

EMBARAZO EPTOPICO

Revisión de 140 Casos

Hospital Vicente D'Antoni

Dr. Jesús Alberto Vásquez C. (*)

Dr. Marcial Vides Turcios (*)

Dr. Osear Sabillón Rivera (^)

El óvulo fecundado normalmente se implanta en las zonas donde el endometrio cavitario es más fértil; zonas comprendidas desde el orificio interno del cuello, hasta el fondo uterino (1-17). Cualquier implantación del huevo fuera de las áreas normales constituirá una heterotopia **gravídica**, conocida más comúnmente como Embarazo Ectópico o Extrauterino.

La denominación de "Embarazo Ectópico", debemos conceptuarla como la más aceptada porque permite comprender en ella todas las formas posibles, **aún** las más raras. Debido a que la mayoría de estas gestaciones se localizan en la trompa, se ha pretendido llamarla "Embarazo Tubárico", lo cual constituye de por sí una variedad del embarazo ectópico.

La gran incidencia de esta patología en los servicios de Ginecología del "Hospital Vicente **D'Antoni**", nos ha movido hacer una revisión del tema, tanto desde el punto de vista estadístico como bibliográfico.

El presente estudio comprende una casuística de 140 embarazos **ectópicos** intervenidos en el servicio de Ginecología del Hospital, desde el **año** de 1956 a junio de **1967**.

FRECUENCIA

En el período ya mencionado, se atendieron 6.443 partos, lo que nos dá una proporción de 1 embarazo ectópico por cada 46 partos y una incidencia promedio de 2.44%.

La incidencia de 2.44% relacionada con los partos atendidos en su-
mamente elevada si la comparamos con otras estadísticas revisadas (4-
5-8).

CUADRO N? 1

	Relación E/E	Incidencia
_____ y partos _____		%
1 Delcore y Prada	1: 182	0.54
2 E. Mendieta	1: 100	1.00
3 Bustamante	1: 157	0.63
4 Carranza y Faraj	1: 157	0.53
5 Rocamora H.....	1: 176	0.56
6 Schumann	1: 303	0.33
7 Campbell	1: 165	0.60
8 Anderson	1: 160	0.66
9 Zelenik	1: 249	0.40
10 J. A. Vásquez, Vides T. y Sabillón . .	1: 46	2.44

(*) Depto. Gineco-Obstetricia - Hospital Vicente D'Antoni - La Ceiba, Honduras, C. A.

En el siguiente cuadro se observa un aumento progresivo de embarazo ectópico que se considera debido a que en el Hospital Vicente D'Antoni llega la mayoría de patología del sector que correspondería en realidad a la población enferma de los departamentos de Colón, Yoro, Islas de la Bahía, Gracias a Dios y Atlántida. Debe considerarse también que existe mucha patología infecciosa del aparato genital en la población femenina, con predominio de las infecciones de tipo gonocócico. El uso de antibióticos y **quimioterápicos** en el tratamiento de las infecciones agudas pélvicas pueden ser causa dejando secuelas de tipo estenosis parciales¹ y no totales. Puede considerarse también la mejor disposición para el diagnóstico y de los mejores medios y procedimientos para lograrlo. (12-27).

CUADRO Nº 2

CUADRO COMPARATIVO POR AÑO DE PARTOS,
EMBARAZO ECTOPICO Y SU RELACION DE INCIDENCIA

	Partos	Embarazo ectópico	Incidencia
1956	545	5	0.91%
1957	634	9	0.41
1958	614	14	2.28
1959	504	12	2.38
1960	504	14	2.77
1961	560	11	1.16
1962	594	13	2.18
1963	617	18	2.91
1964	629	10	1.56
1965	549	17	3.09
1966	470	10	2.13
1967	223	7	3.14
Total 11.5 años	6.443	140	2.44%

"INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTOPICO POR EDAD"

CUADRO COMPARATIVO

Podemos apreciar que la incidencia según la edad oscila entre los 19 y 46 años, siendo mayor de los 19 a los 35 años (85 %), con predominio de 19 a 30 años, con un total de 83 casos (59.28%). Grupos que con el cuadro comparativo de **Waldo Fielding & Gillies** son similares en distribución y la mayor incidencia corresponde al período más fértil, de mayor actividad reproductiva y de riesgo de embarazo e la mujer. (Ver Cuadro N° 3) (6-7-10-13).

CUADRO Nº 3

Edad	Casos	Porcentaje	Edad	Casos	Porcentaje
-18	1	0.71	-18	5	3.13
19-25	38	27.14	19-25	51	31.87
26-30	45	32.14	26-30	46	31.87
31-35	36	25.72	31-35	40	28.75
-35	20	14.29	-35	18	11.25
	140	100%		160	100%

J. A. Vásquez C., M. Vides T.
y O. Sabillón R.
Depto. Gine. Obst. Hospital
Vicente D'Antoni

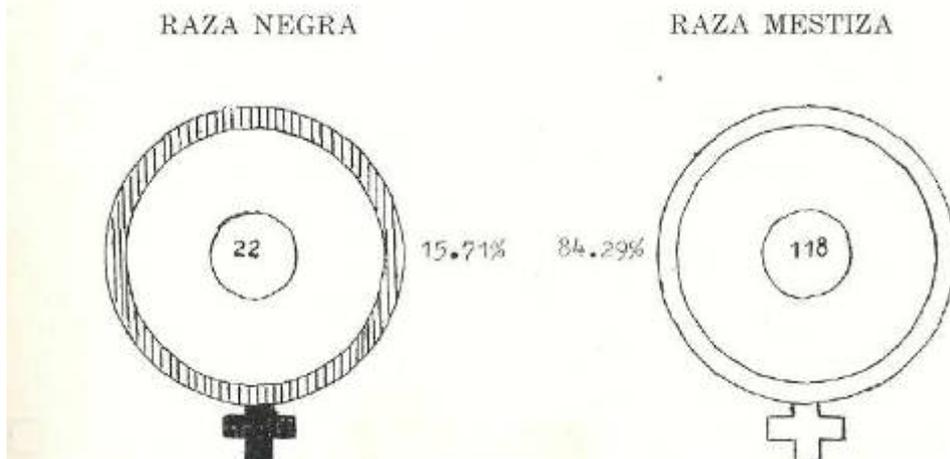
Waldo Fielding & Gillies
J. Am. Obst. Gyn. 26, 702, 1965

"EMBARAZO ECTOPICÜ EN RELACIÓN AL TIPO DE RAZA"

Es conocida la gran frecuencia de esta patología en la raza negra, sobre todo en las estadísticas norteamericanas, en proporciones que van de 1:120 en la mujer negra y 1:200 en las blancas (1-12-16-27).

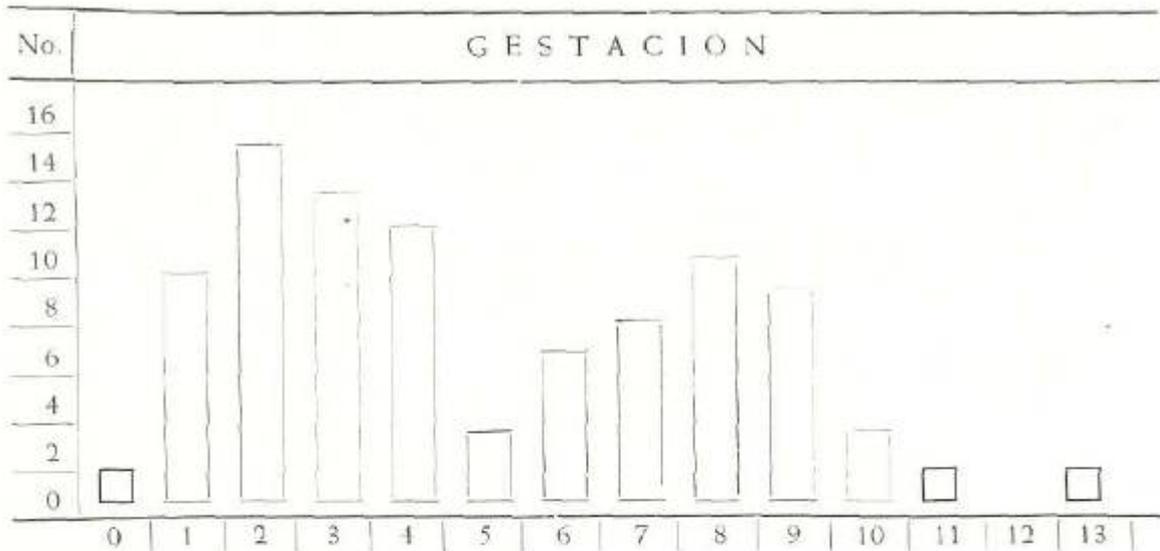
En nuestra serie de 140 casos, solamente 22 (15.71%) correspondieron a la raza negra y 118 casos (84.29%) a mestizas; datos diferentes a los anotados.

GRAFICO Nº 1



INCIDENCIA SEGUN GESTACION

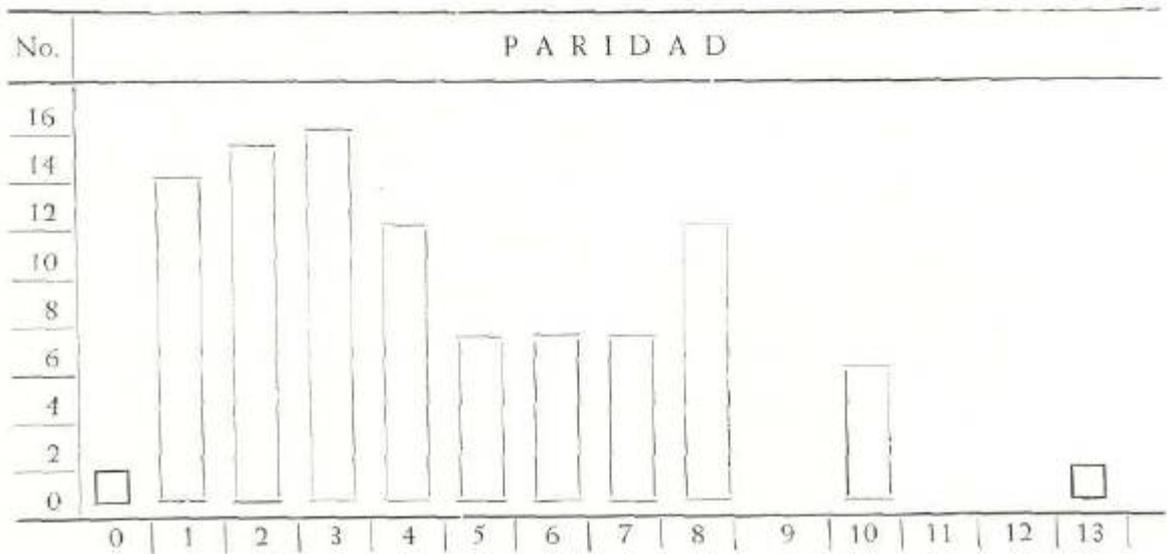
Gráfico N° 2



GESTACION: La mayor incidencia correspondió a las mujeres de II, III y IV gestas, siguiéndoles en orden de frecuencia las de VIII, I, IX y VII gestas.

INCIDENCIA SEGUN PARIDAD

Gráfico N° 3



PARIDAD: Con relación a la paridad, correspondió a la de I, II, III, IV y VIII la mayor incidencia y solamente dos casos se presentaron en nulíparas; estos datos concuerdan con las estadísticas de Delcore y Prada de Costa Rica, no sucediendo así con otras estadísticas nacionales (Carranza y Faraj) donde la mayor incidencia corresponde a nulíparas y grandes multíparas (4-5-6).

Es importante tomar muy en cuenta la paridad en toda mujer portadora de un embarazo ectópico, ya que este dato influirá muchísimo sobre la conducta operatoria a seguir. No está demás insistir que en toda mujer con reducida paridad, y deseo por tener más familia deberá hasta donde las posibilidades lo permitan, procurar la conservación del órgano mediante el procedimiento técnico apropiado. Salpingostomía de Savak en los casos de embarazo **ampular** o salpingostomía de Chalier; plastias terminotermínales; reimplantaciones de trompas y todas aquellas que tengan como finalidad conservar el órgano (19-22-28).

CUADRO N° 4
CLASIFICACION EMBARAZOS ECTOPICOS DE LA SERIE
HOSPITAL VICENTE D'ANTONI. 140 CASOS

Ubicación	Casos	Porcentaje	
A EMBARAZO TUBARICO	132		
1) Tipo Ampular	62	44.29	
2) Tipo Istmico	29	20.71	
3) Intersticial	4	2.86	
4) Tubo abdominal	6	4.29	97.86%
5) Tubárico no clasificado	31	22.14	
B EMBARAZO REPETIDO	5	3.57	
C EMBARAZO ABDOMINAL SECUNDARIO	2	1.43	
D EMBARAZO ABDOMINAL PRIMARIO	1		
TOTAL	140	100%	100%

132 casos correspondieron a embarazo tubárico (97.86%) presentándose el tipo ampular en 62 casos (44.29%) y el ístmico 29 casos (20.71%). 31 casos aparecen clasificados como tubáricos no especificándose el tipo. 5 casos fueron consignados como **embarazos** ectópicos de repetición; 2 (1.43%) como embarazo abdominal secundario y un caso de abdominal primario, corroborado por estudio anatomopatológico haciendo un 2.147c de estas dos últimas variedades (10-15-17-20-21-26).

SINTOMATOLOGIA

En los cuadros siguientes se detalla la sintomatología encontrada en nuestra serie. (Cuadro N° 5) Síntomas en general y triada sintomatológica. (Cuadro N° 6). Signos físicos a la exploración abdominal y (Cuadro N° 7) hallazgos a la exploración ginecológica.

CUADRO N° 5

	Casos	Porciento	
1 Dolor abdominal	131	93.57	
2 Sangrado genital	102	72.86	
3 Amenorrea	97	69.29	78.54%
4 Lipotimias	30	21.43	
5 Náuseas vómitos	28	20.	
6 Debilidad	15	10.71	
7 Polaquiuria	10	7.14	
8 Diarrea	5	3.57	
9 Fiebre	5	3.57	

CUADRO N° 6
HALLAZGOS A LA EXPLORACION ABDOMINAL

Síntomas	N° casos	Porciento
Dolor a la palpación	127	90.71
Defensa muscular	30	21.43
Distensión abdominal	10	7.14
Tumoración palpable	7	5.
Matidez abdominal	3	2.14
Crepitación abdominal	1	0.71

CUADRO N° 7
HALLAZGOS A LA EXPLORACION GINECOLOGICA

Síntomas	N° casos	Porciento
Fondos vaginales dolorosos	69	49.29
Masa tumoral palpable	45	32.14
Dolor movilizar cervix	35	25.
Hegar I positivo	29	20.75
Aumento tamaño uterino	20	14.29

Dolor abdominal. Síntoma importante que se presentó en el 93.57 % de los **casos**, generalmente precediendo el sangrado vaginal y referido como de tipo cólico, **otras** veces como de suave intensidad y en forma difusa localizado la más de las veces en mitad inferior del abdomen.

Casi siempre el dolor corresponde al lado de la trompa afectada y en algunos casos se presentó sobre el lado sano (31). Se inició generalmente en mitad inferior del abdomen irradiándose después a todo el abdomen o bien al hipocondrio, epigastrio y en siete casos se irradió al hombro derecho; en algunos casos se inició en la mitad superior del abdomen.

El dolor se acompañó de lipotimias en algunos casos, especialmente al arreciar el dolor, momento en que se verificaba la ruptura o el aborto **tubario**.

Sangrado vaginal. Ocupó el segundo lugar por su frecuencia, y de gran importancia como el anterior, presentándose el 72.86% de los casos; en el 16.25% no se presentó este síntoma y en el **10.88%** no se incluyó en la historia, probablemente por la urgencia del caso.

Este síntoma fue la mayoría de **las** veces el motivo por el cual consultó la paciente, el cual fue interpretado por éstas como: una menstruación prolongada, como un adelanto de la menstruación y en otras fue interpretado como síntoma de aborto al asociarlo con la amenorrea y **el dolor**.

Las características de esta hemorragia se refieren en el 85% de los casos como escasa, intermitente y con aspecto de la menstruación normal; en el 10% fue abundante, rutilante y con pequeños coágulos los que condujeron en algunos casos a practicar legrado uterino (10 casos) por creer se trataba de un aborto, y en el 5% se presentó de color oscuro y en manchas siendo en algunos casos tan mínimas que sólo se las puede apreciar al efectuar el examen con el espéculo.

Amenorrea. Se presentó en el 69.29% de los casos en forma evidente tanto para la paciente como para el médico con duración en algunos días, hasta los cuatro meses que fue la duración máxima encontrada. En el resto de los casos no aconteció de igual manera, pues la hemorragia anormal se presentó en la fecha del período menstrual y en algunas se presentó antes de éste o bien la última menstruación fue referida como normal por la paciente, siendo **talvez** éste un sangrado anormal, todo lo cual tiende a enmascarar la amenorrea.

Lipotimias. Se presentó en 30 casos (21.43%) acompañando al dolor intenso, síntoma pasajero que se repite al tratar de incorporarse la paciente. Se acompaña de otros síntomas como ser hipotensión, taquicardia, facies pálida, debilidad, etc., que evidencian la presencia de hemorragia interna.

Náuseas y **vómitos.** Presente en 28 casos (20%) acompañando al cuadro de hemorragia interna. Estos síntomas se presentan acompañando al estado de gravidez, pero en estos casos sólo se evidenciaron al presentarse el cuadro de hemorragia interna.

Fiebre. Sólo 5 pacientes manifestaron cuadro febril de intensidad moderada (3.57%).

Diarrea. Se presentó en 5 casos (3.57%) de ligera intensidad, 4 a 8 cámaras, amarillentas acompañando al cuadro de hemoperitoneo.

HALLAZGOS ENCONTRADOS A LA EXPLORACIÓN FÍSICA

Presión sanguínea y shock. La presión arterial se encontró en la mitad de los casos dentro de sus límites normales, y en la mitad restante hubo variaciones en los valores a que descendió la presión, pero en la mayoría de los casos ésta se mantuvo entre límites de 100 a 80 para la máxima y de 60 a 40 para la mínima.

El descenso de la presión sanguínea durante los accidentes hemorrágicos produce una disminución de la hemorragia y la elevación consiguiente de la presión causa nueva hemorragia.

En 11 pacientes se presentó estado de shock durante la hemorragia masiva, producida durante la ruptura y aborto tubario caracterizado por hipotensión, aceleración del pulso, facies sudorosa, palidez de los tegumentos, lipotimias, náuseas y vómitos, etc.

Temperatura. Permaneció normal en el embarazo ectópico no complicado. Descendió por debajo de 37°C en cinco casos de perforación tubárica con hemorragia masiva y en 40 casos se produjo elevación de la temperatura oscilando entre 37°C a 38.5 °C siendo el término medio de 37.8°C. Esta elevación puede deberse a la reabsorción de productos sanguíneos en la cavidad abdominal.

Pulso. En la mitad de los casos se encontró aumentado en su frecuencia, débil y en algunos casos de tipo filiforme. Se considera la aceleración del pulso como característica de la perforación de la trompa.

Facies. En los casos de dolor intenso y en estado de shock se aprecia la facie dolorosa y sudorosa acompañando a los síntomas mencionados anteriormente.

Tegumentos externos y mucosas pálidas. Evidenciando la hemorragia que se produce durante la complicación siendo más manifiesta cuando ésta alcanza valores elevados y durante el estado de shock.

Hiperalgia abdominal. Se comprobó dolor en un 90.71% de los casos, el cual presentó variaciones en cuanto a su intensidad y localización. Se localizó en la mayoría de los casos limitado a mitad inferior del abdomen y de intensidad moderada y en 30 casos se encontró defensa parietal generalizada a todo el abdomen.

Tumoración intraabdominal. A través de la pared se comprobó la presencia de tumoración en 7 (5%) casos localizada en mitad inferior del abdomen, correspondiendo ésta a los casos de embarazo tuboabdominal abdominal encontrados (26).

Distensión abdominal. Presente en 10 casos (7.14%) correspondiendo a cuadro de íleo paralítico.

Crepitación intraabdominal. Se comprobó éste en un caso de hemorragia masiva con gran cantidad de coágulos.

Hiperalgia vaginal. Presente en el 49.29% de los casos, caracterizado por dolor intenso al movilizar el cuello uterino y al efectuar la palpación de los fondos de sacos vaginales sobre todo el fondo de saco posterior. Estos hallazgos encontrados durante la exploración vaginal son de gran importancia diagnóstica.

Tumoración pélvica. En 45 casos (32.14%) se encontró ésta, descrita unas veces como "masa sensible en el anexo" de contornos imprecisos o bien en el fondo de saco posterior; otras veces esta tumoración presentó límites regulares con escasa movilidad. Esta tumoración pélvica tiene una gran importancia diagnóstica sobre todo si se la relaciona con algunos de los síntomas mencionados anteriormente. Correspondió en algunos casos a la presencia de hematocele, otras veces a la misma trompa grávida intacta.

Crecimiento del útero. Solamente en 20 casos (14.29%) se encontró éste aumentado de tamaño, lo cual es bastante difícil de obtener por el dolor que produce la palpación del cuello y por la defensa dolorosa de la pared abdominal (23).

Cuadro hemático. Se presentó una ligera leucocitosis así como una disminución en el número de glóbulos rojos y hemoglobina baja, presente en las complicaciones del embarazo ectópico (9). No se apreció característica alguna en la fórmula diferencial de glóbulos blancos.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de embarazo ectópico es bastante difícil sobre todo en sus primeras semanas de evolución, puede pasar desapercibido por su evolución solapada y sus síntomas tan leves e inconstante, solamente el dolor pélvico es el único síntoma casi constante; pues se le encuentra en el 93.57% de los casos (10-14).

No sucede igual cuando el embarazo ectópico sufre la ruptura o el aborto tubárico; pues la **sintomatología** adquiere un cuadro más llamativo y variado en que predominan el dolor de tipo cólico; la hemorragia interna y síntomas derivados de ésta. Los hallazgos durante el examen físico abdominopélvico son importantes en el diagnóstico de embarazo ectópico en más de la mitad de los casos. Gran número quedan dudosos o equivocados (14).

A continuación se demuestran en el Cuadro N° 8 los diagnósticos de ingreso y en los cuadros Nos. 9 y 10 los diagnósticos pre y post operativos con el objeto de valorar el porcentaje de aciertos y equivocaciones. En los cuadros mencionados un total de 163 casos fueron intervenidos, la mayoría de estos por ectópico y otros con diagnóstico diferente que después se comprobó eran ectópicos.

CUADRO N° 8

Diagnóstico ingreso	Casos	Porcentaje
1 Embarazo ectópico	82	58.57
2 Amenaza aborto o incompleto	17	12.15
3 Anexitis	14	10.00
4 Quiste ovario	6	4.30
5 Apendicitis	4	2.87
6 Fibromatosis uterino	3	2.14
7 Pelvipерitonitis	3	2.14
8 Metrorragia	2	1.43
9 Torsión anexos	2	1.43
10 Cólico nefrítico	1	0.71
11 Endometritis	1	0.71
12 Tumoración intraabdominal	1	0.71
13 Embarazo normal	1	0.71
14 Asma bronquial	1	0.71
15 Abdomen agudo	1	0.71
16 Placenta previa	1	0.71

CUADRO N° 9
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

Diagnóstico	Nº casos	Porcentaje
Embarazo ectópico	150	92.03
Quiste ovario	5	3.08
Anexitis crónica	4	2.45
Fibroma uterino	1	0.61
Retroflexión uterina	1	0.61
Obstrucción intestinal	1	0.61
Placenta previa	1	0.61
	163	100.%

CUADRO N° 10 DIAGNOSTICO
POST-OPERATORIO

Diagnóstico	Nº casos	Porcentaje
Embarazo ectópico comprobados	140	85.89
Apendicitis aguda	7	4.30
Anexitis crónica	4	2.45
Quiste ovario	4	2.45
Torsión anexo	3	1.84
Ruptura fólculo Graff (hemoperitoneo)	2	1.24
Utero bicorne	1	0.61
Embarazo abdominal (dehiscencia postcesarea) .	1	0.61
Embarazo normal (culdocentesis +)	1	0.61
Total expedientes revisados	163	100.%

Observamos en el cuadro N° 9 que fueron intervenidos 150 casos con diagnóstico de ectópico de los cuales sólo 140 casos fueron correctos (85.89%). En comparación con el cuadro de ingresos de 82 (58.57%).

Se mejoró el promedio en (27.32%). Comparado el cuadro N° 9 con el N° 10 notaremos que hubo un margen de error, 10 casos (6.14%) que fueron incluidos como ectópicos y correspondió a otra patología pélvica o circunvecina.

El mayor porcentaje de error se incluye cuando no ha sucedido accidente de ruptura, o aborto tubárico; en el tipo accidentado es más evidente por la gran variedad de síntomas y signos.

Las pruebas biológicas tienen muy poco valor diagnóstico, en nuestra serie solamente se practicaron en 9 casos en los cuales sólo el 55.55% fue positiva la prueba de embarazo. La exploración bajo anestesia y la culdocentesis fueron los procedimientos ideales de diagnóstico; esta última demostró ser útil en el diagnóstico precoz de hemoperitoneo, además es posible realizarlo aún en clínica externa como medio diagnóstico. De 44 culdocentesis realizadas, 42 fueron positivas de hemorragia intraperitoneal; hubo un caso falso positivo (embarazo normal), un caso de pelvi-peritonitis. Es necesario considerar que el procedimiento no tiene validez en ausencia de hemoperitoneo; pero la proporción de casos correctos siempre en casos de ectópico no roto y en algunas ocasiones puede obtenerse sangre pre fue elevada (8-18-32).

La triada dolor, sangrado vaginal y amenorrea como síntomas subjetivos y la presencia de los síntomas objetivos encontrados en el examen abdominopélvico ya mencionados, nos llevaron al diagnóstico de embarazo ectópico, el cual deberá tenerse en mente cuando esternas en presencia de ellos.

En el cuadro siguiente se describen los hallazgos macroscópicos de los 137 casos (97.86%) relacionados exclusivamente con embarazo ectópico tubárico.

CUADRO Nº 11

Descripción	Casos	Porcentaje
Embarazo ectópico tubárico roto	71	51.82
Embarazo ectópico tubárico no especificado	29	21.17
Embarazo ectópico tubárico no roto	17	12.41
Aborto tubárico	14	10.22
Embarazo ectópico tubárico abdominal	6	4.38
	137	100 %

Los principales diagnósticos diferenciales a considerar serían:

- a) Embarazo uterino con amenaza o aborto incompleto.
- b) Procesos anexiales agudos y crónicos.
- c) Quistes de ovario, con o .sin torsión del pedículo.
- d) Rotura de folículo del Graff o del cuerpo lúteo.
- e) Apendicitis aguda.

TRATAMIENTO

El tratamiento del embarazo ectópico está condicionado por la presencia de la crisis, por el grado de evolución alcanzado y el estado general de la paciente; en general se puede concluir que será la cirugía el método de tratamiento en cualquiera de sus formas. El procedimiento quirúrgico de elección será determinado de acuerdo a cada caso (19-21).

En pleno cuadro de hemorragia la intervención está absolutamente indicada con carácter de urgencia; deberán practicarse transfusiones en forma rápida y en cantidad adecuada. 68 casos (48.56%) recibieron un total de 108 pintas variando la cantidad entre 1 y 5 pintas; en 2 pacientes con ruptura tubárica reciente y por carecer del tipo de sangre apropiada se practicó autotransfusión y no acusaron ninguna reacción (11).

En el cuadro siguiente, N° 12, se resumen los procedimientos quirúrgicos empleados:

CUADRO N° 12

PROCEDIMIENTO OPERATORIO PRACTICADO

Operación	Casos	Porcentaje
1 Salpinguectomía	99	70.71
2 Oforesalpingectomía	15	10.71
3 Salpinguectomía y oforesalpinguectomía ...	5	3.57
4 Salpinguectomía y ovariectomía	5	3.57
5 Salpinguectomía parcial y plastia de Sovak ..	5	3.57
6 Salpinguectomía bilateral	1	0.71
7 Histerectomía abdominal	3	2.14
8 Resección cornual y reimplante de trompa ..	4	2.87
9 Salpinguectomía y anastomosis T. T.	1	0.71
10 Salpinguectomía Chailier	2	1.44
	140	100 %

En la serie no hubo ninguna mortalidad materna, respecto a la fetal, aunque se recuperaron 3 productos vivos en los embarazos tuboabdominales la mortalidad fue de 100%.

CONCLUSIONES

- 1) El embarazo ectópico en nuestro medio es de una incidencia muy alta en comparación de las estadísticas conocidas: (2.44%) 1 por cada 46 partos.
- 2) Se observa un aumento cada vez mayor de esta patología en el hospital, lo que juzgamos por la mayor afluencia de pacientes; al incremento de las enfermedades pélvicas infecciosas sobre todo gonorreicas.
- 3) La triada dolor, sangrado genital y amenorrea fueron los síntomas predominantes.
- 4) La cirugía estuvo condicionada a cada caso en particular, tomando en cuenta la paridad y sobre todo la posibilidad de conservar el órgano.

- 5) La culdocentesis como medio diagnóstico es muy útil y fácil de practicar.
- 6) La autotransfusión puede ser una medida salvadora en medios donde no se disponga de suficiente sangre o de tipos sanguíneos difíciles de conseguir.

RESUMEN

Se hace un análisis de 140 casos de embarazo ectópico en el Hospital Vicente D'Antoni. La Ceiba, Honduras, C. A. desde 1956 a 1967.

La incidencia fue 2.44%. 1 por cada 46 partos.

El embarazo tubárico representó el 97.86% (137) ; abdominal secundario 1.43% (2) y abdominal primario 0.71%.

El tipo ampular 62 casos (44.29%) y el ístmico 29 casos (20.71) fueron los de mayor incidencia.

78.54% de los síntomas estuvieron representados por dolor abdominal. Sangrado genital y la amenorrea.

El diagnóstico de ingreso se hizo en 82 casos (58.57%) y fueron llevados con diagnóstico preoperatorio de ectópico 150 casos (92.03%) de 163 expedientes revisados, comprobándose únicamente 140 casos (85.89%) 13 casos (14.11%) correspondieron a otra patología.

El medio diagnóstico más usado fue la culdocentesis en un total de 44 casos. Se usaron transfusiones sanguíneas en 48.56% de los casos y 2 autotransfusión es por carecer del tipo de sangre correspondiente.

El tratamiento fue quirúrgico 100 % y en algunos casos se practicó cirugía conservadora.

La mortalidad materna fue. nula.

SUMMARY

The following data were obtained from the analysis of 140 cases of Ectopic pregnancy in a ten year's period: 2.44% incidence (1 of each 46 deliveries) 97.86% tubarian in location, 1.43% abdominal (Secondary) 0.71% abdominal (primary).

Abdominal pain was present in 78.4% of the cases. The pre-operative diagnosis was confirmed at surgery in 85.89% of the cases. There was no maternal mortality.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—ANDERSON, G. W.: The racial incidence and **mortality** of ectopic pregnancy, Am. J. **Obst. & Gynec.** 61: 312, 1951.
- 2.—BEAGHAN W. D. y BECHAM, D. W.: Abdominal **pregnancy**, Obst. & Gynec. *Suv.*, 1: 777, 1946.
- 3.—BRISCOE, Clarence C.: Ectopic pregnancy. Davis Cárter. *Gynecology and Obstetrics.* **12, 1964.**
- 4.—CARRANZA, R. y FARAJ, E.: Modalidades clínicas del embarazo ectópico. *Revista de la Federación C. A. de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.* 2: 10, 1962.
- 5.—DELCORE, S. R. y PRADA, B. C. : Modalidades Clínicas del Embarazo Ectópico en Costa Rica. *Rev. de la Federación C. A. de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.* 1: 9, 1961.
- 6.—ESPINOZA LÓPEZ, A.: Embarazo Ectópico. *Rev. de la F.C.A.S.O.G.* 4: 13, 1964.
- 7.—FIELDING, W., KENNEDY and GILLIES: Extrauterine Pregnancy: *Statistical Review of 160 cases.* *Obstetrics and Gynecology ;* 26: 702, **1965.**
- 8.—FIGUEROA RODEZNO, R.: Diagnóstico Ginecológico con Doyglas-copía. *Rev. de la F.C.A.S.O.G.* **3: 7, 1962.**
- 9.—LEDE, R.: Embarazo Ectópico. *Obstetricia y Ginecología de Urgencia'*, Síndrome Hemorrágicos. Pág. **51, 1959.**
- 10.—NUBIOLA, P. y ZARATE, E.: Embarazo Ectópico. *Tratado de Obstetricia.* Tomo II, Pág. 508, 1951.
- 11.— SANDOVAL CALIX, W.: La Autotransfusión en el Embarazo Ectópico Roto Sangrante. Tesis de graduación. Marzo 1966.
- 12.—KROHM, M. S., L.; PRIVER and GOTLIB, M. H.: New Etiological Factor in Ectopic Pregnancy. *J.A.M.A.*, 150: 1291. 1952.
- 13.—JOHNSON, W. O. A.: Study of 245 cases ruptured Ectopic Pregnancy. *Am. J. Obs.* 64: 1102, 1952.
- 14.—SERMENT, H. and DE'TURMENY, G.: Error in the Diagnosis of Extrauterine Pregnancy *Ínter. Abst. Surg. Gyn.* Vol. **98: 65, 1954.**
- 15.—GORDON, C. JOHNSON and LEWIS POST: Ectopic Pregnancy. *Surg. Gyn. and Obst.* Vol. 98: 481, 1954.
- 16.—FONTANILLA, -JOSÉ; ANDERSON, G. W. : Further **Studies** on the Racial Incidence and Mortality of Ectopic Pregnancy. *Am. J. Obst.* 70: 312, 1955.
- 17.—ARMSTRONG, J. T. ; WILLS, S. H. and MOORE, JACK: Ectopic Pregnancy Review of Cases. *South M. J.* 50: 587, 1957.
- 18.—CREWS, R. L.; HOLFORDS, F. D.; FERGUSON, J. H.: Culdocentesis a the Jackaon Memorial Hospital 400 cases, *Am. j. Obst.* 75: 914, 1958.

- 19.—**MALKASIAN, G. D.:** **Pregnancy in the Tubal Interstitium and Tuba]** Remnants. Am. J. Obst. 77: 1301, 1959.
- 20.—**CLARK, JOHN F. S.** and **BOURKE, J.:** Advanced Ectopic pregnancy. Am. J. Obst. 78: 340, 1959.
- 21.—**NAHOUM, JEAN CLAUDE:** Gravidez abdominal de termo com feto vivo e emplástico. Rev. Gyn. Obst. Brasil. 53: 671, 1959.
- 22.—**ROSENBLUM, J. M., DOWLLING, R. M.** and **BARNES, ALLAN C.:** Treatment of Tubal Pregnancy. Am. J. Obst. 80: 274, 1960.
- 23.—**RUSSEL R. DE ALVAREZ** and **FRANK S. NISCO:** Ectopic pregnancy: and 18 year analysis. Obst. Gyn. 17: 536, 1961.
- 24.—**WOODARD D.:** **BEACHAN WILLIAMS C; HERNQUIST, D. ... BEACHAM** and **WESTER, H. I.:** Abdominal Pregnancy at **Charity** Hospital in New Orleans. Am. J. Obst. Gyn. 84: 1257, 1962.
- 25.—**SCHIFFER, MORTON A.:** A review 268 Ectopic Pregnancy. Am. J. Obst. Gyn. 86: 264, 1963.
- 26.—**FIELDING, WALDO L.; RANKIN, J.** and **TENNEY, B.:** Post Term **Extrauterine** pregnancy. Obst. Gyn. 22: 362, 1963.
- 27.—**ZELENIK, JOHN S. y Col.:** Ectopic pregnancy: and Increasing Social Disease? Obst. Gyn. 23: 882, 1964.
- 28.—**ABRAMS, JEROME** and **FARREL, DAVID M.:** Salpingectomy and Salpingogíasty **for** Tubal pregnancy, Obst. Gyn. 24: 281, 1964.
- 29.—**GRETZ, HERBERT F.** and **HIGGINS, PHILIP G.:** **Interstitial** Pregnancy. Obst. Gyn. 25: 880, 1965.
- 30.—**GLASS, ROBERT H.** and **JESURUN, HAROLD M.:** Iirmunologic topic **Pregnancies.** Obst. Gyn. 26: 280, 1965.
- 31.—**BELIND, MELVYN:** Possible Etiology of contralateral pain in Ecpregnancy test in ectopci pregnancy. Obst. Gyn. 27: 66, 1966.
- 32.—**SPEROFF, LEON:** The Bleeding of Corpus **Luteum.** Obst. Gyn. 28: 416, 1966.