

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**“PRINCIPALES TUMORES DE LA TROMPA UTERINA”
REVISION DE OCHO AÑOS (1973-1980) EN
EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
EN EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA**

ERICK LEONEL HERNANDEZ LABBE

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
 - a) GENERALES
 - b) ESPECIFICOS
- III. ANTECEDENTES
- IV. GENERALIDADES
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. PRESENTACION DE CASOS Y ANALISIS
DE ESTUDIO EFECTUADO.
- VII. PRESENTACION DE CASOS:
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo constituye una revisión retrospectiva de casos de pacientes con diagnóstico de los principales tipos de Trompas Uterinas, tratados en el Departamento de Ginecología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el lapso de tiempo de ocho años (1973-1980).

Con el fin de presentar datos estadísticos propios y observar las múltiples relaciones que esta importante entidad patológica, presenta con nuestro medio ambiente, desde su origen hasta su desenlace final.

Tratando de cumplir con lo anteriormente expuesto, se analizarán los parámetros siguientes:

- a) Edad
- b) Sexo
- c) Grupo Etnico
- d) Procedencia
- e) Tiempo de Evolución
- f) Síntomas que motivaron la consulta
- g) Diagnóstico Pre-operatorio
- h) Diagnóstico post-operatorio
- i) Metodología Diagnóstica
- j) Tratamiento
- k) Complicaciones
- l) Tiempo de Evolución
- m) Estado de Salud de Egreso.

Con lo cual nos daremos una idea general de la evolución que estos pacientes siguen, antes y durante su estancia en el medio hospitalario, y poder con ésto hacer comparaciones con otros casos similares; que nos permitan obtener datos aproximados de los factores, que en una u otra forma limitan la obtención del diagnóstico exacto y la aplicación de una terapéutica satisfactoria.

OBJETIVOS

GENERALES:

- 1) Aportar un estudio sobre este padecimiento que podría ser desapercibido, por falta de la información adecuada acerca del diagnóstico y tratamiento de esta entidad.
- 2) Dar a conocer la existencia de medios diagnósticos, a alcance del médico para llegar al diagnóstico acertado.

ESPECIFICOS:

- 1) Dar a conocer esta enfermedad, así como los primeros casos diagnosticados, comprobados y tratados en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- 2) Conocer la Morbi-Mortalidad de las pacientes con tumores de Trompas Uterinas en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- 3) Tener conocimientos de los métodos diagnósticos más frecuentemente usados.
- 4) Conocer las medidas terapéuticas más frecuentemente usadas.
- 5) Conocer las complicaciones más frecuentes en la terapia de pacientes con tumores de trompas uterinas.
- 6) Revisar literatura Médica para conocer los métodos y medios diagnósticos empleados actualmente.
- 7) Conocer el pronóstico de vida que se establece al descubrir tumores de trompas uterinas.

ANTECEDENTES

Se pudo comprobar que no existe trabajo que trate este tema en cuestión, específicamente en Guatemala. La literatura menciona casos en otros países del Mundo. Se cita a ABRAMSON, KAZAL Y HOBBS, quienes han informado 31 casos de Sarcoma de Trompas Uterinas en el mundo. En una revisión reciente Green y KORNMESSER registran 31 casos de quistes dermoides de la trompa. DEDE y JANOVSKI registran 13 casos de lipoma de la trompa, y hacen comentarios acerca del origen de esta neoplasia tubparica extraordinariamente rara. HORN y LEWIS encontraron once Tumores Adenomatoides de la Trompa. GOLDEN y ASHCROFT cubrieron 31 tumor adenomatoide de las trompas uterinas.

GENERALIDADES

OVIDUCTOS, TROMPAS UTERINAS O TROMPAS DE FALOPIO:

Son órganos pares, uno de cada lado, que se extiende del ovario al útero en un pliegue de peritoneo, en el borde superior libre del ligamento ancho. Los tubos tienen de 12 a 15 centímetros de longitud por 1 centímetro de ancho. El extremo de la trompa en relación con el ovario se abre en la cavidad peritoneal, el otro extremo desemboca en la cavidad uterina.

A cada trompa se le reconocen cuatro regiones:

- a) El infundíbulo o pabellón, es la más próxima al ovario, tiene la forma de embudo que se abre en la cavidad peritoneal y su luz se halla ocupada por innumerables vellosidades de la mucosa que le otorgan un aspecto particular. Algunas de estas vellosidades se prolongan hasta el hilio ovárico. Esta parte está provista de una serie de franjas o fimbrias que le dan un aspecto de margarita y son las que atraen al óvulo.
 - b) La ampolla es la parte más larga de la trompa, de paredes delgadas, diámetro comparable al de un lápiz.
 - c) El istmo porción corta y estrecha situada junto al útero.
 - d) La porción mural o intersticial, que es la que se incluye en el espesor de la pared Uterina. A este nivel la mucosa de la trompa se continua directamente con el endometrio. Ambas mucosas tubaria y uterina tienen el mismo origen embrionario ya que se originan del conducto de Muller. Pared de la Trompa se engruesa progresivamente en dirección del útero, en tanto que la luz disminuye en su trayecto.
- La trompa es un conducto musculoso, encargado de recibir el óvulo proveniente de la postura ovárica; y una vez fecundado transportarlo hasta la cavidad uterina. La fecundación tiene lugar en el tercio externo y una vez efectuada tiene que proporcionar un ambiente adecuado y la nutrición para las primeras etapas del desarrollo embrionario.

Histológicamente se le reconocen a la trompa tres capas:

A) MUCOSA; B) MUSCULAR y C) SEROSA.

a) MUCOSA:

Es muy plegada en las regiones infundibular y ampular, donde los pliegues muy numerosos se ramifican en pliegues secundarios y terciarios y se unen entre sí, para dividir la luz, en un verdadero laberinto. Estos pliegues no son estructuras permanentes, sino que cambian con la actividad funcional. En el istmo los pliegues pocas veces se dividen y en la porción intramural de la trompa, los pliegues son muy pequeños. La observación histológica revela que muchos de estos pliegues no parecen tener conexión con la mucosa. En la porción intersticial o intramural los pliegues están reducidos a crestas que no so se ramifican.

La Mucosa comprende: 1) EPITELIO; 2) LAMINA PROPIA O CO-RION.

1) EPITELIO:

Se halla formado por una hilera única de células cilíndricas de 15 a 20 micras de alto; a veces es de tipo pseudoestratificado.

Se reconocen en el epitelio dos tipos celulares:

- a) Ciliadas, con abundantes cilios, cuyos movimientos desplazan la corriente hacia el útero.
- b) No ciliadas son estrechas, secretorias y en forma de "clavija".

Las células ciliadas aparecen en pequeños grupos, alternando con grupos de células no ciliadas.

El epitelio en la fase estrogénica tiene más o menos la misma altura; pero en la fase progesterónica crecen las células secretoras y el epitelio tiene aspecto dentado.

Por el tiempo de la ovulación ambos tipos de células tienen unas 30 micras de altura. Con seguridad un tipo de células se transforma en el otro, probablemente en relación con las necesidades funcionales.

La proporción de células con cilios es mayor en el infundíbulo y menor en el istmo. Durante el embarazo el epitelio es bajo y aumenta el número de células "en clavija" o secretorias o no ciliadas.

La secreción de las células es glucógeno, para nutrir al óvulo, al espermatozoide o al huevo.

2) LAMINA PROPIA:

Es de tejido conectivo corriente con células conectivas y fibras reticulares y colágenas. Hay también células de musculatura lisa diseminadas. La celularidad es intensa. La lámina propia forma repliegues muy altos, que tiene cierta semejanza con las vellosidades intestinales. La luz de la trompa aparece llena de estas vellosidades que le dan un aspecto de un laberinto; la luz está casi cerrada, es muy anfractuosa, por eso se le llama el laberinto. Estas células abundantes de la lámina propia, tienen potencialidades parecidas a las del estroma del endometrio, ya que reaccionan en forma análoga.

No hay membrana basal precisa. En el borde del infundíbulo el revestimiento mucoso de la trompa se continua con el mesotelio de la serosa.

b) MUSCULAR:

Esta formada por dos capas:

- 1) Interna circular ancha y,
- 2) Externa longitudinal, delgada. Esta capa externa no es continua sino que consiste en haces diseminados de fibras longitudinales.

La capa interna es más gruesa en la porción intramural, menos en el pabellón.

Ambas son de músculo liso y no hay límite preciso entre las dos capas.

c) SEROSA:

La trompa uterina está cubierta por un pliegue de peritoneo reflejado, que incluye tejido conectivo laxo, fibras de reticulina con un mesotelio. Rodea a la trompa por todos lados, con excepción del mesosalpinx que conduce los vasos y nervios del órgano.

TUMORES DE LA TROMPA DE FALOPIO:

Los tumores primarios del tubo uterino, tanto benignos como malignos son raros; esto es particularmente verdadero en el caso del Tumor primario, "carcinoma", que se origina del revestimiento mucoso de las trompas, por lo regular cerca del extremo distal; se desarrolla en forma de adenocarcinomas, se propaga por continuidad a tejidos vecinos y, dan metástasis en etapa avanzada involucrando el peritoneo, el intestino grueso, el mesenterio, huesos, pulmones, ovarios, hígado, periaortico linfa nudos, y lumbosacral linfa nudos.

La frecuencia en series de hospitales es de aproximadamente 0.1 a 1.0 por 100, de todos los procesos malignos de g^{en}itales.

La enfermedad se presenta por lo general en la fase media de la vida, pero también puede presentarse en mujeres ancianas; Horn y Lewis refieren que se puede encontrar a cualquier edad, pero usualmente el promedio es de 25 a 86 años, ocurriendo la mayoría entre 30 y 50 años (1). No fácilmente los hallamos asociados a otras afecciones de los anexos, como salpingitis crónica o quistes ováricos. A veces se cree que la inflamación crónica de la trompa constituye un importante factor predisponente pero sobre este punto no hay seguridad.

La Anatomía Patológica de los tumores primarios de la trompa de falopio es muy característica. La trompa se encuentra aumentada de tamaño y puede llegar a aparecer un Piosalpinx enorme; Horn y Lewis encontraron tumores de tamaño variable desde el tamaño microscópico hasta 6 a 8 centímetros de diámetro (1). En la trompa de falopio la mayoría de ellos son pequeños, menores de tres centímetros de diámetro, usualmente estos ocurren inmediatamente debajo de la serosa (1).

Estos se hallan por lo regular completamente libres de adherencias a los órganos vecinos y, a diferencia de lo que ocurre en la enfermedad inflamatoria pelviana, la trompa contralateral suele estar normal; otros no tienen predilección por alguno de los lados o la porción de la trompa.

Las secuelas tempranas son la extensión saliente por el extremo fimbriado de la trompa, como la participación linfática.

Microscópicamente la imágen típica corresponde a una formación papilar que se insinúa concéntricamente en la luz del órgano, la cual, en los casos avanzados, queda ocluída por el crecimiento, que presenta muy poca o ninguna tendencia a invadir la serosa a través de la túnica muscular.

Una variedad menos común del tipo papilar es el alveolar, en la cual la fusión de los pliegues papilares similan una estructura glandular y se alojan en tendones y túbulos.

SINTOMATOLOGIA:

A su inicio los tumores generalmente no producen síntomas clínicos, ni característicos, y son relativamente silenciosos hasta que alcanzan un tamaño considerable que es cuando la paciente consulta. Entre los síntomas tenemos la hemorragia postmenopáusica y el flujo anormal, que puede ser acuoso o teñido de sangre; a veces hay una pérdida vaginal serosanguinolenta profusa pero esporádica.

Un diagnóstico preoperatorio es difícilmente posible, ya que cualquier masa anexial palpable se interpretará más apropiadamente como tumor ovárico ya que es el más común; y generalmente el diagnóstico se realizará en base a descubrimientos o resultados microscópicos. Si se presta atención al síntoma de Hemohydrops tubal profluens, es posible establecer en algunas ocasiones el diagnóstico preoperatorio.

OTROS TUMORES:

Los otros tumores de la trompa son raros, algunos en grado extremo. Se han señalado adenomiomas, Tumores mesodérmicos mixtos malignos, corioepiteliomas primarios consecutivos a embarazo tubárico, sarcomas, fibromas, fibromionas y quistes dermoídes. Con excepción del primero que no es muy frecuente, todos los demás son extraordinariamente raros. Puede

observarse cualquier tipo de tumor metastático o secundario.

Diversos tumores adenomatoides, probablemente de tipo mesotelial o nacidos de los restos del rete testis, los han descrito bajo una variedad de términos: adenocarcinoma, adenofibromioma, adenoma, angiomioma, fibromioadenoma, mioma linfangiectático, linfagioma, mesotelioma, reticuloendotelioma linfático y tumor angiomatoide.

Ragins y Crane encontraron una incidencia de estos en el Cook County hospital de 0.04% (1). Aunque éstos son usualmente considerados como benignos, la duda en cuanto a que sean malignos ha surgido en algunos casos y no cuenta con información a través del tiempo sobre la supervivencia de las pacientes.

TRATAMIENTO:

El tratamiento en la actualidad consiste en Cirugía (Histerectomía Total y Extirpación bilateral de los anexos).

Frecuentemente se emplea la radioterapia postoperatoria pero su valor resulta dudoso.

Ultimamente el campo de la Inmunología ha tomado auge para el tratamiento, aunque se encuentra en fase experimental.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

- Se observa la incidencia de pacientes con Tumores de Trompas de Falopio en ocho años de estudio en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Papelería:
 - Fichas clínicas del Departamento de Patología y Ginecología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
 - Material de Escritorio.
 - Archivo del Departamento de Patología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
 - Revisión Bibliográfica.

METODO:

- Carta de solicitud al Departamento de Patología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Revisión de Fichas clínicas.
- Revisión de Laminillas del Departamento de Patología.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal del servicio de Patología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Personal de Archivo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Personal de Biblioteca del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

RECURSOS NO HUMANOS:

- Fichas clínicas
- Laminillas de Patología
- Material de escritorio
- Material bibliográfico

PRESENTACION DE RESULTADOS Y ANALISIS DEL ESTUDIO EFECTUADO

Se revisaron 1,500 papeletas de pacientes que se les efectuó Histerectomía. (Pieza de anatomía Patológica que presentase Trompas por cualquier causa).

Se encontraron tres pacientes con tumores tabáricos a las cuales se les revisó sus fichas clínicas. La revisión comprendió un período de ocho años (1973-1980).

CUADRO No. 1

Porcentaje de pacientes con tumores de trompas uterinas en ochos años que contempla el estudio.

Total de Pacientes Revisados	Total de casos con tumores <u>tu</u> báricos	%
1,500	3	0.2

Se tomará 0.2% como el 100%

Fuente: Archivo del Departamento de Patología.

CUADRO No. 2

Número de Casos según edad y Porcentaje.

EDAD	CASOS	%
0-30 años	0 casos	---
31-40 años	3 casos	100

La edad más afectada por tumores de trompas uterinas, estuvo comprendida entre los pacientes cuyas edades están entre los 31-40 años correspondiéndole el 100%

Cont. Cuadro No. 2...

Esto demuestra que el tipo de pacientes más afectadas por dichos tumores, es el de los pacientes comprendidos en la tercera década.

CUADRO No. 3

Número de Casos según estado civil y porcentaje.

ESTADO CIVIL	CASOS	%
Casada	1 caso	33.3
Soltera	-----	-----
Unida	2 casos	66.6
TOTAL	3 casos	100.00

El Estado civil que más se presentó en las pacientes afectadas es el de unidas. Y se pudo observar que el 100% de pacientes tuvo relaciones sexuales.

CUADRO No. 4

Número de casos, según impresión clínica y porcentaje.

IMPRESION CLINICA PRE-OPERATORIA	CASOS	%
Displasia ligera, Cervical Masa anexial derecha	1	33.3
Pre-Eclampsia Obito fetal, Diabetes	1	33.3
Embarazo Ectópico Roto	1	33.3
TOTAL	3	100.00

Aquí se observa que la impresión clínica pre-operatoria fue la misma que la impresión clínica a su ingreso, cada uno correspondiéndole 33,3%.

CUADRO No. 5.

Número de casos según motivo de consulta y porcentaje.

MOTIVO DE CONSULTA	CASOS	%
Dolor en F.I.D., sin irradiación	1	33.3
Embarazo a término y falta de movimientos	1	33.3
Referida por APROFAM	1	33.3
TOTAL	3	100.00

El motivo de consulta fue diferente para cada caso, se observa que un caso fue referido de otro centro asistencial, con Impresión Clínica de Embarazo Ectópico Roto. Lo que confirma que el motivo de consulta no fue directamente el problema en estudio.

CUADRO No. 6

Número de casos, según Impresión Clínica de Ingreso y porcentaje.

IMPRESION CLINICA	CASOS	%
Masa anexial derecha	1	33.3
Obito fetal	1	33.3
Emb. Ectópico Roto	1	33.3
TOTAL	3	100.00

A su ingreso cada paciente tuvo impresión clínica diferente y a cada uno le corresponde un 33.3%. No coincidiendo ninguna con el problema en estudio.

CUADRO No. 7

Número de casos según operación efectuada y porcentaje.

OPERACION EFECTUADA	CASOS	%
Histerectomía abdominal total.	1	33.3
Histerotomía y Pomeroy	1	33.3
Laparotomía, Salpingotomía y Pomeroy Izq.	1	33.3
TOTAL	3	100.00

A cada paciente se le efectuó diferente intervención Quirúrgica, coincidiendo dos pacientes con pomeroy efectuado.

CUADRO No. 8

Número de casos, según diagnóstico de egreso.

DIAGNOSTICO DE EGRESO	CASOS
Cistadenofibroma	1
Tumor adenomatoide	1
Hiperplasia adenomatosa	1

Aunque la hiperplasia adenomatoide no está dada como tumor, se presenta por ser caso excepcional.

CUADRO No. 9

Número de casos según días de hospitalización y porcentaje

DIAS DE HOSPITALIZACION	CASOS	%
38 días	1	33.3
8 días	2	66.6
TOTAL	3	100.00

La paciente con más días de hospitalización fue de 38 días y las dos restantes de ocho días. El promedio de días de hospitalización fue de 14 por paciente.

AL MOMENTO DE HABERSE DADO POR FINALIZADO LA ELABORACION DE ESTE ESTUDIO LAS PACIENTES AUN CONTINUAN CON VIDA Y SEGUIDAS POR CONSULTA EXTERNA.

PRESENTACION DE CASOS ENCONTRADOS

1 Caso

Paciente de 39 años de edad, sexo femenino, unida, obrera, residente en esta capital. Consultó por dolor leve en flanco iliaco derecho de cinco días de evolución.

HISTORIA

Paciente que refiere molestias en hipogastrio del mismo tiempo de evolución, las cuales no ceden con dieta. Anteriormente en consulta externa se le efectuó un examen citológico, el cual reportó displasia ligera, por lo que la refirieron al departamento de Oncología donde se encuentra en tratamiento.

EXAMEN FISICO: (se reportará solo lo patológico)

Pulmones se ausculta estertores finos y pequeños murmullo en ambos campos pulmonares.

Abdomen leve dolor en hipogastrio. Se palpa masa no dolorosa en anexo derecho de más o menos diez centímetros de diámetro (no se encontró examen ginecológico en papaleta).

ANTECEDENTES:

Médicos: Tuberculosis pulmonar activa, comprobada clínica, radiológica y bacteriológicamente de diez meses de evolución.

Ginecológicos: G:0 PÑO Ab:0

TRATAMIENTO:

Quirúrgico: Histerectomía abdominal compelta, más salpingotomía bilateral.

DATOS MACROSCOPICOS:

Trompa de falopio mide 6-x 1 cms. ambas se encuentra dilatadas al corte de la trompa derecha muestra nódulo de tejido de color pardo.

El reporte Histopatológico reportó: "HIPERPLASIA ADENOMATOIDE."

2 Caso

Paciente de 37 años de edad, sexo femenino, casada, maestra, residente en esta capital, consultó por embarazo a término y falta de movimientos de tres días de evolución.

HISTORIA:

Paciente se encuentra en su 42 semana de embarazo, con rompimiento de membranas espontánea de seis a siete horas de evolución, sin movimientos hace una semana y actualmente con contracciones esporádicas.

EXAMEN FISICO:

Al auscultarle feto con DOPPLER negativo. Contracciones muy esporádicas, se decide intervención quirúrgica por rompimiento de membranas.

ANTECEDENTES:

Médicos: Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial en tratamiento.

Ginecológicos: G;6 P: 4 Ab: 1

TRATAMIENTO:

Histerotomía más pomey. Se encuentran oviductos con nódulos, por lo que se manda a patología.

DATOS MACROSCOPICOS:

Se reciben dos fragmentos de tejido referidas como trompas uterinas. Una de ellas mide 2 x 1 cms., presenta al corte un nódulo blanquesino de consistencia firme y mide 0.6 cms.

El reporte Histopatológico reportó: "TUMOR ADENOMATOIDE".

3 Caso

Paciente de 33 años de edad, sexo femenino, unida, obrera, residiendo en esta capital, quien ingresó a este centro referida por APROFAM.

HISTORIA:

Paciente fue referida por centro quirúrgico de APROFAM. Fue sometida a operación esterilizante encontrándole embarazo ectópico derecho roto, por lo que fue referida antes de operación. A su ingreso no refiere ninguna sintomatología.

ANTECEDENTES:

Ginecológicos: G: 3 P: 2 Ab: 1.

TRATAMIENTO:

Laparotomía, Salpingotomía derecha y pomey Izquierdo.

DATOS MACROSCOPICOS:

El espécimen consiste en una trompa de falopio que mide 4.5 cms. de longitud por 0.3 cms. de diámetro presentado en el área de la fimbria una dilatación quística, la cual hace cuerpo con la trompa de falopio. La superficie es lisa de coloración pardo-grisasea, midiendo 8.7 cms., al corte se observa la salida de material gelatinosos de color ambar, líquido del mismo color, En la superficie uterina presenta pequeñas vegetaciones de color blanquesino, arracimada que mide la mayor de ellas 0.1 cms. de diámetro, se someten varios fragmentos para su estudio histológico.

El reporte Histopatológico reportó: "CISTADENOFIBROMA TROMPA DERECHA".

CONCLUSIONES

1. Observamos que el índice de enfermedad en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social es igual o parecida a la reportada en la literatura mundial.
2. La edad más afectada por Tumores de Trompas Uterinas fue en la tercera década de la vida, la cual corresponde a la reportada en la literatura mundial.
3. No existe signos clínicos característicos para dichas lesiones por lo que tiende a ser difícil su diagnóstico.
4. Ninguna impresión clínica pre-operatoria correspondió a la impresión clínica de ingreso y post-operatoria.
5. El tratamiento efectuado consistió en un cien por ciento en cirugía.
6. Ninguna paciente presentó complicaciones post-operatoria.
7. Todos los diagnósticos de Tumores de Trompas Uterinas fueron dados exclusivamente por anatomía patológica.
8. En dos de los tres casos las pacientes se encontraban embarazadas, perdiendo ambas su embarazo (ectópico, obito fetal).
9. La sobre vida actual de las pacientes es: la máxima de cuatro años y la mínima de un año.

RECOMENDACIONES

1. Tener presente los Tumores de Trompas Uterinas para el diagnóstico ginecológico.
2. Incitar a que se realicen estudios de esta índole, en vista que no se encuentra literatura o reportes guatemaltecos.
3. Que tanto para el procedimiento diagnóstico y seguimientos del cáncer aparato genital femenino, como de cualquier otra área anatómica, es necesario enforcarlo desde el punto de vista de trabajo de equipo.
4. Interesarse en la implementación de las bibliotecas en Guatemala, por que se pudo observar que sólo el 10% del INDEX MEDICO se encuentra en guatemala.

BIBLIOGRAFIA

1. ARTHUR T. HERTIG MD. Tumors of the Female Sex Organs. Tumor of the ovarian and fallopian tube. Parte 3 Fuerzas Armadas 1961. Pág. 164.
2. BLAIKLEY JB. Sarcoma of the fallopian tub. J. Obstet Gynec. 80:759 Aug. 73.
3. CRISMANN JD. Leiomyoma of the uterine tube. Report of a case. et, al J. Obstet. Gynec. 126 (8):1046 Dec. 76.
4. CRISTOPER DAVIS. Tratado de Patología Quirúrgica. Interamericana. Pág. 1407. Décima Edición. 1976.
5. Figueroa. Manual de Histología. Pág. 406 Tercera Edición 1973.
6. MOORE OA. Leiomyoma of the fallopian tube: a case of tubal pregnancy. J. Obstet. Gynec. 134(1):101 May 79.
7. NOVAK JONES JONES. Tratado de Ginecología. Interamericana Pág. 423, Novena Edición. 1977.
8. ROBBINS, STANLEY. Patología Estructural y Funcional. Interamericana. Pág. 1192. Primera Edición 1975.
9. SAFFOS RO. Metaplastic Papillary tumor of the fallopian tube a distinctive lesion of pregnancy. A.M. J. Clin. Pathol: 74(2):232 Aug. 1980.
10. SCHAWRCZ. Obstetricia. El Ateneo Pág. 92-516 Tercera Edición, 1970.
11. SWEET RL. Malignat teratoma of the uterine tube. et, al Obstet. Gynec. 45(5):553, May, 75.

12. SEIDER HM. THOMPSON J.R. Fibroma of the fallopian tube Amer J. Obstet. Gynec. 79:32 Jan. 60.
13. TEEL P. Adenomatoid tumors of the genital tract. Amer. J. Obstet. Gynec. 75:1347, 1958.
14. WU JP. Malignat Mixed Mullirerian tumor of the uterine tube. et, al Obstet. Gynec. 41:709, May 73.
15. WILLIAMS AND WILKINS. Adenomatoid tumors of the uterus and fallopian tube. Amer J. Clinical Pathology 48(6): 537 Ja. 67.

Br. Erick Hernández
Erick Leonel Hernández Labbé.

Asesor.
Angel Antonio Tobar Ilias.

Dr. Gustavo Adolfo Ciraiz
Revisor.
Dr. Gustavo Adolfo Ciraiz I

Director de Fase III
Carlos Waldheim C.

Dr. Raúl Castillo Rodas
Secretario
Dr. Raúl Castillo Rodas.

Dr. Rolando Castillo Montalvo
Decano.
Dr. Rolando Castillo Montalvo.