

PRESENTACION DE CASO

Embarazo ectópico bilateral. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Bilateral Ectopic Pregnancy. A Case Report and a Literature Review

Dra. Yarisdey Corrales Hernández.

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista I Grado de Imagenología. MSc. en Urgencias Médicas. Profesora Asistente. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in Imaging. MSc. in Medical Emergencies. Assistant Professor. Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital. Cienfuegos.

RESUMEN

El embarazo ectópico es una afección ginecológica que causa frecuentemente muertes maternas directas. Se presenta el caso de un embarazo ectópico bilateral, en una paciente de 39 años de edad, que acudió al Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, refiriendo dolor y amenorrea de 7 semanas. Se realizó examen físico y ultrasonográfico mediante los que se le diagnosticó un embarazo ectópico. Se practicó laparotomía y se encontró un embarazo ectópico bilateral. Se realizó tratamiento quirúrgico. Su presentación es rara, por lo cual se decidió la publicación de este caso.

Palabras clave: embarazo ectópico; laparotomía

Límites: humanos; femenino

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is a condition that causes frequent direct maternal deaths. We report the case of a bilateral ectopic pregnancy in a 39 years old patient, who attended the Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital of Cienfuegos. She referred pain and amenorrhea in a previous period of 7 weeks. Physical and ultrasonographic examinations were performed and the patient was diagnosed with ectopic pregnancy. Laparotomy was performed and a bilateral ectopic preg-

nancy was found. Surgical treatment was performed. This presentation is rare, that is why we decided to have this case published.

Key words: pregnancy, ectopic; laparotomy

Limits: humans; female

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se define como la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pélvica o abdominal que no sea la uterina. Su incidencia varía entre 1,2 y 1,4 % del total de embarazos.⁽¹⁾

En el momento actual se acepta que en todo el mundo ha ocurrido un aumento de la incidencia de embarazos ectópicos, atribuible probablemente a la mayor frecuencia de inflamaciones pélvicas provocadas por enfermedades de transmisión sexual, abortos, uso de dispositivos intrauterinos, entre otros. En algunos lugares, más del 1 % de todos los embarazos tienen una localización ectópica. Su aumento ha sido notable en las últimas décadas.⁽¹⁾

En Cuba, las cifras de muerte materna que existían en la década de 1950 se han reducido en un 78,3 %, comparadas con el año 2004, pero entre las causas que persisten y que han aumentado, está el embarazo ectópico complicado.⁽²⁾ La tasa de muerte materna directa por esta causa en el país se eleva progresivamente en los

Recibido: 8 de febrero de 2012

Aprobado: 11 de abril de 2012

Correspondencia:

Dra. Yarisdey Corrales Hernández.

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Calle 51 A y Avenida 5 de Septiembre.

Cienfuegos. CP: 55 100.

Dirección electrónica: yarisdey.corrales@gal.sld.cu

últimos años, esta alcanzó en el año 2000 la cifra de 3,5 por 100 000 nacidos vivos y ascendió en el 2006 a 5,8 por 100 000 nacidos vivos, según el anuario estadístico nacional.⁽³⁾

Los factores de riesgo para desarrollar un embarazo ectópico son: antecedentes de embarazo ectópico,⁽⁴⁾ daño tubárico por infección,⁽⁵⁾ cirugía,⁽⁶⁾ tabaquismo, uso de dispositivos intrauterinos (DIU), edad y realización de técnicas de reproducción asistidas.

El embarazo ectópico bilateral es un evento raro, su incidencia varía entre uno en 725 y uno en 1 580 del total de embarazos ectópicos.⁽⁵⁾ El primer caso fue publicado en 1918⁽⁵⁾ y desde entonces se han reportado más de 200 casos en la literatura mundial.^(7,8) Se asocia a uso de métodos de estimulación ovulatoria, GIFT o IVF-ET.

Después de un embarazo ectópico se incrementa a un nivel de 7 a 13 veces el riesgo de embarazo ectópico subsecuente. La posibilidad de que un embarazo subsecuente sea intrauterino es de 50 a 80 % y la de embarazo tubárico es de 10 a 25 %; las pacientes restantes quedan estériles generalmente.

Es un objetivo priorizado del programa de atención materno infantil, por el riesgo de muerte materna que conlleva, el cual puede ser 10 veces mayor que el de un parto vaginal y 50 veces mayor que el de un aborto inducido.⁽⁹⁾

Por todo lo anterior se realiza la publicación de un caso de embarazo ectópico bilateral y la revisión de la literatura.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, de color de piel blanca, de 39 años de edad, que acudió al Cuerpo de Guardia de Gineco-obstetricia del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, por presentar dolor abdominal y amenorrea.

Como antecedentes de salud refirió historia de dolor abdominal, fatiga y amenorrea de 7 semanas. Se decidió su ingreso para estudio.

Antecedentes patológicos personales: enfermedad inflamatoria pélvica repetida.

Antecedentes ginecoobstétricos:

Historia obstétrica: Gestaciones tres, partos uno y abortos dos.

Edad de la menarquía: 13 años, con características normales, fórmula menstrual actual: 5/30, fecha de la última menstruación: 16 de junio 2010. No refirió alteraciones menstruales.

Edad de las primeras relaciones sexuales: 17 años.

Método anticonceptivo empleado: condón.

Examen físico:

Paciente normolínea, con peso corporal de 65 Kg y talla de 1,60 cm.

Abdomen: blando, depresible, pero sensible superficial y

profundamente en ambos flancos, signo de Lafont positivo.

Examen genital: vulva y periné con características normales. Examen con espéculo: vagina y cérvix de aspecto normal, no leucorrea.

Tacto vaginal: vagina húmeda, cuello doloroso. Fondo de sacos vaginales ocupados. Utero en anteversoflexión (AVF) aumentado de tamaño. Ambos anejos aumentados de tamaño y muy dolorosos.

Exámenes complementarios:

Hb:9,6 g/L

Htto: 0,40

Eritrosedimentación: 6 mm/h

Coagulograma: tiempo de coagulación: 1 minuto, tiempo de sangrado: 7 minutos, plaquetas: 175mm/L, coágulo: retráctil

Serología: no reactiva

TGO: 1, 0 UI

TGP: 1, 0 UI

Glucemia: 3,1 mmol/L.

Exámenes imagenológicos:

Ultrasonografía: útero en AVF de tamaño conservado, con imagen de pseudosaco gestacional en su interior y una imagen anexial izquierda compleja, bien definida, de 47 x 43 mm, donde se visualiza polo embrionario con latido cardíaco presente, imagen compatible con embarazo tubárico no complicado. Además se observó imagen en proyección anexial derecha, compleja y mal definida, de 50 x 48 mm, abundante líquido en el fondo del saco de Douglas, así como en espacio hepatorenal y parietocólicos derecho e izquierdo. (Figuras 1A y B, figura 2).

Ultrasonido transvaginal: útero aumentado de tamaño con pseudosaco gestacional en su interior, hacia proyección anexial izquierda saco gestacional con embrión con latido cardíaco y hacia proyección anexial derecha ima-



Figura 1A. Imagen típica de embarazo tubárico. Obsérvese el embrión completo y la vesícula vitelina. El útero se halla por encima de la tumoración señalada por la flecha.

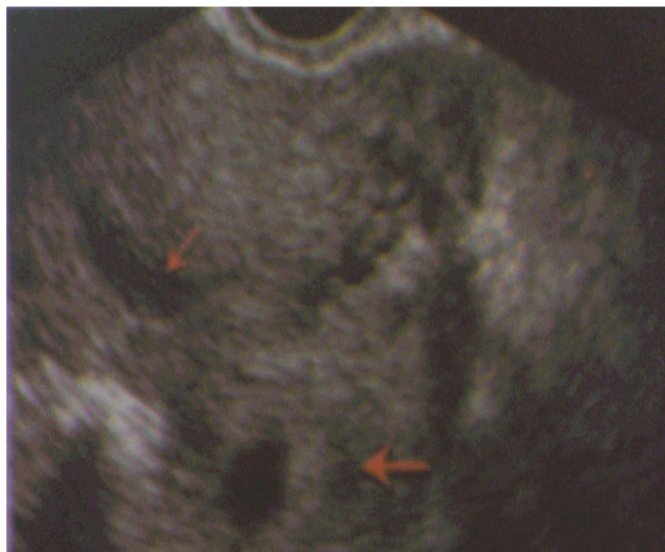
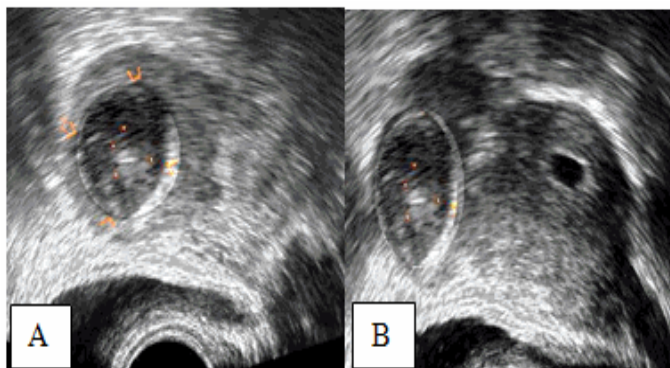


Figura 1B. Embarazo ectópico tubárico de localización derecha y líquido libre en fondo de saco de Douglas, señalados por las flechas.



Figura 2. Imagen que muestra un embarazo tubárico y a su lado un cuerpo lúteo, señalado por la flecha.



Figuras 3A y B. Imagen ultrasonográfica transvaginal que muestra hacia proyección anexial izquierda saco gestacional con embrión con latido cardíaco y hacia proyección anexial derecha imagen compleja de 50 X 48 mm, señalados con las flechas.

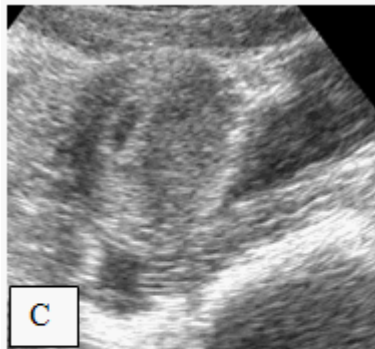


Figura 3C. Imagen ultrasonográfica transvaginal que muestra útero aumentado de tamaño con pseudosaco gestacional en su interior.

gen compleja de 50 X 48 mm. (Figuras 3A, B y C).

Se realizó prueba de gonadotropina coriónica cualitativa en orina, que resultó positiva.

Se diagnosticó como embarazo ectópico y se sometió a la paciente a intervención quirúrgica, durante la cual se encontró un hemoperitoneo de aproximadamente 1 500 cc, la trompa uterina derecha dilatada y rota a nivel del istmo, con sangrado en escasa cantidad. Se realizó salpingectomía derecha conservando el ovario ipsilateral y se envió para estudio de biopsia. El anejo contralateral se sometió a igual proceder, dado el ectópico no complicado aún.

Al tercer día de operada y con evolución satisfactoria, la paciente fue dada de alta. En la primera consulta posoperatoria, la paciente se encontraba asintomática y con una evolución normal.

DISCUSIÓN

Al embarazo ectópico se le ha denominado en muchas ocasiones "el gran simulador", siempre hay que pensar en él para poder diagnosticarlo. Más del 95 % se implantan en la trompa uterina; de ellos, la mitad se aloja en la ampolla tubárica (55 %), un 20 % en la porción ístmica y el resto lo hace en el infundíbulo, fimbria o ampolla intersticial. ⁽¹⁾

Se deben a diferentes factores de riesgo, los cuales se pueden organizar en 2 grandes grupos: ⁽¹⁻⁵⁾

I.-Factores mecánicos: son los que impiden o retardan el paso del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina, entre ellos están:

- 1.La salpingitis, especialmente la endosalpingitis, que causa aglutinación de los pliegues arborescentes de la mucosa tubárica con estrechamiento de la luz o formación de bolsillos ciegos. Una reducción de la cantidad de cilios de la mucosa tubárica, producida por una infección, puede contribuir a la implantación tubárica del cigoto.
- 2.Adherencias peritubáricas: son secundarias a infecciones posparto o posaborto, apendicitis o endometriosis; causan retorcimiento de la trompa y estrechamiento de la luz.
- 3.Anormalidades del desarrollo de las trompas, especialmente divertículos; orificios accesorios e hipoplasias.
- 4.Embarazo ectópico previo. La posibilidad de que ocurra otro embarazo es del 7 al 15 % según diferentes autores.

5. Operaciones previas de las trompas: sobre todo cirugía para reestablecer la permeabilidad.
6. Los abortos múltiples inducidos: esto aumenta el riesgo al aumentar la salpingitis.
7. Tumores que deforman la trompa: como son los miomas uterinos y los tumores anexos.
8. Cesárea previa: ha sido mencionada por algunos autores, otros no parecen creer que provoque un riesgo aumentado. Sin embargo en la cistectomía del ovario sí se ve incrementado el riesgo por la retracción cicatrizal peritubárica.

II.- Factores funcionales

1. Migración externa del huevo: puede ocurrir en caso de desarrollo anormal de los conductos de Müller, que da como resultado un hemiútero con un cuerno uterino rudimentario no comunicante.
2. Reflujo menstrual: ha surgido como una causa, aunque hay pocos hechos que lo avalan.
3. Alteraciones de la movilidad tubárica: consecuente con cambios séricos en los niveles de estrógenos y progesterona. Alteraciones de la actividad mioeléctrica encargada de la actividad propulsora de la trompa de Falopio.
4. El hábito de fumar: aumenta el riesgo relativo a 2,5 más veces en comparación con las no fumadoras porque el tabaquismo produce alteraciones de la motilidad tubárica, de la actividad ciliar y de la implantación del blastocito; se relaciona con la ingestión de nicotina. ⁽⁶⁾
5. Empleo de anticonceptivos: los dispositivos intrauterinos (DIU) impiden la implantación con mayor eficacia en el útero que en la trompa. El uso de altas dosis de estrógenos solos posovulatorios ("píldora del día siguiente") para evitar el embarazo.
6. Reproducción asistida: aumenta la incidencia del embarazo ectópico. Aumento de embarazo tubárico después de la inducción de la ovulación, de la transferencia de gametos y de la fertilización *in vitro*. El primer embarazo logrado por la fertilización *in vitro* fue un ectópico tubárico.

Sus síntomas son desafortunadamente los más frecuentes en la clínica ginecológica: sangrado (precedido de un trastorno menstrual) y dolor, que constituyen el mayor motivo de consulta en todo cuerpo de guardia de ginecología; a estos síntomas se unen las masas palpables laterales al útero (anexiales) y los síntomas subjetivos de embarazo. Si se tienen en mente todos estos elementos, habrá que pensar en un ectópico en un alto número de las mujeres que asisten al cuerpo de guardia. ^(7,8)

El dolor: se presenta con mayor frecuencia el dolor pelviano y abdominal en un 95 % de los casos; puede afectar cualquier parte del abdomen, si existe un hemoperitoneo grande puede aparecer dolor pleurítico en el tórax por irritación diafragmática.

La amenorrea: debe detallarse momento de inicio, dura-

ción y cantidad. Por lo general la hemorragia se presenta de color marrón oscuro, escasa, e intermitente o continua.

Los cambios uterinos: debido a las hormonas placentarias el útero aumenta de tamaño y toma las características de un útero grávido; puede estar desplazado lateralmente por la masa anexial y puede expulsar en el 5-15 % un molde decidual acompañado de dolor en forma de cólicos.

Signos de *shock* o hipovolemia: aparece cuando el embarazo ectópico está complicado.

Formas clínicas según las localizaciones del embarazo ectópico:

1. Embarazo tubárico: puede ser de 2 formas; el embarazo tubárico no complicado es cuando el diagnóstico se realiza en el momento ideal antes de que ocurra alguna complicación, pues evita los riesgos de ruptura. La otra es el embarazo tubárico complicado, que a su vez debe ser diferenciado en 2 grupos: cuando existe estabilidad hemodinámica es más intenso el dolor y puede irradiarse a otros sitios del abdomen o al hombro (signo de Laffont), se palpa una tumoración anexial muy dolorosa; en dependencia del tiempo de evolución del hemoperitoneo, se encontrarán signos de irritación peritoneal. El segundo grupo es cuando existen signos de descompensación hemodinámica; es cuando está presente el *shock*, sudación, palidez, taquicardia, frialdad e hipotensión. ^(1,9,10)
2. Embarazo intersticial: su localización es más peligrosa, el huevo fertilizado se implanta dentro del segmento de la trompa que penetra en la pared uterina, el también llamado cornual se presenta en el 3 % de todas las gestaciones tubáricas. Debido al sitio de implantación existe asimetría variable del útero a causa de la mayor distensibilidad del miometrio que recubre la porción intersticial de la trompa, la rotura puede ocurrir más tardíamente entre la 8^{va} y la 10^{ma} semana, pero la hemorragia puede ser fatal por la cercanía de las arterias uterinas en su rama ascendente. ⁽¹¹⁾
3. Embarazo intraligamentario: llamado también del ligamento ancho; es cuando el cigoto se implanta hacia el mesosalpin, la rotura puede ocurrir en la porción de la trompa no cubierta inmediatamente por peritoneo y el contenido del saco gestacional es eliminado en el espacio formado entre las hojas del ligamento ancho.
4. Embarazo abdominal: pueden ser primarios o secundarios, su incidencia varía, uno por cada 372 y hasta 9 714 recién nacidos vivos. Los criterios diagnósticos para el embarazo abdominal son: ⁽¹²⁾
 - Presencia de trompas y ovarios normales sin pruebas de embarazo previo reciente.
 - No hay pruebas de fístula útero-placentaria.

- Presencia de embarazo que se relaciona exclusivamente con la superficie peritoneal sin posibilidad de implantación secundaria después de nidación tubárica primaria.

5. Embarazo ovárico: está confinado al ovario y representa del 0,5 al 1 % de todos los ectópicos. Su incidencia varía de 1 × 40 000 nacidos e influyen los criterios diagnósticos siguientes:

- Debe estar intacta la trompa de Falopio en el lado afectado.
- El saco fetal debe ocupar la posición del ovario.
- El ovario debe estar conectado con el útero mediante el ligamento ovárico.
- Debe haber tejido ovárico en la pared del saco.

6. Embarazo cervical: afortunadamente es poco frecuente, su incidencia varía en los Estados Unidos entre 1: 2 400 y 1: 50 000 embarazos. Existen criterios clínicos para su diagnóstico, el útero que rodea al cuello distendido es más pequeño, no está dilatada la boca interna del cuello; el legrado de la cavidad endometrial no produce tejido placentario y la boca externa se abre con mayor prontitud que en el aborto espontáneo. Según diferentes autores⁽¹³⁻¹⁵⁾ existen criterios ultrasonográficos para el diagnóstico del embarazo cervical:

- Cavidad uterina libre de ecos o presencia de solo un saco.
- Transformación decidual del endometrio con estructura densa de ecos.
- Estructura difusa de la pared uterina.
- Forma del útero en reloj de arena.
- Conducto cervical globoso.
- Saco gestacional en el endocérvix.
- Tejido placentario en el conducto cervical.
- Boca interna cerrada.

7. Embarazo heterotópico: es cuando coexisten un embarazo intrauterino y uno ectópico. También puede presentarse pero con menos frecuencia el ectópico gemelar en diferentes localizaciones y combinaciones.

Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico se debe comprobar que existe un embarazo; segundo, demostrar que no está en el interior del útero y, tercero, conocer si efectivamente se trata de un embarazo ectópico; de ser así, se debe valorar su localización, tamaño, estado, posibilidades de tratamiento y futuro reproductivo de la paciente.⁽¹⁾

Se basa en algoritmos que combinan el ultrasonido y la fracción beta de la gonadotropina coriónica.

Pruebas urinarias de embarazo: se realizan determinaciones cualitativas y cuantitativas de β -HCG.^(1,5)

Ultrasonografía: los progresos de la ultrasonografía han generado un diagnóstico más oportuno de los embarazos intrauterinos y ectópicos. La exploración completa debe incluir ultrasonografía transabdominal y transvaginal. Mediante el procedimiento transvaginal el diagnóstico del embarazo intrauterino se puede establecer una semana antes que con el transabdominal. La ecografía transvaginal sola puede dar como resultado el diagnóstico correcto en el 90 % de las pacientes.

Ultrasonido transvaginal con Doppler pulsado a color: la técnica consiste en identificar un sitio intrauterino o extrauterino de color vascular con la forma placentaria característica, el denominado "patrón en anillo de fuego" y un patrón continuado de alta velocidad y baja impedancia que es compatible con la perfusión placentaria. Si este patrón se ve fuera de la cavidad uterina el diagnóstico de ectópico es cierto.⁽¹⁶⁾

Culdocentesis: se ha empleado con amplitud como técnica diagnóstica para el ectópico en lugares donde existen las dosificaciones de β -HCG y la ecografía transvaginal se usa menos. Su finalidad es identificar la presencia de sangre no coagulada en el embarazo ectópico complicado.⁽¹⁶⁾

La laparoscopia: se considera el "estándar dorado" para el diagnóstico del embarazo ectópico, a través de ella se tienen tres ventajas importantes: se visualizan los genitales internos con sus características y permite un diagnóstico de certeza, es una vía concurrente para eliminar la masa ectópica con el advenimiento de la cirugía de mínimo acceso y es una vía para inyectar agentes quimioterapéuticos en el interior de la masa del ectópico.

El diagnóstico definitivo de embarazo ectópico unilateral y bilateral se obtiene solo tras visualizar vellosidades coriónicas en las muestras histopatológicas obtenidas de las trompas de Falopio.

La sospecha preoperatoria del embarazo ectópico bilateral es difícil y se explica por diversos motivos. Epidemiológicamente, es un hecho infrecuente; clínicamente se confunde al reproducir el cuadro del ectópico unilateral,⁽²⁵⁾ la ultrasonografía no es de gran ayuda y los niveles de β -hCG plasmática no han demostrado ser útiles para diferenciar entre ambos cuadros.^(16,17)

La sospecha diagnóstica frecuentemente se establece en el intraoperatorio. Sin embargo, a este nivel, el diagnóstico también puede ser poco claro dado el compromiso tubárico que puede ser asimétrico. Hay numerosos reportes en la literatura de reoperaciones al no pesquisar el compromiso bilateral de las trompas.^(17,18)

Por ello es que durante la cirugía se deben examinar cuidadosamente ambas trompas y de preferencia toda el área pélvica antes de proceder a la salpingectomía.^(19,20) Se recomienda realizar un seguimiento estricto y seriado, tanto clínico como con β -HCG plasmática evitando así el paso inadvertido del cuadro contralateral.⁽²⁰⁻²²⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Arena C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2011[citado 21 Feb 2012];37(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2011000100010&script=sci_arttext.
2. Cabezas Cruz E. Evolución de la mortalidad materna en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*[revista en Internet]. 2006 [citado 21 Feb 2012];32(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100005&lng=es&nrm=iso.
3. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. 2006. La Habana: MINSAP; 2007.
4. Cunningham EG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Aut. JC, Wenstrom KD. Williams. Obstetricia. 21ra ed. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
5. Rodríguez Abstengo A, La O González FR, Castillo González JA, Ibarrollín Ulloa R, Medina Betancourt AL. Embarazo ectópico bilateral: a propósito de un caso. *Gaceta Médica Espirituana*[revista en Internet]. 2008[citado 21 Feb 2012];10(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.%282%29_11/p11.html.
6. López Artze O, Almaguer Almaguer JA, Granado Martínez O. Cirugía de mínimo acceso en el tratamiento del factor tubo-peritoneal. *Rev Cubana Obstet Ginecol*[revista en Internet]. 2005[citado 21 Feb 2012];31(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_3_05/gin01305.htm.
7. De los Ríos JF, Castañeda JD, Restrepo EA. Salpingostomía lineal por laparoscopia para el tratamiento de un embarazo ectópico bilateral espontáneo: reporte de caso. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2006;57(1):54-7.
8. Rolle ChJ, Wai CY, Bawdon R, Santos-Ramos R, Hoffman B. Unilateral Twin Ectopic Pregnancy in a Patient With a History of Multiple Sexually Transmitted Infections. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*[revista en Internet]. 2006[citado 21 Feb 2012]:[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/idog/2006/010306/abs/>.
9. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
10. Nama V, Manyonda I. Tubal ectopic pregnancy diagnosis and management. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;279(4):443-53.
11. Marrero Rodríguez EA, Quinde Pickasaca T, Peraza Méndez C. Embarazo ectópico intersticial. A propósito de un caso. *Rev Cubana Obstet Ginecol*[revista en Internet]. 2007[citado 16 Feb 2012];33(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_3_07/gin05307.html.
12. Israel López J, Rueda Rodríguez R, Lugones Botell M, Fernández Garrido JE. Embarazo abdominal con 62 semanas de duración. Presentación de un caso y revisión de la entidad. *Rev Cubana Obstet Ginecol*[revista en Internet]. 2006[citado 16 Feb 2012];32(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_2_06/gin01206.htm.
13. Aguilar Charara MA, Vázquez Martínez YE, Areces Delgado G, de la Fuente Aguilar M, Tamayo Lien T. Diagnóstico y manejo conservador del embarazo ectópico cervical. *Rev Cubana Obstet Ginecol*[revista en Internet]. 2012 [citado 16 Feb 2012];38(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_1_12/gin09112.htm.
14. Starita A, Di Miscia A, Evangelista S, Donadio F, Starita A. Cervical ectopic pregnancy: clinical review. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2006;33(1):47-9.
15. Capote Arce R, Carrillo Bermúdez L, Guzmán Parrado R, Varona J, Mohamed Abdelaziz M. Embarazo ectópico cervical: presentación de un caso. *Rev Cubana Obstet Ginecol*[revista en Internet]. 2007[citado 16 Nov 2010];33(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_1_07/gin02107.html.
16. Oliva Rodríguez JA. Embarazo ectópico. En: *Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 321-34.
17. Mol F, Mole BW, Ankum WM. Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expected management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2008;14(4):309-19
18. Hajenius PJ, Mol F, Mole BW, Bossuyt PM, Ankum WM, van de Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;24(1):CD000324.
19. Fauconnier A, Mabrouk A, Salomon LJ, Bernard JP, Ville Y. Ultrasound assessment of haemoperitoneum in ectopic pregnancy: derivation of a prediction model. *World Journal of Emergency Surgery*. 2007;2:23.

- 20.Álvarez PL, Águila SS, Acosta MR. Sangramiento en obstetricia. En: Rigol R. Obstetricia y Ginecología[Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004[citado 16 Nov 2010]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/cap14.htm.
- 21.de los Ríos JF, Sánchez E, Martha GJ, Jaramillo M, Arango A. Fertilidad después del tratamiento laparoscópico del embarazo ectópico en la clínica del Prado. Medellín, Colombia. Estudio Cohorte. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2007;58(4):284-9.
- 22.Molina Sosa A. Tratamiento conservador laparoscópico o médico del embarazo ectópico. Rev Ginecol Obstet Mex. 2007;75(9):539-48.