



Embarazo tubárico gemelar

Raúl Rodrigo Arredondo Merino,* Patricia Rivera Rodríguez,*
Marcos Daniel Sánchez Cruz†

Resumen

El embarazo ectópico es la emergencia obstétrica que más comúnmente amenaza la vida en el embarazo temprano. Aunque la resolución espontánea del embarazo ectópico pueda ocurrir, los pacientes están en riesgo de presentar ruptura y hemorragia. La prevalencia de embarazo ectópico es mayor en aquellas pacientes que se someten a técnicas de reproducción asistida y aquellas que cuentan con factores de riesgo, siendo incluso más frecuente que presenten embarazos ectópicos gemelares. En este trabajo presentamos el caso de una paciente de 33 años de edad quien cuenta con el antecedente de infecciones de transmisión sexual recurrentes, acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital presentando dolor abdominal y metrorragia, asociado a retraso menstrual. Se realiza cuantificación de fracción β de hormona gonadotrofina coriónica humana en sangre resultando positiva y ultrasonido transvaginal encontrando embarazo gemelar tubárico derecho, por tal motivo se decide realizar laparotomía para su resolución. El estudio histopatológico reporta embarazo gemelar monocoriónico biamniótico con un embrión de 7-8 semanas de gestación. Es importante que el médico tenga en mente los factores de riesgo como las infecciones de transmisión sexual, que en este caso pudieron precipitar la aparición de un embarazo ectópico.

Palabras clave: Embarazo ectópico gemelar.

Summary

Ectopic pregnancy is the most common life-threatening obstetric emergency in the early pregnancy. Although spontaneous resolution of ectopic pregnancy may occur, patients are at risk of rupture and bleeding. The prevalence of ectopic pregnancy is higher in those patients who undergo assisted reproduction techniques and those with risk factors, being even more frequent to submit ectopic twin pregnancies. In this paper we present the case of a 33 years old woman who has a history of a recurrent sexually transmitted infections, come to the Emergency Department of our hospital presenting abdominal pain and metrorrhagia associated with menstrual delay. Quantification of human chorionic gonadotrophin β fraction in blood resulting positive and a right tubal twin ectopic pregnancy was reported in transvaginal ultrasound, by such reasons it is decided a laparotomy for its resolution. The histopathological study reports a monochorionic biamniotic twin pregnancy of 7-8 weeks of gestation. It is important that the physician has in mind the risk factors including, sexually transmitted disease, that in this case could precipitate the calving of ectopic pregnancy.

Key words: Twin ectopic pregnancy.

* Médico residente de Ginecología y Obstetricia, Hospital Ángeles Pedregal.

† Médico Gineco-Obstetra, Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras.

Correspondencia:

Raúl Rodrigo Arredondo Merino
Hospital Ángeles Pedregal, Camino a Santa Teresa Núm. 1055
Colonia Héroes de Padierna 10700 México, D.F.
Correo electrónico: rod_27_12@hotmail.com
paty_rivera5@yahoo.com.mx

Aceptado: 01-12-2010.

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

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es definido como un embarazo que se presenta fuera de la cavidad uterina y ocurre cuando el óvulo fecundado se implanta en otro tejido que no es el endometrio. A pesar de que la mayoría de las gestaciones ectópicas se sitúan en las trompas pueden ocurrir en otros lugares como en el cuerno uterino, cérvix, ovario y abdomen.¹

Su frecuencia se ha incrementado unas seis veces en los últimos años, correspondiendo actualmente a cerca del 1.8 a 2% de todos los embarazos.²

La frecuencia relacionada con los sitios de aparición es: ampular (78%), ístmico (12%), infundibular (5%), in-

tersticial (2-3%), ovárico (1-2%), cervical (1%) y abdominal (menos 1%).³

El embarazo ectópico es la emergencia obstétrica que más comúnmente amenaza la vida en el embarazo temprano. Aunque la resolución espontánea del embarazo extrauterino pueda ocurrir, los pacientes están en riesgo de presentar ruptura tubárica y hemorragia.⁴

El embarazo ístmico ocupa el segundo lugar en frecuencia de aparición de todos los embarazos ectópicos.²

En cuanto a la gestación gemelar se encuentra una incidencia aproximada de 1 en 80 recién nacidos vivos y puede ser mono o multicigota. La gestación multicigota tiene una incidencia que varía y en los últimos años ha aumentado por las técnicas de reproducción asistida.⁴

La gestación monocigota tiene una frecuencia constante y dependerá del momento en que se produzca la división para que se determine su tipo de placentación y amnionidad.⁵

El embarazo gemelar ectópico es muy raro y tiene una incidencia de 1 en 125,000 embarazos.^{6,7}

El diagnóstico y tratamiento temprano del embarazo ectópico es fundamental, ya que con el paso del tiempo el trofoblasto aumenta su penetración en los tejidos y por lo tanto dificulta su extracción y aumenta el riesgo de ruptura y sangrado.^{8,9}

Los factores de riesgo del embarazo ectópico comprenden: lesión tubárica, enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, técnicas de reproducción asistida, multiparidad y tabaquismo entre otras. En cuanto al cuadro clínico, éste se presenta en mujeres de edad reproductiva quienes cursan la séptima semana de amenorrea con dolor abdominal y sangrado vaginal. Los estudios diagnósticos básicos incluyen la determinación de fracción β de la hormona gonadotrofina coriónica humana en sangre y ultrasonido transvaginal que es el estudio de elección.¹⁰⁻¹³

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenino de 33 años de edad, originaria del Distrito Federal, escolaridad licenciatura, casada, de religión católica, Grupo O Rh positivo, con los siguientes antecedentes ginecoobstétricos: menarca a los 12 años, telarca y pubarca a los 11 años, nulípara, ritmo menstrual de 28 x 3 días confiable, última citología cervical hace un año resultando negativa, método de planificación familiar preservativo, antecedente de infecciones de transmisión sexual en repetidas ocasiones sin recordar tratamientos, fecha de última menstruación incierta, gesta 3, para 1, cesárea 1, con una prueba de orina positiva para embarazo, ingesta preconcepcional de ácido fólico. Ingresa al Servicio de Urgencias de nuestro hospital, por presentar dolor tipo cólico en hipogastrio 9 de 10 en escala de dolor, insidioso,

de 12 horas de evolución, con incremento de intensidad, localizado de inicio en fosa iliaca derecha y posteriormente generalizado, sangrado transvaginal intermitente de un mes de evolución.

Exploración física

Signos vitales de tensión arterial 100/60 mm/Hg, frecuencia cardiaca de 86 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, temperatura de 36°C.

Despierta, reactiva, hidratada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con aumento de la resistencia muscular, con dolor en fosa iliaca derecha a la palpación profunda, Mc Burney y rebote negativo, peristaltismo normal.

A la inspección vaginal se encuentra cérvix posterior cerrado, anexo derecho ligeramente abombado, útero en anteversoflexión de 10 cm de bordes regulares, con sangrado cervical rojo rutilante, el resto normal.

Ultrasonografía

Se decide realizar ultrasonografía pélvica y transvaginal encontrando dos sacos gestacionales ectópicos localizados en salpínges derecha de aproximadamente 6-7 semanas de gestación, con actividad cardiaca fetal y colección de líquido libre en cavidad.

Laboratorio

A su ingreso se realiza cuantificación de fracción β de hormona gonadotrofina coriónica humana en sangre, reportando una cifra de 20,000 mU/mL.

Los estudios de laboratorio reportaron: Hemoglobina 13 g/dL; hematócrito 40%; leucocitos 6×10^3 ; plaquetas $240,000 \times 10^3$; tiempos de coagulación: Protrombina 83% y tromboplastina de 30 segundos.

Con la clínica y los estudios anteriores se integra el diagnóstico de embarazo ectópico gemelar derecho, por tal motivo se decide realizar tratamiento de laparotomía para la resolución del mismo.

Intervención quirúrgica

Se decidió realizar laparotomía para la resolución del embarazo ectópico según los requisitos establecidos por la institución. El procedimiento se inició con una incisión media, disecando hasta cavidad abdominal donde se encuentra colección hemática de aproximadamente 150 cc, útero en anteversoflexión de 10 x 7 x 6 cm con bordes regulares, trompa y mesosalpinx izquierdo sin alteraciones, trompa derecha congestiva, con embarazo ectópico gemelar no roto en tercio distal de región ampular, en fase

abortiva, se realiza salpingectomía derecha. Posteriormente se expone salpíngex encontrándose embarazo ectópico gemelar, con saco gestacional monocoriónico biamniótico de aproximadamente 7-8 semanas de gestación (Figura 1) que es enviado a patología para su estudio.

El estudio histopatológico reportó:

Saco ovular y vellosidades coriales del primer trimestre de gestación compatibles con embarazo gemelar tubárico, coágulos sanguíneos y tejido fibroso laxo.

Durante el estudio histopatológico más detallado se reporta embarazo gemelar monocoriónico biamniótico de aproximadamente 7 semanas de gestación.

Evolución

La paciente evolucionó satisfactoriamente egresando del hospital a su tercer día de postoperatorio.

DISCUSIÓN

Este caso es un ejemplo de una patología rara, ya que en la literatura se describen aproximadamente 100 casos, de los cuales la gran mayoría (95%) son reportados como gemelares monocigotos.¹⁴

Encontramos dos sacos gestacionales de igual tamaño con un embrión en cada uno compatibles mediante estudio histopatológico con un embarazo monocoriónico biamniótico.



Figura 1. Se muestra salpíngex que en su luz presenta saco gestacional.

En nuestro caso la paciente tenía un factor de riesgo asociado, infecciones de transmisión sexual (ITS) recurrentes. Existen estudios que reportan a ciertos microorganismos como son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* entre otras, que interfieren con las funciones de las células ciliadas de la mucosa tubárica, lo que incrementa el riesgo de una implantación ectópica, además se ha demostrado que entre más episodios de ITS ocurran el riesgo a presentar un embarazo ectópico aumenta.¹⁵

El ultrasonido deberá ser el estudio inicial en toda paciente que se sospeche con dolor y/o sangrado transvaginal, los resultados inespecíficos deberán ser apoyados con concentraciones de hormona gonadotrofina coriónica en sangre. El diagnóstico temprano mediante ultrasonido y exámenes séricos resulta muy importante en la prevención de complicaciones, aunque la mayoría son diagnosticados tardíamente, por tal motivo será de suma importancia la sospecha del médico.

En cuanto al tratamiento del embarazo ectópico la cirugía sigue siendo la más aplicada, aunque existen también el tratamiento médico y el expectante que se emplearán en la situación clínica apropiada.

El tratamiento expectante tiene una tasa de éxitos que varía del 44 al 69% y deberán cumplirse ciertos criterios para su aplicación como son:

Presencia de masa anexial menor de 40 mm, ausencia de saco gestacional y menos de 100 mL de fluido acumulado en el fondo del saco de Douglas; la paciente no fue candidata para esta conducta.

Para el tratamiento médico que es a base de metotrexato las pacientes candidatas serán aquéllas en las que no se haya presentado ruptura tubárica o uterina, que se encuentran hemodinámicamente estables y con fracciones β de hormona gonadotrofina coriónica humana en sangre menores de 3000 mUI/mL.

Es importante mencionar que la presencia de saco de Yolk o frecuencia cardíaca fetal detectada por ultrasonido tienen una posibilidad reducida de éxito y deberán ser candidatas para la resolución del embarazo ectópico por medio de cirugía, como fue el caso de nuestra paciente.¹⁶

En cuanto al procedimiento quirúrgico, el estándar de oro continúa siendo la salpingostomía, lo que varía es el tipo de procedimiento quirúrgico llámese laparoscopia o laparotomía y esto dependerá de las posibilidades de cada institución; en nuestro caso no contamos con equipo laparoscópico, por tal motivo se optó por una laparotomía.

El embarazo ectópico es un problema serio y el obstetra tendrá siempre que sospecharlo, ya que muchos pacientes no tienen factores de riesgo documentados, ni datos físicos que sugieran el mismo.

CONCLUSIONES

La presentación de este caso es un ejemplo claro de las posibles consecuencias que pueden traer las infecciones de transmisión sexual recurrentes al aparato reproductor femenino.

El médico al enfrentarse a un caso de abdomen agudo con algún factor de riesgo tendrá que tener en mente esta patología, ya que de no sospecharse no podrá ser diagnosticada.

Es de suma importancia insistir en el diagnóstico oportuno, ya que esto disminuirá la frecuencia de hemorragia abdominal que es la complicación más frecuente.

REFERENCIAS

1. Vichnin M. Ectopic pregnancy in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol. Wolters Kluwer Health* 2008; 20: 475-478.
2. Stanley WE, Rey PG, Gallardo JP. Embarazo gemelar ectópico tubárico unilateral, presentación de un caso. *Rev Chil Ultrasonog* 2007; 10: 104-106.
3. Gosálvez VA. Gestación ectópica. Manual CTO. *Ginecología y Obstetricia*. 6ta Ed. Madrid: McGraw-Hill, Inc., 2005: 41-42.
4. Heather M, Hanadi B, Trevor B, Togas T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ* 2005; 173(8): 905-912.
5. Sherer D, Scibetta I, Sanko S. Heterotopic quadruplet gestation with laparoscopic resection of ruptured interstitial pregnancy and subsequent successful outcome of triplets. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 171(1): 216-217.
6. Parker J, Hewson AD, Calder-Mason T, Lai J. Transvaginal ultrasound diagnosis of a live twin tubal ectopic pregnancy. *Austral Radiol* 1999; 43(1): 95-97.
7. Rolle JC, Wai YC, Bawdon R, Santos R et al. Case report unilateral twin ectopic pregnancy in a patient with an history of multiple sexually transmitted infections. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2006; 306: 1-3.
8. Sik JS, Moon JY, Kim RS. Primary peritoneal pregnancy implanted on the uterosacral ligament. A case report. *J Korean Medicine Sci* 2000; 15: 359-362.
9. Bonfante R, Bolanos A, Simon P, Juarez G, Garcia-Benitez CQ. Embarazo abdominal experiencia institucional. *Ginecol Obstet Mex* 1998; 66: 287-289.
10. Condous G. Ectopic pregnancy risk factors and diagnosis. *Aust Fam Physician* 2006; 35(11): 854-857.
11. Lozeau AM, Potter B. University of Wisconsin Medical School-Madison. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. *Am Fam Physician* 2005; 72(9): 2005.
12. Lin EP, Shweta B, Vikram SD. Diagnostic clues to ectopic pregnancy. *Radio Graphics V* 2008; 28: 1661-1671.
13. Cabar FR, Fettback PB, Pereira PP, Zugaib M. Serum markers in the diagnosis of tubal pregnancy. *Clinics* 2008; 63(5): 701-708.
14. Goker ENT, Tavmergen E, Ozcakir HT, Levi R, Adakan S. Unilateral ectopic twin pregnancy following an IVF cycle. *Obstet Gynaecol Research* 2001; 27(4): 213-215.
15. Gerard HC, Branigan PJ, Balsara GR, Heath C, Minassian SS, Hudson AP. Viability of *Chlamydia trachomatis* in fallopian tubes of patients with ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility* 1998; 70(5): 945-948.
16. James JW. Ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50(1): 89-99.