

Casos clínicos

E. A. Charines
M. de la Calle
J. Santisteban
R. Rodríguez
F. Herrero
A. González

Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital La Paz
Madrid

Correspondencia:
Dr. E. Álvarez Charines
Servicio de Fisiopatología Fetal
Hospital La Paz
Paseo de la Castellana, 261
28046 Madrid

Fecha de recepción: 6/4/00
Aceptado para publicación: 6/9/00

Embarazo gemelar ectópico en una misma trompa

485

Unilateral tubal twin pregnancy

Charines EA, De la Calle M, Santisteban J, Rodríguez R, Herrero F, González A. Embarazo gemelar ectópico en una misma trompa. *Prog Obstet Ginecol* 2000;43:485-487.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de embarazo ectópico (EE) ha experimentado un incremento en las últimas décadas de un 0,5% hasta un 2%, siendo estas cifras semejantes en todos los países europeos y en EE. UU.^(1,2). Este aumento es debido, fundamentalmente, a un mayor número de las infecciones genitales causadas por la *N. gonorrhoea* y la *C. trachomatis*, responsables de la mayoría de las enfermedades inflamatorias pélvicas^(1,3). Además de la infección pélviana, otras alteraciones como la endometriosis y la cirugía tubárica constituyen factores de riesgo demostrados de EE⁽³⁾. Asimismo, en la actualidad se realizan diagnósticos más tempranos de embarazo mediante determinaciones de gonadotrofina coriónica humana tipo β (β HCG) y ecografía transvaginal que permiten diagnosticar patologías en fases cada vez más precoces.

Por otra parte, la gemelaridad ha sufrido un incremento en estos últimos años debido principalmente a la proliferación de técnicas de reproducción aislada mediante transferencia embrionaria. En el Hospital Maternal La Paz la incidencia se ha elevado del 0,85% de los partos al 1,5% en los últimos 10 años⁽⁵⁾. Estas cifras coinciden con las aportadas por otros hospitales de España y de Europa⁽⁶⁻⁸⁾.

A continuación presentamos un caso de embarazo gemelar espontáneo con implantación en una misma trompa.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 30 años que acude al Servicio de Urgencias de Ginecología y Obstetricia por presentar un sangrado intermitente desde hace 10 días. Actualmente se encuentra en la semana 6 + 5 de gestación. En la anamnesis no constan antecedentes familiares ni personales de interés. Entre los antecedentes obstétricos refiere un embarazo y parto normal a término.

A la exploración ginecológica se observan unos genitales externos y vagina normales, sin evidencia de restos hemáticos. El cérvix está cerrado y su movilización es indolora. El útero se encuentra discretamente aumentado.

Ingresa en planta con la sospecha de amenaza de aborto, siendo remitida posteriormente al Servicio de Ecografía y Fisiopatología Fetal. En la ecografía se aprecia un útero vacío con una intensa reacción decidual del endometrio (Fig. 1), mínimo exudado libre en fondo de saco de Douglas (Fig. 2) y anejo derecho normal con un cuerpo lúteo de 22 mm en el ovario. El anejo izquierdo se visualiza engrosado, objetivándose un saco gestacional, con dos embriones que presentan movimientos cardíacos que corresponde a una gestación gemelar biamniótica (Figs. 3 y 4).

Con el diagnóstico de embarazo ectópico gemelar se practica una laparoscopia, en la cual se apre-

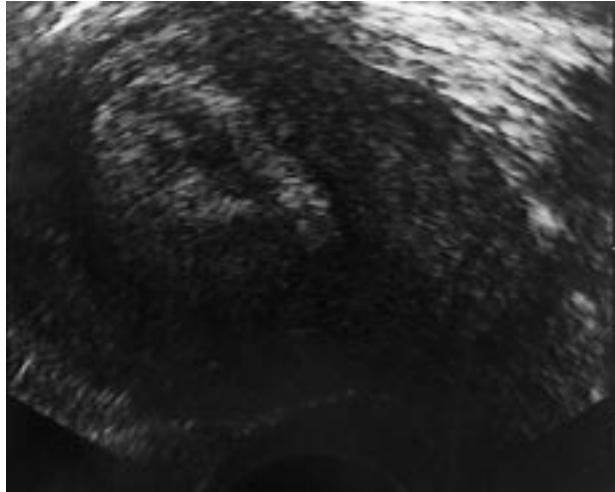


Figura 1. Útero vacío con intensa reacción decidual.

cia un engrosamiento de la zona ampular de la trompa izquierda. Se realiza una salpingiectomía enviando la pieza a Anatomía Patológica, donde se confirma el diagnóstico. La paciente fue dada de alta a las 24 horas de su ingreso.

DISCUSIÓN

Cada vez es mayor el número de EE que nos encontramos en la clínica diaria. Circunstancia debida fundamentalmente al incremento de infecciones cau-



Figura 3. Anejo izquierdo con dos vesículas gestacionales con embriones en su interior.

santes de enfermedad inflamatoria pélvica, siendo los gérmenes responsables en la mayoría de los casos la *N. gonorrea* y la *C. tracomatis*^(1,3,4). Asimismo, el aumento de cirugía tubárica como ligaduras de trompas o recanalizaciones tubáricas han contribuido a la aparición de un mayor número de gestaciones ectópicas⁽³⁾. Segundo Ankum et al⁽³⁾, un antecedente de cirugía tubárica conlleva el riesgo relativo 21 veces más alto de EE.

El auge de las técnicas de reproducción asistida con la transferencia embrionaria ha hecho también



Figura 2. Fondo de saco de Douglas con mínimo exudado libre.



Figura 4. Gestación gemelar biamniótica en anejo izquierdo junto a cavidad uterina vacía.

que la incidencia real de EE se incremente⁽⁷⁾. A semejanza de los embarazos ectópicos naturales, tras una fecundación *in vitro* (FIV), la trompa de Falopio es el sitio más frecuente de implantación, seguida del ovario, el abdomen y el cérvix^(9,10).

Son las mismas técnicas de reproducción asistida las que han contribuido al mismo tiempo al incremento de los embarazos múltiples⁽⁵⁻⁷⁾. Por ello también se han visto aumentados los embarazos heterotópicos, consistentes en la coexistencia de una gestación intrauterina y otra ectópica, generalmente en la trompa de Falopio⁽¹¹⁻¹³⁾. La incidencia de embarazo heterotópico tras FIV está entre el 1 y el 3%⁽¹⁴⁾. Estas gestaciones son de difícil diagnóstico y en la mitad de los casos se diagnostican después del ingreso para cirugía urgente por rotura tubárica⁽¹¹⁻¹³⁾. Pero además de gestaciones heterotópicas, también pueden producirse gestaciones gemelares ectópicas. Así, en la literatura se han publicado casos de gestaciones gemelares ectópicas en un mismo

ovario^(15,16), en dos cuernos (uno rudimentario y otro principal)⁽¹⁷⁾ y en ambas trompas de forma simultánea^(18,19). Sin embargo, no hemos encontrado ningún caso en la literatura de una gestación gemelar implantada de forma espontánea en una misma trompa de Falopio, siendo éste el primer caso descrito.

Debido a los avances técnicos, a la mejora en la resolución de las imágenes ecográficas y al uso de sonda vaginal, hoy en día diagnosticamos un gran número de gestaciones ectópicas de una forma precoz (incluso antes de que aparezcan signos clínicos) que hace años hubiesen pasado inadvertidos o se hubiesen resuelto espontáneamente.

El papel de la laparoscopia es fundamental tanto para confirmar el diagnóstico de EE como para resolverlo, bien mediante salpingiectomía, como en nuestro caso, o bien por salpingostomía. Destacando también la disminución de la mortalidad y la precocidad en el alta y la recuperación de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Pisarka M, Carson S. Incidencia y factores de riesgo del embarazo ectópico. *Clin Obstet Gynecol* 1999;42:2-8.
- 2 Storeide O, Veholmen M, Eide M, Bergsjo P, Sandvei R. The incidence of ectopic pregnancy in Hordaland county, Norway 1976-1993. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:345-9.
- 3 Ankum WM, Mol BMJ, Van der Veen F, Bossuyt PMM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1996; 65:1093-9.
- 4 Chow W, Daling JR, Cates W, Greenberg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy. *Epidemiol Rev* 1987;9:70-94.
- 5 González A. Embarazo múltiple. En: Usandizaga JA, De la Fuente P, eds. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Vol. I, 1.^a ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1997. p. 352-61.
- 6 Westergaard T, Wohlfahrt J, Aaby P, Melbyc M. Multiple pregnancies in Denmark 1980-1994. *Ugeskr Laeger* 1998;160:5794-7.
- 7 Ezcurdia M. Embarazo múltiple. Documentos de Consenso de la SEGO. Madrid: Meditex; 1999. p. 11-2.
- 8 Herruzo A, Rosales MA, Abhesera M, Carrasco S, Galeote J, González F, et al. Incidencia del embarazo ectópico en Andalucía. *Prog Obst Gynecol* 1999;42:195-200.
- 9 Pyrgiotis E, Sultan KM, Neal GS, Liu HC, Grifo JA, Rosenwaks Z. Ectopic pregnancy after *in vitro* fertilization and embryo transfer. *J Assist Reprod Genet* 1994;11:79-84.
- 10 Marcus SF, Brinden PR. Analysis of the incidence and risk factors associated with the ectopic pregnancy following *in vitro* fertilization and embryo transfer. *Hum Reprod* 1995;9:199-203.
- 11 Rojansky N, Schenker JG. Heterotopic pregnancy and assisted reproduction. An update. *J Assist Reprod Genet* 1996;13:594-601.
- 12 Martín-Lloches M, López-Sánchez P, Rubio M, López-Madrazo JL, Strawzelski A, García Escobar JL. Tratamiento laparoscópico de dos casos de embarazo ectópico. *Prog Obst Gynecol* 1999; 42:460-5.
- 13 Ruiz N, Mozo de Rosales F, Juarros B, Marqués M, Feliú P, Martínez-Astorquiza. Tratamiento clásico de dos gestaciones heterotópicas. *Prog Obst Gynecol* 2000;43:137-42.
- 14 Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, Finster M, Todd WD. Combined intrauterine and extrauterine gestations: a review. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:323-30.
- 15 Marret H, Hamamah S, Alonso AM, Pierre F. Case report and review of the literature: primary twin ovarian pregnancy. *Hum Reprod* 1997;12:1813-5.
- 16 Tuncer R, Sipahi T, Erkaya S, Akar NK, Baysar NS, Ercevik S. Primary twin ovarian pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 1994;46:57-9.
- 17 Álvarez E, Teulón M, Sangüesa I, Salcedo A, Martínez-Salmeán J. Gestación doble heterotópica con un gemelo en un cuerno uterino rudimentario ciego. *Prog Obst Gynecol* 2000;43:221-4.
- 18 Messore M, Angioli R, Cantuaria G, Peñalver M. Spontaneous left tubal and right interstitial pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1997;42:445-7.
- 19 Olsen ME. Bilateral twin ectopic gestation with intraligamentous and intestinal components. A case report. *J Reprod Med* 1994;39:118-20.