



Consideraciones sobre algunos aspectos del embarazo ectópico Análisis de 50 casos operados*

Por el Dr. José Luis PÉREZ SALAZAR

Del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D. F.

Este trabajo no tiene la pretensión de retener dentro de su contenido todo lo referente al Embarazo Ectópico, para lo cual el estudioso puede recurrir a innumerables obras clásicas de Patología Ginecológica.

Como su título lo indica no se harán más que algunas consideraciones sobre determinados aspectos del E. E. y sobre todo algunos aspectos en los cuales el autor no está de acuerdo con lo clásicamente admitido como son definición y clasificación.

Se estudia posteriormente la etiología, incidencia y sintomatología, en donde el autor encontró material muy interesante que exponer.

El autor expone como cosa personal, 1° el signo de choque provocado; 2° una asociación sindrómica en el hemoperitoneo.

Se hacen valoraciones de estudios de laboratorio y gabinete. Se estudia la colpotomía post, el legrado, la esterilidad con relación al E. E.

Se hace una revisión del embarazo abdominal y cirugía y embarazo ectópico.

Se analizan las estadísticas sacadas de 50 casos operados en el Servicio de Cirugía de Emergencia de S. No. 1. I.M.S.S.

DEFINICIÓN

Ectópico que está o se verifica fuera del sitio normal.

En la actualidad se ha admitido como mejor el término de embarazo ectópico al de embarazo extrauterino por adaptarse el de ectópico o no caber dentro de extrauterino algunas formas de embarazo como: A) El embarazo cornual; B) Si consideramos la mitad interna de la porción intersticial de la trompa como parte de la cavidad uterina, el embarazo intersticial (diríamos interno); y C) El embarazo cervical.

Ahora bien, todas las definiciones de embarazo ectópico se han hecho en función de la implantación y comienzo del desarrollo del huevo fecundado fuera de la cavidad uterina.

Ejemplos:

A) Se dice que un embarazo es ectópico, cuando la implantación del huevo se hace en un lugar fuera de la cavidad uterina CRISTHOPHER (64).

B) Cuando el huevo se implanta en cualquier parte que no sea la cavidad endometrial KINBROUG (65).

C) Cuando el huevo fertilizado se anida y empieza a desarrollarse fuera de la cavidad uterina LEWIS (66).

Estas definiciones de E. E. son valederas para embarazo extrauterino, no prejuzgan en cuanto al nombre de ectópico que sea dentro o fuera de la matriz, pero en la definición excluyen e invalidan el embarazo que dio lugar al nuevo término, o sea, el embarazo cornual; yo agrego a éste el cervical y el de la mitad interna de la porción intersticial de la trompa.

1. En el cornual por ejemplo en un útero bicorne o no, el huevo se implanta en la cavidad endometrial.

* Trabajo de Ingreso a la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia.

* Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1956;11:468-486

2. En el cervical el huevo puede implantarse en la cavidad endometrial y secundariamente desarrollarse definitivamente en el cérvix.
3. Cuando se desarrolla el huevo en la mitad interna de la porción intersticial de la trompa sería de discutir si la implantación se debe considerar como dentro de la cavidad de la matriz, mi opinión es que así debe ser considerada.

Apoyando esta aseveración en el hecho que la mayor parte de las piezas anatómicas estudiadas de embarazos intersticiales presentan glándulas endometriales (14) lo cual demuestra que la nidación del huevo se ha verificado en la cavidad endometrial.

Todos estos embarazos están considerados como ectópicos yendo claramente en contra de la definición en lo que se refiere a los dos primeros principalmente, lógicamente o no se deben tornar como embarazos ectópicos o hay que modificar la definición del mismo.

Si tomamos como base para definir el embarazo ectópico su implantación y desarrollo errático sin prejuzgar si es dentro o fuera de la matriz caben todas las variedades dentro de la definición que proponemos: *Embarazo ectópico es aquel en el cual se anida y desarrolla el huevo fuera de su implantación normal*, en este caso se tendría que hacer la excepción de la placenta previa o incluirla dentro de una variedad de embarazo ectópico, personalmente creo que existen hechos de mucha fuerza para defender esta ponencia.

Al hacer la exclusión de extrauterino, cambiando el término por ectópico y esto se hizo para dar cabida al cornual como ectópico (66) se está admitiendo *a priori* que hay embarazos intrauterinos donde la anidación y desarrollo del huevo fecundado se verifica fuera del sitio normal, es decir, ectópicamente, pero ectópicamente dentro de la cavidad de la matriz; cosa parecida se podría decir del embarazo cervical y el de la mitad interna de la porción intersticial de la trompa que también están considerados como ectópicos. No veo razón de suficiente fuerza para no considerar a la placenta previa como un embarazo ectópico, puesto que la nidación del huevo fecundado también se verifica fuera del sitio normal, por lo tanto:

O se considera la placenta previa como un embarazo ectópico.

O se desechan el cornual y el cervical por lo pronto como embarazos ectópicos; o se busca otra definición para el mismo.

El que en la placenta previa se llegue muchas ocasiones a feliz término y en los otros casos en la mayoría de las veces no, que su evolución sea diferente es asunto que no compete a la definición.

Nosotros propondríamos la siguiente clasificación: tomando en cuenta, como en todas las anteriores, el sitio de nidación del huevo y el principio de su desarrollo. En primarios y secundarios y éstos podrían subdividirse en: embarazo ectópico intrauterino y extrauterino.

Los primeros E. E. intrauterinos de límites más reducidos éstos serían la cavidad de la matriz.

Los segundos E. E. extrauterinos, de límites más amplios, serían los de la cavidad abdominal.

Uno extra y otro intra; pero los dos serían ectópicos.

Dentro del primer grupo de los E. E. intrauterinos tendríamos al embarazo cornual, el cervical, probablemente el de la mitad interna de la porción intersticial de la trompa, la placenta previa y probablemente algunas formas de aborto que fueran causadas por una implantación ectópica del huevo, cosa muy difícil, pero no imposible, de probar.

La placenta está usualmente implantada en la pared anterior o posterior del fondo del útero y muy raramente rebasa el plano lateral del mismo.

La implantación anormal de la placenta resulta un serio pronóstico para el producto y da frecuentemente dificultades a la madre (74).

Placenta previa es la condición en la cual la implantación de la misma cubre el orificio interno del cuello, parcial o totalmente (68).

Para WILLIAMS la definición de la misma es muy semejante que para NOVAK.

Pues bien, esta implantación nervática de la placenta admitida universalmente es resultado, en la mayor parte de las veces, de la nidación ectópica del huevo dentro de la matriz, que tiene como etiología, en ocasiones, la imposibilidad de la implantación del mismo en el sitio normal por, v. gr.: endometritis o algún otro obstáculo (mioma) etc., y que son condiciones etiológicas semejantes a las que privan en todas las variedades de embarazo ectópico.

La definición actual de placenta previa concuerda perfectamente con la definición que proponemos para embarazo ectópico, es decir: *Embarazo ectópico es aquel en el cual se anida y desarrolla el huevo fuera de su implantación normal*; por todos estos hechos consideramos que la placenta previa debe ser considerada como variedad del E. E.

Dentro de los ectópicos extrauterinos estarían todas las variedades de tubario, se discutiría en dónde queda el de la mitad interna de la porción intersticial de la trompa, los ováricos, los de ligamento ancho y todas las variedades de abdominales.

Repitiendo, para que esta clasificación tuviera algún valor, lo cual queda al criterio de esta respetable Sociedad, hay que decir si la nidación ectópica debe ser considerada como tal sólo cuando se efectúa fuera de la matriz, en cuyo caso:

No tiene por qué desaparecer el término de embarazo extrauterino.

No deben ser considerados el cornual y el cervical como embarazos ectópicos.

Si se consideran el cornual y el cervical como embarazos ectópicos, se tiene que admitir la existencia de nidación e implantación ectópica del huevo dentro de la cavidad uterina y, por lo tanto, de embarazo ectópico intrauterino.

Admitida la existencia de embarazo ectópico intrauterino se tendría que admitir que la placenta previa no es más que una variedad intrauterina del mismo.

Si se admite la existencia de embarazo ectópico intrauterino, se tiene que considerar esta clasificación como admisible.

ETIOLOGÍA

No hay causa única, sino múltiples en la génesis del embarazo ectópico, en algunas ocasiones podremos decir, que fue X la causa del ectópico, en otras que intervinieron varios factores y en algunos quedará sin solución la etiología del cuadro.

Cualquier factor que interfiere el paso e implantación del huevo a su porción normal dentro del útero o que favorezca la nidación del huevo fuera de éste, nos podrá dar un embarazo ectópico.

Hay *factores ovulares*, éstos dependen de la situación del huevo en el momento en que el trofoblasto pueda implantarse, huevos demasiado grandes para transitar en la trompa a causa de una membrana granulosa adherente, o de lo rápido de la división celular. CRISTOPHER (64).

Hay *factores tubarios*:

a) Los que obstruyen o retardan el paso del huevo por la trompa.

b) Factores que aumentan la receptividad de la mucosa tubaria para la nidación.

Y factores obstructivos que podemos dividir en dos:

c) Anormalidades de la trompa que causan obstrucción al paso del huevo.

d) Factores que fuera de la trompa por su proximidad o presión pueden obstaculizar el paso del huevo.

La mayoría de los E. E. (de 97 a 99%) son tubarios, son debidos a anomalías de las mismas trompas; un mínimo de estas anomalías es congénita y la gran mayoría es debida a infección que causa obstrucción o semiobstrucción de las mismas. En el 51% de 245 casos estudiados por JOHNSON (41) el reporte de las piezas patológicas es salpingitis crónica. MUCCI'S (60) resecando ambas trompas al operar un embarazo ectópico encuentra en un 30% infección de la trompa opuesta. La condición inflamatoria previa de los anexos predispone al desarrollo del ectópico en la mayoría de los casos. DAVIS (62), HALN del Hospital de Viena en el estudio de 140 casos afirma:

“La inflamación de los órganos pélvicos por la *Neisseria* es considerada como el principal causante de las alteraciones morfológicas de la trompa y, por ende, del embarazo ectópico.”

Sabemos que el segundo germen que favorece este estado tubario es el *Estreptococo* consecutivo a sepsis puerperal o postaborto (principalmente provocado).

Se han descubierto ya bastantes casos de tuberculosis tubaria con embarazo roto (24).

FRANKEL y SCHENCK (59) decían que el embarazo ectópico se debía a la implantación del huevo fecundado en una parte del endometrio ectópico para la cual el huevo tiene un quimiotactismo positivo, demostraron decidua en el 87.5% de sus casos, pero como sabemos hay reacción decidua en la trompa en embarazos normales en muy alto porcentaje. Sólo cuando se encuentran glándulas endometriales en la decidua de la trompa, se podrá asegurar la endometriosis.

Creo que la relación de E. E. con endometriosis sería muy parecida a la que hay en la práctica ginecológica de ambas enfermedades sin embarazo.

WEST A. (14) estudiando la proporción y relación de endometriosis y embarazo tubario concluye, que la mayoría de los casos de E. intersticiales se deben a endometriosis de los istmos, muy cerca de la porción intersticial; cree que en otra parte del oviducto tiene muy poca significación y pien-

sa que la endometriosis tiene una importancia secundaria actuando más bien mecánicamente obstruyendo más años las porciones de la trompa, ya de por sí estrechas. En el embarazo ovárico es posible que la fertilización del huevo tenga lugar antes de la ruptura del folículo. También se puede pensar en tejido endometrial aberrante en el ovario, como causas extratubarias del embarazo ectópico. DAVIS (62) encuentra que un 10% de sus enfermas operadas por E. E. habían sido previamente operadas encontrando procesos adherenciales pélvicos. La proximidad del apéndice a la trompa derecha y la alta frecuencia de su inflamación nos induce a creer que en ocasiones sea factor predisponente a la infección de la trompa y a la génesis del ectópico, en nuestros casos estudiados fue necesario hacer apendicectomía en tres de ellos por considerar su inflamación como causa o efecto del padecimiento, formando en un caso una masa común la trompa y el apéndice.

Sabemos que algunas tumoraciones del ovario o de la matriz pueden ser causantes de obstrucción o pseudo-obstrucción tubaria dando origen a E. E. En nuestra casuística encontramos un quiste intraligamentario del ovario con torción de la trompa y con embarazo ampular roto.

La reacción decidual y adenomiomatosis de la trompa, pueden ser un factor etiológico de importancia en el grupo de casos no inflamatorios.

TILDEN y WINSTEDT (58) encuentran reacción de decidual en el 12% de trompas resecaadas en el pospartum con fines de esterilización. WROAKS y BRODERS (65) han reportado 81 casos de adenomiomatosis tubarias las más de las cuales eran difusas. 64% de estas pacientes eran estériles, 30% de las trompas en E. E. comparadas con 7.6% del control.

No insistiremos en rarezas como pólipos, cáncer tubario, anormalidades congenitas tubarias, diverticulosis, ostium accesorios, etc. Creemos y así lo demuestran numerosos estudios al respecto que la automedicación antibiótica o la misma retardada o insuficiente es causa de un aumento considerable en la presentación de este cuadro patológico.

Antiguamente la infección destruía los elementos de la trompa, los esclerosaba y obstruía a su luz; actualmente con el empleo de las drogas mencionadas los semidestruye y los semiocluye, obstaculizando el paso del huevo fecundado, pero permitiendo la nidación del mismo en la mucosa tubaria.

LEÓN KROHN, MS. PRIVER y M. G. GOTLLB (37) han notado un aumento muy considerable en el número de E.

E. en enfermas tratadas con penicilina de endocervicitis crónica, parametritis o salpingitis. La incidencia fue de 1 por cada 55 nacimientos, de los cuales 37 pertenecían a un hospital, cuya incidencia previa de E. E. era uno por cada 129 nacimientos; de los 55 ectópicos 24 tenían antecedentes de penicilinoterapia. El aumento en la presentación de este cuadro fue 4 veces mayor que hace 10 años. JOHNSON (41) opina igualmente que el uso de antibióticos juega un papel importante en la etiología del E. E.

SIEGELL (25) presenta evidencias que ciertas operaciones, principalmente aquellas hechas para modificar desviaciones uterinas, pueden tener influencia en el E. E.

No es raro para quien ha operado con frecuencia el E. E. encontrar en ocasiones que el cuerpo amarillo se encuentra roto en el ovario opuesto a la trompa; se le ha considerado a este fenómeno como causa probable del ectópico.

INCIDENCIA

Como el huevo fecundado puede anidar en cualquier sitio entre el folículo de Graaf y la cavidad uterina, la clasificación más lógica de las distintas formas de E. E. tendrá como base el primitivo lugar de la implantación ovular.

Cuando el huevo fertilizado se anida en un sitio permaneciendo y desarrollándose en el mismo, tendremos un E. E. primario.

Por el contrario si cambia su posición en relación a donde se anidó y continua su desarrollo, tendremos un E. E. secundario.

De los E. E. primarios o secundarios, la incidencia más frecuente de ellos es el tubario (de 98 a 99% para MARCHETTI-22) y de ellos el intersticial que representa: el 1.16% (WYNE). Para MACFARLANE y SPARLING (26) los hallazgos fueron: 60% ampular, 29% ístmico, 6% intersticial; para algunos otros investigadores el porcentaje de ampular e ístmico es más o menos igual. El aborto tubario resulta más frecuentemente del E. ampular. Para otros investigadores la relación de ovárico con E. E. es del 0.50 a 1%. Según EASTMAN el abdominal ocurre 1 cada 15,000 gestaciones. La repetición de E. E. ocurre en el 5 a 10% según distintos autores y estadísticas.

MAYO y STRASSMAN (61) encuentran que de 84 mujeres operadas de E. tubario, 31 volvieron a embarazarse; 28 de estas mujeres concibieron en la matriz solamente 47 productos normales, mientras tres sufrieron de E. tubario

repetido en el trompa restante, la oportunidad de una mujer que ha sufrido de E. tubario, es de 10 por uno de tener otro embarazo ectópico.

La presentación de E. tubario posterior a laparotomía baja, varía según distintos autores del 10 a 30%, es más frecuente en la trompa derecha, en nuestro estudio encontramos 35 derechas por 15 izquierdas. Leo BRADY (66) en un estudio del mismo número de casos encuentra 27 derechas por 23 izquierdas.

Los límites de 90 hasta 50% de predominio derecho según distintos autores.

SCHUMAN (66) recopila en el record de hospitales de Filadelfia el número de E. E. operados en un año y en el departamento de Salud, el número de nacimientos en el mismo período encontrando un E. E. por cada 303 embarazos normales, dando 3% de mortalidad materna.

CAMPBELL (39) encuentra, en 65,321 partos con producto vivo, 395 E. E. es decir, 1 por cada 165 nacidos vivos.

En el New York Lying in Hospital, hay uno por cada 268 embarazos.

JEFFERSSON encuentra un 2.24% en 3747 admisiones al departamento de Ginecología. La incidencia de SCHUMAN (66) fue de 0.33% y en 1943 era de 0.5%. BEACHAM (27) encuentra 0.95% de incidencia, casi el doble que en 1943. WYNNE FARRAR (16) encuentra que del 60 a 70% se presenta entre los 25 a 30 años, los límites encontrados son de los 13 a los 48 años. Hay muy frecuentemente historias de abortos previos, baja fertilidad, casamientos tardíos, es más común después de largos años de esterilidad presentándose en ocasiones en el transcurso del estudio y posterior a insuflaciones tubarias o histerosalpingografías. En una serie muy grande estudiada en el Hospital Johns Hopkins se reporta el 12% de primera gestación y 88% de múltiparas. El límite encontrado, según varios autores, para las primíparas es del 13 al 34%. El mayor porcentaje de E. anteriores es de 2 a 3. Es en Estados Unidos más común en la raza negra probablemente por la mayor incidencia de blenorragia en la misma.

PREDDLE MONLTON y DENNIS (40) encuentra la incidencia en negros de uno por cada 56 casos ginecológicos. La incidencia en blancos es uno por cada 88 casos ginecológicos.

SINTOMATOLOGÍA

La sintomatología tendrá variantes manifiestas en el E. E. según se trate:

- De embarazo tubario visto con antelación a su ruptura o aborto.
- O después de la perforación de la trompa o el aborto.
- Según se trate de embarazo tubario ampular, ístmico y sobre todo intersticial.
- O si se trata de un abdominal ovárico intraligamentario o cervical.

Hay que recordar también la clasificación que enseña CROSSEN (67) que nos da manifestaciones clínicas distintas según se trate de E. E.

- Antes de la ruptura.
- Hematocele.
- Hemorragias peritoneales moderadas repetidas.
- Hemorragia intraperitoneal copiosa.
- Hematoma pélvico.
- Preñez extrauterina avanzada.

JOHNSON (41) en 245 casos encuentra 64% con hemorragia interna profusa y logra 94.6% de diagnóstico correcto; 36% con pequeña hemorragia con 76% de diagnóstico correcto, lo cual demuestra que en muchos casos la dificultad o facilidad diagnóstica dependerá del estado evolutivo de la enfermedad.

CRAWFORD y HUTCHINSON (1) haciendo una revisión de los reportes de 10 años de E. tubárico (1943-1952) encuentran una discordancia muy marcada en el porcentaje de los síntomas encontrados por distintos autores con límites de por ciento que se marcan a continuación.

Dolor

La mayor parte de los autores da muy alto porcentaje teniendo límites desde 67 a 100%.

Sangrado vaginal

Siendo este sangrado variable en cuanto a la apariencia, en la mayoría de las veces es obscuro achocolatado, en otras de sangre fresca, hay concordancia en general en cuanto a la cantidad que puede ir desde la mancha sanguinolenta o escasa o de regular cantidad, en muy raras ocasiones es abundante, generalmente acompaña al dolor en 85 a 90% de los casos. Sangrado vaginal sin dolor se ha encontrado según distintos autores de 3.3 a 8.9%.

Amenorrea. Se encuentra entre 64 y 90%.

Vómito. Se presentó en 43% de los casos y náuseas en 52% de los mismos.

Dolor abdominal lo hubo del 81 al 100%.

Masa abdominal palpable de 3.2 a 12.5%.

Dolor irradiado de 25 a 44%.

Distensión abdominal de 26.4 a 41 %.

Tumoración pélvica de 93.5 a 36%.

Dolor anexial de 30 hasta 72%.

Sensibilidad o dolor intenso a la percusión del 50 al 80%.

Reblandecimiento del cuello de 10 a 49% y crecimiento uterino de 12.5 a 46.3%.

Ocupación del Douglas de 9 a 50%

Como podrá juzgarse por lo dicho, la presencia de determinado síntoma en este cuadro es muy variable y es más bien la valoración del síndrome, la correlación de tres o cuatro síntomas básicos que forman su armazón clínica y la que nos llevará al diagnóstico.

Temperatura

En nuestros 50 casos estudiados encontramos temperatura subnormal o normal en el 64% de los casos, ligero estado febril en el 16% y fiebre de 37.5° C. a 38.5° C. en el 20% de los casos; es de notarse la estrecha relación entre temperatura subnormal y alta cuenta leucocitaria con inundación sanguínea peritoneal.

Choque

El choque varía entre 8.9 a 35.2% según BOOKRAJIAN y D. RAA (57). Hay que hacer la diferenciación del Shock en la admisión de la paciente y el que se presenta en el acto operatorio, que en estas enfermas es muy frecuente. La intensidad del choque va desde ligero hasta el estado de irreversible. Su incidencia de 8.9 a 35.2% (CRAWFORD—11—). Lo hemos encontrado en el 64% de nuestros casos. La diferencia tan grande en su presentación con la reportada por los autores antes mencionados se puede explicar por la idiosincrasia especial en nuestro pueblo que en ocasiones acude a los servicios médicos cuando sus molestias son intolerables y a que nuestra estadística está sacada de un servicio de Cirugía de emergencia, donde son canalizados estos casos de extrema gravedad. El porcentaje de hemorragias profusas y shock en un servicio de Ginecología rutinaria tendrá que ser mucho menor.

Nuestro criterio para catalogar como con Shock un caso fue así: encontrar el pulso débil, hipotenso y de más de 100 x minuto (62%) así como presión arterial de menos de 100 mms. (66%). En los hallazgos operatorios encontramos de 1000 cm. cúbicos a más de hemoperitoneo (57.3%) lo cual concuerda perfectamente con nuestra valoración de pulso, presión arterial y estado general de la enferma.

Tengo como norma en el estudio de una enferma con probable E. E. hacer la cuenta del pulso, tomar presión arterial, contar respiraciones y temperatura y pedir una biometría hemática, si es posible previamente al examen pélvico; considero de gran valor para el diagnóstico de embarazo tubario roto un signo que ha llamado “del choque provocado” y que consiste precisamente en la presencia o aparición de estado de choque posteriormente al examen pélvico. Un ejemplo del mismo será más explícito.

Enferma con anamnesia de probable tubario roto, temperatura 36.8°, pulso 90 x', presión arterial 110/60 y veinte respiraciones. Posterior a la exploración pélvica que acusa matriz reblandecida, ligeramente aumentada de volumen, muy dolorosa a la movilidad con tumoración del anexo derecho como del tamaño de un huevo, muy doloroso, secreción vaginal sanguinolenta café oscuro.

A los treinta minutos de haber realizado la exploración pélvica se encontró el cuadro siguiente: Temperatura 36°, pulso de 140, treinta y cinco respiraciones, presión arterial 70/50; como es de comprender no se esperó el resultado de la biometría hemática y se procedió a operar a la enferma y se encontraron coágulos bien formados ocupando el Douglas y sangre fresca libre en cavidad peritoneal por probable hemorragia recurrente como de 150 a 200 cm cúbicos, cantidad insuficiente de sangre para provocar el choque intenso que se relata, nosotros creemos que el dolor provocado por la exploración pélvica es el principal causante del estado de Shock.

En ocasiones es de mucho valor la repetición del hematócrito y biometría hemática. Este choque provocado por la exploración pélvica sin llegar a límites tan gráficos como en el caso expuesto es muy frecuente, siendo de gran interés buscarlo. Se debe entender que la idea no es provocar el choque, sino que éste aparece espontáneamente después de una exploración pélvica normal. La rutina que yo sigo en estos casos es tomar pulso, presión arterial, respiraciones principalmente antes de la exploración de la pelvis; inmediatamente después de ella a los 15 ó 30 y 60 minutos después de realizada la exploración volver a vigilar a la enferma.

Hemoperitoneo

Con el hemoperitoneo de distintas cantidades he encontrado frecuentemente la asociación sindrómica siguiente: estado de Shock o de anemia (variables), dolor abdominal alto en ocasiones, temperatura subnormal y alta cuenta

leucocitaria. WORD (34) encuentra hemoperitoneo en el 90.7% de sus casos. LANGMAN y GOLDBLATL (49) lo halla de 500 cc. o menos en 35% de sus casos de 500 a 1500 en 40% y de más de 1500 en el 14%; datos parecidos a los nuestros. Diagnóstico preoperatorio: el de más bajo porcentaje de error es de 10%.

Incidencia de Mortalidad

Una mortalidad de 0.25 a 29% se puede considerar baja y es la que reportan hospitales de la Unión Americana. Se han publicado unos cuantos trabajos de los últimos años con 0% de mortalidad. TORPIN (56) cree que el promedio de mortalidad en esta enfermedad en los E. U. es de 10%, la mortalidad nuestra en los 80 casos operados es de 0%.

Estudios de Laboratorio

Los análisis no nos dan mucha ayuda para el diagnóstico de E. E. aunque en muchas ocasiones nos puedan ser útiles. *Biometría*.-La cuenta leucocitaria suele ser arriba de 10,000 con neutrofilia. La hemoglobina hasta abajo de 15% es frecuente; el hematócrito en las grandes hemorragias suele ser bajo. La sedimentación globular puede ser normal o acelerada a más de 30 mm por hora. Para Te LINDE (70), la biometría no tiene valor esencial para diferenciar E. E. y Salpingitis.

Reacción de Embarazo.

La reacción de *Friedman* es positiva en el 75 al 80% de los casos. Se ha recomendado por ser más rápida la respuesta, hacer la prueba de la *Xenophus*.

Otras pruebas.

Dutta-CHOUDHURI Y CHAKRABOR (10) con la prueba de Richardson (estróna libre en la orina), encuentran un resultado positivo en 96.4% de casos.

BIROL (7) encuentra que la cuenta eritrocitaria en la sangre tomada por punción del Douglas es más alta que la extraída por punción del dedo (sangre periférica).

BOWL (20) y asociados practican arteriografía retrógrada de arteria ilíaca en casos de embarazo tubario que en algunos casos demostraba la placenta tubaria.

LAWRENCE (35) usa solución acuosa para practicar histerosalpingografía dando imágenes radiológicas de E. E.

Punción del Douglas en manos de CASULL (13) reporta que de 224 E. E. en 67 practicó punción, con lo cual realizaron el diagnóstico en 64.

WINKLER y CAPRATO (55) practican la aspiración de sangre del Douglas en 197 casos, hicieron 2 perforaciones accidentales de intestino sin consecuencias mayores, estos autores no creen encontrar más contradicciones para este método que el Shock o la urgencia operatoria en 119 casos de sospecha de E. E. La operación fue innecesaria sólo en 3 casos.

El uso rutinario de la culdoscopia, en manos de otros autores, ha encontrado un 90% de éxitos.

En México en el Hospital Alemán Pérez, el Dr. Donato RAMÍREZ está trabajando con éxito la peritoneoscopia en casos sospechosos de E. E.

Colpotomía posterior y E. E.

Hay muchos Ginecólogos que en la actualidad pregonan este método para confirmar el diagnóstico de E. E. o rechazar la laparatomía, en caso contrario y no solamente utilizan esta vía como método exploratorio sino en ocasiones han extraído la trompa afectada por la vagina, sin ser necesario intervenir por el vientre.

Entre otros, BRADBURY (1) y JOHNSON (41) la usan rutinariamente en todos sus casos sospechosos, mejorando con este método el índice de sus diagnósticos correctos preoperatorios. El primero de 58 pacientes en que practicó colpotomía-post en 16 casos pudo extirpar la trompa sin laparatomía.

Legrado y Embarazo Ectópico

BRADBURY (1) en 75 pacientes con sospecha de ectópico, eliminó de la operación a 17, después del examen pélvico uterino; en ocasiones se podrán encontrar bajo anestesia o la dilatación y el legrado restos ovulares. BORNER (12) en 30 embarazos ectópicos en varios estados de evolución ya intacto, roto o abortado, encuentra verdadera decidua solamente en 14 legrados. Y en las 16 restantes encuentra el endometrio con fase lútea, inicial en 2, media en 11 y 3 premenstrual, concluyendo que la formación de decidua en la matriz es muy variable en el E. E.

SHULTER (23) en 42 E. E. no encuentra decidua en 17 de éstos y 8 eran E. tubarios rotos, o abortos tubarios, 1 intraligamentario. En otra serie de 53 E. E.; en 45 no había decidua y en 6 no había metrorragia, y solamente se encontró decidua uterina en 8 y en el mismo número de casos se encontró además decidua tubaria, lo que sugiere influencia local del huevo para la formación de la decidua.

ROMNY (3) encuentra 22 reacciones deciduales uterinas en 115 casos de E. E. Se puede concluir: a) El no encon-

trar decidua en endometrio no descarta E. E. y un legrado seco, sin decidua ni vellosidades coriales, nos debe hacer pensar en E. E.

b) El encontrar endometrio normal, no debe hacernos excluir el diagnóstico de E. E. El 75% de los endometrios estudiados por ROMNEY, no se distinguían de endometrios normales. c) El encontrar vellosidades coriales es sugestivo de que no se trata de E. E., pero no lo excluye completamente, pues pueden existir los dos o ser una gestación intersticial.

Esterilidad y Embarazo Ectópico

GRANT (9) investiga a 259 mujeres que habían padecido E. E. y encuentra muy baja fertilidad, solamente una tercera parte de las enfermas volvió a embarazarse. De 1,214 pacientes que se atendían de esterilidad por diversas causas y se embarazaron, 26 desarrollaron E. E. En 370 enfermas que se les practicó insuflación de trompas la frecuencia de E. E. fue 25 veces mayor que en la mujer normal.

COOK y BUTT (5) de 70 pacientes operadas de E. E., 7 de ellas fueron reoperadas por E. E. anterior, 40 de las 63 restantes estaban en estudios de esterilidad, la incidencia de repetición de E. E. fue de 14.3%. A 25 pacientes se les había practicado Histerosalpingografía, 16 mostraron residuos de substancia en la trompa, 9 oclusión y 4 trompas normales.

PREDDLE (40) encuentra que 54% de sus casos tenían de 4 ó más años de infertilidad y recibían tratamiento. Para CARRABBA y SILBUHLATT (38) el 37% de sus casos padecían de esterilidad primaria o secundaria. Sería interminable hacer resumen de los datos encontrados por distintos investigadores, bástenos saber que todos concuerdan en el hecho de que es muy alto el porcentaje de E. E. en enfermas con absoluta o relativa esterilidad, primaria o secundaria y bastante frecuente después de que se hace Insuflación, Histerosalpingografías o tratamiento con antibióticos. Evidentemente hay muy estrecha relación entre infección, esterilidad, E. E.; una gran cantidad de enfermas que padecieron de ectópico y se trataban de esterilidad, tenían antecedentes francos de Salpingitis.

Embarazo Abdominal

Ocurre según EASTMAN (75) uno por cada 15,000 gestaciones, se clasifica en primario y secundario. Según FRAGOSO (63) en 40,000 partos ocurridos en el H. Juárez se encon-

traron 15 embarazos abdominales (1 x 2,666 partos). El porvenir de la gestación es variable, algunas veces muere el producto tempranamente, otros sobreviven por algunos meses, llegando en raras ocasiones a término, finalmente otros evolucionan hacia formación de lithopedion; los productos de término frecuentemente mueren al poco tiempo de nacidos, muchos nacen con malformaciones.

SPRAGUE y SPRAGUE (54) ha encontrado descritos en la literatura 416 casos de embarazo extrauterino e intrauterino simultáneos.

Otros investigadores han encontrado en 316 casos de embarazo abdominal, feto vivo en 158. URGMAN señala que la supervivencia de madre e hijo se presentó en sólo 50 casos.

Otros investigadores reportan 22 casos con el hecho excepcional de un feto sin anomalía y supervivencia de la madre.

Hay muchas variedades de Embarazo abdominal.

WOLFE y NUGUS (50) reportan 3 casos en el ligamento ancho secundarios a ruptura de la trompa en el borde del mesosalpex. Hay casos referidos de embarazo del ligamento ancho llegado al término.

HAZLET (51) reporta el hecho curioso de dos embarazos abdominales a término en la misma paciente, con productos madre vivos; hubo pequeña cantidad de sangre en el primero y dolor abdominal durante toda la gestación en ambos.

HUBINONT (21) reporta un embarazo abdominal a término como complicación secundaria de una miomectomía.

BURGEON y SHAPIRO (42) reportan embarazo abdominal a término, con madre y producto vivos, secundario a ruptura de útero doble.

NED TIJDSHT (43) refiere un caso de Embarazo hepático primario.

GRIMESWA (45) y asociados relatan dos embarazos abdominales sucesivos asociados con útero bicornis unicollis.

SEREBRYA KIVA y KANSHIN (47) reportan otro caso de E. E. con implantación en el hígado.

PORTUONDO-VALDOR y BAIOLA (48) de La Habana encuentran un embarazo abdominal de la celda esplénica con madre y producto vivos.

En lo personal me correspondió ver un caso de E. abdominal a término, que me tocó presenciar, no diagnosticado como tal, sino considerado como muerte fetal intrauterina; se practicó, con fracaso, la inducción del parto en dos ocasiones, insistiendo después en querer dilatar el cérvix usando dilatadores que realizaron una falsa vía por

el Douglas, con hemorragia profusa; muriendo la enferma al iniciarse la laparotomía y encontrándose embarazo abdominal a término.

Dentro de los 416 casos reportados por SPRAGUE de intrauterino y extrauterino simultáneos se pueden encontrar una enorme variedad de casos. SALA y RAPAPORT (53) reportan Embarazo ovárico roto y embarazo uterino normal.

Se han descrito casos de Embarazo simultáneo intra y extra uterino a término, con ambos productos vivos.

SCHRAMM (32) reporta dos casos ambos con gestación tubaria e intrauterina, simultánea y con parto a término después de la operación del ectópico. En 395 casos reportados encuentra nacimientos de los dos fetos en 11 casos.

DI-PAOLA y VÁZQUEZ FERRO (33) encuentran 3 casos de E. intrauterino y extrauterino en 216 ectópicos y dicen que debe sospecharse esta eventualidad cuando haya dolor en fosa iliaca, inflamación anexial, anemia aguda, sangre en punción del Douglas, de sangrado vaginal con signos de E. E.

Mencionaremos aquí reportes hechos de embarazo intersticial bilateral (30) de Embarazo Tubario Bihüeral mucho más frecuente. En nuestros casos encontramos una vez el embarazo tubario doble; embarazos intrauterinos y extrauterinos en 28 casos con el intrauterino a término en 7; ovárico en 29 casos.

FRACHMAAN (19) reporta embarazo tubario a término no roto.

Gómez-Peña (52) y colaboradores, hacen el reporte de un Embarazo tubario gemelar a término, un feto pesaba 3,340 Kgs. y era de 54 cms. y el otro de 120 g y 25 cm. Con un análisis cuidadoso de esta enorme variedad de casos, se podrá pensar con cuantas dificultades tropezará el clínico muchas veces para llevar a un diagnóstico correcto y sin embargo encontraremos los síntomas generales y los signos de todo embarazo. Las manifestaciones en el embarazo abdominal avanzado son similares a las del tubario. La hemorragia interna se podrá presentar en cualquier momento, si el feto continúa vivo, la hemorragia externa será mínima o ausente, el síntoma principal es generalmente dolor moderado e incomodidad durante toda la gestación, si sigue el desarrollo del producto muchas veces nos hace pensar en la amenaza de un aborto o parto prematuro. En muchas ocasiones la tumoración extrauterina se puede confundir con la matriz debido a su proximidad. Si progresa el embarazo, las partes fetales serán más fácilmente palpables y durante las contracciones uterinas se notaría que no hay

cambio alguno en el producto y la matriz contraída se identificará a un lado del mismo. Los ligamentos redondos no se palpan. En muchas ocasiones el diagnóstico no se hará sino después de intentar practicar una cesárea por trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal y dificultad de dilatación de Cx, o fracaso en el descenso del producto. En ocasiones la histerosalpingografía será de mucha utilidad. La conducta a seguir hecho el diagnóstico, será diferente en caso de feto vivo o muerto.

BARRET (44) dice hecho el diagnóstico de Embarazo Abdominal, cree que debe operarse sin esperar a que llegue a término. BECK (69) dice que el pronóstico no es peor después del 8o. mes de embarazo que si se interrumpe el mismo después del 50. mes, si no hay mayor complicación, prefiere por tanto esperar después de que el feto sea viable.

Embarazo Intersticial

FELMIUS y PREDOWITS (4), reportan 45 casos de E. Intersticial de un total de 944 E. E. dando un 4.7%. Con estado de choque profundo en 71.2%. La perforación es más tardada generalmente que en las variedades tubarias y se presentó entre las 5 y 12 semanas; la terapéutica consistió en histerectomía; el diagnóstico se basó en el dolor y alargamiento de uno de los cuernos como se sabe es el de más grave pronóstico de los tubarios, con frecuencia creo que se confunde el embarazo intersticial, sobre todo en la mitad interna con el cornual asociado a malformaciones uterinas.

Ovárico

Para AHUMADA la incidencia es de 0.5 a 1% de los E. E. Para catalogar un embarazo de Ovárico es necesario que siga los postulados de SPIEGEL-BERG (74). a.-La trompa del lado correspondiente debe estar intacta y separada completamente del ovario. b.-El saco fetal debe ocupar la porción normal del ovario. c.-El mismo saco habrá de estar unido al útero por medio de ligamento ovárico. d.-Debe existir tejido ovárico en las paredes del saco.

Embarazo Cervical

Es probablemente el más raro de todos los E. E. aunque cada año se reportan nuevos casos. DECARLS (15) propone, la teoría de que una disfunción neuroendocrina es la responsable de la implantación patológica del huevo y se apoya en las investigaciones de PALMER (73) que por métodos radiomanométricos ha demostrado el diferente tono uterino, del cuerpo y de istmo en los diferentes períodos del

ciclo menstrual, la alteración o la inversión de ese ritmo en relación al tono y las contracciones uterinas podrían provocar la implantación del huevo en el Cx.

YENEN (8) reporta, un caso de E. E. cervical simulando un cario epitelioma, con resultado de E. E. en el reporte histopatológico. RUBIN y REINHARDT (18) reportan las terribles hemorragias que se presentan en este tipo de gestación ectópica en evoluciones avanzadas, no salvando a las pacientes sino la histerectomía total.

Cirugía

STROME (2) reporta el caso de un embarazo tubario no roto extraído sin sacrificar la trompa enferma a la cual ya se había sacrificado la trompa opuesta, con resultado de dos embarazos uterinos posteriores. JAUCH (31) describe la evolución después de cirugía conservadora tubaria en una enferma: 1935 con salpingoforectomía derecha por E. tubario roto; 1936 aborto tubario izquierdo con resección parcial trompa izquierda; 1939 parto normal a término; 1940 parto normal a término y 1950 E. E. trompa izquierda. Como estos reportes hay gran número de ellos y si tenemos en cuenta que una mujer que ha padecido de E. E. tiene probabilidades de 10 a 1 de tener nueva gestación uterina o ectópica, se podrá valorar el éxito logrado en determinados casos con la cirugía conservadora. El criterio a este respecto debe ser normado por la edad, situación económica de la paciente, el número de hijos, previas operaciones por E. E., etc. En el estudio de 245 casos reportados por JOHNSON (41) en un primer grupo con manifestaciones de hemorragia interna profusa que se presentó en 64% de ellos, en el 86% practicaron salpingectomía. En el segundo grupo de casos que no manifestaban gran hemorragia interna, 37 salpingectomía bilateral y unilateral; 26% anexeotomía, en el 38% simultáneamente se practicó apendicectomía; 21% histerectomía y en el 96% de los casos colpotomía posterior. En nuestros casos sólo se practicó una histerectomía por E. intersticial, la apendicectomía sólo la realizamos en casos muy contados, pues consideramos que lo que quede de sangre del hemoperitoneo es un campo de cultivo microbiano excelente y por lo tanto un riesgo para la paciente.

NUESTRA CASUÍSTICA

El embarazo ectópico, ocupó en el Servicio de Emergencia del Sanatorio No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro So-

cial durante 1954, el 3er. lugar dentro de las operaciones de vientre de emergencia después de la apendicitis aguda y la hernia extrangulada. Fueron en número de 26 y representaron el 17.3% en operaciones de emergencia de vientre, quitando el apéndice, en perforación de víscera hueca, sumó más que todas las encontradas en aparato digestivo.

Embarazos ectópicos izquierdos	30%
Embarazos ectópicos derechos	70%
Edad de 22 a 30 años	68%
Edad de 31 a 40 años	28%
Edad de más de 40 años	4%

El número total de embarazos ectópicos analizados es de 80:

10 en 1951.
24 en 1952.
20 en 1953.
26 en 1954.

Sin duda que el número de embarazos ectópicos operados en este Servicio y en este período de tiempo, es mayor, pero por dificultades inherentes a la organización del hospital no pudieron obtenerse varios expedientes.

La *mortalidad* de los 80 casos operados fue de 0%.

Dolor se presentó en el 100% de los casos.

Dolor en bajo vientre en el 96% de los casos.

Dolor hipogástrico: 18 casos (36%).

Dolor en fosas ilíacas: 30 casos (60%).

Dolor epigástrico: 1 caso (2%).

Dolor precordial: 1 caso (2%).

Tipo del dolor: intenso, constante, con exacerbaciones, con sensación de puñalada, otras veces intermitente de diferente intensidad, con pesadez, sensación de llenura, disconfort, las crisis dolorosas en el caso de dolor intermitente se pueden originar con la exploración; los movimientos, el coito, la defecación, en otras ocasiones el dolor puede ser de mayor intensidad sobre todo en el ectópico no roto.

Irradiaciones del dolor: -Por orden de frecuencia han sido:

a) Región Sacralumbar; b) Epigastrio (Inundación Peritoneal); c) Muslo; d) Flancos; e) Vagina - Recto; f) Periné; g) Región Paravertebral; h) Región Escapular (Inundación Peritoneal) e i) Hombros. (Inundación Peritoneal).

Muchas veces son múltiples las irradiaciones del dolor y es de notar que en los casos de grandes inundaciones

peritoneales el sitio de mayor intensidad del dolor es en el vientre alto y aún la región precordial.

Síntomas que acompañaron al dolor

La combinación de varios de ellos nos dan el cuadro clínico:

- 1) Amenorrea
- 2) Escurrimiento sanguíneo vaginal
- 3) Náuseas
- 4) Vómitos
- 5) Ansiedad
- 6) Palidez
- 7) Polipnea
- 8) Escalofrío
- 9) Taquicardia
- 10) Hipotensión
- 11) Sudor
- 12) Lipotimias
- 13) Sed
- 14) Pérdida temporal del conocimiento
- 15) Astenia, Adinamia
- 16) Pujo
- 17) Sensación estaca en recto
- 18) Constipación
- 19) Meteorismo
- 20) Dolor a la defecación
- 21) Tenesmo Vesical
- 22) Síndrome de obstrucción intestinal
- 23) Fiebre

Amenorrea

- Sin Amenorrea: 5 casos (10%).
- De días a 1 mes: 20 casos (40%).
- De 1 a 2 meses: 20 casos (40%).
- De más de 2 meses: 5 casos (10%).

Exploración abdominal

En todos los casos se encontró dolor a la palpación profunda; los signos encontrados fueron hiperestesia cutánea e hiperbaralgesia, defensa localizada, defensa generalizada, no defensa, meteorismo, reflejos abolidos, Blomberg positivo; en ocasiones tumoración en fosas ilíacas o mesogastrio, signo del psoas positivo, etc.

Exploración Ginecológica

Los signos más frecuentemente encontrados fueron:

a) Escurrimiento sanguíneo. b) Muy dolorosa la movilidad del cuello y la matriz. c) Fondos de saco ocupados por tumoración y dolorosos. d) Grito del Douglas.

En cuanto a la exploración de matriz se encontró: a) Cuerpo crecido y blando. b) Tamaño normal pero blando. c) Consistencia y tamaño normales. En cuanto a la posición, lo más frecuente fue encontrar ligeros anteversiones, anteflexiones o desplazamientos laterales.

En cuanto al cuello se encontraron las siguientes variedades: a) Blando y cerrado. b) Blando y entreabierto. c) Duro y cerrado.

Sangrado vaginal

Casi siempre fue en poca cantidad, más frecuente de color oscuro o como simple desecho café. El porcentaje de sangrado vaginal en casos fue de 90%.

Presión arterial

Más de 120	1 caso.
Más de 110	3 casos.
110 ó menos	12 casos.
100 ó menos	20 casos.

Pulso

Hasta 80	6 casos.
Hasta 90	13 casos.
Hasta 100	14 casos.
De 100 a más	17 casos.

Como en 10 casos se practicó la maniobra ya descrita para investigar el choque provocado por la exploración pélvica siendo siempre positiva.

Temperatura

Hasta 36.5:	18
36.5 a 37.0:	14
37.1 a 37.5:	8
37.5 a 38:	6
38.0 a 38.5:	4

Es decir, temperatura subnormal o normal en 64%, ligero estado febril: 16% y fiebre en 20%.

Estado de Shock

Encontramos en el 64% de las pacientes, en muchas de ellas se acentuó este estado o se despertó consecutivamente a la exploración pélvica.

Hemoperitoneo

Hasta 500 c.c. en el 36.7% de casos.

De 1000 en adelante en el 57.3% de casos.

No hemoperitoneo en el 6.0% de casos.

CASUÍSTICA

Embarazo tubario roto: 45 casos.

Embarazo tubario no roto: 3 casos.

Tubárico: 48 (96%).

Istmico y ampular 47

Intersticial 1

Embarazo con implantación en el ligamento ancho:

1 (2%).

Tubárico bilateral: 1 (2%).

Con complicación apendicular: 3 (6%).

Embarazo ovárico: 1 (2%).

Previamente operadas de otro ectópico: 3 (6%).

Operaciones

Salpingectomías totales:

Bilaterales: 3 (6%).

Unilaterales: 42

Con Apendicitis: 3 (6%).

Solas: 39 (78%).

Anexectomías: 4 (8%).

Ooforectomía total: 1 (2%).

Histerectomía subtotal.

Anexectomía unilateral: 1 (2%).

Nuestra estadística quirúrgica comparada con todas las revisadas es la más conservadora en cuanto a porcentaje de histerectomías, anexectomías, o salpingectomías bilaterales.

Biometrías hemáticas tomadas en 16 casos

Leucocitosis: 8 casos.

Eritropenia: 14 casos.

Neutrofilia: 12 casos.

Hematócrito bajo: 14 casos.

Lo que demuestra que su valor es muy relativo.

Encontramos con frecuencia leucocitosis muy alta con temperatura normal o hipotérmicas en casos de inundaciones peritoneales. Tiene valor sólo para normar nuestro criterio, en cuanto a la cantidad de sangre por transfundir.

Reportes anatomopatológicos

Tenemos 41 reportes anatomopatológicos de las piezas; en ocasiones las respuestas afirmaron el embarazo tubárico. En otras se reportaron trompas dilatadas con hematosálpinx, presencia de vellosidades coriales y existencia de restos coriales. También se encontró trompa con endometriosis y extrauterino. Trompa con proceso infiltrativo crónico inespecífico, vellosidades coriales, restos ovulares. Vasodilatación y extravasación sanguínea muy intensa.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1º.- Se sugiere una definición de Embarazo Ectópico, por pensar que la actual no es correcta.
- 2º.- Se propone una nueva clasificación de Embarazo Ectópico, por pensar que ésta abarca todas las variedades del mismo.
- 3º.- Se hace una revisión de la etiología de Embarazo Ectópico y se concluye que no hay una sola causa sino múltiples, siendo la principal la infección.
- 4º.- Se hace una revisión de la incidencia de Embarazo Ectópico encontrando un aumento muy considerable del mismo en los últimos años, debido quizá al uso de los antibióticos y a maniobras de gabinete y operaciones usadas en el estudio de la enferma Ginecológica.
- 5º.- Se hace una revisión de la sintomatología del Embarazo Ectópico analizando porcentajes de los síntomas encontrados por distintos autores. Se concluye que para el diagnóstico no tiene mayor valor la presencia de un síntoma, sino la correcta valoración del síndrome.
- 6º.- Expongo las rutinas seguidas en la exploración de una enferma con probable embarazo ectópico. Para la confirmación de un caso positivo se describe un signo que he llamado "choque provocado" y el cual se presenta en el embarazo ectópico roto.
- 7º.- En el hemoperitoneo de distintas cantidades, he encontrado frecuentemente la siguiente asociación sindromática.
Estado de shock o de anemia variable.
Dolor abdominal alto, en algunas ocasiones.
Temperatura subnormal.
Alta cuenta leucocitaria.
- 8º.- Se hace la valoración de los estudios de laboratorio e investigaciones de gabinete como: Determinación de

biometría hemática, cuenta leucocitoria, hemoglobina, hematócrito y sedimentación globular; Van Den Berg (directo tardío), Friedman, prueba de Xenophus, prueba de Richardson, arteriografía retrógrada de la arteria iliaca, histerosalpingografía. Punción del Douglas, culdoscopia, peritoneoscopia, etc.

- 9º.- Se valora la colpotomía como medida diagnóstica y tratamiento en el embarazo ectópico.
- 10º.- Se estudia la relación entre legrado y embarazo ectópico.
- 11º.- Se hace revisión de relación entre esterilidad y embarazo ectópico.
- 12º.- Se hace una revisión acerca del embarazo abdominal.
- 13º.- Se hace una revisión de cirugía y embarazo ectópico y de cirugía conservadora en embarazo ectópico.
- 14º.- Se presenta el estudio de 50 casos de embarazo ectópico vistos en el Sanatorio. Núm. I, Servicio de Emergencia del I.M.S.S.

BIBLIOGRAFÍA

1. BRADBURY, W. C.- *West J. Surg* 60; 377-386 August 1952.
2. STROMME. A.-*Obst. & Gynec.* 1-472 abril 1953.
3. ROMÉY.- *Year book Obst & Gynec*, 1951 p. 60.
4. FELMUS L. B. PREDOWTTS P.- *Am. J. obst Gynec*, 1953.
5. COOK D. G. y BUTT J. A.- *Am. J. obst. Gynec.*, 1933-66-3.
6. PAPADIA S.- *Quart clin ostetyinec* 1953 8-7 (375-396).
7. BLROL A. E.- *Excerpta Médica*, Vol. 7 No. 81954, pág. 326.
8. YEKEX. Loc. cit. (7).
9. GRANT A.- *Med. J. Aust*, 1953-40-II-22 (817-819).
10. DUTTA CHOUDHURI R. and IHA KRABOR Ty K. P.- *Journal Obst & Gynec. Calcutta*, 1953 4-2 (151-155).
11. CRAWFORD E. and HUTCHINSON M.- *Am J. Obst & Gynec.*, 1954 67/3 (568- 584).
12. BORNER.- *Gynec. et Obst.*, 4-197-201, 1952
13. CASULLO.- *Acta obst. Et Gynec. Scandinav*, 32-104, 1953.
14. WEST A.- *Acta obst. Gynec. Scand.*, 1954, 33/1 (69-82).
15. DECARIS M.- *Klim Radovi* (Zagrev), 1953, 1-2 (170-190).
16. FARRAR.- *Am J. Obst.* 79-733, 1919.
17. WYNNE.- *Johns Hopkins Hosp. Bull*, 30-15, 1919.
18. RUBIN and REIMHARDT.-*Surg. Gynec. Obst.*, 13-625, 1953.
19. FRACHTMAN K. G.- *Am. J. Surg.*, 1953, 86-2 (161-168).
20. BOWEL V., FERMSTROM I. and WESTMAN. A.-*West J. Surg.*, 1953, 61. 5 (223-229) Illus.
21. HUBINONT, *Gand.- Brux Med.*, 1953, 33- 24 (1256-1263) Illus.
22. MARCHETTI. - *Am J. Obst. O Gynec.* 52-541, 1946.
23. SHULTES.- Mencionado por G. de Weira *Gynec. et Obst.* 4, 197-201, 1952.
24. BURNS W. T., BURNS F. D.- *Am J. Obst.* 1953, 66-2 (429-431).
25. SIEGEL A.-*Zentralbl F. Gynec.*, 57-686, 1933.
26. MAC FARLANE K. T. and SPARLING D. W.-*Am J. obst. & Gynec.*, 51-343, 1946.
27. BEACHAM W. D., COLLINS C. G., THOMAS E. P. and BEACHAM D. W.- *J. A. M. A.*, 136-365, 1948.
28. STEADMAN H. E.-*Obst. & Gynec.*, 1953, 2-3 (277-280).
29. RANNELS H. W.-*Obst. & Gynec.*, 1953, 2-3 (281-282).
30. BUGSTRAND A.-*Acta Obst. & Gynec. Scand*, 1953, 32-3 (349-351) Illus.
31. JAUCH W. A.-*Gynec.* (Bassel), 1951, 132-16 (384-388).
32. SCHRAMM Z. B. L.- *Gynec. K.*, 1952, 74/ 50 (1984-1988).
33. DI PAOLA G. y VÁZQUEZ FERRO.-*Prensa Médica Argentina*, 40-3 (143-147).
34. WORD B.-*Surg., Gynec. & Obst.*, 92-333, 1951.
35. LAWRENCE R. F.-*Brit. J. Radiology*, 1952, 23-291 (161-162).
36. BLANGUERNON M. and BASCH. - *Soc. Franc. Gynec.*, 1952, 22-3 (140-144).
37. KROHN L., PRIVERS M. S. and GOTTLIL. -*J.A.M.A.*, 1952, 150-13 (1291-1292).
38. CARRABBA, S. Ra. and LILBERBLATH.-*Am. J. Obst. Gynec.*, 1952 64-5 (1154- 1158).
39. CAMPBELL R. M. - *Am J. Obst. & Gynec.*, 1952 I (54-62).
40. PREDDLE H. D., MOULTON C. W. and DENNIS M. S. - *Am. J. Obst. Gynec.*, 1952, 64-3 (1093-1 1101).
41. JOHNSON.- *Am. J. Obst. Gynec.*, 1952, 64-3 (1102-1110).
42. BURGEIS G. A. and JHAPIRO M. W. -*New England J. Med.*, 1952, 247-3 (84-87).
43. NED VAN DE LOO J. W. -*Tijdschr Verloox K.*, 1952, 521 (25-39).
44. BARRET M. E. - *Am J. Obst. Gynec.*, 1952, 64-5 (1061-1072).
45. GRIMES W. A. and FISH S. G. -*Am. J. Obst. Gynec.*, 1953, 65-2 (411-412).
47. SEREBRYA Kova A. G. and KANSHIN A. - *Ginek*, 1952, 5 (90).
48. PORTUONDO VALDOR A. L. y BAROTA RIVERO R. - *Hosp. Univ (Habana)*, 1952, 4-2 (215-235).
49. LANGMAN L. and GOLDBLATT M.-*Gynec. & Obst.*, 69-65, 1939.
50. WOLFE S. A. and NEIGUO.-*Am J. Obst. and Gynec.*, 1953, 66 I (106-117).
51. HAZLETT W. H.-*Obst. & Gynec.*, 1933, 1-3 (313-316).
52. GÓMEZ PEÑA, MERCHAN R., LÓPEZ RIZZO y MARQUEZ.- *Rev. Obst. y Ginec.* (Caracas) , 1953, 3-3 (376-379).
53. SALA S. L. y RAPAPORT.-*Sem. Méd. (B. Aires)*. 1953, 103-16-765, 1951.
55. WINKLER, C.-*Am J. Obst. & Gynec.*, 1953, 64 (340).
56. TORPIN R. - *Bull Univ. Hosp.*, 5, 1944.
57. BOOKRAJAM L. - *Am J. Lurg* 82, 432, 1951, 94-41, 1953.
58. TILDEN I. L. and WINSTEDTAM.-*J. Path.*, 19-1043, 1943.
59. FRANKEL J. M. and SCHEK. S. E.- *Am J. Obst. & Gynec.*, 1937, 33-393.
60. NUCCI R. C. - *Pensylvania M. S.*, 49-95 3, 1946.
61. MAYO C. W. and STRASSMAN J.-*Gynec. & Obst.*, 67-47, 1938.
62. DAVIS.- *Surgical Clinics of North America*, April, 1937. Chicago-number.
63. FRAGOSO, DAVID.-*Rev. Cirugía* (México), 14, 1955, pág. 131.