Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2024; 92 (10): 407-414.

https://doi.org/10.24245/gom.v92i10.9768

Experiencia en la atención médica del embarazo ectópico abdominal

Experience in the medical care of abdominal ectopic pregnancy.

Alan Francis Miranda Flores

Resumen

OBJETIVO: Conocer la experiencia en la atención médica de pacientes con embarazo ectópico abdominal.
MATERIALES Y METODÓS: Estudio descriptivo y retrospectivo llevado a cabo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico abdominal atendidas entre los años 2021 al 2023. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas. El análisis estadístico se procesó en el programa SPSS 24.
RESULTADOS: Se registraron siete casos de pacientes con embarazo ectópico abdominal. La edad promedio de las pacientes fue de 31.3 años. Solo tres pacientes tenían factores de riesgo. El promedio de semanas de gestación fue de nueve. Cinco de las siete pacientes tuvieron dolor abdominal como único síntoma. El diagnóstico preoperatorio se estableció en tres de las siete pacientes. Cuatro pacientes tuvieron hemoperitoneo. El sitio de implantación más frecuente fue el ligamento ancho (en 3 de las 7). El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos. Una paciente tuvo hemoperitoneo como complicación posoperatoria, por el sangrado del lecho placentario.
CONCLUSIONES: El embarazo ectópico abdominal tiene una alta morbilidad y mortalidad materna; en nuestra institución se detectaron siete casos en tres años. El cuadro clínico está condicionado al sitio de implantación, la mayoría tendrá hemoperitoneo y dolor abdominal, por lo que el diagnóstico y tratamiento se establecen, simultáneamente, por vía quirúrgica. El control prenatal es fundamental porque el ultrasonido es suficiente para establecer el diagnóstico y, en casos especiales, la resonancia magnética es de gran utilidad. Si el diagnóstico se establece oportunamente podrá ofrecerse un tratamiento conservador o quirúrgico de acuerdo con las condiciones de la paciente y, de esta manera, disminuir las complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Embarazo abdominal; embarazo ectópico; estudio retrospectivo; Perú; factores de riesgo; semanas de gestación; hemoperitoneo; complicación posoperatoria; morbilidad y mortalidad materna; resonancia magnética.

Abstract

OBJECTIVE: To know the experience in the medical care of patients with abdominal ectopic pregnancy.
MATERIALS AND METHODS: Descriptive and retrospective study carried out at the Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Peru in patients with a diagnosis of abdominal ectopic pregnancy attended between 2021 and 2023. Data were collected from medical records. Statistical analysis was performed using SPSS 24.
RESULTS: Seven cases of patients with abdominal ectopic pregnancy were included. The mean age of the patients was 31.3 years. Only three patients had any risk factors. The mean gestational age was nine weeks. Five of the seven patients presented with abdominal pain as the only symptom. Preoperative diagnosis was established in three of the seven patients. Four patients had hemoperitoneum. The most common site of implantation was the broad ligament (in 3 of the 7 patients). Treatment was operative

*Ginecoobstetra, ginecooncólogo, docente auxiliar, Departamento de Ginecología, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ORCID
https://orcid.org/0000-0002-9640-4418

Recibido: abril 2024
Aceptado: julio 2024

Correspondencia
Alan Francis Miranda Flores
alanmiranda04@hotmail.com
alanmiranda04@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Miranda-Flores AF. Experiencia en la atención médica del embarazo ectópico abdominal. Ginecol Obstet Mex 2024; 92 (10): 407-414.

in all cases. One patient had hemoperitoneum as a postoperative complication due to bleeding from the placental bed.
CONCLUSIONS: Abdominal ectopic pregnancy has a high maternal morbidity and mortality; seven cases have been reported in our institution in three years. The clinical picture depends on the site of implantation, most of them have hemoperitoneum and abdominal pain, so the diagnosis and treatment are made simultaneously by surgery. Prenatal control is fundamental because ultrasound is sufficient to establish the diagnosis and, in special cases, magnetic resonance imaging is very useful. If the diagnosis is made in time, conservative or surgical treatment can be offered depending on the patient's condition, thus reducing complications.

KEYWORDS: Abdominal pregnancy; Ectopic pregnancy; Retrospective study; Peru; Risk factors; Gestational age; Hemoperitoneum; Postoperative complication; Maternal morbimortality; Magnetic resonance imaging.

ANTECEDENTES

El embarazo ectópico abdominal es una forma rara de embarazo ectópico, donde la implantación del saco gestacional se produce en la cavidad peritoneal, fuera de la cavidad uterina o de las trompas de Falopio. Su incidencia es de 1 caso por cada 10,000 nacimientos; representa del 1 al 1.4% de todos los embarazos ectópicos.[1-3] Tiene una alta tasa de mortalidad materna (7 a 8 veces mayor que otros embarazos ectópicos y 90 veces mayor que el embarazo intrauterino) debida a la invasión del trofoblasto a los principales órganos de la cavidad abdominal y a los vasos maternos que provocan sangrado o rotura de la zona afectada; por eso debe diagnosticarse tempranamente.[1,2,4]

Gran parte de los embarazos ectópicos abdominales se deben a la reimplantación del saco gestacional por un aborto tubárico.[3] En la bibliografía están reportados varios sitios de implantación: epiplón, superficie del útero, peritoneo de la cavidad pélvica, diafragma, ligamento ancho, órganos abdominales (intestino, hígado y bazo) y los grandes vasos sanguíneos.[1,2,5,6] Muchos reportes relacionan los factores de riesgo del embarazo ectópico tubárico con los del embarazo abdominal, pero sin fundamentos suficientes para afirmarlo.[2] El cuadro clínico es variable y depende del sitio de implantación del embarazo ectópico y de las semanas de gestación. El dolor abdominal es el síntoma más común.[1,3] Entre el 20 y 40% de los casos se diagnostican antes de la cirugía.[1]

La atención médica de las pacientes con embarazo ectópico abdominal dependerá del estado hemodinámico y de las semanas de gestación transcurridas.[7] El tratamiento más común es quirúrgico y consiste en la remoción del feto con la placenta en las semanas tempranas del embarazo porque en las más avanzadas siempre habrá la duda de si remover la placenta o dejarla in situ, por el alto riesgo de hemorragia masiva. Existen reportes o series de casos de la conducta conservadora ante el embarazo ectópico abdominal avanzado con controles estrictos.[3] La mortalidad fetal en este tipo de embarazo puede llegar a más del 50% y se asocia con malformaciones congénitas en alrededor del 20%.[3]

https://doi.org/10.24245/gom.v92i10.9768

En Perú no se han llevado a cabo investigaciones suficientes al respecto, solo reportes de casos. Por lo anterior, el objetivo del estudio fue: conocer la experiencia en la atención médica de pacientes con embarazo ectópico abdominal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo llevado a cabo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú, en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico abdominal atendidas entre los años 2021 al 2023. El diagnóstico se estableció con base en los signos y síntomas, concentraciones de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana (β-hCG), las imágenes de la ecografía transvaginal y el estudio patológico. Previo a la firma del consentimiento informado se les explicaron a las pacientes los riesgos y ventajas del tratamiento. *Criterios de exclusión:* pacientes tratadas en otro hospital o con historia clínica no disponible.

Variables de estudio: edad, estado civil, escolaridad, factores de riesgo, paridad, semanas de gestación, cuadro clínico, β-hCG inicial, diagnóstico preoperatorio, hemoperitoneo, sitio de implantación, tipo de tratamiento, técnica quirúrgica, vía de acceso quirúrgico, complicaciones intraoperatorias y posoperatorias.

En las historias clínicas se aplicó la técnica de observación documental y se utilizó un formulario de registro. Los datos se registraron en la hoja de cálculo del programa SPSS versión 24. El análisis descriptivo y analítico se procesó con ese paquete estadístico. Para las variables cuantitativas se determinaron las medidas de tendencia central y dispersión. Para las variables cualitativas se determinaron frecuencias y porcentajes. Los datos se exponen en cuadros y figuras.

La investigación fue aprobada por el Comité de Evaluación Metodológica y Estadística en Investigación, y por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional Materno Perinatal, con número de expediente 24-2242-1. No se agregó ningún riesgo a los pacientes del estudio en virtud de su carácter descriptivo y retrospectivo.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 480 embarazos ectópicos, de los que 7 casos fueron ectópicos abdominales; es decir, 1.46% del total de embarazos ectópicos. La mayoría de pacientes eran menores de 36 años, con promedio de edad de 31.3 años (límites 19 y 38 años), casi todas convivientes (5 de 7), con grado de escolaridad secundaria (6 de 7) y nulíparas (4 de 7). Tres de 7 pacientes tenían factores de riesgo, solo una había tenido un legrado uterino previo o cesárea previa o cirugía tubárica previa por embarazo ectópico. **Cuadros 1 y 2**

En referencia al cuadro clínico, 5 de 7 tuvieron dolor abdominal como único síntoma y en 5 de 7 el dolor se asoció con el sangrado vaginal. El promedio de semanas de gestación fue de 9 semanas (límites 6 y 14), 5 de 7 tenían más de 8 semanas. Solo a 4 pacientes se les hizo la medición cuantitativa de la β-hCG inicial, el promedio fue de 47414 mU/mL (límites 711 y 175800 mU/mL). **Cuadros 1 y 2**

El diagnóstico de embarazo ectópico abdominal antes de la cirugía se estableció en 3 de las 7 pacientes. Cuatro pacientes tuvieron hemoperitoneo. El sitio de implantación más frecuente del embarazo ectópico abdominal fue a la altura del ligamento ancho (3 de 7). El tratamiento del embarazo ectópico abdominal fue quirúrgico en todas las pacientes y consistió en la remoción del embarazo ectópico. En 3 pacientes la remoción del embarazo ectópico se asoció con la exéresis de la trompa o el anexo, porque estaban afectados. La vía de acceso quirúrgico fue la laparotomía en las 7 pacientes. No hubo complicaciones intraoperatorias. Una paciente tuvo una complicación posoperatoria debida al

Cuadro 1. Características de los embarazos ectópicos abdominales atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal

	Promedio	± DE	Rango	Mínimo	Máximo	Mediana
Edad	31.3 años	7.2	19	19	38	33
Semanas de gestación	9	2.8	8	6	14	9
β-hCG inicial	47414 mU/mL	85637.8	175089	711	175800	6572.5
Estado civil			**n**		**%**	
Soltera			2		28.6	
Conviviente			5		71.4	
Casada			0		0	
Paridad			**n**		**%**	
Nulípara			4		57.1	
Primípara			2		28.6	
Multípara			1		14.3	
Escolaridad			**n**		**%**	
Primaria			1		14.3	
Secundaria			6		85.7	
Superior			0		0	
Factores de riesgo			**n**		**%**	
Cirugía tubárica previa por embarazo ectópico			1		14.3	
Legrado uterino previo			1		14.3	
Cesárea previa			1		14.3	
Técnicas de reproducción asistida			0		0	
Ninguna			4		57.1	
Cuadro clínico			**n**		**%**	
Sangrado vaginal			0		0	
Dolor abdominal			5		71.4	
Dolor abdominal y sangrado vaginal			2		28.6	

hemoperitoneo por sangrado del lecho placentario, se intervino para controlar la hemorragia con puntos hemostáticos. Todas las pacientes evolucionaron favorablemente hasta el alta hospitalaria. **Cuadro 2**

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico abdominal representa entre 1 y 1.4% de todos los embarazos ectópicos, con una alta tasa de mortalidad materna: 8 veces mayor en comparación con los embarazos ectópicos tubáricos, por lo que su diagnóstico y tratamiento oportunos son decisivos para evitar esta complicación fatal.[1,2,3,6,8,9,10] En la bibliografía se reporta que la tasa de mortalidad materna es de entre 0.5 y 20%, y se incrementa si las semanas de gestación siguen avanzando.[11] Su incidencia varía entre 1 por cada 10,000 a 1 caso por cada 30,000 embarazos.[4-6,9,12] En este estudio el embarazo ectópico abdominal representó el 1.46%.

La causa sigue sin conocerse, pero se han sugerido varias teorías, como el desplazamiento del óvulo a través del líquido de la cavidad peritoneal y su fecundación en el fondo de saco de Douglas, debido a la acumulación de espermatozoides; y la posible migración del embrión, por vía linfática, desde la cavidad uterina hasta la cavidad pélvica.[5,12]

https://doi.org/10.24245/gom.v92i10.9768

Cuadro 2. Resumen de las características quirúrgicas de los embarazos ectópicos abdominales

Caso	Edad (años)	Semanas de gestación (ss)	β-hCG inicial (mUI/mL)	Diagnóstico preoperatorio	Hemoperitoneo	Sitio de implantación	Vía de acceso quirúrgico	Tipo de cirugía	Complicación intraoperatoria	Complicación posoperatoria
1	32	9	_	Si	No	Ligamento ancho izquierdo	Laparotomía	Remoción del ectópico	No	Hemoperitoneo
2	38	14	7385	Si	No	Fondo de saco de Douglas	Laparotomía	Remoción del ectópico	No	Ninguno
3	38	9	175800	No	No	Ligamento ancho derecho	Laparotomía	Remoción del ectópico+ SGD	No	Ninguno
4	35	8	711	No	Si	Peritoneo de parietocólico derecho	Laparotomía	Remoción del ectópico+ SGD	No	Ninguno
5	33	6	_	No	Si	Ligamento ancho derecho	Laparotomía	Remoción del ectópico+ anexectomía derecha	No	Ninguno
6	19	6	5760	No	Si	Superficie de la serosa de la cara posterior del útero	Laparotomía	Remoción del ectópico	No	Ninguno
7	24	11	_	Si	Si	Epiplón	Laparotomía	Remoción del ectópico	No	Ninguno

SGD: *salpingectomía derecha.*

En la bibliografía se menciona que gran parte de los embarazos ectópicos abdominales son secundarios, principalmente, a un embarazo ectópico tubárico abortado o roto con su posterior implantación en algún lugar de la cavidad abdominal.[1,2,6,11,13] El embarazo ectópico abdominal primario es poco frecuente, donde la implantación se produce, directamente, en la cavidad abdominal y quizá se deba a la aplicación de técnicas de reproducción asistida.[1,2,4-6,11] Para diagnosticar un embarazo ectópico abdominal primario se han propuesto los criterios de Studdiford (1942): la trompa de Falopio y los ovarios están intactos, no hay formación de fístula útero-peritoneal, el embarazo solo existe en la cavidad abdominal y no hay evidencia de embarazo ectópico tubárico.[1,3,7] En este estudio, quizá, 3 de los 7 embarazos abdominales fueron secundarios a una rotura de un embarazo ectópico tubárico, debido a que el reporte de patología informó que hubo afectación de la trompa uterina.

Los factores de riesgo del embarazo ectópico abdominal siguen sin conocerse; se han asociado con: endometriosis, lesión de las trompas uterinas, enfermedad inflamatoria pélvica, dispositivo intrauterino, embarazo ectópico previo, tabaquismo, aplicación de técnicas de reproducción asistida.[1,2,3,5] En este estudio 4 de 7 pacientes no tenían factores de riesgo. Poole y colaboradores[12] reportaron que el 8% de las pacientes, de 225 casos de embarazos ectópicos abdominales, tenían dispositivo intrauterino.

El cuadro clínico es variable y muy inespecífico, según la bibliografía la mayoría tiene dolor abdominal y sangrado vaginal.[1] En semanas de la gestación avanzadas (más de 20) el dolor abdominal puede deberse a los movimientos fetales, anomalías posicionales de la placenta y del feto. Además, un alto riesgo de complicaciones materno-fetales (hemorragia posparto, trastornos de la coagulación, embolia pulmonar, muerte materna).[1,6,11] En este estudio, 5 de 7 pacientes tuvieron dolor abdominal.[1,7] Además, 4 de 7 tuvieron hemoperitoneo.

Gracias a los avances en la ultrasonografía, en 50% de los casos el embarazo ectópico abdominal puede diagnosticarse en semanas tempranas de la gestación.[1,3,5,11-14] En la bibliografía están reportados casos de embarazos ectópicos abdominales diagnosticados luego de más de 20 semanas de gestación, incluso a término, con riesgo elevado de hemorragia posparto.[1] También hay informes de la aplicación de la resonancia magnética en el embarazo ectópico abdominal avanzado para evaluar las afectaciones a la placenta con órganos adyacentes.[1,3] En el estudio aquí publicado los casos se detectaron en semanas tempranas de la gestación, en promedio a las nueve, similar a gran parte de los estudios.[1,7,12] Entre el 20 y 40% de los casos se diagnostican antes de la cirugía.[6,11] Los casos de embarazo ectópico abdominal a término se han diagnosticado, principalmente, durante la cirugía.[3] En este estudio 4 de los casos se diagnosticaron durante la cirugía. Shaw y colaboradores reportaron que todos (n = 11) sus casos se diagnosticaron intraoperatoriamente.[7]

Se han reportado varios sitios de implantación del embarazo ectópico abdominal. Shaw y su grupo[7] informaron que el sitio de implantación más común fue el fondo de saco de Douglas (6 de 11 casos), seguido del mesosálpinx (3 de 11 casos). Poole colaboradores[12] reportaron en las bolsas o espacios alrededor del útero (24.3%; n = 225) y la superficie de la serosa del útero y las trompas (23.9%). En este estudio, el sitio de implantación más frecuente fue en el ligamento ancho (3 de 7 pacientes).

En la actualidad no existen tratamientos estandarizados para la atención de pacientes con embarazo ectópico abdominal; el más común sigue siendo el quirúrgico.[1,6] Existen pocas publicaciones y gran parte son reportes o serie de casos debido a su rareza. El tratamiento

https://doi.org/10.24245/gom.v92i10.9768

dependerá, principalmente, de las semanas de gestación y del estado hemodinámico de la paciente.[11] En semanas tempranas de la gestación el tratamiento consiste, principalmente, en la extirpación quirúrgica del feto y la placenta, porque su remoción es más fácil cuanto más temprano es el embarazo.[12,14] Se han reportado casos exitosos tratados mediante cirugía laparoscópica; su indicación depende del sitio de implantación que no afecte, principalmente, un área vascular.[7] Se han reportado casos de tratamiento conservador, como la inyección local de un citotóxico en el saco gestacional, la terapia sistémica con metotrexato y la embolización de la arteria uterina.[1,3,6,11,12,14] Estos tratamientos conservadores requieren controles estrictos durante largo tiempo.[1] En este estudio, el tratamiento principal fue quirúrgico, con vía de acceso por laparotomía; similar a lo reportado por gran parte de los estudios.[7,12]

La controversia estriba en las semanas avanzadas de la gestación en relación con la manipulación de la placenta una vez extraído el feto.[3] Cuando no es posible la extracción completa de la placenta, se deja in situ y se da un seguimiento estricto por posibles complicaciones maternas (absceso pélvico, hemorragias, obstrucción intestinal, fistulas, procesos inflamatorios y necróticos). [3,7,11,12,14] La extirpación de la placenta debe individualizarse según el sitio de inserción.[7,11,14] La reabsorción placentaria puede tardar hasta seis semanas.[11] Se han reportado algunas medidas para poder acelerar la involución placentaria *in situ,* como la embolización y la aplicación de metotrexato, pero son controversiales.[3,5,11,13] Varios autores desaprueban el metotrexato debido a la acumulación de tejido necrótico y un mayor riesgo de infección.[11,13] En este estudio no hubo casos de embarazos ectópicos abdominales avanzados.

Se han reportado casos de conducta expectante con estricta vigilancia en etapas avanzadas en pacientes asintomáticas, en espera de lograr la viabilidad fetal entre las 32 a 34 semanas, para luego finalizar el embarazo. Estos casos tienen un riesgo elevado de mortalidad materna por la hemorragia masiva que pueda ocurrir (12%).[3,6] Este tipo de conducta es cuestionado, aunque puede mejorar las posibilidades de supervivencia del feto, y existe un crecimiento de la placenta que puede invadir órganos vitales.[6] Está reportado que tienen un riesgo alto de mortalidad perinatal entre 40 y 95%, y una incidencia de malformaciones fetales entre el 25 y 40%.[4,6,8,11,14] La probabilidad de tener un nacido vivo en un embarazo ectópico abdominal es de entre el 10 y el 20%, según la bibliografía.[8,14]

CONCLUSIÓN

El embarazo ectópico abdominal tiene una alta morbilidad y mortalidad materna; en nuestra institución se detectaron siete casos en tres años. El cuadro clínico está condicionado al sitio de implantación, la mayoría tendrá hemoperitoneo y dolor abdominal, por lo que el diagnóstico y tratamiento se establecen, simultáneamente, por vía quirúrgica. El control prenatal es fundamental porque el ultrasonido es suficiente para establecer el diagnóstico y, en casos especiales, la resonancia magnética es de gran utilidad. Si el diagnóstico se establece oportunamente podrá ofrecerse un tratamiento conservador o quirúrgico de acuerdo con las condiciones de la paciente y, de esta manera, disminuir las complicaciones.

REFERENCIAS

1. Chen Y, Peng P, Li C, Teng L, et al. Abdominal pregnancy: a case report and review of 17 cases. Arch Gynecol Obstet 2023; 307: 263-74. https://doi.org/10.1007/s00404-022-06570-9
2. Abdullah L, Alsulaiman SS, Hassan M, Ibrahim HS, et al. Abdominal pregnancy: a case report. Ann Med Surg (Lond) 2023; 85 (2): 302-305. http://doi.org/10.1097/MS9.0000000000000245
3. Elías E, Huerta S, Campos del Castillo K, Coronado A, et al. Embarazo ectópico abdominal: Reporte de dos casos. Rev Peru Ginecol Obstet 2021; 67 (1). https://doi.org/10.31403/rpgo. v67i2306

4. Gutiérrez Y, Alvir A, Campillos M, Garrido F, et al. Embarazo ectópico abdominal. Diagnóstico y tratamiento médico con metotrexato. Prog Obstet Ginecol 2011; 54 (5): 257-60. https://doi.org/1016/j.pog.2011.02.017
5. Herrera O, Rodríguez C, Niebla C, Torres B, et al. Embarazo ectópico abdominal: protocolo de tratamiento combinado. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2019; 87 (4): 262-67. https://doi.org/10.24245/gom. v87i4.2787
6. Rohilla M, Joshi B, Jain V, Neetimala, et al. Advanced abdominal pregnancy: a search for consensus. Review of literature along with case report. Arch Gynecol Obstet 2018; 298 (1): 1-8. https://doi.org/10.1007/s00404-018-4743-3
7. Shaw S, Hsu J, Chueh H, Han C, et al. Management of primary abdominal pregnancy: twelve years of experience in a medical centre. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86 (9): 1058-62. https://doi.org/10.1080/00016340701434476
8. Yoder N, Tal R, Martin J. Abdominal ectopic pregnancy after in vitro fertilization and single embryo transfer: a case report and systematic review. Reprod Biol Endocrinol 2016; 14 (1): 69. https://doi.org/10.1186/s12958-016-0201-x
9. Huang K, Song L, Wang L, Gao Z, et al. Advanced abdominal pregnancy: an increasingly challenging clinical concern for obstetricians. Int J Clin Exp Pathol 2014; 7 (9): 5461-72.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. Obstetrics and Gynecology 2018; 131 (3): e91-e103. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002464
11. Tolefac P, Abanda M, Minkande J, Priso E. The challenge in the diagnosis and management of an advanced abdominal pregnancy in a resource-low setting: a case report. J Med Case Rep 2017; 11 (1): 199. https://doi.org/10.1186/s13256-017-1369-1
12. Poole A, Haas D, Magann EF. Early abdominal ectopic pregnancies: a systematic review of the literature. Gynecol Obstet Invest 2012; 74 (4): 249-60. https://doi.org/10.1159/000342997
13. Gidiri M, Kanyenze M. Advanced abdominal ectopic pregnancy: lessons from three cases from Zimbabwe and a literature appraisal of diagnostic and management challenges. Women´s Health (Lond) 2015; (3): 275-9. https://doi.org/10.2217/whe.15.3
14. Nassali M, Benti T, Bandani N, Musinguzi E. A case report of an asymptomatic late term abdominal pregnancy with a live birth at 41 weeks of gestation. BMC Res Notes 2016; 9: 31. https://doi.org/10.1186/s13104-016-1844-6

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Guo ZW, Deng CJ, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015*

* El identificador doi deberá colocarse con la liga completa (como se indica en el ejemplo).

https://doi.org/10.24245/gom.v92i10.9768