

Casos Clínicos

EMBARAZO ECTÓPICO TUBARIO BILATERAL. REPORTE DE UN CASO

ErasmO Bravo O.¹, Harald Riesle P.¹, Milene Saavedra P.¹, Aníbal Scarella Ch.¹, Carlos Bennett C.¹, Tomás Bravo V.¹, Muriel Miño F.¹

¹Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren.

RESUMEN

Se reporta un caso de embarazo ectópico tubario bilateral. Se analiza el cuadro clínico y su dificultad diagnóstica.

PALABRAS CLAVES: **Embarazo tubario bilateral**

SUMMARY

We report one case of bilateral ectopic pregnancy assisted in our Unit with a study of clinical presentation and diagnosis.

KEY WORDS: **Bilateral ectopic pregnancy**

INTRODUCCIÓN

Embarazo ectópico se define como la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la uterina. La incidencia varía entre 1,2 a 1,4% del total de embarazos (1) y su incidencia va en aumento. Por ejemplo, en EEUU en 1970 se reportaron 17.800 casos, cuadruplicándose tal cifra en 1997 (88.400) (2). En Chile en 1992 se reportaron 3.045 embarazos ectópicos, con 1 ectópico cada 76 embarazos y una tasa de 10,37 por 10.000 mujeres en edad fértil (15 a 44 años) (3). La tasa de mortalidad materna nacional por esta patología para el 2000 fue 0,4 por 100.000 NV (4). A pesar de lo anterior, la mortalidad en los últimos años ha disminuido (5).

Más del 95% de los embarazos ectópicos se implantan en la trompa uterina, de ellos, la mitad se aloja en la ampolla tubaria (55%), un 20% en la porción ístmica, y resto lo hace en el

infundíbulo, fimbria o en la porción intersticial (6) (Figura 1).

Los factores de riesgo para desarrollar un embarazo ectópico son: el antecedente de embarazo ectópico previo (7), el daño tubario por infección (8) o cirugía (9), el tabaco (10), el uso de DIU (10), la edad (11) y las técnicas de reproducción asistidas (12). Los métodos de estimulación ovulatoria, GIFT o IVF-ET, se asocian a la aparición del embarazo ectópico bilateral.

El embarazo ectópico bilateral es un evento raro, su incidencia varía entre 1 en 725 a 1 en 1.580 del total de embarazos ectópicos (13, 14). El primer caso fue publicado en 1918 (15) y desde entonces se han reportado más de 200 casos en la literatura mundial (16).

El adecuado manejo del embarazo ectópico comprende un precoz diagnóstico y se basa en algoritmos que combinan el ultrasonido y la fracción beta de la gonadotropina coriónica.

A continuación presentamos un caso reciente-

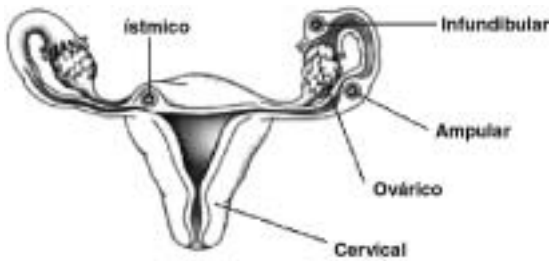


Figura 1. Embarazo ectópico según localización.

mente atendido en el Servicio de Ginecológica del Hospital Carlos Van Buren.

CASO CLÍNICO

Paciente de 25 años de edad multípara de un parto cesárea 18 meses atrás, actualmente usuaria de DIU. Sin antecedentes de infertilidad, ingresa a la Unidad de Emergencia Ginecológica del Hospital Carlos Van Buren, con historia de dolor abdominal intenso, de predominio en hipogastrio de aproximadamente 3 horas de evolución. Su última menstruación fue 8 días atrás, la que es descrita como normal.

Al ingreso está afebril, normotensa, levemente pálida con abdomen blando, depresible pero sensible en flanco izquierdo. El examen ginecológico destaca escasa metrorragia, sin dolor a la movilización del cuello y fondos de sacos libres.

Se solicita gonadotropina coriónica cualitativa en orina, que resulta positiva. La ecotomografía transvaginal describe el útero en AVF de tamaño conservado, sin saco amniótico en su interior. Destaca la presencia de abundante líquido libre y una imagen anexial izquierda, compleja, mal definida de 47x 43 mm, compatible con un embarazo tubario complicado.

Dos horas después es intervenida quirúrgicamente, mediante laparotomía con abordaje tipo Pfannenstiel. Se encuentra un hemoperitoneo de aproximadamente 1.500 cc, la trompa uterina izquierda esta dilatada y rota a nivel del istmo sangrando en escasa cantidad. Se realiza salpingectomía izquierda conservando el ovario ipsilateral y se envía a estudio biopsia. El anexo contralateral se evidencia discretamente engrosado.

Su evolución postoperatoria es satisfactoria, siendo dada de alta a los 2 días previa extracción del DIU.

Nueve días después, regresa a la Unidad de

Emergencia Ginecológica, por dolor de moderada intensidad en el flanco derecho. Al examen está hemodinámicamente estable y afebril. Destaca sensibilidad en dicha zona, sin evidencias de irritación peritoneal ni dolor a la movilización del cérvix.

La ecografía transvaginal muestra útero sin saco embrionario en su interior. En el anexo derecho destaca una imagen compleja de 48x41 mm. La gonadotropina coriónica en orina es positiva.

Se solicita curva de β -hCG plasmática, la primera muestra dió un resultado de 333 mU/dl. En espera de la segunda muestra de la curva, a las 48 horas del ingreso, la paciente es evaluada al presentar un intenso dolor abdominal, constatándose taquicardia y signos de irritación peritoneal reinterviniéndose mediante laparotomía con diagnóstico de abdomen agudo.

En el intraoperatorio se constata hemoperitoneo de 1.000 cc con embarazo tubario de trompa derecha rota, se realiza salpingectomía.

El diagnóstico definitivo de embarazo ectópico bilateral se confirma 3 días después, tras recibir el informe histopatológico que informa embarazo tubario en ambas trompas.

DISCUSIÓN

El diagnóstico definitivo del embarazo ectópico uni y bilateral se obtiene sólo tras visualizar vellosidades coriónicas en las muestras histopatológicas obtenidas de las trompas de Falopio (17).

La sospecha diagnóstica preoperatoria del embarazo ectópico bilateral es difícil y se explica por diversos motivos. Epidemiológicamente, como ya mencionamos, es un hecho infrecuente. Clínicamente se confunde al reproducir el cuadro del ectópico unilateral (13), la ecotomografía no es de gran ayuda y los niveles de β -hCG plasmática no han demostrado ser útiles para diferenciar entre ambos cuadros (18, 19).

La sospecha diagnóstica frecuentemente se establece en el intraoperatorio. Sin embargo, a este nivel, el diagnóstico también puede ser poco claro dado que el compromiso tubario puede ser asimétrico (13). Hay numerosos reportes en la literatura de reoperaciones al no pesquisar el compromiso bilateral de las trompas (17, 20).

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 (16, 17, 18). Recomendamos realizar un seguimiento estricto y seriado, tanto

clínico como con β -hCG plasmática evitando así el paso inadvertido de cuadro contralateral.

Respecto a los factores de riesgo destaca el uso del DIU, sin embargo, la paciente no estaba en tratamiento con hiperestimulación ovárica, GIFT o IVF-ET, que han demostrado ser factores de riesgo importantes de embarazo ectópico bilateral (12). Esto significa que de forma espontánea, la paciente ovuló simultáneamente por ambos ovarios.

El caso clínico es muestra de lo difícil que resulta la sospecha del embarazo ectópico bilateral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lawson HW, Atrash HK, Saftlas AF, Finch EL. Ectopic pregnancy in the United States 1970-1986, *MMWR* 1989; 38(2):1-10.
2. Simms I, Rogers PA, Nicoll A. The influence of demographic change and cumulative risk of pelvic inflammatory disease on the change of ectopic pregnancy. *Epidemiol Infect* 1997; 119: 49-52.
3. Rojas I. Embarazo Ectópico. Pérez A, Donoso E (Eds). *OBSTETRICIA 3° ed.* Santiago; Editorial Mediterráneo, 1999; 451-61.
4. Donoso E, Oyarzún E. Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(1): 14-18.
5. Ramirez NC, Lawrence WD, Ginsburg KA. Ectopic Pregnancy. A recent five year-study and review of the last 50 years literature. *J Reprod Med* 1996; 41(10): 733-40.
6. Thompson JD & Rock JA. *Telinde Ginecología Quirúrgica.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana SA, 1993.
7. Pisarska MD, Carson SA, Buster JE. Ectopic pregnancy. *Lancet* 1998; 351: 1115-20.
8. Ankum WM, Mol BWJ, van der Veen F, Bossuyt PMM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1996; 65(6): 1093-9.
9. Marchbanks PA, Annegers JF, Coulam CB, Strathay JH, Kurland LT. Risk factors for ectopic pregnancy. A population based study. *JAMA* 1988; 259: 1823-7.
10. DeMouzon J, Spira A, Schwartz DA. A prospective study of the relation between smoking and fertility. *Int J Epidemiol* 1988; 17: 378-84.
11. Storeide O, Veholmen M, Eide M, Bergsjø P, Sandevi R. The incidence of ectopic pregnancy in Hordaland County, Norway 1976-1993. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 345-9.
12. Strandell A, Thorburn J, Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. *Fertil Steril* 1999; 71: 282-6.
13. De Graaf FL, Demetroulis C. Bilateral tubal ectopic pregnancy: diagnostic pitfalls. *British J Clinical Practice* 1997; 51: 56-8.
14. Abrams RA, Kanter AE. Bilateral simultaneous extrauterine pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1948; 56(6): 1198-200.
15. Erian M, McLaren GR. An unusual presentation of bilateral tubal ectopic pregnancy. *Br J Clin Pract* 1993; 47(3): 161-2.
16. Sherman SJ, Werner M, Husain M. Bilateral ectopic gestation. *Int J Gynecol Obstet* 1991; 35(3): 255-7.
17. Norris S. Bilateral simultaneous tubal pregnancy. *Can Med Assoc J* 1953; 68: 379-81.
18. Hugues JN, Olsezewska B, Dauvergne P, Bulwa S, Cedrin-Durnerin I. Two-step diagnosis of bilateral ectopic pregnancy after in vitro fertilization. *I. J Assist Reprod Genet* 1995; 12(7): 460-2.
19. Hewitt J, Martin R, Steptoe PC, Rowland GF, Webster J. Bilateral tubal ectopic pregnancy following in-vitro fertilization and embryo replacement. Case report. *B J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 850-2.
20. Dietz TU, Haenggi W, Birkhaeuser M, Gyr T, Dreher E. Combined bilateral tubal and multiple intrauterine pregnancy after ovulation induction. *Europ J Obstet, Gynecol Reprod Biol* 1993; 48: 69-71.