENTE CON QUE LA PACIENTE EGRESO DEL HOSPITAL EN RELACION AL AREA ANATOMICA ENCONTRADA

Tipo de Diagnóstico	Paciente	o/o
EMBARAZO ECTOPICO		
Ampular	5	19
Istmico	3	12
Tubárico	9	35
Intraligamentario	1	4
Intersticial	0	—
No clasificado	7	27
EMBARAZO ECTOPICO NO CLASIFICADO MAS FIBROMATOSIS	1	4
Totales	26	100

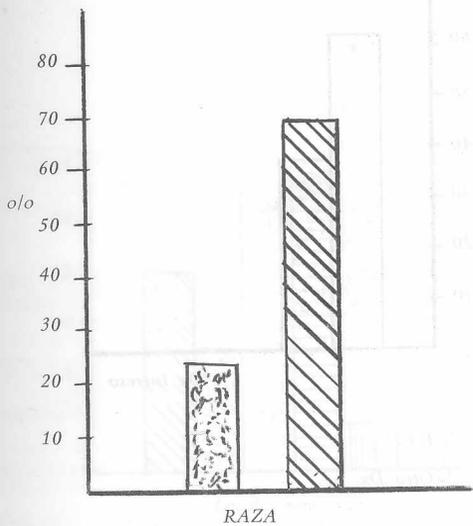
GRAFICA No. 1



GRAFICA No. 2



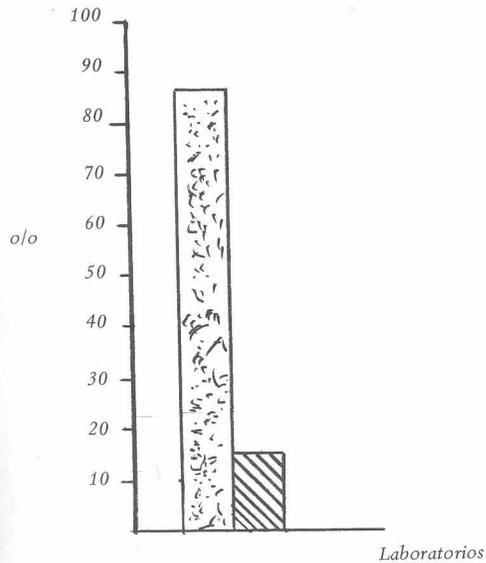
GRAFICA No. 3



 Raza Indígena

 Raza Ladina

GRAFICA No. 4



 Tuvieron Laboratorio

 No tuvieron laboratorio

## ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El cuadro número uno, nos demuestra que la edad en que con más frecuencia se encontró embarazo ectópico en el Hospital General de Occidente, fué entre 25 a 34 años, siendo las edades menos frecuentes de 15 a 19 y de 35 en adelante, lo que coincide en parte con la literatura extranjera, ya que tienen datos de que la edad más frecuente es de 30 años.

En el cuadro número dos se determina, que la raza más afectada por esta patología es la ladina en un 74o/o, acorde el dato al encontrado en la literatura extranjera.

En el cuadro número tres se demostró que un 84o/o de la población en estudio y que presentó embarazo ectópico era originaria de Quetzaltenango.

El cuadro número cuatro corresponde al porcentaje de diagnósticos de acuerdo con lo encontrado en la laparotomía exploradora que se les efectuó a las pacientes con embarazo ectópico comprobado y corresponde a un 62o/o de diagnóstico pre-operatorio certero.

En el cuadro número cinco, encontramos que un 42o/o de las pacientes que presentaron embarazo ectópico, habían tenido de 1 a 4 gestas; y un dato importante de un 31o/o correspondiente a 8 pacientes que no fueron clasificadas ya que no habían datos sobre las mismas.

El cuadro número seis nos demuestra que el 38o/o de las pacientes tuvieron de uno a cuatro partos, este dato no coincide con los datos encontrados en el cuadro anterior, ya que no se tomaron en cuenta el número de abortos.

El 1o/o de abortos por paciente del grupo en estudio es

alto, ya que corresponde a un 38o/o de pacientes que tuvieron de 1 a 3 abortos, además nos señala el cuadro número siete que a un 58o/o de las pacientes no se encontraron datos por lo que no fueron clasificadas.

El cuadro número ocho nos indica que de las 26 pacientes estudiadas el 100o/o no tuvieron control pre-natal, a pesar de ser éste de gran importancia.

El porcentaje de pacientes a quienes se les efectuó laboratorios antes de ser intervenidas quirúrgicamente corresponde a un 85o/o del grupo en estudio como lo demuestra el cuadro número diez.

En lo que corresponde al tratamiento recibido por las pacientes con embarazo ectópico en un 65o/o como lo demuestra el cuadro número once, se les efectuó salpingectomía, siguiendo en frecuencia la salpingooforectomía unilateral que corresponde a un 23o/o de los casos.

Según los datos encontrados en el presente estudio y representados en el cuadro número doce, el 92o/o de las pacientes recibieron tratamiento médico (antibioticoterápico) y quirúrgico. Lo que nos demuestra el abuso del uso indiscriminado del antibiótico profiláctico.

El presente estudio nos proporciona un porcentaje bastante alto de pacientes, correspondiente a un 52o/o que presentaron como consecuencia del embarazo ectópico una anemia y además un 38o/o de pacientes de las cuales no se obtuvieron datos por no estar escritos en la papelería.

Las pacientes en un 50o/o permanecían en el Hospital de 5 a 9 días.

El porcentaje más alto en diagnósticos encontrados en las

papeletas de las pacientes a su egreso del hospital, y luego de ser intervenidas quirúrgicamente con diagnóstico de embarazo ectópico fué como lo reporta el cuadro número quince en que el 35o/o de las mismas presentaba el embarazo en la porción tubárica, con un 19o/o de su variedad ampollar.

## INTERPRETACION DE GRAFICAS

La gráfica número uno, es representativa de la localización anatómica en que con más frecuencia se encontró el embarazo ectópico en el acto quirúrgico, siendo el tubárico en un 35o/o y su variedad ampollar siguiendo en frecuencia en un 19o/o.

La gráfica número dos, nos reporta un 38o/o de error diagnóstico de los veintiseis casos encontrados; de los cuales un 62o/o fueron certeramente diagnosticados.

La gráfica número tres indica que el 74o/o de las pacientes en estudio eran de raza ladina y un 26o/o raza indígena.

La gráfica número cuatro es representativa del porcentaje de pacientes a quienes se les efectuaron exámenes de laboratorio, hemoglobina y hematocrito y que corresponde a un 85o/o; siendo un 15o/o de las pacientes encontradas a las que no se les hizo ningún examen.

## CONCLUSIONES

1. Del presente estudio se concluye que la incidencia de embarazo ectópico en el Hospital General de Occidente de 0.110/o, en relación al total de partos atendidos.
2. Que la complicación más frecuente del problema en estudio es la anemia secundaria a la hemorragia que las pacientes presentan.
3. Que la región anatómicamente más frecuente de localización del embarazo ectópico es el tubario, con su variedad ampular, lo que coincide con toda la bibliografía revisada.
4. Que la incidencia de embarazo ectópico en el mencionado Hospital, es relativamente baja en relación al número de partos atendidos como se representa en el cuadro número uno.
5. El 62o/o de las pacientes, de los 26 casos encontrados, ingresaron al departamento de ginecología con diagnóstico de embarazo ectópico sin especificación de si estaba roto o no; el 38o/o restantes ingresaron con otros diagnósticos como: apendicitis, infección pélvica, abdomen agudo y amenaza de aborto.
6. La mortalidad por embarazo ectópico en el presente estudio fué de 0o/o lo que significa que las pacientes han sido tratadas a tiempo.
7. No se pudo determinar la causa más frecuente que predispone a embarazo ectópico, ya que no se encontraba en la papelería de las pacientes una buena historia de sus antecedentes.

8. El diagnóstico de ingreso de embarazo ectópico, corresponde en la mayoría de los casos al diagnóstico de egreso con que salieron las pacientes del Hospital, luego del tratamiento quirúrgico.
9. No se pudo investigar de qué manera influye la raza y el origen de las pacientes, que las predispone a tener embarazo ectópico; ya que la papelería revisada tenía muy pocos datos.
10. Que sólo dos de los 26 casos estudiados presentaron recidiva del embarazo ectópico al año siguiente, lo que corresponde a un 8o/o.
11. que el total de pacientes a quienes se les efectuó sólo salpingectomía, corresponde a un 65o/o; tratamiento que no está de acuerdo con la literatura revisada, ya que ellos efectúan salpingooforectomía, pensando en el daño que podría haber sufrido el ovario.
12. Que al 92o/o de las 26 pacientes afectadas, se les dió tratamiento con antibióticos tanto antes como después de la intervención quirúrgica, no encontrándose por falta de datos en la papelería, la indicación de los mismos.
13. Que el número de abortos tan elevado que las pacientes en estudio presentaron y que corresponde a un 42o/o, podría ser causa para que exista un embarazo ectópico.
14. Que la edad más frecuente en que se encontró el embarazo ectópico, de las pacientes en estudio, oscila entre los 25 a 34 años; siendo más baja la incidencia en pacientes de 20 a 24 años y de 35 a 39 años, no encontrándose afectada parte del período de juventud que corresponde de los 15 a los 19 años.
15. La incidencia de embarazo ectópico en pacientes de raza ladina encontrada y que es de un 74o/o coincide con la literatura revisada, en la que la mayoría de casos se han encontrado en gente de este tipo.
16. De los 26 casos encontrados, un 84o/o eran de municipios de Quetzaltenango y de la cabecera departamental, encontrándose baja incidencia en otros departamentos; lo que podría deducirse del rechazo que sufre la paciente al querer ingresar al Hospital por no pertenecer a la región.
17. Un 100o/o de los 26 casos, no tuvieron control pre-natal, lo que puede afectar grandemente a las pacientes ya que corren el riesgo de no ser diagnosticadas y tratadas a tiempo.
18. Que el alto porcentaje de pacientes a quienes se les efectuó legrado uterino pudo predisponerlas a tener embarazo ectópico.

## RECOMENDACIONES

1. Lo principal para obtener un buen estudio y efectuar un trabajo completo, es obtener buenos datos al respecto, por lo que se recomienda que al ingresar a una paciente al Hospital y para obtener un diagnóstico más certero se le anote una buena historia clínica, no sólo dentro del Hospital, sino también se haga con cualquier caso a tratar.
2. Fomentar el control pre-natal, ya que es de vital importancia tanto en la patología en estudio como en otro tipo de afecciones, ya que el Diagnóstico temprano puede salvar la vida de la paciente.
3. Antes de que la paciente sea intervenida quirúrgicamente, deberá llevar por lo menos un control de Hematología.
4. Que al llenar la papelería de las pacientes luego del tratamiento, se anote debidamente que fué lo que se le hizo, ya que en muchas papeletas no se encontró siquiera record operatorio.
5. Que si la paciente recibe antibióticos, éstos sean con la debida indicación para usarlos, ya que el tratamiento del embarazo ectópico es quirúrgico, a menos que se encuentren síntomas o signos de infección.
6. Siempre que se presente una paciente con historia de hemorragia vaginal, deberá pensarse en embarazo ectópico, hasta que no se demuestre lo contrario.
7. Recomendación muy importante para estudios futuros, es que al encontrar un embarazo ectópico tubario en el acto quirúrgico, se especifique en que porción de la trompa estaba localizado.

8. Cuando exista duda de la región en que estaba localizada el embrión ectópico, se envíe la muestra a Patología para que sea clasificado.
9. Que se evite hasta donde sea posible, el uso de antibióticos profiláctico, ya que según el presente estudio hay un abuso de los mismos.

## BIBLIOGRAFIA

1. WILLIAMS OBSTETRICIA, EMBARAZO ECTOPICO, Louis M Hellman, Jack A Pritchard, Salvat Editores, S. A. Páginas 466 a 481.
2. OBSTETRICIA, RICARDO SCHWARCZ SILVESTRE SALA, CARLOS DUVERGES, Tercera Edición (Cuarta reimpresión). Librería El Ateneo, Página 512.
3. GINECOLOGIA, BEACHAM WINSTON DANIEL BEACHAM WOODARD DAVIS, Librería El Ateneo, Páginas 276, 277.
4. TRATADO DE GINECOLOGIA. Dr. Edmundo R. Novak, Dra. Georgana Seecar, Dr. Howard W. Jones, Traducido al Español por la Dra. Leonora Teran, Novena Edición, Interamericana, Página 552.
5. ESPINOZA LOPEZ ALEJO, EMBARAZO ECTOPICO, Revista de Federación Centro Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Julio, Agosto, Septiembre 64, Volumen 4, No. 3, Unión Tipográfica, Guatemala, C. A. Página 13..

  
Br. Ana María de. Carmen Ale ría Paz

  
Asesor Dr. Julio Fuentes L.

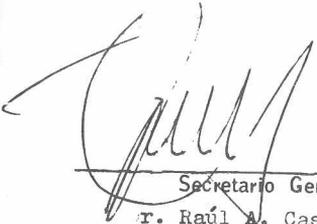
JUL

VERIDA

NO  
2568

  
Revisor  
r. Mario Huertas Recinos

  
Director de Fase III  
r. Julio de León

  
Secretario General  
r. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.

  
Decano

r. Roberto Castillo Ontalvo.