

**ARTÍCULO ORIGINAL**

***Cirugía conservadora e incisión longitudinal tubárica por laparoscopia en el embarazo ectópico***

***Conservative surgical and longitudinal tubal incision by laparoscopy in ectopic pregnancies***

Raúl Vasallo Prieto<sup>I</sup>, Miguel Sarduy Nápoles<sup>II</sup>, Orlando del Valle Alonso<sup>III</sup>, Dayana Ugarte Moreno<sup>IV</sup>, Gil Alberto Reyes Llerena<sup>V</sup>.

I Especialista de I y II Grado Obstetricia y Ginecología. Profesor Asistente. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

II Especialista de I y II Grado Obstetricia y Ginecología. Doctor en Ciencias Médicas Profesor Titular. Investigador Titular. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

III Especialista de I y II Grado en Imagenología. Instructor. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

IV Especialista de I y II Grado en Imagenología. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

V Especialista de I y II Grado en Reumatología. Doctor en Ciencias Médicas Profesor Titular. Investigador Titular. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

**RESUMEN**

**Introducción.** El manejo y tratamiento del embarazo ectópico ha evolucionado en los últimos años de forma impresionante, predominando actualmente una terapia conservadora, tanto médica como quirúrgica, en función de la fertilidad, a pesar del incremento de las afecciones tubáricas. **Métodos.** Se realizó un estudio cuasi experimental, prospectivo y longitudinal, en pacientes que acudieron al cuerpo de guardia del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas y fueron atendidas por

presentar dolor en bajo vientre, sangramiento uterino anormal y/o amenorrea realizándosele laparoscopia diagnóstica, detectándoseles embarazo ectópico ampular. La muestra quedó constituida por 200 pacientes, sometidas a la técnica convencional de cirugía conservadora longitudinal, en el periodo 2004-2007. Se analizó la prueba hormonal, subunidad beta de gonadotrofina coriónica humana, ultrasonido transvaginal y/o abdominal y posevolución quirúrgica, el seguimiento de nuevos embarazos intrauterinos y recidivas de embarazos ectópicos.

**Resultados.** Resultaron ser positivas de embarazo 178 pacientes con sospecha de embarazo ectópico ampular y 22 negativas. Lográndose después de la intervención quirúrgica 19 embarazos intrauterinos y 22 recidivas de embarazos ectópicos. **Conclusiones.** Se demostró, con el uso de la técnica por salpingostomía lineal que se lograron nuevos embarazos intrauterinos pero no se eliminaron las recidivas de embarazos ectópicos.

**Palabras clave:** embarazo ectópico, laparoscopia, salpingostomía lineal, ultrasonido transvaginal y/o abdominal.

## **ABSTRACT**

**Introduction.** The management and treatment of ectopic pregnancy has impressively evolved in recent years, currently predominating a conserving management, both medical and surgical, depending on fertility despite the increase in tubal disorders. **Methods.** A quasi-experimental, prospective and longitudinal study was conducted in patients who attended the Emergency Room at CIMEQ Hospital. They were assisted due to pain in the lower abdomen, abnormal uterine bleeding and/or amenorrhea. They underwent diagnostic laparoscopy, and ampullary ectopic pregnancy was detected. The sample was composed of 200 patients with the diagnosis of ectopic pregnancy, so the conventional technique of longitudinal conservative surgery was performed in the period 2004-2007. Beta hcg hormone test, transvaginal and/or abdominal ultrasonogram, and tracking new intrauterine pregnancies and recurrence of ectopic pregnancy with the use of longitudinal conserving surgery were analyzed.

**Results.** 178 patients with suspected ectopic pregnancy were found to be positive pregnancy to the test for Beta hcg and 22 negative. After surgery 19 intrauterine pregnancies were achieved and 22 recurrence of ectopic pregnancies.

**Conclusions.** It was shown that in using the technique by linear salpingostomy

new intrauterine pregnancies were achieved, but recurrence of ectopic pregnancies were not removed.

**Key words.** Ectopic pregnancy, laparoscopy, linear salpingostomy, transvaginal and/or abdominal ultrasonogram

## **INTRODUCCIÓN**

Es conocido la utilidad de la laparoscopia en el diagnóstico del embarazo ectópico, la cual podrá evitar una laparotomía, si su indicación se hace sobre una buena base clínica.

El embarazo ectópico es la causa más común de muertes, relacionadas con el embarazo en el primer trimestre. Representa el 10.6% de todas las muertes referidas con el embarazo. De acuerdo con la Encuesta Confidencial en Salud Materno-Infantil (CEMACH) el número de muertes atribuidas a un embarazo ectópico ha aumentado de 47 en 2002-2004 a 75 en 2008-2010<sup>(1)</sup>. Los avances en las tecnologías de laboratorio y de imagen en últimas décadas, permiten un diagnóstico precoz del embarazo ectópico, muchas veces incluso antes de que el paciente desarrolle síntomas.

El manejo y tratamiento del embarazo ectópico ha evolucionado en los últimos años de forma impresionante, predominando actualmente una terapia conservadora, tanto médica como quirúrgica, en función de la fertilidad a pesar del incremento de las afecciones tubáricas.

Se define como embarazo ectópico (EE) toda implantación embrionaria y posterior desarrollo del blastocito fuera de la cavidad uterina. Hay que pensar en el embarazo ectópico siempre que se tenga una mujer en edad fértil con un cuadro abdominal agudo, conociéndose como el gran simulador de la ginecología. Hoy con el desarrollo de los métodos diagnósticos se permite actuar con mayor rapidez aunque todavía cobra su cuota de muerte.

Los síntomas más comunes en el EE son: dolor pélvico, sangrado vaginal anormal y amenorrea. El dolor puede ser agudo o difuso, que suele comenzar con molestias ligeras transformándose en agudo y de tipo cólico. El dolor en el hombro sugiere irritación diafragmática por hemorragia en la cavidad peritoneal. De un 75% a un 95% de las pacientes señalan una corta amenorrea o antecedente de anormalidad menstrual, a veces las pacientes refieren que no

han dejado de sangrar y esto se debe al desprendimiento de la decidua uterina debido a la necrosis del tejido trofoblástico<sup>(2)</sup>.

Los síntomas subjetivos de embarazo, náuseas, vómitos, etcétera, solo se presentan del 10% al 25% de las pacientes con gestación ectópica. El estado general de la paciente con un EE depende si la gestación es temprana y no se ha roto. La presencia de un pulso acelerado con disminución de la presión arterial sugiere la existencia de un EE complicado.

A veces, a la exploración del abdomen hay dolor de rebote, pero su ausencia no descarta una posible gestación ectópica. La palpación de una tumoración anexial puede corresponder a un quiste del cuerpo amarillo<sup>(3)</sup>.

Son muchas las afecciones que pueden confundirnos con un EE. Se han reportado casos en que se ha encontrado un hemoperitoneo grande, pensando en un EE resultando en otros diagnósticos como rotura esplénica<sup>(4)</sup>. El diagnóstico de apendicitis aguda y EE han sido catalogados como los grandes simuladores de la cirugía y la ginecología<sup>(5,6)</sup>.

El embarazo ectópico tubárico (EET) ha ido en aumento en los últimos treinta años no solo en nuestro país sino en el mundo, debido al incremento de las enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP), producidas por diferentes microorganismos, fundamentalmente por las infecciones por clamidia, convirtiéndose este fenómeno en un problema de salud sexual y reproductiva. Actualmente se reporta como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo, poniendo en peligro la vida de la mujer<sup>(7-9)</sup>.

El embarazo intersticial es poco frecuente (del 2% al 4% de las pacientes de embarazo ectópico), pero es de vital importancia su identificación y manejo, debido a que su ruptura, en caso de presentarse, se lleva a cabo en una zona altamente vascularizada<sup>(3)</sup>.

El embarazo ectópico representó en Cuba el 11,9% del total de las muertes maternas durante la década de 1985 al 1995 y en los últimos años el 12%<sup>(10)</sup>. En Estados Unidos, el 12% de todos los embarazos resultan ectópicos, constituyendo el 15% de las muertes maternas<sup>(11)</sup> y el 95% afectan el oviducto<sup>(12)</sup>. En España se estima que el embarazo ectópico constituye aproximadamente el 2,3% del número total de embarazos<sup>(13)</sup>, cuyas complicaciones son la ruptura del saco gestacional, la hemorragia interna e inestabilidad hemodinámica. Es una de las

principales causas de muerte materna directa durante el primer trimestre del embarazo.

Hoy día el EE se puede diagnosticar por métodos no invasivos, por la determinación en suero, de la subunidad beta de gonadotrofina coriónica humana ( $\beta$ -hcg), y ultrasonido transvaginal de alta resolución. Por consiguiente, el diagnóstico clínico del embarazo ectópico ha permitido la aplicación de importantes opciones para su manejo terapéutico<sup>(14,15)</sup>.

En los últimos años, la exactitud del diagnóstico del EE se ha incrementado notablemente por la mejoría de la sensibilidad de la determinación de la gonadotrofina coriónica humana ( $\beta$ -hcg) y por la utilización de la ecografía transvaginal, que permite un diagnóstico precoz<sup>(16)</sup>.

Los avances en la cirugía laparoscópica han permitido abordar la mayoría de las pacientes con embarazos tubáricos. La cirugía conservadora es el procedimiento de elección para pacientes que deseen una fertilidad futura, definida como el tiempo transcurrido desde el EET hasta un embarazo intrauterino espontáneo o un embarazo ectópico repetido<sup>(5,6)</sup>. La incisión longitudinal tubárica<sup>(17)</sup> constituye el procedimiento de elección fundamental, hasta el momento, en el tratamiento conservador quirúrgico en el embarazo ectópico tubárico, de ahí que el objetivo del presente trabajo es realizar el diagnóstico temprano con el propósito de ofrecer el tratamiento quirúrgico más adecuado, para preservar la permeabilidad tubárica y fertilidad futura en pacientes que deseen conservar la capacidad reproductiva, así como evitar llegar a una situación clínica crítica del EET.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio cuasi experimental, prospectivo y longitudinal, en 250 pacientes que acudieron al cuerpo de guardia del hospital CIMEQ y que fueron atendidas por presentar uno o varios de los signos y síntomas siguientes: dolor en bajo vientre, sangramiento uterino anormal y/o amenorrea realizándosele laparoscopia diagnóstica.

La muestra quedó constituida por 200 pacientes, con el diagnóstico de EET, que fueron sometidas a la técnica convencional de cirugía conservadora longitudinal, en el periodo 2004-2007 y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión señalados para este estudio.

Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico tubárico ampular con trompa íntegra o lesión poco importante (fisurada).

Criterios de exclusión

Pacientes con embarazos no ectópicos.

Pacientes que no les interesa la fertilidad.

Pacientes con sospecha de otras enfermedades ginecológicas.

Pacientes que por su estado clínico no hayan permitido la realización de la cirugía conservadora.

Contraindicaciones para laparoscopia.

Técnica quirúrgica. Salpingostomía longitudinal

Requiere estabilidad hemodinámica, deseo de preservar la fertilidad, trompa íntegra o lesión poco importante, localización ampular o ístmica y tamaño del EE menor de 5 cm.

Se realiza una incisión longitudinal en el borde antimesentérico de la trompa a nivel de la gestación, aspiración del contenido ovular (evitando maniobras enérgicas que aumenten la hemorragia), lavado del lecho operatorio y de la trompa con suero fisiológico y hemostasia de puntos sangrantes. La incisión puede suturarse (salpingostomía) o dejar que cierre por segunda intención. Previa a la incisión puede inyectarse en el borde antimesentérico una solución de vasopresina al 5% con fines hemostáticos<sup>(18)</sup>.

Variables: Edad, Color de la piel, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos obstétricos y ginecológicos, antecedentes de embarazos ectópicos, anticoncepción empleada, sintomatología clínica al ingreso, hallazgos al examen físico, prueba hormonal  $\beta$ -hcg, ultrasonido abdominal y transvaginal, utilidad de la cirugía conservadora longitudinal valorada por los nuevos embarazos intrauterinos poscirugía y recidivas de nuevos EE.

Proceso de recolección de la información

Después de recolectar y seleccionar los datos, todas las variables fueron registradas en una base de datos Excel, Microsoft Office versión XP, y analizada por el sistema SPSS versión 13.0 para el análisis y estudio de las variables cualitativas: a las que se les determinó las frecuencias y los porcentajes.

Aspectos éticos de la investigación

El estudio cumple con la II Declaración de Helsinki y con la legislación vigente en Cuba. Los sujetos del estudio, a través de un consentimiento informado, fueron conocedores del proceso de investigación y decidieron espontáneamente su aprobación o negación, sin consecuencia alguna. Se explicó a los pacientes la confidencialidad de los datos recogidos y la privacidad individual de los datos serían protegidas y los resultados estadísticos de la investigación serían publicados, solo en interés científico.

## RESULTADOS

En las pacientes estudiadas se observó que el mayor número de embarazos ectópicos se presentaron entre los veinte años y cuarenta años a edad, para un 76%. Respecto al color de la piel: predominó el blanco, con un 72%, (Tabla 1 y 2).

**Tabla 1.** Distribución de la edad en años.

Edad en años	n	%
Menor de 20	8	4
Entre 20 y 40	152	76
Más de 40	40	20
Total	200	100

Fuente: Historias clínicas.

**Tabla 2.** Distribución de las pacientes por el color de la piel.

Color de la piel	n	%
Blanca	98	49
Negra	57	28,5
Mestiza	45	22,5
Total	200	100

Fuente: Historias clínicas.

El análisis de los factores de riesgo, demostró que un total de treinta y siete mujeres eran fumadoras. No se observó asociación respecto al asma, la hipertensión arterial, ni la anemia. Como se muestra en la tabla 3.

**Tabla 3.** Distribución de las pacientes por hábitos tóxicos y antecedentes patológicos personales.

<b>Antecedentes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tabaquismo	37	18,5
Asma bronquial	5	2,5
Hipertensión arterial	2	1
Anemia	25	12,5
Total	69	34,5

Fuente: Historias clínicas.

En cuanto a los antecedentes obstétricos y EE, predominaron las mujeres que habían tenido partos, abortos solos o combinados, para un 42%. El antecedente de EE fue el de menor incidencia con un 4% seguido de las cesáreas.

La tabla 4, permitió analizar que el principal factor asociado a los anticonceptivos y el EE fue el dispositivo intrauterino, en un 49% de mujeres. Las mujeres que no usaron anticoncepción fue el segundo de mayor por ciento, con un 39.5%. Los anticonceptivos orales correspondieron con un 10.5%.

**Tabla 4** Distribución de las pacientes según anticonceptivo empleado.

<b>Anticonceptivos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Oral	21	10,5
Hormonas inyectables	1	0,5
DIU	98	49
De barrera	1	0,5
Ninguno	79	39,5
Total	200	100

Fuente: Historias clínicas.

Las principales sintomatologías al ingreso estuvieron dadas por, sangramiento, dolor pélvico y amenorrea, los resultados del examen físico mostraron alteraciones dadas por: tumoración anexial, anejos dolorosos, útero aumentado de tamaño, así como la presencia de genitales normales, siendo la tumoración anexial la de mayor frecuencia, lo cual podía relacionarse con un embarazo ectópico, seguidos del aumento de tamaño del útero y de anejos dolorosos.



Ultrasonido abdominal y/o transvaginal. Solo se utilizó para el diagnóstico de embarazos intrauterino, los cuales en todos los casos estudiados fueron negativos.

La tabla 5, recoge los resultados aportados por la prueba cualitativa  $\beta$ -hcg en mujeres con sospecha de embarazo ectópico, las cuales fueron 178 positivas con 22 negativas.

**Tabla 5** Resultados de la prueba hormonal  $\beta$ -hcg.

<b>Prueba <math>\beta</math>-hcg</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Positiva	178	89,0
Negativa	22	11,0
Total	200	100

Fuente: Historias clínicas.

Las 200 mujeres con el diagnóstico de embarazo ectópico ampular se sometieron a la técnica de cirugía por salpingostomía lineal. En cuanto a las complicaciones posquirúrgicas las principales fueron, el sangramiento y la persistencia de trofoblasto.

Como muestra de utilidad con el uso de la técnica por cirugía longitudinal se estudiaron posteriormente, durante un año de evolución, el total de mujeres intervenidas por EET. En ese tiempo el número de nuevos embarazos intrauterinos logrados fue en diecinueve mujeres y veintidós con recidivas de embarazo ectópico. La tabla 6, muestra estos datos así como los resultados de las ochenta pacientes que usaron anticonceptivos orales u otros métodos, pues no querían nuevos embarazos y el ochenta restante no se embarazaron en el período analizado por presentar otras sintomatologías ginecológicas.

**Tabla 6.** Embarazos intrauterinos y recidiva EE poscirugía longitudinal.

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Embarazos logrados	19	(9,5%)
Recidiva de embarazo ectópico	21	(10,5%)
Uso de anticonceptivo	80	(40 %)
No nuevos embarazos	80	(40%)
Total	200	(100 %)

Fuente: Historias clínicas.

## DISCUSIÓN

En relación a la caracterización de la muestra escogida, esta mostró una mayor incidencia en pacientes entre veinte años y cuarenta años, a diferencia de otros autores que señalan la edad entre los veinte años y veintinueve años<sup>(19)</sup>.

Otras características fueron, el color de la piel, predominando el color blanco, los antecedentes obstétricos de partos y abortos. El antecedente de cesárea anterior fue el de menos incidencia<sup>(20)</sup>.

En relación a los antecedentes patológicos personales y hábitos tóxicos el de mayor frecuencia resultó ser el tabaquismo para un 18,5 % señalándose, que este tiene una toxicidad directa debido a que la nicotina actúa disminuyendo el peristaltismo de la trompa uterina y el movimiento ciliar, pero también presenta una toxicidad indirecta, dada por la acción antiestrogénica, variando los niveles de hormonas.

Los primeros pasos en el diagnóstico de un embarazo ectópico es realizar una buena anamnesis e identificar la presencia de amenorrea, indicar una prueba de orina cualitativa para detectar la subunidad beta de gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hcg) así como ultrasonido ginecológico, preferiblemente transvaginal, con el propósito de descartar el embarazo intrauterino o la gestación heterotrófica<sup>(21)</sup>. Algunos estudios han reportado la existencia de un embarazo ectópico roto en pacientes con un resultado de la prueba de embarazo en orina negativa<sup>(24)</sup>. En el actual estudio el total de todas las mujeres diagnosticadas clínica y ultrasonográficamente, con EE registraron pruebas beta-hcg positivas. Internacionalmente, incluyendo nuestro país, se ha reportado un aumento en el número de embarazos ectópicos<sup>(25)</sup> cuya sintomatología, al menos antes de su ruptura, es variada, aunque puede ser asintomático. En el caso de existencia de alguno de los factores de riesgo, estos pueden guiarnos al diagnóstico oportuno. Si no se hace el diagnóstico temprano, algunas pacientes pueden desarrollar la clásica triada de amenorrea, sangramiento vaginal irregular y dolor en hipogastrio. Si llega a romperse, aparecen los signos de abdomen agudo y del shock hemorrágico<sup>(25)</sup>.

El médico debe actuar de forma inmediata, agotando todos los medios diagnósticos a su alcance, frente a una mujer que refiera la falta de la menstruación. Muchas mujeres no presentan amenorrea y confunden el sangrado uterino que frecuentemente ocurre en el embarazo tubario (el más frecuente) con

una menstruación verdadera. En el caso de, afección tubaria enfermedad inflamatoria crónica, cirugía tubaria etcétera pueden ayudarnos en un diagnóstico oportuno.

La reconstrucción de la trompa después de una operación de embarazo tubárico por vía laparoscópica puede aumentar de forma significativa la repetición del embarazo ectópico. El éxito está en relación con el estado previo de las trompas, la fertilidad y la edad .La evacuación u ordeño aumenta las tasas de fracaso y disminuye la futura fertilidad.

El papel de la cirugía reproductiva moderna ha cambiado debido a la mejora en las capacidades de la cirugía endoscópica resultantes de la instrumentación y la innovación, experimentar el desarrollo y el aumento de aplicabilidad de reproducción asistida, tecnologías y un mejor conocimiento de la aplicación óptima de estos y otras tecnologías.

Como está descrito en la literatura colombiana<sup>(17)</sup> donde se realizó un reporte de caso de un embarazo ectópico bilateral espontáneo, empleando un manejo conservador por laparoscopia, se pudo confirmar la permeabilidad de ambas trompas, cuatro meses posterior a ella. Esto refuerza el uso de esta técnica como favorable en el grupo de mujeres estudiadas en este trabajo.

## **CONCLUSIONES**

La tasa de embarazo intrauterino, obtenido con el uso de la técnica por salpingostomía lineal en mujeres con EET ampular demuestra que se lograron nuevos embarazos intrauterino, a pesar que no impidió totalmente las recidivas de EE.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Rana P, Kazmi I, Singh R, Afzal M, Al-Abbasi FA, Aseeri A, et al. Ectopic pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 2013;288(4):747-57.
2. Rigol O. Sangramiento en obstetricia. En: Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 146-55.
3. Capmas P, Bouyer J, Fernandez H. Treatment of ectopic pregnancies in 2014: new answers to some old questions. Fertil Steril. 2014;101(3):615-20.

4. Arnaud A, Mabrouk A, Salomon LJ, Bernard JP, Ville Y. Ultrasound assessment of haemoperitoneum in ectopic pregnancy: derivation of a prediction model. *World J Emerg Surg.* 2007;2:23.
5. López PR, Bergal GJ, López MC. Ectopic pregnancy: Its current interest in Primary Health Care. *Semergen.* 2014;40(4):211.
6. Rodríguez Y, Altunaga M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Rev Cub de Obstetric y Ginecol.* 2010;36(1):36-43.
7. Botella J, Clavero LA. *Tratado de Ginecología.* 14<sup>ta</sup> Ed. Madrid: Editorial Díaz Santos; 1993.
8. Nig LO, Balogun OR, Salaudeen AG, Olatinwo AW, Saidu R. Ectopic pregnancy in Ilorin. Nigeria: a four year review. *Niger Postgrad Med J.* 2013;20(4):341-5.
9. Silva S. Revisión bibliográfica de Embarazo Ectópico del 1992-2003. Servicio de Obstetric y Ginecol, Hospital Dr. Sótero del Río. Santiago de Chile; 2004 (Consultado en Septiembre de 2004). Disponible en: URL: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Embarazo-Ectopico/631999.html>.
10. Ministerio de Salud Pública. Orientaciones metodológicas para el manejo y control de todo el sistema de salud de las mujeres con Embarazo Ectópico y sus complicaciones. La Habana: MINSAP; 2002.
11. Donoso E, Oyarzún E. Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. *Rev Chil Obstetric y Ginecol* 2004;69(1):14-8.
12. Matos HA, Rodríguez O, Estrada G, Martínez M, Saap A, Osorio M, et al. Caracterización de embarazo ectópico. *Rev Inf Cientif.* 2008;58(2):1-9.
13. Shapiro BS, Daneshmand ST, De LL, Garner FC, Aguirre M, Hudson C. Frozen-thawed embryo transfer is associated with a significantly reduced incidence of ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 2012;98(6):1490-4.
14. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, Tinelli A, Malvasi A, Jonat W, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Obstetric Gynecol Surv.* 2013;68(8):571-81.
15. Cabezas E. Embarazo ectópico. *Rev Cub Obstetric y Ginecol.* 2013;39(4):314-5.
16. Salvador C, Callejo J, Laílla JM. *Embarazo ectópico.* 6<sup>ta</sup> Ed. Madrid: Elsevier Masson; 2013.

17. De los Ríos JF, Castañeda JD, Restrepo EA. Salpingostomía lineal por laparoscopia para el tratamiento de un embarazo ectópico bilateral espontáneo. Reporte de caso. Rev Colomb Obstetric y Ginecol. 2006;5(1):7.
18. Jamard A, Turck M, Pham AD, Dreyfus M, Benoist G. Fertility and risk of recurrence after surgical treatment of an ectopic pregnancy (EP): Salpingostomy versus salpingectomy. J Gynecol Obstetric Biol Reprod Paris. 2016;45(2):129-38.
19. Fernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cub Obstetric y Ginecol. 2011;37:84-99.
- 20 Vaswani PR. Predictors of success of medical management of ectopic pregnancy in a tertiary care hospital in United arab emirates. J Clin Diagn Res. 2014;8(8):10.
21. Montero A. Laparoscopia en el diagnóstico del embarazo ectópico. Tokio. Ginecol Pract. 1982;41(471):237-40.
22. Bustos HH, Rojas G, Barron J, Cintora S, Kably A, Valle RF. Tratamiento laparoscópico conservador del embarazo ectópico bilateral. Informe de dos casos y revisión de la literatura. Ginecol y Obstetric Mex. 1998;66:13-20.
23. Martín LM, de la Paz R, Montero O. Embarzo ectópico abdominal. Medicent. 2011;15(3):259-62.
24. Rodríguez Y, Altunaga M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Rev Cub Obstetric y Ginecol. 2010;36:36-43.
25. Cabezas E. Embarazo ectópico. Rev Cub Obstetric y Ginecol. 2013;39(4):314-5.

Recibido: 21 de septiembre de 2015

Aprobado: 20 de febrero de 2016

Dr. Raúl Domingo Vasallo Prieto. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas.  
Calle 216 y 11B, Siboney, Playa. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: [raul.vasallo@infomed.sld.cu](mailto:raul.vasallo@infomed.sld.cu)