

# Embarazo ectópico tubárico bilateral espontáneo

Denise Niza Benardete Harari,\* Diego Meraz Ávila,\*\* Rolando Álvarez Valero,\*\*\* Fátima Rubio Tijerina\*\*\*\*

## RESUMEN

Se presenta el caso de un embarazo tubárico bilateral. Dada la baja frecuencia de la patología, cuya incidencia oscila entre 1 en 725 a 1,580 del total de los embarazos ectópicos, nos parece relevante. El factor que más comúnmente se ha asociado al embarazo ectópico bilateral es el uso de métodos de reproducción asistida como tratamiento de infertilidad. Su aparición de manera espontánea es casi excepcional. Se presenta el caso de una paciente de 31 años de edad sin factores de riesgo de presentar un embarazo ectópico, quien inicia padecimiento por dolor abdominal acompañado de náusea, vómito, escaso sangrado transvaginal, taquicardia y con tendencia a la hipotensión. Se realiza ecografía endovaginal, la cual sugiere embarazo ectópico roto en la salpinge derecha. Es programada para laparoscopia diagnóstica en la que se evidencia embarazo ectópico derecho roto y embarazo ectópico no roto izquierdo. Se practica salpingostomía lineal bilateral y egresa a las 48 horas sin complicaciones.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico, bilateral, espontáneo.

**Nivel de evidencia:** IV

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la implantación de un blastocisto fuera de la cavidad endometrial debido a que existe un traslado deficiente del cigoto hacia la misma a través de la salpinge.

\* Residente de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico ABC.  
\*\* Médico Ginecoobstetra y Uroginecólogo, Médica Sur Lomas.  
\*\*\* Médico Ginecoobstetra y Endocrinólogo de la Reproducción, Centro Médico ABC.  
\*\*\*\* Médico Cirujano. Centro Integral de Salud Femenina, Médica Sur Lomas.

Recibido para publicación: 24/08/2015. Aceptado: 21/04/2016.

**Correspondencia:** Denise Niza Benardete Harari  
Centro Médico ABC.

Sur 136-116, Col. Las Américas, 01120, Del. Álvaro Obregón,  
Ciudad de México, México.  
Tel. 5230 8097  
E-mail: dbh1714@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:  
<http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

## *Spontaneous tubal bilateral ectopic pregnancy*

## ABSTRACT

We report a case of ectopic tubal bilateral pregnancy. Given the low frequency of the disease whose incidence ranges between 1 in 725 to 1 in 1,580 of all ectopic pregnancies. The factor that most often has been associated with bilateral ectopic pregnancy is the reproductive assisted therapy as a treatment for infertility, and its spontaneous appearance is almost exceptional. The case is of a 31 year old patient without any ectopic pregnancy risk factors who begins suffering from abdominal pain accompanied by nausea, vomiting, poor transvaginal bleeding, tachycardia and hypotension. Endovaginal ecocardiogram is done which suggests right broken tubal ectopic pregnancy, it is scheduled for laparoscopy finding right ruptured tubarian ectopic pregnancy and left non ruptured ectopic pregnancy. Bilateral salpingostomy is done and the patient is discharged form hospital 48 hours later without complications.

**Key words:** Ectopic pregnancy, bilateral, spontaneous.

**Level of evidence:** IV

Esta patología se presenta en 2% de todos los embarazos; sin embargo, la frecuencia ha aumentado por el creciente uso de métodos de reproducción asistida. La hemorragia del embarazo ectópico continúa siendo la principal causa de muerte materna dentro del primer trimestre, provocando entre 4 y 10% de todas las muertes relacionadas con la gestación, aunque en países desarrollados se ha observado un descenso de la mortalidad asociado a los avances en el diagnóstico y tratamiento.

La baja incidencia de embarazo ectópico bilateral hace de la revisión de tema un aspecto clave para la mejora clínica.

## METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión de artículos científicos consultando las bases de datos *MedLine*, *Pubmed*, *Uptodate*, *PMC*, *The Cochranne Library Plus*, en español e inglés con las palabras clave: embarazo ectópico, bilateral, espontáneo. Se orientó especial aten-

ción a los artículos en los que se menciona epidemiología y en los que indican recomendaciones de diagnóstico y tratamiento. La literatura revisada abarca artículos de diferentes años con el fin de comparar las diferencias entre la epidemiología y las recomendaciones. Debe cumplir con ciertos criterios como citas bibliográficas que aportarán resultados fiables, entre otros. La información recolectada fue valorada por los autores.

### Objetivo

Describir un caso de embarazo ectópico bilateral espontáneo, documentar la incidencia y factores de riesgo relacionados con la patología, así como realizar una revisión bibliográfica a fondo, con el objeto de recomendar opciones diagnósticas y terapéuticas sobre dicha patología.

### Revisión de la literatura

El embarazo ectópico es aquél en el que la implantación de un óvulo fecundado ocurre en cualquier parte fuera de la cavidad uterina, ya sea pélvico o abdominal. La prevalencia de embarazo ectópico en mujeres que acuden a consulta por presentar sangrado vaginal y/o dolor abdominal en el primer trimestre se ha reportado entre 6 y 16%.

El embarazo ectópico constituye la principal causa de muerte relacionada con el embarazo en los primeros meses de la gestación.<sup>1,2</sup> La incidencia de embarazo ectópico se estima alrededor de 1.2-1.4% de las gestaciones.<sup>3</sup> En los últimos 20 años la incidencia se ha elevado, aunque la mortalidad ha disminuido.<sup>4-6</sup> Algunos de los factores asociados a dicho aumento en la incidencia son: el incremento de la prevalencia en infecciones de transmisión sexual en especial por *Chlamydia trachomatis*, el diagnóstico precoz de la patología en embarazos en los que posteriormente serían reabsorbidos de manera espontánea, el uso de anticonceptivos, el creciente número de cirugías tubáricas como método anticonceptivo, técnicas de reproducción asistida y otras cirugías tubáricas como salpingostomías y tuboplastia para la infertilidad.<sup>5</sup>

La incidencia de embarazo heterotópico, en el cual existe un embarazo intrauterino y otro ectópico en el mismo momento, es de 1/30,000 embarazos espontáneos; no obstante, su incidencia después del uso de reproducción asistida puede alcanzar 1/7,000. También se ha informado una tasa más alta posterior al consumo de citrato de clomifeno.

Los factores de riesgo más importantes que se han asociado a embarazo ectópico incluyen los que lesionen la trompa y/o alteren el transporte del embrión hasta el útero, después de una ovulación y fertilización como antecedente de embarazo ectópico previo, infección o cirugía tubárica previas, edad, falla de dispositivo intrauterino como método anticonceptivo, métodos de reproducción asistida y tabaquismo.<sup>7</sup>

Se divide en alto, moderado o bajo riesgo. Dentro del alto riesgo se encuentra un embarazo ectópico previo, cirugías tubarias, esterilidad quirúrgica y patología tubaria previa. Mediano riesgo comprende infertilidad, cervicitis, múltiples parejas sexuales, uso de dispositivo intrauterino y tabaquismo. Y los de bajo riesgo son inicio de vida sexual activa temprana y cirugías pélvicas o abdominales.<sup>5</sup>

La localización más frecuente es a nivel de las trompas uterinas, la cual representa hasta 98% y dentro de ésta, la localización ampular es la predominante en 70%, seguida de la porción ístmica y el resto en las porciones del infundíbulo, la fimbria y la porción intersticial. Otras localizaciones que se han reportado son a nivel ovárico, en el epiplón, en vísceras abdominales, en cuernos uterinos rudimentarios y cicatriz uterina previa,<sup>5</sup> pero esto es mucho más raro.

El embarazo ectópico bilateral es poco frecuente, su incidencia oscila entre 1 en 725 y 1,580 del total de los embarazos ectópicos.<sup>8-11</sup> El factor que más comúnmente se ha asociado al embarazo ectópico bilateral es el uso de métodos de reproducción asistida como tratamiento de infertilidad y su aparición de manera espontánea es casi excepcional.<sup>12-14</sup>

El cuadro clínico es prácticamente el mismo que en el embarazo ectópico unilateral, presentando la triada clásica de sangrado vaginal, antecedente de amenorrea y dolor abdominal.<sup>11</sup>

Los embarazos ectópicos se identifican mediante la combinación de datos clínicos, pruebas de laboratorio (gonadotropina humana coriónica, progesterona, otros) y ecografía transvaginal.

Existen muchos diagnósticos diferenciales, por lo tanto es imprescindible efectuar una prueba de embarazo en una mujer premenopáusica que se presente con dolor abdominal o sangrado vaginal para obtener una adecuada evaluación.

El diagnóstico del embarazo tubárico bilateral ha resultado de gran dificultad, ya que el ultrasonido y los niveles de la fracción beta de la hormona gonadotropina-coriónica (B-HGC) no aportan suficiente información para diferenciar si se trata de un embarazo ectópico unilateral o bilateral, el tratamiento

laparoscópico de la sospecha de embarazo tubárico suele ser el método más frecuente para el diagnóstico de embarazo tubárico bilateral, por lo que debe realizarse una minuciosa exploración de ambas trompas durante la cirugía.<sup>15</sup>

Una vez diagnosticado el embarazo ectópico el tratamiento dependerá de la estabilidad hemodinámica de la paciente, los hallazgos de laboratorio y de ultrasonido, así como el deseo de embarazos futuros.

En caso de presentar inestabilidad hemodinámica deberá practicarse cirugía de urgencia, por otro lado si la paciente se encuentra estable, se inicia un abordaje diagnóstico con la finalidad de elegir un tratamiento quirúrgico o conservador.

Los tres tratamientos para el embarazo ectópico son:<sup>3,4,16</sup>

1. Manejo expectante: consiste en el seguimiento de la mujer hasta la recuperación (es decir, hasta que el nivel de hCG descienda por debajo de 2 UI/L). Dicho seguimiento debe hacerse cada dos días al principio y luego semanalmente hasta que el nivel de hCG vuelva a la normalidad. Los criterios de selección son ecografía transvaginal sin presencia de saco gestacional y hCG menor de 200 mUI/mL.

2. Tratamiento médico con metotrexate (MTX): los regímenes en el tratamiento médico pueden ser monodosis, dos dosis o múltiples dosis:

- Monodosis: 50 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal. La vigilancia es con niveles de hCG-β en los días 4 y 7, si disminuye más de 15% se repite semanalmente hasta que sea indetectable y si no presenta esta disminución, se proporciona otra dosis del medicamento y se continúa vigilancia.
- Dos dosis: 50 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal, la primera inyección se administra el día 0 y una segunda inyección de la misma dosis se administra el día 4. La vigilancia es la misma que el régimen de una sola dosis.<sup>16</sup>
- Múltiples dosis: consta de cuatro inyecciones de MTX 1 mg/kg en los días 1, 3, 5, y 7, con la administración de ácido folínico (0.1 mg/kg) en los días 2, 4, 6 y 8. La vigilancia se realiza midiendo la concentración de hCG-β en los días 1, 3, 5 y 7 y después semanalmente.<sup>16</sup>

3. Tratamiento quirúrgico: puede ser por laparotomía o laparoscopia. Las indicaciones para este tipo

de tratamiento son inestabilidad hemodinámica, embarazo ectópico roto, contraindicaciones de la terapia con metotrexate, coexistencia de un embarazo intrauterino, imposibilidad de seguimiento o deseo de anticoncepción permanente, pudiéndose aplicar las siguientes técnicas quirúrgicas: salpingostomía: se hace un corte tubárico con extracción del embarazo; salpingostomía: se efectúa el corte y la extracción del embarazo con posterior cierre de la incisión con sutura absorbible; o salpingectomía: resección tubárica total.<sup>5</sup>

En el caso de embarazos ectópicos bilaterales, dado que el diagnóstico se establece en casi todos los casos de manera intraoperatoria, no ha sido posible dar una recomendación sobre el empleo de tratamiento médico versus tratamiento quirúrgico.<sup>14</sup> Se sugiere el tratamiento quirúrgico con posterior seguimiento de hCG-β con el fin de descartar persistencias del embarazo.

Durante la cirugía de un embarazo ectópico es esencial realizar una minuciosa revisión de cavidad y anexos para poder establecer un diagnóstico de embarazo bilateral o ectópico múltiple en caso de que exista.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 31 años. Cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: antecedentes patológicos: alérgica a sulfas. Quirúrgicos: amigdalectomía durante la infancia. Antecedentes ginecoobstétricos: menarca a los 14 años, ritmo regular 30 × 6, eumenorréica. Fecha de última menstruación: 08/11/13. Última citología cervical: un año previo a su ingreso, negativo para células displásicas. Método de planificación familiar: negado.

La paciente acude a urgencias por dolor abdominal tipo cólico, de intensidad moderada a severa localizado en fosa iliaca derecha, acompañado de náusea y vómito en una ocasión de contenido gástrico y sangrado transvaginal escaso.

A la exploración física se observaron signos vitales con tendencia a la hipotensión y taquicardia, abdomen distendido, con presencia de hiperestesia e hiperbaralgia y peristalsis hipoactiva, además dolor a la palpación media y profunda en fosa iliaca derecha. Rebote positivo, signo de psoas y obturador positivos. Tacto vaginal: doloroso a la movilización cervical, tacto bimanual en el que se palpa masa anexial derecha.

Se realizaron pruebas de laboratorio y gabinete, las cuales revelaron:

- Biometría hemática: sin alteraciones.
- Ecografía endovaginal: sugiere embarazo ectópico roto en salpinge derecha, con presencia de líquido libre en fondo de saco.
- Hormona hGC fracción  $\beta$ : 27,000 UI.

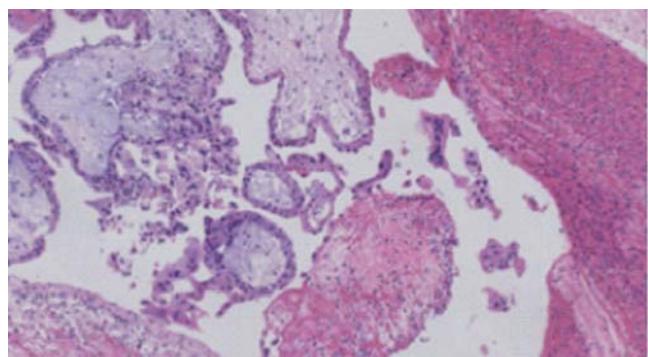
Se ingresa paciente para laparoscopia diagnóstica/ operatoria. Hallazgos: hemoperitoneo de 450 mililitros + embarazo ectópico derecho roto + embarazo ectópico no roto en salpinge izquierda, por lo que se realiza salpingostomía lineal bilateral, sin ninguna complicación (*Figuras 1 a 4*).

La paciente se egresó a las 48 horas con evolución favorable, tolerando vía oral y adecuado control analgésico.

## DISCUSIÓN

Es real que la frecuencia del embarazo ectópico ha aumentado considerablemente desde finales de los años 70. Representa 2% de todos los embarazos y cuando el diagnóstico y el tratamiento no son oportunos puede causar la muerte materna. La incidencia del embarazo ectópico bilateral espontá-

neo oscila entre 1/725 y 1/1,580 de las gestaciones ectópicas y se ha reportado un incremento en la incidencia de embarazos ectópicos en las últimas décadas debido al uso de técnicas de reproducción asistida como factor de riesgo principal. Se han descrito casos de embarazos ectópicos bilaterales cuyo diagnóstico suele ser intraoperatorio con posterior tratamiento quirúrgico; sin embargo, no



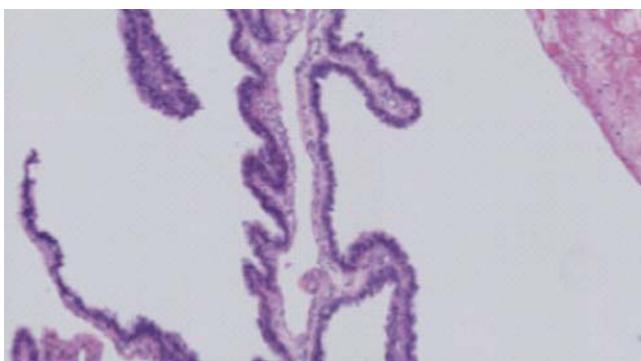
**Figura 2.** Vellosoidades coriales con reacción decidual y hemorragia en anexo izquierdo, consistente con embarazo ectópico.



**Figura 1.** Salpinge izquierda, hallazgo de embarazo ectópico no roto (A y B).



**Figura 3.** Embarazo ectópico roto en salpinge derecha (A y B).



**Figura 4.** Presencia de vellosidades coriales y reacción decidual en salpinge derecha.

se ha estudiado a fondo el tratamiento con metrotexate por la dificultad diagnóstica preoperatoria que este mismo conlleva. En el caso que presentamos, el embarazo ectópico se resuelve sin complicaciones con tratamiento quirúrgico mediante salpingectomía bilateral. En la literatura no se especifica tratamiento quirúrgico de elección, se ha documentado un caso en el que se emplea metrotexate posterior a la salpingectomía bilateral por persistencia de embarazo ectópico y no se cuenta con la suficiente información para preferir tratamiento quirúrgico tubárico conservador o total.

## CONCLUSIÓN

El embarazo ectópico continúa siendo un problema importante de salud en la obstetricia, afecta de manera más significativa a los países en vías de desarrollo y tiene un impacto en la morbilidad materna. La incidencia ha ido en aumento en los últimos 20 años, ya que las técnicas de reproducción asistida se aplican con más frecuencia y han evolucionado en variedad.

La mortalidad en países desarrollados ha disminuido debido al diagnóstico oportuno y tratamiento inmediato.

Debe profundizarse en las medidas diagnósticas en cada uno de los subtipos de embarazo ectópico con el fin de detectar alteraciones en la trompa contralateral, evitar complicaciones o cirugías subsecuentes y buscar la mejor elección terapéutica para preservar la fertilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tay JI, Moore J, Walker JJ. Ectopic pregnancy. West J Med. 2000; 173: 131-134.
2. Tenore JL. Ectopic pregnancy. am Fam Physician. 2000; 61: 1080-1088.
3. Cruz V, avendaño a, Morales M, olguín a, garcía-León F, chaya M y cols. Manejo laparoscópico del embarazo ectópico abdominal. *an Med asoc Med Hosp aBc.* 2004; 49 (4): 191-194.
4. López a, cirugía endoscópica (laparoscopia). En: cabero L. tratado de ginecología y obstetricia. Editorial Panamericana, 2da edición; 2012. p. 930-940.
5. Embarazo Ectópico. En: cunningham, Leveno, Huth, gilstrap, Wenstrom. obstetricia de Williams. Editorial Mcgraw Hill, 23o edición. México; 2010. P. 238-254.
6. Ramirez Nc, Lawrence WD, ginsburg Ka. Ectopic pregnancy. a recent five year-study and review of the last 50 years' literature. *J Repod Med.* 1996; 41 (10): 733-740.
7. Ankum WM, Mol BWJ, van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril.* 1996; 65 (6): 1093-1099.
8. Rojas I. Embarazo Ectópico. Pérez a, Donoso E (Eds). obstetricia 3ra ed. Santiago; Editorial Mediterráneo, 1999; 451-61.
9. De graaf FL, Demetroulis c. Bilateral tubal ectopic pregnancy: diagnostic pitfalls. *Br J clin Pract.* 1997; 51: 56-58.
10. Adair CD, Benrubi GI, Sanchez-Ramos L, Rhatigan R. Bilateral tubal ectopic pregnancies after bilateral partial salpingectomy. a case report. *J Reprod Med.* 1994; 39: 131-133.
11. Andrews J, Farrell S. Spontaneous bilateral tubal pregnancies: a case report. *J obstet gynaecol can.* 2008; 30: 51-54.
12. Brady J, Wilson M. Spontaneous bilateral tubal ectopic pregnancy. *J R Soc Med.* 2005; 98 (3): 120-121.
13. Ghomian N, Lotfalizadeh M. Spontaneous unruptured bilateral tubal pregnancy: a case report. *Iran J Med Sci.* 2015; 40 (6): 537-540.
14. Mandal RD, ghosh S, Mitra S, Basak a, Naskar P, Seth K et al. Bilateral tubal pregnancy: a diagnostic dilemma. *open Journal of obstetrics and gynecology.* 2013; 3: 639-641.
15. Marpeau o, Barranger E, cortez a, Uzan S. Bilateral tubal pregnancy after natural conception: a case report. *J Reprod Med.* 2005; 50: 222-224.
16. Lykke Ja, Dideriksen KL, Lidegaard o, Langhoff-Roos J. First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. *obstet gynecol.* 2010; 115: 935-944.