

11217
107

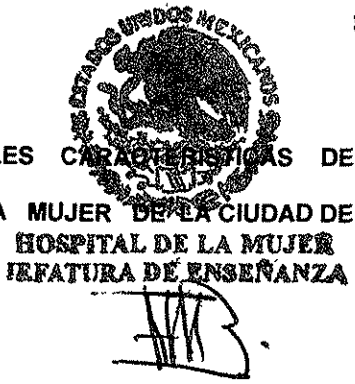
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE LA MUJER

**EMBARAZO ABDOMINAL. PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE
PRESENTACION EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA CIUDAD DE
MEXICO.**



T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOBSTETRICIA
PRESENTA:**

DR. ENRIQUE ALEJANDRO GORDILLO GOMEZ

ASESOR: DR. JUAN LUIS GARCIA BENAVIDES

MEXICO D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



DR. FERNANDO SEDEÑO CRUZ
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA

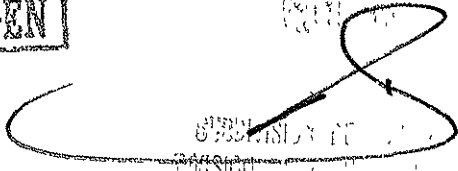


DR. LUIS ENRIQUE BATRES MACIEL
JEFE DE LA DIVISION DE INVESTIGACION



DR. JUAN LUIS GARCIA BENAVIDES
ASESOR DE TESIS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



SECRETARIA DE EDUCACION
DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION Y DESARROLLO TECNICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

*Gracias a mis maestros
que me guiaron en la teoría
y en la práctica quirúrgica.*

INDICE

1	ANTECEDENTES	1-13
	• HISTORIA	1
	• DEFINICION	2
	• CLASIFICACION	3
	• EPIDEMIOLOGIA	3
	• INCIDENCIA	5
	• ETIOLOGIA Y FACTORES PREDISPONENTES	6
	• CUADRO CLINICO	7
	• COMPLICACIONES	9
	• DIAGNOSTICO	10
	• TRATAMIENTO	11
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3.	JUSTIFICACION	14
4	OBJETIVOS	15
5	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	16
6.	VARIABLES	17
7	MATERIAL Y METODOS	19
8	RESULTADOS	20
9.	DISCUSION	30
10	CONCLUSIONES	33
11.	BIBLIOGRAFIA	35
12	ANEXOS	38

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANTECEDENTES

HISTORIA

En cuanto a los aspectos históricos más importantes podemos hacer mención a las siguientes citas:

Hace más de 1000 Años, Albucasis hace mención a un probable embarazo abdominal.

En el siglo XVI, Félix Plater en Suiza y Jacob Noireus, el primero en 1584 y el segundo en 1595, describieron el caso de un embarazo abdominal en los cuales sobrevivieron tanto la madre como el producto

Gallabin en 1896, fue tal vez el primero que pudo demostrar el diagnóstico histopatológico del embarazo abdominal, autopsia realizada por la sociedad de *Obstetricia de Londres*

Studdiford en 1942, publicó la clasificación aceptada hasta la actualidad, en la cual se divide el embarazo abdominal en primario y secundario, dando parámetros de cada uno de ellos.

Desde entonces la frecuencia del embarazo abdominal es reportada en diversas citas bibliográficas, siendo de 10.9 embarazos abdominales por cada 100,000 nacimientos y 9.2 por cada 1000 embarazos ectópicos, cifras estimadas de 1970 a 1983 en Estado Unidos de América. (1)

Albucasis menciona por vez primera el embarazo abdominal en su libro titulado *Al Tasif* y al revisar la literatura se encontró que el último caso informado de embarazo abdominal recurrente data de 1971 por Tan y Cols. (2)

En el Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud, se detectaron 20 casos de embarazo abdominal dentro de un número de 125,883 pacientes obstétricas egresadas de 1968 a 1980, dando una frecuencia de uno en 6294 pacientes (3)

DEFINICIÓN

Cuando la implantación del huevo se da en condiciones normales, es decir, en la cavidad uterina, se le denomina ortotópica o eutópica; cuando es anómala, es decir, en un sitio diferente, se habla de un embarazo ectópico

Es común utilizar como sinónimo el término de embarazo extrauterino, lo cual no es propio, ya que las variedades cervical y cornual por su localización topográfica son uterinas y la de tipo tubario intersticial en su momento involucran en parte a las paredes uterinas. (4)

Un embarazo en el cual el feto se desarrolla en las superficies peritoneales del abdomen se denomina embarazo abdominal.

Es posible la implantación primaria del huevo fecundado en el peritoneo, pero la mayoría de embarazos abdominales se producen después de una rotura tubárica o un aborto tubárico, con implantación secundaria y posterior desarrollo del huevo fecundado en la cavidad abdominal (5)

CLASIFICACION

Este tipo de embarazo ectópico se define como la implantación del producto de la concepción dentro de la cavidad peritoneal, excluyendo a las implantaciones tubáricas, ováricas o intraligamentarios

Diversos criterios se han utilizado para clasificar a estos embarazos, como primarios o secundarios. En 1942 Studiford propuso tres criterios para el diagnóstico de implantación abdominal primaria.

- 1 Trompas y ovarios sanos
- 2 Ausencia de fístulas útero-placentarias y datos de ruptura uterina
- 3 Embarazo exclusivamente unido a la superficie peritoneal y que sea temprano.

El embarazo abdominal secundario es mucho más frecuente e incluso hay autores que ponen en duda la existencia de un embarazo abdominal primario (6)

EPIDEMIOLOGIA

El embarazo ectópico se ha convertido en una epidemia, y no deben de menospreciarse sus secuelas inmediatas y tardías. Aunque los progresos en el diagnóstico oportuno han hecho que disminuyan las tasas de mortalidad, y los tratamientos laparoscópicos conservadores han mejorado los resultados, el embarazo ectópico persiste como causa significativa de mortalidad materna y constituye una proporción importante de los casos de infertilidad y recurrencia de dicho embarazo.

Los epidemiólogos describen a menudo al embarazo ectópico en términos de tasas globales, en vez de hacerlo en número absolutos. La estimación deficiente

de esta tasa puede ser resultado del porcentaje perceptible de abortos espontáneos o embarazos químicos que pueden representar, en realidad, gestaciones extrauterinas que se resuelven por sí solas.

Además, la elección del denominador para calcular esta tasa puede influir en gran medida sobre la importancia o la aplicabilidad de la tasa en una población determinada. Por ejemplo, si se describen los embarazos ectópicos por embarazos notificados (Es decir, nacimientos de productos vivos, abortos espontáneos o legales y embarazos ectópicos informados), podría ignorarse la tasa a menudo elevada de embarazos que terminan de manera ilegal en todo el mundo (con lo que se sobreestimaré el riesgo relativo de embarazo ectópico) Una fuente adicional de sobreestimación son también las pérdidas espontáneas no identificadas que se excluyen del denominador. Si solo se recurre a los nacimientos de productos vivos como denominador, la tasa será aun menos precisa, puesto que se excluyen en este caso también los abortos espontáneos o inducidos de manera legal, y el denominador se verá afectado por las fuerzas que actúan independientemente del numerador. De modo tradicional, el mejor denominador para comparar el impacto del embarazo ectópico en salud pública abarca un subgrupo fijo de una población determinada de mujeres en edad reproductiva; cuando se emplea este denominador de todas las mujeres de 15 a 44 años de edad, podrán efectuarse comparaciones entre la incidencia o la prevalencia del embarazo ectópico y las de los otros trastornos de la reproducción, porque este denominador constante se conserva igual y no se ve afectado por fluctuaciones de los abortos espontáneos o inducidos. Sin embargo, este tipo de denominador generalizado de la población, es sensible a los cambios en los patrones del empleo de anticonceptivos, la actividad sexual y la fecundidad relativa

Además, no define que mujeres particulares del grupo se encuentran bajo riesgo, y por tanto impide la valoración del tipo de factor de riesgo que se desearía para la intervención pronóstica o preventiva (7)

INCIDENCIA

La incidencia del embarazo ectópico en Estados Unidos ha estado aumentando de manera constante en los últimos tres decenios, de 4.5 por 1000 embarazos en 1970 A 19.7 en 1992. Este suceso continúa en otros países occidentales; por ejemplo, Noruega tuvo un aumento de 12.5 a 18.0 por 1000 embarazos comunicados de 1979 a 1993.

Sin embargo, otros países como Francia y Suecia informan de una estabilización de la tasa de embarazos ectópicos.

En Estados Unidos, la prevalencia de los factores de riesgo del embarazo ectópico está aumentando y contribuye en parte a la mayor incidencia del proceso patológico. Es más, esto puede deberse a un diagnóstico más temprano mediante pruebas sensibles de embarazo y la detección por ultrasonografía transvaginal de algunas de estas gestaciones que en el pasado pudieron haberse resuelto espontáneamente antes del diagnóstico.

A pesar de este hecho, las muertes maternas por embarazo ectópico han declinado como resultado del diagnóstico y tratamiento tempranos. Entre 1979 y 1986, 13 % de las muertes maternas se debían a embarazo ectópico; para 1992 esta cifra había disminuido al 9 %. Sin embargo, los embarazos ectópicos siguen siendo la principal causa de muerte materna en el primer trimestre, 90 % de ellas por hemorragia.

La incidencia de embarazo abdominal es de 1 en 8000 nacimientos y de 1.4 % de los ectópicos. (8)

Según Rock en 1992, el embarazo abdominal es la forma más rara de embarazo ectópico refiriendo 1 en 3,000 a 10,000 nacidos vivos. (5)

Un litopedio es un evento obstétrico aun más raro, ocupando el 0.0045 % de las gestaciones. (9)

La frecuencia en México se informa de 1 en 5,555 hasta 1 en 24,709 partos. Aunque cada reporte corresponde en realidad a la institución que reporta el dato (10)

ETIOLOGIA Y FACTORES PREDISPONENTES

Las causas del embarazo ectópico, desde que fue descrito por vez primera, han propiciado diversos estudios, hipótesis y teorías. El conjunto de éstas y de factores de predisposición, son de tres tipos; a saber: Mecánicos, funcionales y biológicos.

Como en muchas otras entidades, la causa no es única, sino la conjunción simultánea, sucesiva y concomitante de dos o más

MECÁNICOS: Alteración embriológica, cirugía tubaria reconstructiva, cirugía tubaria oclusiva, tumores pélvicos, adherencias pélvicas

FUNCIONALES: Salpingitis crónica, endometriosis tubárica, ectópico previo, dispositivo intrauterino, anticoncepción hormonal.

BIOLÓGICOS: Ovulación extemporánea, migración ovular contralateral, receptividad tubaria atípica, activación temprana de la implantación, oligoastenospermia (4) (11) (12)

Se han mencionado otros factores como la transferencia de embriones criopreservados encontrando embarazo abdominal sobre la serosa vesical (13)

Después de inducción de la ovulación con citrato de clomifeno y prednisona, gonadotropinas e inseminación artificial se recomiendan exámenes ultrasonográficos senados en la gestación temprana debido a la posibilidad inadvertida de embarazo abdominal (14) (15)

La FIVTE puede desencadenar gestación heterotópica como la reportada por Pisarska con presencia de un producto in útero y otro implantado en serosa vesical (16)

La detección de alguna infección genital por clamidia presenta una única oportunidad para implementar una intervención que reduzca el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica en relación al riesgo de embarazo ectópico (17)
Existe una fuerte relación entre la presentación del embarazo ectópico y la utilización de duchas vaginales, sobre todo en mujeres que la acostumbra rutinariamente al menos una vez al mes (18)

Se ha visto un incremento de embarazo ectópico de 1.9 con mujeres consumidoras de tabaco en comparación con las que no fuman en el periodo perinatal, variando de acuerdo al número de cigarrillos diarios (19)

La esterilización tubaria no es una regla que descarte la posibilidad de un embarazo ectópico especialmente bajo la técnica de coagulación monopolar o bipolar (20)

CUADRO CLINICO

Es una presentación muy rara de embarazo ectópico, aunque su incidencia ha aumentado con el uso de nuevas técnicas de reproducción asistida, uso de DIU, endometriosis y abortos provocados, etc.

Como una ruptura puede sellarse sin dejar evidencia macroscópica de la misma, es difícil distinguir entre las formas primarias y secundarias. Esto además, no tiene mayor importancia que la académica, puesto que el pronóstico y el tratamiento son los mismos

A diferencia de otros embarazos ectópicos, en esta presentación el feto puede llegar a estadios de viabilidad aunque esto suceda en solo alrededor del 10 % de los casos y debido, al oligoamnios característico del embarazo extrauterino, el retardo en el crecimiento fetal se presenta entre el 75 % al 90% de los casos y malformaciones congénitas entre el 33 al 50%

Tiende a diagnosticarse en etapas muy avanzadas, y aunque la mortalidad materna es muy baja, la morbilidad es muy alta. Sus síntomas incluyen diferentes trastornos gastrointestinales, habitualmente no muy severos, y al final del embarazo los movimientos fetales causan dolor. Al dar masaje al saco gestacional no se presentan contracciones uterinas, ni tampoco al administrar oxitócicos. (21)

La amenorrea, el dolor hipogástrico y la hemorragia vaginal son los síntomas mas frecuentes y el signo más común es la hipersensibilidad abdominal

Debe sospecharse embarazo abdominal avanzado en casos de hemoperitoneo, presentaciones anómalas, movimientos fetales dolorosos, muerte fetal y trabajo de parto espurio (8)

El embarazo abdominal avanzado está marcado sobre todo por un error diagnóstico en mas del 50 % de los casos. (22)

COMPLICACIONES

MATERNAS: La principal complicación materna la constituye la hemorragia, sobre todo en el momento de la cirugía al intentar reseca el tejido trofoblástico, así como por hipofibrinogenemia al dejar placenta in situ. Están asociados varios padecimientos a esta entidad como preeclampsia/eclampsia, perforación intestinal, obstrucción intestinal, septicemia, peritonitis, formación de abscesos, desarrollo de coniocarcinoma, hidronefrosis por compresión ureteral, choque hipovolémico, muerte materna, etc.

FETALES. Se deben principalmente a alteraciones del intercambio materno fetal con fragilidad en el sitio de implantación y disrupción vascular, lo que conllevaría a retardo de crecimiento con marcado oligoamnios y alteraciones por el mismo (como son la hipoplasia pulmonar y las alteraciones en la formación de las extremidades y articulaciones), con una tasa combinada del 20 al 40 %, además de otras alteraciones como la asimetría fetal y tortícolis.

Cuando se advierte muerte fetal la evolución del producto puede ser, la reabsorción total, reabsorción parcial con formación de una adiposere, infección secundaria con peritonitis localizada o generalizada, momificación y calcificación o formación de litopediones en cualquiera de sus categorías descritas como lithokelyphos, litotecnon y lithokelyphopedion (9) (23)

DIAGNOSTICO

El laboratorio clínico tiene importancia para la confirmación del diagnóstico presuncional y el establecimiento de una etapa clínica, la biometría hemática puede mostrar disminución de hemoglobina y hematocrito, así como leucocitosis y elevación de amilasa sérica, bilirrubina y urobilinógeno aun cuando tales determinaciones son excepcionales

En la mayoría de los casos de los embarazos abdominales avanzados se diagnostican por una falta de respuesta de miometrio a la estimulación con oxitocina o por la falta de respuesta a las prostaglandinas en un aborto del segundo trimestre o por una muerte fetal intrauterino

El diagnóstico preoperatorio de un embarazo abdominal avanzado se obtiene así en el 40 % de los casos, sospechado por la clínica, por la ecografía y por la histerosalpingografía que confirma la existencia de un feto extrauterino

Solo la laparoscopia permitirá el diagnóstico de un embarazo abdominal precoz delante de un cuadro sintomático de hemoperitoneo.

Recientemente se ha publicado en la literatura una relación entre embarazo abdominal y la elevación plasmática de la alfafetoproteína materna. Como interesa que el diagnóstico sea preoperatorio, también se ha sugerido el empleo de la resonancia nuclear magnética para confirmar el diagnóstico y precisar la localización placentaria antes de la intervención

(22)

El diagnóstico se puede sugerir con la realización de radiografías laterales al demostrarse partes fetales posteriores a la columna lumbar materna Por sonografía se encuentra el útero vacío y al feto en el abdomen En casos de duda se ha utilizado la tomografía axial computarizada. (21)

Un trofoblasto con desarrollo anormal puede causar función endocrina anormal. La producción insuficiente de la HGC causa una síntesis menor de lo normal de progesterona y a su vez produce involución de la decidua. La decadente, se manifiesta clínicamente como hemorragia uterina.

Se han identificado otros marcadores hormonales como la disminución de la inhibina y el aumento de la creatinina en suero

La laparoscopia se considera como el estándar ideal para el diagnóstico y al mismo tiempo permitir la evaluación del tratamiento. (8) (24)

El diagnóstico diferencial se debe de realizar con embarazo normal intrauterino, ruptura de un folículo ovárico, cuerpo luteo hemorrágico, aborto espontáneo, salpingitis, apendicitis, torsión de un anexo, endometriosis, diverticulitis, etc (25)

TRATAMIENTO

Una vez realizado el diagnóstico se efectúa laparotomía y extracción del feto. La placenta se extraerá en casos de implantación en trompa, ovario y útero.

Si la placenta se encuentra implantada en otros órganos es preferible dejarla y manejar a la paciente con metrotexate postoperatorio a la dosis de 1-2 mg por kilo de peso. (26)

La conducta terapéutica a tener en cuenta en un embarazo abdominal difiere poco del tratamiento de la persistencia de trofoblasto en el manejo conservador de implantación tubaria. Si la excisión laparoscópica ha sido completa, recurrir a la laparotomía parece legítimo cuando la localización del embarazo abdominal que vaya a suponer un riesgo de hemorragia o si la hemostasia en el lugar de la inserción trofoblástica parece difícil.

La utilización de los derivados de fibrina (Pangen, Surgicel) y de colas biológicas, puede ayudar a la realización satisfactoria de esta hemostasia.

Se han reportado casos de manejo laparoscópico exitoso de embarazo abdominal primario sin antecedentes quirúrgicos, aún con hemoperitoneo en implantaciones uterosacras removiendo el tejido gestacional y realizando hemostasia con pinzas bipolares de electrocauterización (27)

En los embarazos abdominales avanzados solo la laparotomía está justificada, ya que el problema principal está representado por la excresis placentaria que idealmente deberá ser completa. Ya que la inserción placentaria puede suponer un importante riesgo de hemorragia, en algunos casos estaría recomendado dejar la placenta en su lugar de inserción después de haber extraído al feto vivo y haber ligado el cordón umbilical a nivel de su base.

La utilización de metrotexate postoperatorio por vía parenteral ha permitido en ciertos casos publicados una regresión completa del tejido trofoblástico. Sin embargo la necrosis placentaria acelerada por la utilización del metrotexate aumentaría el riesgo de infección postoperatoria.

En casos de embarazo abdominal con feto vivo, la discusión del tratamiento quirúrgico diferido podría estar justificada hasta la obtención de una madurez pulmonar fetal satisfactoria.

No es raro que se requieran intervenciones quirúrgicas posteriores para el control de hemorragia y complicaciones causadas por adherencias. Para el control de la hemorragia también se ha utilizado con éxito relativo la embolización selectiva de los sitios de sangrado, lo cual requiere experiencia, equipo adecuado y aún así, no está exenta de complicaciones severas.

Se puede afirmar que si bien el embarazo ectópico tiende a diagnosticarse y a tratarse cada vez de manera más precoz, aún la mayoría de los procedimientos quirúrgicos disminuyen la fertilidad de las pacientes.

Los riesgos que el embarazo ectópico abdominal hace pasar a las mujeres hacen que su diagnóstico sea esencial. De otra forma, este acontecimiento es a menudo vivido de modo traumático por las pacientes

Su demanda de una mayor responsabilidad es evidente mayor atención a los primeros síntomas para una mayor rapidez de intervención, pero también realmente apoyo psicológico, una información precisa y eficaz para contribuir a una mejor desdramatización

(21) (22) (25) (28) (29) (30)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo abdominal representa una entidad que pone en juego el pronóstico vital materno-fetal y debe ser considerado como de alto riesgo

Es necesario investigar entonces sus principales características como la frecuencia, presentación clínica, elementos diagnósticos, manejo integral y pronóstico de esta entidad en el Hospital de la Mujer

JUSTIFICACION

Aunque el embarazo abdominal es un suceso raro con una incidencia de uno en 8000 a 15000 nacimientos y representa el 1.4 % de los embarazos ectópicos, se relaciona con una tasa de mortalidad materna de 8 a 17 veces mayor que para el resto de ellos

Otra de las razones para realizar una investigación en este tema es que la tasa de mortalidad supera los 5.1 por 1000 casos, lo que viene a ser 7.7 veces mayor que otras formas de embarazo ectópico

La mortalidad perinatal puede ser desde el 40 hasta al 90 % y solo el 10 % de los fetos provenientes de un embarazo abdominal están vivos y son normales

En el Hospital de la Mujer, la frecuencia de presentación de embarazos abdominales ha sido estudiada en pocas ocasiones a pesar de tener reporte de varios de los mismos, siendo una fuente importante de estudio hasta el momento poco explorada, que es muy semejante a la referida a nivel mundial, sin embargo destaca su carácter abrupto de presentación, un porcentaje muy alto de falta de diagnóstico preoperatorio, alta morbimortalidad y aparición de complicaciones graves.

A todo esto es necesario afirmar que existen muchas posibilidades de intervenir óptimamente en la evolución de esta entidad, con la premisa de que no se hará diagnóstico si no se tiene en mente la posibilidad de un embarazo abdominal

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo abdominal representa una entidad que pone en juego el pronóstico vital materno-fetal y debe ser considerado como de alto riesgo

Es necesario investigar entonces sus principales características como la frecuencia, presentación clínica, elementos diagnósticos, manejo integral y pronóstico de esta entidad en el Hospital de la Mujer

JUSTIFICACION

Aunque el embarazo abdominal es un suceso raro con una incidencia de uno en 8000 a 15000 nacimientos y representa el 1.4 % de los embarazos ectópicos, se relaciona con una tasa de mortalidad materna de 8 a 17 veces mayor que para el resto de ellos

Otra de las razones para realizar una investigación en este tema es que la tasa de mortalidad supera los 5.1 por 1000 casos, lo que viene a ser 7.7 veces mayor que otras formas de embarazo ectópico

La mortalidad perinatal puede ser desde el 40 hasta al 90 % y solo el 10 % de los fetos provenientes de un embarazo abdominal están vivos y son normales

En el Hospital de la Mujer, la frecuencia de presentación de embarazos abdominales ha sido estudiada en pocas ocasiones a pesar de tener reporte de varios de los mismos, siendo una fuente importante de estudio hasta el momento poco explorada, que es muy semejante a la referida a nivel mundial, sin embargo destaca su carácter abrupto de presentación, un porcentaje muy alto de falta de diagnóstico preoperatorio, alta morbimortalidad y aparición de complicaciones graves.

A todo esto es necesario afirmar que existen muchas posibilidades de intervenir óptimamente en la evolución de esta entidad, con la premisa de que no se hará diagnóstico si no se tiene en mente la posibilidad de un embarazo abdominal

OBJETIVO GENERAL

Determinar las principales características de presentación del embarazo abdominal en el Hospital de la Mujer de la ciudad de México

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el número de casos de embarazo abdominal que se presentaron en el periodo de investigación y los factores relacionados.

Establecer los principales datos clínicos de su presentación y los hallazgos obtenidos en cada uno de los casos

Determinar los métodos diagnósticos más precisos utilizados en los casos identificados

Revisar las conductas del manejo integral y el pronóstico materno fetal encontrado en los embarazos abdominales presentados

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

TIPO DE ESTUDIO:

RETROSPECTIVO-DESCRIPTIVO

LUGAR:

HOSPITAL DE LA MUJER DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO

DURACION

ENERO 1997 A JULIO 2002

UNIVERSO

PACIENTES EGRESADAS ATENDIDAS OBSTETRICAMENTE EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE 1997 A 2002

MUESTRA

TODAS LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON EMBARAZO ABDOMINAL PRIMARIO O SECUNDARIO DENTRO DE ESTE PERIODO

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

SE REVISARON SOLO LOS CASOS DIAGNOSTICADOS COMO EMBARAZOS ABDOMINALES CLINICA E HISTOPATOLOGICAMENTE CORROBORADOS E INCLUYENDO TANTO LOS PRIMARIOS COMO LOS SECUNDARIOS DENTRO DEL LIMITE DE TIEMPO ESTABLECIDO

NO SE INCLUYERON EMBARAZOS ECTOPICOS DE OTRA LOCALIZACION NI LOS QUE NO SE CORROBORARON HISTOPATOLOGICAMENTE.

VARIABLES

EDAD MATERNA

GESTAS

PARAS

EDAD GESTACIONAL DE INGRESO

EDAD GESTACIONAL DE RESOLUCION

CLASIFICACION DE STUDDIFORD

ANTECEDENTE DE ABORTOS

ANTECEDENTE DE ECTOPICO PREVIO

ANTECEDENTE DE CIRUGIA PELVICA

ANTECEDENTE DE INFERTILIDAD

ANOMALIAS CONGENITAS MATERNAS

ADHERENCIAS PELVICAS

DIJCHAS VAGINALES

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA

ENDOMETRIOSIS

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

TABAQUISMO

TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA

TUMORES PELVICOS

TRANSTORNOS GASTROINTESTINALES

MOVIMIENTOS FETALES DOLOROSOS

TRABAJO DE PARTO ESPURIO

AMENORREA

DOLOR HIPOGASTRICO

HEMORRAGIA VAGINAL

HIPERSENSIBILIDAD ABDOMINAL

PRESENTACION ANOMALA

CHOQUE HIPOVOLEMICO

BIOMETRIA HEMATICA
FRACCION BETA DE GONADOTROPINA CORIONICA
PROGESTERONA SERICA
MARCADORES HORMONALES
RESPUESTA A LA OXITOCINA O PROSTAGLANDINAS
CULDOCENTESIS
ULTRASONOGRAFIA
RADIOGRAFIAS DE ABDOMEN
HISTEROSALPINGOGRAFIA
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA
LAPAROSCOPIA
LAPAROTOMIA
DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO
MUERTE FETAL
MUERTE MATERNA
HEMOPERITONEO
MALFORMACIONES FETALES
RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO
OLIGOAMNIOS
CARACTERISTICAS DEL FETO
INSERCIÓN PLACENTARIA
CIRUGIA REALIZADA
TRATAMIENTO CON METROTEXATE
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO
ALTERACION PSICOLOGICA
ALTERACION SISTEMICA
ALTERACION EN LA FERTILIDAD
DIAS DE INTERNAMIENTO
CONDICIONES DE EGRESO

MATERIAL Y METODOS

Para la realización de la investigación se procedió a revisar expedientes clínicos del archivo activo del Hospital de la Mujer, incluyéndose los fechados de Enero de 1997 a Julio del 2002 que hubieron recibido atención obstétrica.

Se investigaron los expedientes entre varias claves de identificación de un mismo diagnóstico englobando embarazo ectópico en múltiples clasificaciones como embarazo ectópico no especificado, sin especificación, simplemente embarazo ectópico y embarazo abdominal.

Se determinó el número de nacimientos por año como parámetro para el cálculo de la frecuencia del embarazo abdominal en relación a los mismos y en relación a la totalidad de los embarazos ectópicos

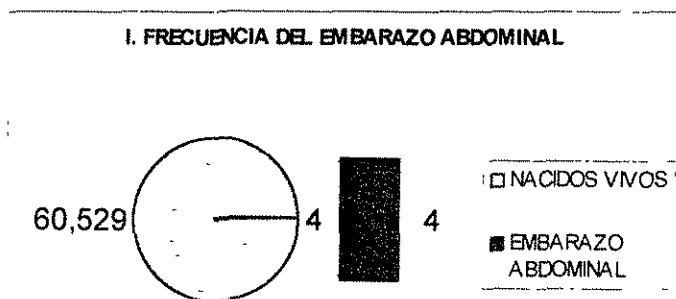
Se seleccionaron finalmente todos los casos de embarazo ectópico y de ellos los casos de embarazo abdominal, los cuales fueron objeto de revisión y análisis de los datos para ajustarlos a las variables propuestas en base a porcentajes descriptivos de los factores involucrados

RESULTADOS

Previa revisión de expedientes en el periodo comprendido en esta investigación, en el hospital de la mujer, se obtuvieron 60,529 nacidos vivos de un total de 105,310 egresos del área de Ginec Obstetricia

Se diagnosticó embarazo abdominal en cuatro pacientes representando una frecuencia de 1 en 15,132 nacidos vivos. (Gráfica I)

En relación a embarazo ectópico en general la frecuencia del embarazo abdominal fue de más del 2%

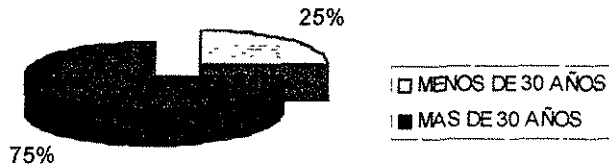


FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER S S

La edades de las pacientes fueron de 22, 30, 31 y 32 años de edad, solamente una fue primigesta y tres de ellas con 4 o más gestaciones. (Gráfica II y III)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. GRUPO ETAREO DE LAS PACIENTES

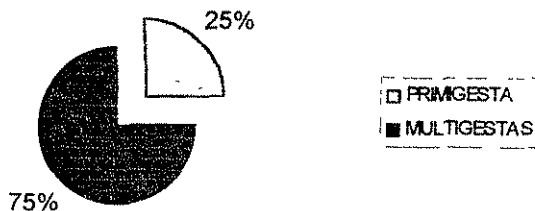


FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER S S

La paridad encontrada en las últimas fue de 2 o más, una con antecedente de un aborto y otra con dos cesáreas previas

Llama la atención que todas recibieron control prenatal previo a su llegada al hospital y dos de ellas permanecieron hospitalizadas durante 1 a 7 semanas respectivamente antes de realizarse el diagnóstico.

III. ANTECEDENTE DE PARIDAD



FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER S S

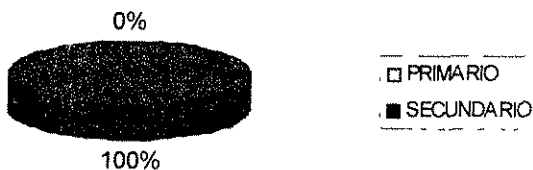
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Todos los casos caben dentro de la clasificación de Studdiford de embarazo abdominal secundario (Gráfica IV)

Se encontró pérdida fetal en tres de los casos de 17, 5, 19 y 21 semanas de gestación, con la asombrosa supervivencia de un producto de 40 semanas de gestación al momento de la resolución corroborado por valoración de Capurro, como hallazgo transquirúrgico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. CLASIFICACION DE STUDDIFORD



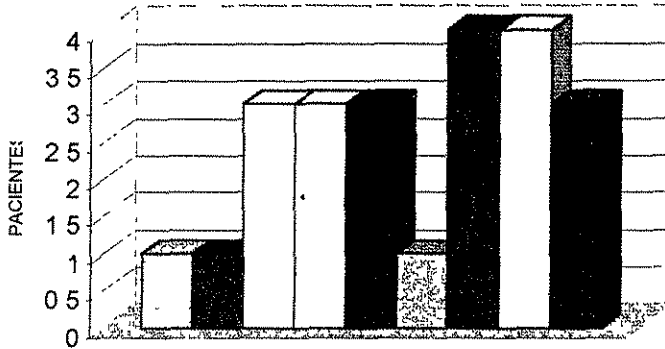
FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER S S

Dentro de los factores predisponentes asociados se encontraron en el 100 % algomenorrea progresiva y endometriosis, así como enfermedad inflamatoria pélvica crónica, cirugías pélvicas, adherencias intraabdominales y uso de métodos de planificación familiar en un 75 % de los casos

Solo uno de los casos tenía antecedente de embarazo ectópico, así mismo otro tuvo una malformación müleriana en donde se implantó el trofoblasto

Ningún otro factor predisponente se pudo documentar (Gráfica V)

V FACTORES PREDISPONENTES DE EMBARAZO ABDOMINAL



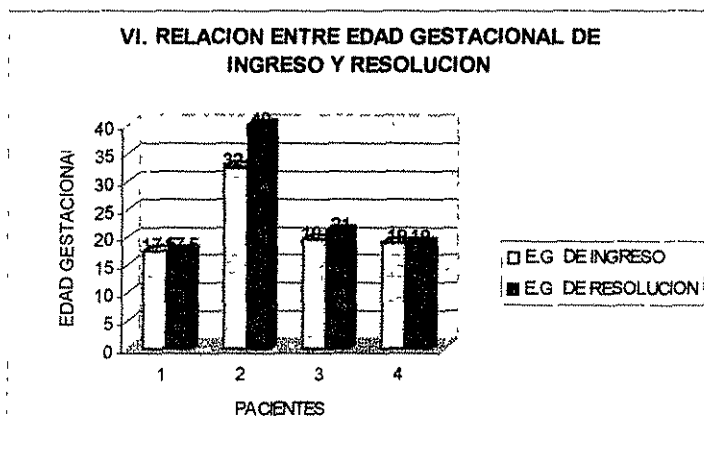
- ABORTOS
- CIRUGIA PÉLVICA
- ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
- ENDOMETRIOSIS
- MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR
- ECTÓPICO
- ADHERENCIAS
- MALFORMACION MULLERIANA
- ALGOMENORREA

FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER S S

Los principales síntomas o signos en orden de importancia fueron hipersensibilidad abdominal, trastornos gastrointestinales repetitivos, movimientos fetales dolorosos, amenorrea tipo I o II, dolor en hipogastrio y desafortunadamente choque hipovolémico en el 100 % de las pacientes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Llama la atención la diferencia en días entre la edad gestacional de ingreso y la del momento de resolución (Gráfica VI)



FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER S S

Se detectó hemorragia vaginal en el momento del diagnóstico así como antecedente de sangrados intermitentes en el 75 % de los casos. Así mismo falta de respuesta a la uteroinhibición en un caso y prueba de tolerancia a la oxitocina y amniocentesis fallidas en otro de los mismos (Gráfica VII)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

VII. CUADRO CLINICO DE EMBARAZO ABDOMINAL



- TRANSTORNOS GASTROINTESTINALES
- MOVIMIENTOS FETALES DOLOROSOS
- TDP ESPURIO
- AMENORREA
- DOLOR HIPOGASTRICO
- SANGRADO TRANSVAGINAL
- HIPERSENSIBILIDAD ABDOMINAL
- PRESENTACION ANOMALA
- CHOQUE HIPOVOLEMICO

FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER S S

En cuanto a los métodos diagnósticos utilizados, se detectó una disminución porcentual importante de hasta 50 a 60 % de los valores normales de hemoglobina y hematocrito en todos los casos como resultado de choque hipovolémico

Solamente dos de ellas tenían prueba diagnóstica con hormona gonadotropina corionica y ninguna tuvo seguimiento para control de los niveles de hormona, aún cuando se había decidido dejar parcialmente la placenta debido a su implantación en órganos no resecables en ese momento

Aún cuando no se utilizó la respuesta a la oxitocina como método diagnóstico explícito, una de las pacientes no respondió al uso de uteroinhibidores y otra tuvo respuesta negativa a la estimulación oxitócica para realizar una prueba de tolerancia a la oxitocina que se reportó fallida posteriormente a alteraciones en múltiples trazos tococardiográficos sin estrés aparente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El ultrasonido obstétrico fue realizado en todos los casos, recibiendo reportes que refirieron alteraciones no bien definidas pero sin diagnosticar embarazo abdominal preciso, sin embargo todos refirieron que debían corroborarse con seguimiento seriado.

En ninguno de los casos se utilizó histerosalpingografía, culdocentesis, radiografía simple de abdomen o laparoscopia.

La mitad de los casos fueron diagnosticados por hallazgo transquirúrgico en la laparotomía exploradora y solo en la otra mitad se tenía el diagnóstico integral antes de realizar el procedimiento. (Grafica VIII)

VIII. METODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS



FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER S S

Una de las cuestiones mas apasionantes es quizá la descripción de los hallazgos transquirúrgicos, que en el 100 % de los casos reportaron productos vivos con la edad gestacional referida antes, sin malformaciones fetales, pero con la sobrevivencia de solo un producto de término que en la actualidad se encuentra sana con un crecimiento y desarrollo adecuados

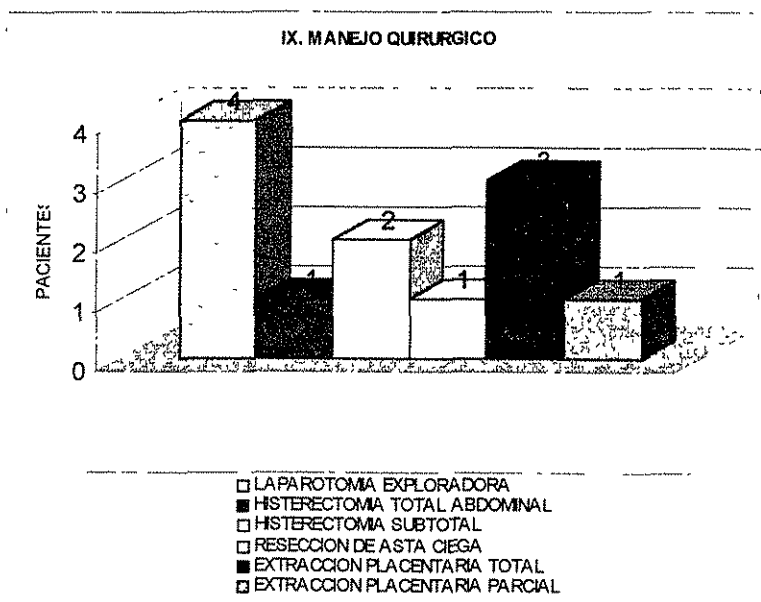
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se encontró hemoperitoneo desde 2000 cc hasta 7500 cc reportado como pérdidas sanguíneas totales repuestas, retardo de crecimiento e implantación placentaria anómala en el 100 % de las pacientes

En el 75 % de los casos la inserción placentaria estuvo en el útero únicamente y en el caso del embarazo de término la inserción estuvo en epiplón, corredera parietocólica e intestino, aunado a el hallazgo de oligoamnios severo (Gráfica X)

En cuanto a la terapéutica empleada, ninguna requirió uso de metrotexate aún cuando existía trofoblasto que se degeneró sin complicaciones.

Todos los casos requirieron cirugía por laparotomía exploradora, extracción del producto, resección parcial o total placentaria en uno o mas de dos intervenciones quirúrgicas, con sostén del estado general en la unidad de cuidados intensivos y bajo múltiples transfusiones de elementos sanguíneos de reposición. (Gráfica IX)



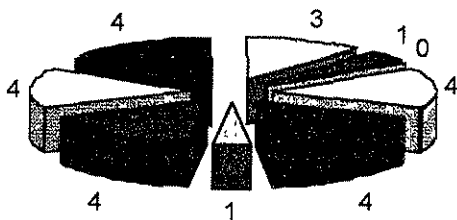
FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER S S

Se puede considerar que en todas las pacientes hubo repercusión en la fertilidad ya que ninguna de ellas ha vuelto a embarazarse aún cuando en una de ellas se conservó útero y anexos

Todas presentaron complicaciones enlistadas desde fiebriosa de miembro torácico, preeclampsia severa, diabetes gestacional, neumotorax, neumonia e incompatibilidad sanguínea antígeno-anticuerpo resueltas a su egreso

Psicológicamente se reporta en las interconsultas, que hubo repercusión emocional en el estado de ánimo ya que presentaron desde miedo, nerviosismo constante hasta depresión en diferentes grados (Gráfica X)

X. HALLAZGOS EN EMBARAZO ABDOMINAL



- PERDIDA FETAL
- PRODUCTO DE TERMINO VIVO
- MUERTE MATERNA
- HEMOPERITONEO
- RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO
- OLIGOAMNIOS SEVERO
- INSERCIÓN PLACENTARIA ANOMALA
- ALTERACIÓN SISTÉMICA
- ALTERACIÓN PSICOLÓGICA

FUENTE ARCHIVO DEL HOSPITAL DE LA MUJER S S

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Por último, es importante destacar el costo de la atención y el beneficio a la paciente, que por si solo podría ser tema de una investigación aparte, ya que las pacientes como mínimo, la que mejor evolucionó permaneció hospitalizada durante cinco días y en los casos de mayor complicación se observó una estancia intrahospitalaria de hasta 21 a 39 días

Sin excepción todas abandonaron su seguimiento en la consulta externa una vez que se encontraron estables con los problemas quirúrgicos y complicaciones resueltas, con buen estado de salud

DISCUSION

La frecuencia de embarazo abdominal en el hospital de la mujer, corresponde a la estudiada en otros estudios nacionales e internacionales, que en la mayoría de ellos se trata de reportes de un solo caso y revisión de bibliografía, lo cual limita la posibilidad de realizar un análisis estadístico adecuado, por lo que se intenta extraer en esta investigación la frecuencia en los expedientes del archivo clínico activo, que si bien se trata de un periodo de tiempo importante, unas de las sugerencias a considerar será no depurar los expedientes cuya frecuencia e importancia lo requieran

La edad de las pacientes se encuentra dentro de la edad reproductiva aceptada por la norma oficial mexicana para el embarazo y no se encontró relación para la presencia de un embarazo abdominal

Todas las pacientes recibieron control prenatal en otras instituciones antes de ser atendidas en el hospital de la mujer, obviamente sin haber realizado el diagnóstico, y aún cuando ya estaban internadas hubo dificultades en el diagnóstico en las que se logró llegar al mismo

La clasificación de Studdiford pone a los casos en estudio dentro de los secundarios debido a que en todos hubo al menos dos criterios para descartar uno primario.

La edad gestacional predominantemente encontrada alrededor de la primera mitad del embarazo en comparación con un solo embarazo de término enseña el mal pronóstico para el producto

Todos los factores predisponentes corresponden a los mismos referidos en revisiones bibliográficas previas, sin embargo hubieron algunos como son la enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis y antecedente de cirugía pélvica que fueron constantes

Una presentación florida de síntomas y signos no específicos fueron los que se encontraron en todos los casos, los cuales no determinan el diagnóstico hasta el momento resolutivo o la presentación del choque hipovolémico, retardado por la resistencia para hacer el diagnóstico o bien porque nunca se había pensado en el mismo.

La metodología diagnóstica fue limitada debido a la presentación abrupta de los casos en el momento de la impresión diagnóstica, es decir, en un momento dado de haber tenido sospechas de este evento, pudo haberse realizado el protocolo de pruebas para descartar ocupación uterina y evidenciar un embarazo extrauterino y mejor aún sus presentación abdominal

Sin embargo esto puede decirse como motivo de análisis más no es fácil hacerlo ante la presencia de este tipo de eventos de conocida incidencia y ante el constante diagnóstico de innumerables patologías relacionadas con el embarazo que no podrían dejarse sin hacer diagnóstico diferencial

Esto hace necesario insistir en la necesidad del control prenatal con identificación de factores de riesgo y con la realización de estudios complementarios incluyendo una ultrasonografía desde el primer trimestre así como referencia a un servicio de Ginecología ante tal eventualidad.

Los procedimientos terapéuticos se limitaron a los procedimientos quirúrgicos que fueron desde extracción del producto, adherenciólisis, resección total o parcial de la placenta; pero no se utilizaron medicamentos como el metrotexate ni se tuvo control seriado con fracción beta de gonadotropina corionica, que si bien no representó complicaciones habrá que considerarse la realización de un protocolo diagnóstico terapéutico para su abordaje

La repercusión sistémica estuvo relacionada con los procedimientos necesarios para el mantenimiento del estado crítico resultado del evento abrupto, y no como complicación del mismo embarazo abdominal, sin embargo la fertilidad estuvo comprometida debido a la pérdida del útero principalmente y la repercusión psicológica debido a el contenido emocional del embarazo inesperado y a los valores propios de las pacientes y el entorno familiar y social.

La estancia intrahospitalaria varió como se ha referido en los resultados, con menor estancia las que presentaron complicaciones menores y con estancia más larga en las pacientes que tuvieron complicaciones como preeclampsia severa, diabetes gestacional, neumotorax, incompatibilidad Ag-Ac, que requirieron tratamiento indispensable en cuidados intensivos

La discusión mas importante será entonces si debe existir un protocolo de estudio y tratamiento establecido y especifico en el hospital, o si su incidencia rara nos obliga a tener en mente que dentro de tantos diagnósticos diarios uno de ellos puede ser un embarazo abdominal.

CONCLUSIONES

1 El embarazo abdominal es una entidad rara cuya frecuencia es de uno por cada 15,000 nacidos vivos y del 2 % de los embarazos ectópicos en el Hospital de la Mujer, muy semejante con la literatura mundial descrita

2. Los factores predisponentes relacionados con la presentación en estos casos fueron la enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, cirugías pélvicas y adherencias principalmente, seguidos de antecedente de embarazo ectópico previo y malformación mülleriana, que fueron los únicos relacionados tal y como se refiere en los antecedentes teóricos

3 La sintomatología incluye desde trastornos gastrointestinales, hipersensibilidad abdominal, movimientos fetales dolorosos, dolor en hipogastrio, sangrado transvaginal intermitente Finalmente todas fueron diagnosticadas con choque hipovolémico y todo el síndrome desencadenado por el evento

Comparado con los artículos investigados hubo en estos casos coincidencia de varios de los mismos en una misma paciente

4 Los hallazgos resultaron desde presentación y situación anómala, retardo de crecimiento intrauterino, hemoperitoneo, oligoamnios, implantación placentaria en útero, anexos, correderas parietocólicas, sigmoides, asas intestinales y epiplón En relación a lo descrito en los antecedentes hubo correspondencia en cuanto a su presentación en esta investigación

5. El diagnóstico se realizó ultrasonográficamente cuando el cuadro clínico era muy florido en la mitad de los casos y en la otra mitad se realizó uno durante la laparotomía, y el embarazo de término después de la indicación de una operación cesárea por un diagnóstico diferente No se utiliza todo el protocolo referido en la literatura mundial debido a la falta de disposición de los servicios en el momento

6. Lo anterior evidencia que nunca se diagnosticará un embarazo abdominal mientras no se tenga el conocimiento de que existe

7 El tratamiento incluye una laparotomía, obtención del producto, y valoración de extracción placentaria de acuerdo al sitio de implantación. No se utilizó laparoscopia terapéutica ni metrotexate como se refiere en la literatura mundial debido a la presentación y evolución de los casos

8 El tratamiento requiere del diagnóstico oportuno para planificar el procedimiento y tener disponible todos los elementos de sostén del estado crítico general, así como la participación multidisciplinaria que incluya a la Ginecología, Cirugía General, Terapia Intensiva, Radiología, Hematología y Psicología

9. Después de identificar y tratar un embarazo abdominal es necesario estar preparado con una cama disponible por largo tiempo en el hospital, tanto en terapia intensiva como en hospitalización de recuperación en piso

10 Debe tenerse el conocimiento del pronóstico del producto de acuerdo a su edad gestacional y las posibilidades muy importantes de intervenir en el pronóstico de la madre tanto para la vida, la curación y la función

BIBLIOGRAFIA

1. Villarreal P. C. Y col Embarazo ectópico en cavidad abdominal Revisión de la literatura Ginec Obst Mex 1995, 63, 1 26-29
2. Simon P L A y col Embarazo abdominal recurrente Ginec Obst Mex 1995; 64, 11 474-477
3. Trejo R. C A. y col Embarazo abdominal Revisión de 20 casos Ginec Obst Mex. 1981, 49, 292 89-99.
4. Llaca Rodriguez V y col Obstetricia Clínica Editorial Mc graw Hill
Primera edición 2000 Pags 117-128
5. Ahued Ahued J.R y cols Ginecología y obstetricia aplicadas Editorial JGH Primera edición Pags 23-30
6. Bonfante R. E. y col. Embarazo abdominal Experiencia institucional Ginec Obst Mex. 1998, 66, 7 287289
7. Diamond M. P y cols. Embarazo ectópico Clínicas Ginec Obst Temas actuales. Editorial Interamericana. Primera edición 1/1991 Pags 1-18
8. Ann Carson S Embarazo ectópico Clínicas Obst y Ginec Editorial Mc Graw Hill-Interamericana Primera edición 1/1999 Pags 3-51.
9. Rosthschild B. M et al Three millennium antiquity of the lithokelyphos variety of lithopedion Am. J Obstet Gynecol 1993, 169, 1 140-141
10. Marquez B M. A y col: Embarazo abdominal Urgencia quirúrgica Ginec Obst Mex 1991, 59, 2 59-62
11. Dover R W. et al Management of a primary abdominal pregnancy Am J Obstet Gynecol 1995, 172,5. 1603-1604
12. Cacciatore B et al. Early screening for ectopic pregnancy in high-risk symptom-free women The Lancet 1994, 8893-8896, 343 517-518
13. Del Rosario R et al. Abdominal pregnancy on the bladder wall following embryo transfer with cryopreserved-thawed embryos a case report Fertility and Sterility 1996, 66,5 839-841.

14. Cheng W. F. et al: Abdominal pregnancy after gonadotropin superovulation and intrauterine insemination: a case report. *Am. J. Obstet Gynecol* 1994; 171,5: 1394-95
15. Tellez V. S. y cols: Embarazo heterotópico, después de inducción de ovulación con citrato de clomifeno y prednisona Informe de un caso. *Ginec Obst Mex* 1999; 67,1:1-3
16. Pisarka M. D. et al: Heterotopic abdominal pregnancy treated at laparoscopy *Fertility and Sterility* 1998; 70, 1: 159-160
17. Hillis S. D. et al Recurrent chlamydial infections increase the risks of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. *Am. J Obstet Gynecol* 1997; 176, 1. 103-107
18. Kendrick J. S. et al: Vaginal douching and the risk of ectopic pregnancy among black women. *Am. J Obstet Gynecol.* 1997, 176, 5: 991-996.
19. Saraiya M. Et al. Cigarette smoking as a risk factor for ectopic pregnancy *Am. J. Obstet Gynecol* 1998; 178, 3: 493-497
20. Peterson H B et al The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization *The New England Journal of Medicine* 1997, 336, 11: 762-766.
21. Perez Peña E Embarazo ectópico. Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la reproducción Editorial Salvat Segunda edición.1997 Pags 257-283
22. Pellicer A y cols. Embarazo ectópico Cuadernos de Medicina Reproductiva Editorial Panamericana. Primera edición 1996; 2, 1 105-127
23. Attapattu J. A. et al Abdominal pregnancy *Int. J Obstet Gynecol* 1993, 43, 1 51-55
24. Asseryanis E Et al A new diagnostic method to detect ectopic pregnancy at a very early stage. *Am. J Obstet Gynecol* 1995, 173, 1 236-237
25. Speroff L. et al. Ectopic pregnancy *Clinical Gynecologic, Endocrinology and Infertility.* Editorial Lippincott Williams and Wilkins. Sixth edition. 1999 Pags 1149-1167
26. Ahued Ahued J. R y cols. Embarazo ectópico. Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología. INPER 1998. Pags. 57-58.

27. Ginath S. et al: Successful laparoscopic treatment of a ruptured primary abdominal pregnancy Fertility and Sterility 2000; 74, 3: 601-602.
28. Martínez C. A. y cols: Evaluación epidemiológica del diagnóstico y tratamiento del embarazo extrauterino en el Hospital ABC. Ginec Obst Mex. 1998; 65, 3: 103-107.
29. Marin C. V. A. y cols. Estado actual del manejo conservador del embarazo ectópico. Ginec Obst Mex. 1996; 64, 3: 123-130.
30. Foulk R A. et al: Operative management of ectopic pregnancy: A cost analysis Am J Obstet Gynec. 1996; 175, 1: 90-96.

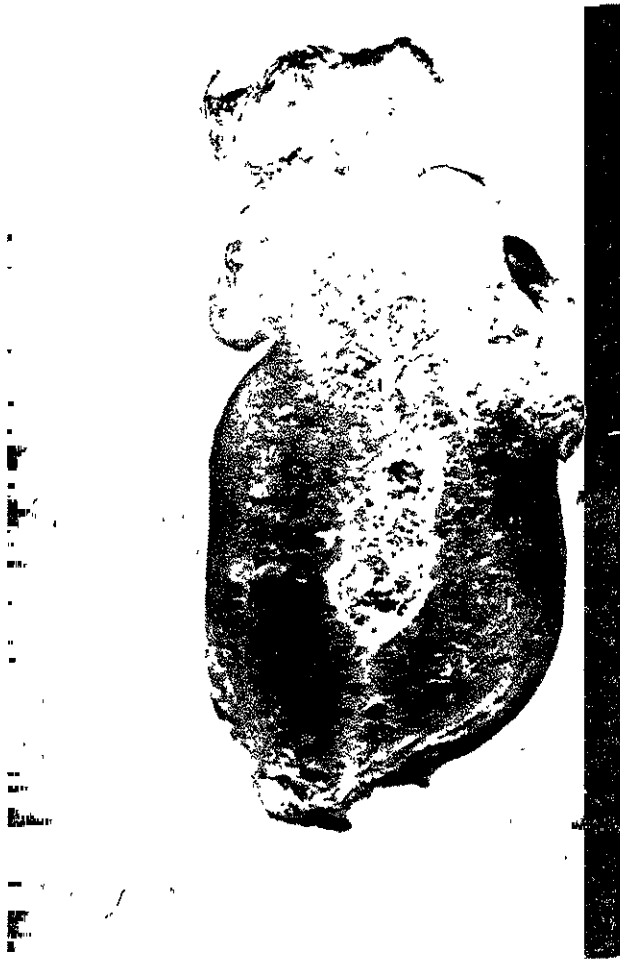
ANEXOS



1 PRODUCTO E INSERCIÓN PLACENTARIA ANOMALA EN UN EMBARAZO ABDOMINAL DE 21 SDG (HOSPITAL DE LA MUJER)

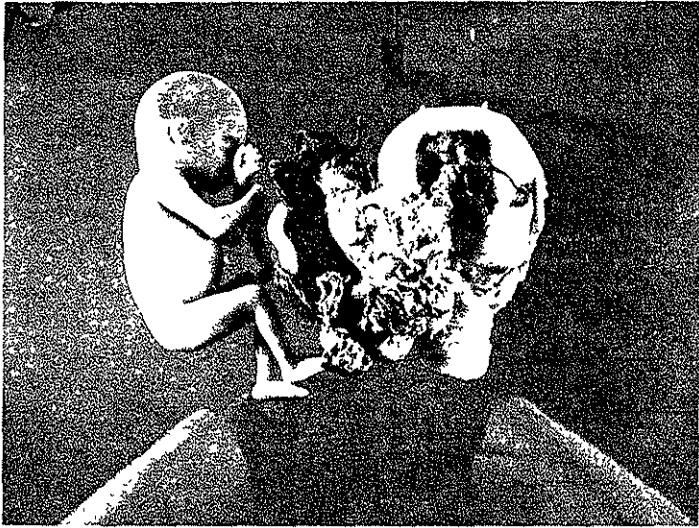
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1977 TESIS ANOMALA
DE ORIGEN



2 INSERCIÓN PLACENTARIA ANOMALA EN LA SUPERFICIE DEL FONDO UTERINO EN UN EMBARAZO ABDOMINAL (HOSPITAL DE LA MUJER)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



3 PRODUCTO E INSERCIÓN PLACENTARIA EXAGERADA EN LA SUPERFICIE DE LA CARA ANTERIOR DEL ÚTERO EN UN EMBARAZO ABDOMINAL DE 19 SDG (HOSPITAL DE LA MUJER)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN