

Embarazo extrauterino abdominal. Una sesión clínica insólita

Extrauterine abdominal pregnancy. An unusual clinical session

César Gutiérrez Samperio,* Norberto Plascencia Moncayo**

Palabras clave:

Embarazo, abdominal, diagnóstico, tratamiento.

Key words:

Pregnancy, abdominal, diagnosis, treatment.

RESUMEN

Se revisan los antecedentes históricos del embarazo abdominal. Se relata lo acontecido en una sesión clínica en la que se trató el diagnóstico y tratamiento del embarazo extrauterino, con énfasis en el embarazo abdominal. Se discute la frecuencia y cuál ha sido el manejo del embarazo abdominal en nuestro país, así como el manejo más adecuado desde el punto de vista científico y bioético.

ABSTRACT

A review of historic background of abdominal pregnancy was done. It is related the events in a clinic session about diagnosis and treatment of extrauterin pregnancy, with emphasis in abdominal pregnancy. It is discussed the frequency of this in our country and which has been the management of abdominal pregnancy, also which must be the most suitable management from a scientific and bioethical point of view.

INTRODUCCIÓN

La perspectiva del embarazo ectópico, en el cual el huevo fecundado se implanta fuera del útero, ha cambiado en los últimos decenios del siglo pasado y en lo que va de éste. Al final del siglo pasado su frecuencia aumentó de manera drástica, posiblemente por el alto uso de dispositivos intrauterinos (DIU), en particular los activados con hormonas, la fecundación asistida y la cirugía de las trompas de Falopio. En lo que va de este siglo se informa menor frecuencia, tal vez por indicaciones más precisas y una técnica más depurada en los procedimientos antes mencionados. A pesar de los avances tecnológicos de la medicina que facilitan el diagnóstico desde las primeras semanas del embarazo, persisten dilemas médicos y éticos en cuanto al manejo más adecuado en beneficio del binomio madre-hijo.^{1,2}

En la primera mitad del siglo pasado las causas más frecuentes eran: la enfermedad inflamatoria pélvica, salpingitis generalmente por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* que dejaban estenosis tubaria como secuela, lo que se agravaba con la aparición de pelviperitonitis con múltiples adherencias en los

órganos pélvicos. Con las medidas preventivas y el surgimiento de los antibióticos disminuyó esta patología, cuya prevalencia no se ha abatido en la población desprotegida con pobreza extrema. La frecuencia por alteraciones congénitas y endometriosis prácticamente no ha variado, en cambio, ha aumentado el número de obstrucción de las trompas de Falopio por adherencias postoperatorias debido al incremento de intervenciones quirúrgicas que se llevan a cabo en nuestros días.²⁻⁴

A mediados del siglo pasado el diagnóstico para el embarazo y seguimiento de la evolución de la gestación era eminentemente clínico, derivado de un adecuado interrogatorio y una cuidadosa exploración ginecológica con la determinación de la fracción beta de la gonadotropina coriónica. Gracias al uso de los procedimientos de imagenología como el ultrasonido abdominal o transvaginal (USG), métodos no invasivos que actualmente los gineco-obstetras manejan con destreza, la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN), se obtienen imágenes con detalles más finos. Al mismo tiempo se ha incrementado la certeza diagnóstica en cuanto a la presencia de embarazo, edad

* Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Cirugía. Hospital Ángeles de Querétaro.

** Academia Mexicana de Cirugía. Hospital San José, Querétaro, Qro.

Recibido: 12/02/2018

Aceptado: 15/03/2018

y su localización, con lo cual es posible planear junto con la mujer gestante la alternativa más conveniente.⁴⁻⁶

En la primera mitad del siglo pasado la mayor parte de los embarazos ectópicos tubarios se diagnosticaban cuando se rompía la trompa, con hemorragia profusa hacia la cavidad peritoneal, razón por la que era una patología a considerar en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo asociado a choque hipovolémico. Los quistes y tumores ováricos, salpingitis con colecciones purulentas se consideraban en el diagnóstico diferencial del embarazo ectópico no roto, cuyo tratamiento también era quirúrgico. Actualmente, es posible su detección oportuna antes de la ruptura mediante tratamiento por vía laparoscópica con menor morbilidad y mortalidad, procurando conservar las trompas de Falopio, aunque persiste el dilema bioético de la interrupción del embarazo.⁷⁻¹⁰

El embarazo abdominal es menos frecuente, por lo que su diagnóstico puede pasar desapercibido. Por otra parte, cuando hay complicaciones o el embarazo llega a término, no existe un criterio uniforme en el manejo durante las diferentes etapas de la gestación. El objetivo de este trabajo es revisar los antecedentes históricos del diagnóstico y tratamiento del embarazo abdominal, principalmente en nuestro medio, referir lo ocurrido en una sesión clínica en la que se trató el manejo del embarazo extrauterino y en especial del embarazo abdominal, cuyos detalles técnicos y éticos son muy ilustrativos, y finalmente discutir cuál es el manejo más adecuado desde el punto de vista científico y bioético.

Embarazo abdominal

Existen referencias aisladas de embarazos abdominales en la medicina galénica cuyo diagnóstico se realizó después de la muerte como las referencias anecdotásicas durante la Edad Media, el Renacimiento, los siglos XVII y XVIII. En los pocos casos descritos en el siglo XIX en Francia, Austria y Alemania la mayoría de los embarazos abdominales se diagnosticaron como hallazgo en pacientes con producto muerto retenido, mientras que en casos con embarazo a término y producto vivo de la gestación, el diagnóstico se hacía en el momento de practicar una opera-

ción cesárea, lo que era sorpresivo para el médico que realizaba la cirugía. Actualmente, con un interrogatorio completo, exploración física minuciosa y el uso de los estudios de imagen auxiliares como el USG, TAC y RMN es posible hacer el diagnóstico oportuno, lo que permite el control y seguimiento del embarazo, planear y llevar a cabo la cirugía en el momento más adecuado para la madre y el hijo, con menor morbilidad y mortalidad.^{7,8,10,11}

La implantación del óvulo fecundado en la cavidad peritoneal puede ser secundaria a un aborto tubario, la expulsión del embrión implantado en la mucosa de la trompa se acompaña de hemoperitoneo de poca cuantía, hemorragia que generalmente no sobrepasa 300 mililitros, además hay sangrado vaginal por la expulsión de la decidua, el dolor abdominal es de poca intensidad y no llega a presentarse choque hipovolémico. Si no se ha realizado previamente el diagnóstico de embarazo extrauterino, no es raro que se diagnostique como aborto incompleto y en algunos casos se practique un legrado uterino innecesario. La conducta en estos casos es conservadora, con vigilancia estrecha, control de los signos vitales y sólo en los casos de persistencia o incremento de los datos de irritación peritoneal estaría indicada la exploración quirúrgica, de preferencia por vía laparoscópica.^{3,12,13}

El diagnóstico del embarazo abdominal se basa en datos clínicos, el crecimiento abdominal corresponde al tiempo de amenorrea, con los signos inherentes al embarazo en las glándulas mamarias, reblandecimiento del cuello uterino y las contracciones de Braxton-Hicks indoloras, las pruebas inmunológicas del embarazo son positivas. En una exploración abdominal minuciosa es posible palpar las partes fetales muy superficiales, lo que se dificulta en mujeres obesas, en la exploración ginecológica se observa el útero con crecimiento menor al que corresponde por el tiempo de amenorrea (no mayor de 15 por 8 centímetros) independiente de las partes fetales. Este hallazgo se dificulta por la adherencia del fondo a las paredes de la bolsa. La prueba de la oxitocina con la contracción uterina después de su administración endovenosa ayuda a esclarecer el diagnóstico al permitir identificar al útero separado de las partes fetales. La presencia del feto entre las

vísceras abdominales también puede ocasionar síntomas en otros aparatos y sistemas: digestivos, urinarios o vasculares.^{4,12,14}

Los estudios de imagenología indudablemente son útiles, la radiografía simple del abdomen con técnica de partes blandas revela la pared abdominal adelgazada y las partes fetales con disposición irregular, diferente de la posición habitual intrauterina. En la histerosalpingografía, que se realiza en raras ocasiones en lugar de la imagen en media luna supracervical del embarazo intrauterino, se observa el útero vacío y poco crecido. En el medio de contraste puede apreciarse, entre las membranas, el útero y la pared abdominal, aunque este estudio cada vez tiene menos indicaciones. El USG es un estudio no invasivo que puede repetirse sin problemas cuantas veces sea necesario, permite determinar el tamaño y posición del feto, su relación con el útero, puede verse su movilidad y cercanía con la pared abdominal y otras vísceras. La TAC y la RMN estarían indicadas en casos bien seleccionados.^{6,12,15}

Una vez diagnosticado el embarazo abdominal es indispensable informarlo a la mujer portadora del mismo, hablarle con claridad de las circunstancias de su embarazo, las posibles complicaciones durante la gestación que pueden conducir a la muerte fetal, en cuyo caso deberá continuarse con la observación armada, ya que puede evolucionar hacia la absorción de partes blandas y su calcificación. Esto último se ha denominado "litopedia" y su extirpación quirúrgica dependerá del tamaño, situación y síntomas a los que dé lugar. No es raro que en un estudio de imagenología, por otras causas, se detecten partes óseas o el feto calcificado, resultado de un embarazo abdominal que ocurrió tiempo antes y que en su oportunidad no fue diagnosticado. También es necesario informarle que en caso de que el embarazo lleve a término, el procedimiento para extraerlo no será la operación cesárea habitual, que la morbilidad y mortalidad será mayor tanto para la madre como para el producto.^{4,12,16}

En los primeros casos informados de embarazo abdominal a término en la primera mitad del siglo XX existía una alta morbilidad y mortalidad, la materna por la hemorragia transoperatoria y postoperatoria al quedar los vasos nutricios abiertos, sobre los que no actúan

las ligaduras vivas de Pinard de la contracción uterina, el fracaso al tratar de hacer hemostasia en el lecho de implantación de la placenta en otra víscera o el mesenterio, lesión o isquemia de órganos al tratar de cohibir la hemorragia, complicaciones del choque hipovolémico y complicaciones infecciosas. Se informó morbilidad y mortalidad del neonato por la tardanza en su extracción y reanimación, con hipoxia neonatal y algunas lesiones del feto durante las maniobras quirúrgicas. Actualmente el consenso es no insistir en extraer la placenta, ligar el cordón umbilical y hacer hemostasia por medio de un taponamiento transitorio que requerirá su posterior movilización y extracción, solamente en los casos en los que la placenta sea factible de extirpar junto con el sitio de implantación como es el epiplón, se llevará a cabo su extirpación junto con las membranas que son avasculares.^{12,14,17,18}

Una sesión clínica insólita

El tercer sábado de octubre de 1956 tuvo lugar la sesión clínica reglamentaria en el antiguo Hospital de la Cruz Roja Mexicana, ubicado en las calles de Monterrey y Durango de la Colonia Roma de la Ciudad de México. El aula en la parte alta del local de las ambulancias estaba plena de médicos externos, médicos residentes, internos y estudiantes de medicina, entre los asistentes estaban los ginecólogos: Boris Rubio, Mario Madrazo, Jack Ovadieff y Rafael Cervantes; los cirujanos: Pablo Cruz Esparza, Alberto Villazón Sagahún, Eduardo Bravo y Edmundo Ángeles; los médicos residentes: Hidelbrando Carballido, Antonio León Pérez, Carlos Moreno Fernández y Gabino Casales Ortiz. El GEI Dr. Boris fue el encargado de coordinar la sesión cuyo tema fue "diagnóstico y tratamiento del embarazo extrauterino".

Después de una breve participación del Dr. Boris en la que presentó su experiencia tanto en el Hospital de la Cruz Roja como el Hospital Inglés (ABC), en aquel entonces localizado en la calle Mariano Escobedo, en el terreno de la colonia Polanco donde actualmente se encuentra el Hotel Camino Real, abordó la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico durante el primer trimestre. Mencionó que en el embarazo extrauterino roto el tratamiento

era eminentemente quirúrgico, que era urgente reponer el volumen circulante efectivo y pasar a la paciente al quirófano, realizar una rápida laparotomía media infraumbilical para hacer hemostasia lo más pronto posible, intentar la conservación de la trompa después de su apertura y legrado de la mucosa, cerrarla con puntos separados con material absorbible delgado (catgut crómico dos a tres ceros). Pero si la lesión de la trompa era mayor con dificultad para cohibir la hemorragia, no se debía dudar en extirpar la trompa.¹⁹

En otra parte de su intervención habló del manejo del embarazo extrauterino durante el primer trimestre, cuando se diagnosticaba antes de su ruptura el tratamiento debía ser quirúrgico con salpingotomía, legrado de la mucosa y cierre, conservando la trompa a pesar del riesgo de recurrencia del embarazo ectópico. En pacientes con proceso inflamatorio pélvico y múltiples adherencias lo más aconsejable era realizar salpingectomía, liberando de adherencias la trompa contralateral para permeabilizarla y dar oportunidad a un futuro embarazo en mujeres con maternidad no satisfecha. Debemos recordar que en ese tiempo no estaba disponible el USG, TAC, RMN, ni la cirugía laparoscópica. Se refirió brevemente al embarazo abdominal, los datos clínicos para su diagnóstico, recomendando la extirpación del feto abdominal ya calcificado, la administración de metrotexato para interrumpir el embarazo, así como su extirpación dejando el incipiente tejido placentario adherido a su sitio de implantación con taponamiento hemostático transitorio. Todo ello con el fin de evitar complicaciones graves por el crecimiento del feto durante los meses subsecuentes, la adherencia a vísceras y pared abdominal, su posible lesión y/o hemorragia durante y después de la extracción abdominal del producto de la gestación, con incremento de la morbilidad y mortalidad materna y fetal.¹⁹

Después de su presentación se inició una mesa redonda de discusión coordinada en la que participaron los cirujanos sobre aspectos del diagnóstico diferencial en el abdomen agudo por embarazo extrauterino roto, opinando sobre diversos aspectos técnicos de la intervención quirúrgica en lo que estuvieron de acuerdo los ginecólogos, quienes reafirmaron su criterio de que una vez diagnosticado el

embarazo ectópico tubario debía extirparse antes de su ruptura para no poner en peligro la vida de la madre. En relación con el embarazo abdominal el consenso fue que lo más conveniente era interrumpirlo, por la baja frecuencia de casos en los que el feto llega a ser viable, por la posibilidad de complicaciones inherentes al progreso del embarazo y por las complicaciones maternas y fetales durante y después de la intervención quirúrgica para la extracción del feto y las membranas.¹⁹

En las intervenciones de los pasantes y los estudiantes sólo se permitieron preguntas, soslayando sus opiniones. Javier Méndez González, en aquel entonces estudiante de medicina de sexto año quien realizaba su internado rotatorio en el hospital y era jefe de la guardia de practicantes número dos, en forma insistente pidió la palabra para expresar su opinión en el sentido de que el embarazo abdominal debía dejarse progresar, principalmente en mujeres que no habían logrado embarazarse previamente, en quienes por fin se lograba un embarazo de localización ectópica abdominal que podía llegar a término y ser viable. Los médicos de base con palabras burlonas menospreciaban su manera de pensar y su prematuro criterio, la opinión de los ginecólogos con larga experiencia era contraria a la del estudiante de medicina, quien terminó la discusión refiriendo el caso de una pareja española que durante mucho tiempo no había logrado un embarazo después de muchos años, él de 45 años y ella de 41 lograron un embarazo, pero éste tuvo una localización ectópica abdominal. Al cabo de 38 semanas de tórpida gestación se extrajo el producto cuya placenta estaba insertada en el mesenterio y el epiplón mayor, con producto vivo y “**ese embarazo abdominal es quien les habla**”.^{19,20}

El desconcierto de los asistentes fue total, la anterior aseveración causó un fuerte impacto no sólo entre los estudiantes que asistimos a la sesión, sino en todos los médicos presentes. El Dr. Rubio preguntó si alguien más quería expresar su opinión, pero ante el silencio de la concurrencia se dio por terminada la sesión.

DISCUSIÓN

Es necesario comentar y reflexionar sobre la intervención del pasante de medicina Javier

Méndez González, quien con el tiempo llegó a ser un gineco-obstetra connotado en su práctica profesional institucional y privada en la docencia de la especialidad en la Facultad de Medicina de la UNAM tanto en pregrado como en postgrado. Fue jefe de servicio de ginecología, jefe de enseñanza y director del Hospital de Gineco-Obstetricia número 3 del IMSS en la Ciudad de México y presidente de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. El Dr. Méndez menciona el embarazo abdominal y la conducta a seguir en cuanto al diagnóstico, vigilancia y tratamiento en su tesis para obtener el grado de doctorado, así como en varios artículos, pero en ninguno de ellos hace referencia al caso que lo afectó personalmente y que fue mencionado en la insólita sesión clínica relatada con anterioridad.²⁰⁻²²

En la mayoría de los casos de embarazo abdominal a término con producto de gestación vivo, el diagnóstico fue transoperatorio en el curso de una intervención quirúrgica planeada como operación cesárea. Existe el caso de un embarazo abdominal con neonato vivo, intervenido por el Dr. Raúl Berber en el Hospital Civil de Pachuca, Hidalgo, con la situación fortuita de que el anestesiólogo Dr. Gastón Barranco, aficionado a la fotografía, filmó en una película de 8 mm en blanco y negro y que fue proyectada en varias reuniones médicas. En los casos diagnosticados previamente deben extremarse precauciones con una vigilancia estrecha durante la gestación y la operación cesárea atípica para no lesionar al neonato con las maniobras de extracción; no empecinarse en extraer todo el tejido placentario, concretándose en ligar el cordón umbilical y hacer hemostasia por medio de taponamiento transitorio y el tejido placentario involucionará y se atrofiará. Sólo se justifica la extracción de la placenta cuando está insertada en una estructura cuya extirpación no aumenta la morbilidad o compromete la vida como es el epiplón mayor.^{23,24}

Un embarazo extrauterino implantado en la trompa de Falopio inevitablemente llevará a la ruptura tubaria, en cuyo caso la vida del embrión ya se ha perdido y el tratamiento indiscutiblemente es quirúrgico. El embarazo ectópico localizado en la trompa no puede llegar a término, pone en peligro la vida de la madre por su inminente ruptura, por tal motivo

al valorar la vida de la mujer embarazada y las posibilidades de supervivencia del embrión, se ha planteado la interrupción del embarazo, con pocas objeciones bioéticas al interrumpir una vida con nulas posibilidades de sobrevivir para preservar una útil y en posibilidades de procrear otros hijos en el futuro.^{2,3,14,25}

En el embarazo abdominal la situación es diferente, ya que puede desarrollarse y llegar a ser viable. Es importante que el diagnóstico clínico se corrobore por medio de estudios auxiliares, el US permite su diagnóstico y seguimiento para elegir, de acuerdo con la futura madre, el momento más adecuado para realizar la operación cesárea atípica. A diferencia del embarazo ectópico tubario, el embarazo abdominal sí tiene posibilidades de desarrollarse, llegar a ser viable y sobrevivir, por lo que la interrupción del embarazo abdominal no complicado no está indicada, aunque siempre será necesaria una vigilancia expectante y minuciosa, el riesgo de la vida de la madre es factor determinante para aconsejarla o permitirle que continúe con el embarazo. Contar con el diagnóstico preoperatorio ayuda a tomar todas las precauciones necesarias durante la cirugía, con el fin de evitar las posibles complicaciones del neonato durante su extracción, complicaciones maternas al lesionarse estructuras abdominales o hemorragia abundante en el tejido placentario residual.^{4,13}

El embarazo abdominal es poco frecuente, razón por la cual no se piensa en su existencia. En un estudio de 35,080 embarazos atendidos durante cinco años en el Instituto Nacional de Perinatología, 149 fueron ectópicos y seis abdominales con un solo caso de producto a término vivo, lo que representa una mortalidad fetal de 83.5%. Los primeros informes internacionales y en nuestro país generalmente se refieren a embarazos abdominales calcificados, o bien al hallazgo fortuito de un embarazo abdominal en el curso de una operación cesárea. Los casos de pacientes con embarazo abdominal a término con producto vivo han sido motivo de publicaciones, en las que se revisan los datos clínicos útiles para el diagnóstico, el uso de estudios auxiliares, la necesidad de que una vez diagnosticado se establezca una vigilancia estrecha debido a la posibilidad de complicaciones y a una emergencia quirúrgica.^{14-17,26-28}

Referirse a las condiciones del embarazo y nacimiento no constituye una falta a la privacidad del Dr. Javier Méndez González, quien falleció recientemente, ya que en vida él mismo las dio a conocer en varias ocasiones. Más bien es un reconocimiento y homenaje a un hombre con vida ejemplar, a un ginecólogo y obstetra quien durante su vida profesional atendió a gran cantidad de pacientes en las instituciones públicas y privadas, incluyendo a las esposas y familiares de muchos de sus colegas que confiamos en su competencia profesional y en su ética. Las circunstancias especiales de la sesión clínica en la que expuso su caso es un dato histórico de gran relevancia, porque lo hizo cuando estaba terminando sus estudios profesionales, pero después de graduarse realizó estudios de especialización en ginecología y obstetricia, continuó su formación científica en los estudios de maestría y doctorado, por lo que es un ejemplo del médico científico que ejerció la docencia y siempre atendió a sus pacientes con dedicación y un sentido humanista.

REFERENCIAS

1. Melnik DM, Wahl WL, Dalton KV. Management of general surgical problems in the pregnant patient. Am J Surg. 2004; 187: 170-179.
2. Roger ER, Sutton PG. Ginecología. En: Shwartz IS, Shires GT, Spencer CF, Husser CW. Principios de cirugía 6^a ed. Interamericana. Vol. II: Mc Graw Hill, México, 1995, pp. 1852-1853.
3. Plascencia MN. Padecimientos obstétricos, ginecológicos y patología digestiva. En: Gutiérrez-Samperio C, Arrubarrena AVM, Campos C FS. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. 3^a ed. El Manual Moderno, México, 2006, pp. 561-569.
4. Hajenius PJ, Mol BNS, Bossyl PMM, Aukum WM, Vender Veen T. Intervention for tubal ectopic pregnancy (Cochrane review). Issue 2. Cochrane Library. 2004.
5. Boardman LA, Peipert JF, Brody JM, Cooper AS, Sung J. Endovaginal sonography for diagnosis of upper genital tract infection. Obstet Gynecol. 1997; 90: 54-57.
6. Nishino M, Hayakawa K, Iwasaku K. Magnetic resonance imaging findings in gynecologic emergencies. J Comput Assist Tomogr. 2003; 27: 564-577.
7. Cappell SM, Friedel D. Abdominal pain during pregnancy. Gastroenterol Clin North Am. 2003; 32: 1-58.
8. Zermeño GG, Campos CFS. Abdomen agudo. En: Gutiérrez-Samperio C, Arrubarrena AVM, Campos CFS. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. 3^a ed. México, 2006, pp. 515-534.
9. Zuckerman C. Algunas consideraciones sobre embarazos ectópicos. Ginecol Obstet Mex. 1950; 5: 17-22.
10. Madrazo BM. Valoración clínica del embarazo ectópico. Ginecol Obstet Mex. 1952; 7: 21-25.
11. Usandizaga SM. Obstetricia y ginecología. En: Lain Entralgo. Historia universal de la medicina. Ed Salvat, Barcelona, 1975. Vol. VI: 353-361, Vol. VII: 352-357.
12. Castelazo-Ayala L. Obstetricia, 5^a ed, Méndez Oteo. México, 1957; tomo II: 652-692.
13. Colmenares B, López GJR, Rivas M, Silva D. Embarazo ectópico abdominal. Caso clínico. Rev Obstet Ginecol Venez. 2002; 62: 279-281.
14. Aviño J, Rodrigo F, Gallegos M Julia J, Rivelles V. Embarazo abdominal a término con feto vivo y viable. Rev Esp Obstetricia Ginecol. 1978; 37: 233-236.
15. Benavides L. Embarazo extrauterino abdominal de 7 meses. Presentación de un caso clínico. Ginecol Obstet Mex. 1948; 3: 129-132.
16. Goslin G, Rivas C, Suárez J. Embarazo abdominal con feto momificado (litopédion). Reporte de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 1994; 54: 169-172.
17. Rabago J. Embarazo abdominal a término. Ginecol Obstet Mex. 1946; 1: 229-231.
18. Rumbao F, Da Silva M, Benítez G, De Conno A, Cohen A, Pinzón A y cols. Embarazo ectópico abdominal a término. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Obstet Ginecol Venez. 2001, 61: 183-186.
19. Boletín del Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana. 1958; 4: 13-15.
20. Méndez-González J. Historia de la operación cesárea. Tesis para obtener el grado de Doctorado (Ginecología) División de Estudios Superiores. Escuela de Medicina, UNAM. México. 1961; 4, 37, 52.
21. López-Ortiz E, Rosas-Arceo S, Oseguera-Palomar JF, Uribe-Acosta R, Méndez-González J. Embarazo ectópico avanzado. Ginecol Obstet Mex. 1974; 35: 689-700.
22. Vázquez-Ramírez CO, Méndez-González J, García Medrano P. Embarazo ectópico. Análisis de 70 casos. Ginecol Obstet Mex. 1966; 21: 871-881.
23. Berber R, Barranco G. Embarazo abdominal con producto vivo. Comunicación personal. 1960.
24. Suddiford W. Primary peritoneal pregnancy. Am J Ginec Obstet. 1942; 44: 487-491.
25. Gutiérrez-Samperio C. Bioética y cirugía. En Kuty-Porter J, Villalobos PJ, Martínez GO, Tarasco MM. Introducción a la bioética. 4^a ed. Méndez Editores. México, 2015, pp. 193-220.
26. Bonafante RE, Bolaños AR, Simón PL Juárez GL, García BCQ. Embarazo abdominal. Experiencia institucional. Ginecol Obstet Mex. 1998; 66: 287-289.
27. Rosano LR. Embarazo abdominal avanzado. Ginecol Obstet Mex. 1989; 57: 175-184.
28. Márquez BM, Toro CR, Puello CJ. Embarazo abdominal. Emergencia quirúrgica. Ginecol Obstet Mex. 1991; 59: 59-62.

Correspondencia:

Dr. César Gutiérrez Samperio

H. Frías Soto Núm. 15,
Col. Ensueño, 76170,
Querétaro, Qro., México.
Tel: 442 215 8511

E-mail: cesartzsamp@prodigy.net.mx