

# EMBARAZO ECTÓPICO DERECHO NO ROTO: REPORTE DE UN CASO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

Corzo de Coss, Grettel <sup>1\*</sup>; Aguilar Trejo, Montserrat<sup>1</sup>; Zúñiga González, Gabriela<sup>1</sup>; Martínez Gordillo, Angélica<sup>1</sup>; Rosales Vidal, Ángel<sup>1</sup>; Esquinca Ruiz, Jose Daniel<sup>1</sup>

1 Estudiante de 4° Módulo la Licenciatura en Médico Cirujano de la Facultad de Medicina Humana, "Dr. Manuel Velasco Suárez", Campus-II, Benemérita UNACH.

\* Autor de correspondencia: [grettel.corzo20@unach.mx](mailto:grettel.corzo20@unach.mx)

## RESUMEN

**Introducción:** El embarazo ectópico consiste en la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial, ocurriendo en las trompas de Falopio en la mayoría de los casos. Con una incidencia del 1-2%, representa una emergencia obstétrica crítica si no se diagnostica oportunamente. Factores como la enfermedad inflamatoria pélvica y cirugías previas aumentan el riesgo. Actualmente, la detección precoz mediante ultrasonografía y  $\beta$ -hCG permite manejos conservadores que preservan el potencial reproductivo.

**Descripción del caso clínico:** Paciente femenina de 32 años, quien acudió al servicio de urgencias refiriendo un cuadro clínico de tres días de evolución caracterizado por dolor abdominal en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, de tipo cólico, asociado a sangrado transvaginal escaso y amenorrea de siete semanas. A la exploración física, paciente hemodinámicamente estable, con tensión arterial de 90/60 mmHg. En la exploración ginecológica bimanual, se identificó masa anexial palpable en el lado derecho. Los estudios de laboratorio reportaron  $\beta$ -hCG sérica de 4,200 mUI/mL y hemoglobina de 10.2 g/dL. La ecografía transvaginal evidenció un útero vacío, sin presencia de saco gestacional intrauterino, y una imagen compatible con saco gestacional de 1.8 cm en el anexo derecho, con una cantidad moderada de líquido libre en el fondo de saco de Douglas. Se estableció el diagnóstico de embarazo ectópico tubárico derecho no roto. Debido a la estabilidad hemodinámica se instauró manejo médico con una dosis única intramuscular de metotrexato de 50 mg/m<sup>2</sup>. La paciente presentó una evolución clínica favorable, con descenso progresivo y sostenido de los niveles de  $\beta$ -hCG.

**Conclusiones:** El diagnóstico oportuno del embarazo ectópico permite el manejo conservador con metotrexato en pacientes seleccionadas, mitigando la morbilidad quirúrgica y preservando el potencial reproductivo. La correlación de hallazgos clínicos, bioquímicos y sonográficos es fundamental para garantizar una intervención eficaz y resultados maternos favorables.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico; embarazo tubárico; metotrexato; ultrasonografía transvaginal; preservación de la fertilidad.

---

**Recibido:** 27 de noviembre de 2025

**Aceptado:** 20 de diciembre de 2025

**Publicado:** 13 de abril de 2026

**DOI:** <https://doi.org/10.31644/AMU.V04.N03.2026.A11>

---

**Citar como:** Corzo de Coss G, Aguilar Trejo M, Zúñiga González G, Martínez Gordillo A, Rosales Vidal A, Esquinca Ruiz JD. Embarazo ectópico derecho No roto: Reporte de un caso en un hospital público de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. AMU. 2026;4(3):95-100. Doi: [10.31644/AMU.V04.N03.2026.A11](https://doi.org/10.31644/AMU.V04.N03.2026.A11)

# UNRUPTURED RIGHT-SIDED ECTOPIC PREGNANCY: A CASE REPORT AT A PUBLIC HOSPITAL IN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

Corzo de Coss, Grettel <sup>1\*</sup>; Aguilar Trejo, Montserrat<sup>1</sup>; Zúñiga González, Gabriela<sup>1</sup>; Martínez Gordillo, Angélica<sup>1</sup>; Rosales Vidal, Ángel<sup>1</sup>; Esquinca Ruiz, Jose Daniel<sup>1</sup>

1 4th Module student of the Médico Cirujano Bachelor's Degree at the Faculty of Human Medicine, "Dr. Manuel Velasco Suárez," Campus II, UNACH.

\* Corresponding author: [grettel.corzo20@unach.mx](mailto:grettel.corzo20@unach.mx)

## ABSTRACT

**Introduction:** Ectopic pregnancy consists of the implantation of the blastocyst outside the endometrial cavity, occurring in the Fallopian tubes in the majority of cases. With an incidence of 1-2%, it represents a critical obstetric emergency if not diagnosed timely. Risk factors such as pelvic inflammatory disease and previous surgeries increase its prevalence. Currently, early detection through ultrasonography and  $\beta$ -hCG quantification allows for conservative management strategies that preserve reproductive potential.

**Case description:** A 32-year-old female patient presented to the emergency department reporting a three-day history of colicky abdominal pain in the hypogastrium and right iliac fossa, associated with scant transvaginal bleeding and seven weeks of amenorrhea. Physical examination revealed the patient was hemodynamically stable, with a blood pressure of 90/60 mmHg. Bimanual gynecological examination identified a palpable right adnexal mass. Laboratory findings reported a serum  $\beta$ -hCG of 4,200 mIU/mL and hemoglobin of 10.2 g/dL. Transvaginal ultrasonography evidenced a vacant uterus and an image compatible with a 1.8 cm gestational sac in the right adnexa, accompanied by a moderate amount of free fluid in the pouch of Douglas. A diagnosis of unruptured right tubal ectopic pregnancy was established. Due to hemodynamic stability, medical management was initiated with a single intramuscular dose of methotrexate (50 mg/m<sup>2</sup>). The patient showed a favorable clinical evolution, with a progressive and sustained decrease in  $\beta$ -hCG levels.

**Conclusions:** Timely diagnosis of ectopic pregnancy enables conservative management with methotrexate in selected patients, mitigating surgical morbidity and preserving reproductive potential. The correlation of clinical, biochemical, and sonographic findings is fundamental to ensuring effective intervention and favorable maternal outcomes.

**Keywords:** Ectopic pregnancy; tubal pregnancy; methotrexate; transvaginal ultrasonography; fertility preservation.

---

Received: November 27, 2025

Accepted: December 20, 2025

Published: April 13, 2026

DOI: <https://doi.org/10.31644/AMU.V04.N03.2026.A11>

---

**Cite as:** Corzo de Coss G, Aguilar Trejo M, Zúñiga González G, Martínez Gordillo A, Rosales Vidal A, Esquinca Ruiz JD. Embarazo ectópico derecho No roto: Reporte de un caso en un hospital público de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. AMU. 2026;4(3):95-100. Doi: [10.31644/AMU.V04.N03.2026.A11](https://doi.org/10.31644/AMU.V04.N03.2026.A11)

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) se define como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial. La trompa de Falopio es la localización más frecuente, albergando aproximadamente el 95% de los casos, con una predilección específica por la región ampular <sup>1</sup>. Otros sitios de implantación menos habituales incluyen el ovario, el cérvix, la cavidad abdominal y los cuernos uterinos <sup>2</sup>. Esta condición constituye una de las principales emergencias gineco-obstétricas; pues la ausencia de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno incrementa el riesgo de hemorragia severa, comprometiendo la estabilidad hemodinámica y la vida de las pacientes <sup>3</sup>.

Se estima que el EE afecta al 1-2% de todas las gestaciones. Aunque su incidencia ha mostrado variaciones, las estrategias diagnósticas modernas —principalmente la ultrasonografía transvaginal y la cuantificación seriada de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG) <sup>4</sup>. No obstante, continúa siendo la causa principal de morbilidad materna y la razón primordial de mortalidad relacionada con el embarazo durante el primer trimestre <sup>5</sup>.

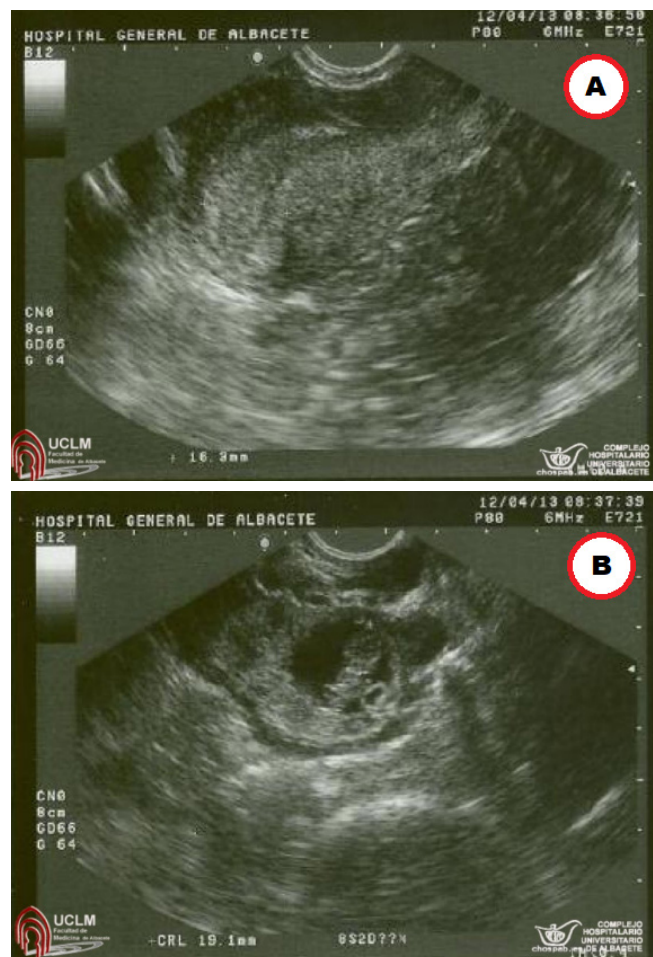
Los factores de riesgo clásicos incluyen antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, cirugías tubáricas, uso de dispositivos intrauterinos, técnicas de reproducción asistida, tabaquismo y embarazos ectópicos previos <sup>6</sup>. Sin embargo, resulta clínicamente relevante destacar que hasta el 50% de las pacientes pueden no presentar factores de riesgo identificables <sup>7</sup>, lo que obliga a mantener un alto índice de sospecha clínica.

Fisiopatológicamente, el EE deriva de una alteración en el transporte embrionario a través de la trompa de Falopio. Esto suele asociarse a un daño en el epitelio ciliado o a una obstrucción parcial de la luz tubárica, lo que impide el tránsito adecuado hacia el útero <sup>8</sup>. Esto desencadena la implantación ectópica del blastocisto en el epitelio tubárico a través de la invasión trofoblástica que resulta en distensión

tisular, dolor y hemorragia, con el riesgo latente de ruptura tubárica y hemoperitoneo significativo <sup>9</sup>.

El diagnóstico se fundamenta en la correlación de hallazgos clínicos, bioquímicos y sonográficos. La tríada clásica consiste en dolor abdominal bajo, sangrado transvaginal anormal y amenorrea, aunque la presentación puede variar según la localización y el tiempo de evolución <sup>4</sup>. El estándar de oro diagnóstico combina la ultrasonografía transvaginal, que puede revelar un útero vacuo con o sin masa anexial (*Figura 1*), y niveles de  $\beta$ -hCG sérica que no muestran la progresión esperada para una gestación intrauterina <sup>6,10</sup>.

**Figura 1.** Imagen ilustrativa de una Ecografía TV.



**Notas:** Útero en anteversión, con endometrio decidualizado de 16mm (figura 1), sin estructuras gestacionales en su interior (A). Ovario derecho normal, adyacente a éste se visualiza saco gestacional con embrión de 19 mm que corresponde con 8 semanas + 2 días con latido cardíaco positivo. Anejo izquierdo de características normales. No líquido libre en Douglas (B).

**Fuente:** Paucar Espinal G. Embarazo Ectópico tubárico. Tratamiento Quirúrgico. “Mirador Clínico” Una Herramienta para el autoaprendizaje 2013.

El abordaje terapéutico se estratifica según el estado hemodinámico, las dimensiones de la masa anexial y los niveles de  $\beta$ -hCG. En pacientes estables, el manejo farmacológico con metotrexato representa una alternativa segura y eficaz. Este tratamiento permite la resolución del cuadro preservando la integridad tubárica y el potencial reproductivo futuro <sup>3, 5</sup>. Por el contrario, la intervención quirúrgica de urgencia se reserva para casos de ruptura tubárica o inestabilidad hemodinámica <sup>2</sup>.

El objetivo de esta publicación es reportar un caso de EE tubárico derecho no roto, diagnosticado de forma temprana y tratado exitosamente mediante manejo médico conservador <sup>1, 4</sup>. Se enfatiza la importancia de la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia y el análisis integral de los hallazgos clínicos, bioquímicos y de imagen para optimizar el pronóstico materno <sup>5, 9</sup>.

Finalmente, este reporte busca sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de la detección precoz y el uso de terapias conservadoras para minimizar las secuelas reproductivas <sup>7, 8, 10</sup>.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 32 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de relevancia. En su historial gineco-obstétrico reportó menarca a los 12 años con ciclos regulares (28x4 días), 4 gestas, 3 partos y 1 cesárea (último parto hace tres años sin complicaciones) y amenorrea de siete semanas al momento de la consulta. La paciente no refiere el uso actual de métodos de planificación familiar.

Acudió al servicio de urgencias por un cuadro clínico de tres días de evolución caracterizado por dolor abdominal en hipogastrio y fosa ilíaca derecha (FID), de tipo cólico e intensidad moderada con exacerbación progresiva. El cuadro se acompañó de sangrado transvaginal escaso de coloración oscura con tres días de evolución, acompañado de fiebre, náuseas y sensación de debilidad generalizada.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

A la evaluación inicial, la paciente se encontraba consciente y orientada, aunque presentaba una estabilidad hemodinámica límite caracterizada por una tensión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 110 lpm (taquicardia compensatoria), frecuencia respiratoria de 22 rpm y temperatura de 37.2 °C. Durante la exploración abdominal, se identificó dolor a la palpación profunda en la fosa ilíaca derecha sin evidencia de irritación peritoneal. Mediante exploración bimanual, se identificó un útero discretamente aumentado de tamaño, dolor a la movilización y presencia de una masa palpable en el anexo derecho; posteriormente, la especuloscopia confirmó un cuello uterino cerrado con presencia de sangrado escaso de coloración oscura.

## AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

Los hallazgos de laboratorio y gabinete confirmaron la sospecha diagnóstica:

- Bioquímica:  $\beta$ -hCG sérica de 4,200 mUI/mL.
- Hemograma: Hemoglobina de 10.2 g/dL, hematocrito del 31% y leucocitosis leve (11,000/mm<sup>3</sup>).
- Coagulación: Tiempos dentro de parámetros normales (TP 12s, TTPa 27s, TT 15s).
- Ultrasonografía transvaginal: Evidenció útero vacío (ausencia de saco gestacional intrauterino), una masa anexial derecha compatible con saco gestacional de 1.8 cm y presencia de líquido libre moderado en el fondo de saco de Douglas.

## DIAGNÓSTICO Y MANEJO TERAPÉUTICO

Se estableció el diagnóstico de EE tubárico derecho no roto. Se consideraron como diagnósticos diferenciales el aborto incompleto, la ruptura de quiste ovárico, torsión anexial, apendicitis aguda y enfermedad pélvica inflamatoria.

Debido a la estabilidad clínica de la paciente y

al cumplimiento de los criterios de selección (saco gestacional < 3.5 cm y  $\beta$ -hCG < 5,000 mUI/mL), se instauró manejo médico conservador con una dosis única intramuscular de metotrexato de 50 mg/m<sup>2</sup>.

## EVOLUCIÓN

La paciente presentó una respuesta clínica favorable con remisión gradual de la sintomatología. En el seguimiento, se documentó un descenso exitoso de la  $\beta$ -hCG sérica a 2,300 mUI/mL, confirmando la eficacia del tratamiento farmacológico y la preservación del potencial reproductivo.

## DISCUSIÓN

El EE persiste como una de las principales causas de morbilidad materna durante el primer trimestre. En el presente caso, el diagnóstico de un EE tubárico derecho no roto permitió el uso de metotrexato como eje terapéutico, logrando una resolución satisfactoria sin necesidad de intervención quirúrgica. Este abordaje se alinea con las tendencias contemporáneas hacia el manejo conservador, cuyo propósito es mitigar la morbilidad asociada a procedimientos invasivos y preservar el potencial reproductivo de las pacientes.

La literatura coincide en que el diagnóstico oportuno es el factor determinante en la selección de la terapia. La integración diagnóstica mediante ultrasonografía transvaginal y la cuantificación seriada de la  $\beta$ -hCG permite identificar el EE antes de su rotura, previniendo complicaciones hemorrágicas severas y optimizando el pronóstico a largo plazo<sup>11</sup>. Se ha reportado que el metotrexato por vía intramuscular alcanza tasas de éxito superiores al 90% en pacientes que cumplen con criterios clínicos y bioquímicos rigurosos<sup>12, 13</sup>, evidencia que respalda el protocolo instaurado en el manejo del caso de estudio.

Desde una perspectiva fisiopatológica, la implantación anómala del blastocisto suele derivar de alteraciones en el epitelio ciliado o procesos inflamatorios que obstruyen el

transporte embrionario hacia la cavidad uterina. Aunque se estima que hasta el 30% de los casos se vinculan a infecciones subclínicas o enfermedad inflamatoria pélvica incluso en ausencia de antecedentes<sup>14</sup>, es relevante notar que nuestra paciente no presentaba factores de riesgo identificables. Este hallazgo refuerza la teoría de una etiología multifactorial y la posible influencia de factores locales o funcionales no detectados. Asimismo, la complejidad diagnóstica del EE radica en su similitud con otras urgencias abdominales, como el aborto incompleto o la torsión anexial. Un alto índice de sospecha, sumado a la correlación sonográfica y bioquímica, resulta esencial para reducir la mortalidad<sup>15</sup>. En este contexto, la paciente cumplía con los criterios establecidos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, que recomienda el manejo farmacológico ante masas menores a 3.5 cm, estabilidad hemodinámica y niveles de  $\beta$ -hCG inferiores a 5,000 mUI/mL<sup>1</sup>.

La respuesta terapéutica, evidenciada por el descenso sostenido de la  $\beta$ -hCG y la remisión de la sintomatología, concuerda con las tasas de éxito reportadas en la bibliografía (85-92%) para cuadros no complicados<sup>16</sup>. El seguimiento clínico riguroso fue imperativo para confirmar la resolución completa del cuadro. En conclusión, este caso resalta la importancia de un abordaje multidisciplinario basado en la evidencia. La experiencia aquí descrita demuestra que la detección precoz y la selección meticulosa de candidatas al manejo médico permiten reducir significativamente la incidencia de intervenciones quirúrgicas y favorecer la preservación de la integridad tubárica<sup>4, 5</sup>.

## CONCLUSIONES

El embarazo ectópico persiste como uno de los desafíos significativos en la práctica gineco-obstétrica contemporánea, exigiendo una alta sospecha diagnóstica y una intervención terapéutica estratégica. La interpretación precisa de los hallazgos clínicos, la cuantificación seriada de la  $\beta$ -hCG y la evaluación ultrasonográfica detallada

constituyen las piedras angulares para identificar correctamente a las candidatas al manejo médico, permitiendo un equilibrio fundamental entre el control de la emergencia y la preservación del potencial reproductivo.

El caso clínico presentado enfatiza que, en pacientes hemodinámicamente estables, el uso de metotrexato bajo criterios estrictos de elegibilidad ofrece resultados superiores, minimiza la morbilidad quirúrgica y optimiza las perspectivas de recuperación del sistema reproductor. Este reporte ilustra, además, que la eficacia en la atención no depende solo de la tecnología, sino de la formación clínica avanzada y la colaboración interprofesional dentro de los servicios de salud.

En última instancia, la detección temprana de signos de alarma, la aplicación racional de protocolos basados en evidencia y la capacitación continua del personal médico son las intervenciones más efectivas para prevenir complicaciones graves. Estos mecanismos no solo mejoran el pronóstico materno y la seguridad de la paciente, sino que consolidan un modelo de atención centrado en la salud reproductiva integral de la mujer.

## REFERENCIAS

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolo SEGO sobre embarazo ectópico. Prog Obstet Ginecol. 2022. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-download-13106416>
2. García J, Martínez L. Manejo de la gestación ectópica cervical: tratamiento con metotrexato. Clin Invest Ginecol Obstet. 2018;45(3):150-156. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-manejo-gestacion-ectopica-cervical-tratamiento-S0210573X18300054>
3. Pérez A, Rodríguez M. El embarazo ectópico: su interés actual en atención primaria. Med Fam SEMERGEN. 2014;40(5):256-262. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-embarazo-ectopico-su-interes-S1138359314000100>
4. López F, Hernández P. Embarazo ectópico abdominal: diagnóstico y tratamiento. Prog Obstet Ginecol. 2011;54(6):325-332. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embarazo-ectopico-abdominal-diagnostico-tratamiento-S0304501311000811>
5. Torres R, Delgado C. Embarazo ectópico intersticial: tratamiento laparoscópico. Prog Obstet Ginecol. 2009;52(4):210-216. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embarazo-ectopico-intersticial-tratamiento-laparoscopico-S0304501309000077>
6. Ramírez J, Sánchez L. Embarazo ectópico recurrente ipsolateral. Prog Obstet Ginecol. 2010;53(2):98-104. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embarazo-ectopico-recurrente-ipsolateral-S0304501310003031>
7. Morales D, Castillo A. Embarazo ectópico cornual: tratamiento eficaz con dosis únicas de metotrexato. Clin Invest Ginecol Obstet. 2009;36(1):45-52. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-embarazo-ectopico-cornual-tratamiento-eficaz-S0210573X09000550>
8. Navarro E, Villalobos R. Tratamiento del embarazo intersticial con metotrexato local guiado por ecografía. Prog Obstet Ginecol. 2009;52(5):270-277. Disponible en: <https://www.elsevier.es/pt-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-tratamiento-del-embarazo-intersticial-con-S0304501309722162>
9. Herrera M, López F. Embarazo ectópico intersticial: diagnóstico y tratamiento. Prog Obstet Ginecol. 2009;52(3):180-187. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embarazo-ectopico-intersticial-diagnostico-tratamiento-S0304501309710544>
10. González P, Méndez R. Gestación ectópica: evolución diagnóstica y terapéutica en el Hospital Universitario de Canarias. Clin Invest Ginecol Obstet. 2007;34(2):90-96. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-gestacion-ectopica-evolucion-diagnostica-terapeutica-13110135>
11. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev Chil Obstet Ginecol. 2020;85(6):697-708. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000600697&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000600697&script=sci_arttext)
12. Miranda-Flores AF, Risco-Neyra R. Tratamiento del embarazo ectópico no complicado con inyección local de metotrexato. Ginecol Obstet Mex. 2022;90(9):726-734. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412022000900726&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412022000900726&script=sci_arttext)
13. Casas ML. Consideraciones éticas sobre el uso de metotrexato en el embarazo ectópico. Rev Med Chile. 2012;140(9):1213-1218. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012000900015](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000900015)
14. Hendriks E, Rosenberg R, Prine L. Embarazo ectópico: diagnóstico y manejo. Am Fam Physician. 2020;101(10):599-606. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0515/p599.html>
15. Mendoza LER. Manejo del embarazo extrauterino. Rev CONAMED. 2022;27(1):45-53. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2022/cons221h.pdf>
16. Khalil A, Osman A, Mahmoud S, Abdelgadir I. Eficacia y tasa de éxito del metotrexato en el tratamiento del embarazo ectópico. Cureus. 2022;14(7):e26512. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9309473/>

---

**Citar como:** Corzo de Coss G, Aguilar Trejo M, Zúñiga González G, Martínez Gordillo A, Rosales Vidal A, Esquinca Ruiz JD. Embarazo ectópico derecho No roto: Reporte de un caso en un hospital público de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. AMU. 2026;4(3):95-100. Doi: [10.31644/AMU.V04.N03.2026.A11](https://doi.org/10.31644/AMU.V04.N03.2026.A11)