

276 **Lorenzo Mier Lobato**
M. del Carmen Bango Álvarez

Embarazo ectópico bilateral espontáneo

Spontaneous bilateral ectopic pregnancy

Obstetricia y Ginecología. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias. España.

Correspondencia:

Dr. L. Mier Lobato.
Obstetricia y Ginecología.
Hospital de Cabueñes.
Camino de Cabueñes, s/n.
33394 Gijón. Asturias. España.
Correo electrónico: lmierl@sego.es

Fecha de recepción: 14/2/05

Aceptado para su publicación: 3/11/05

RESUMEN

El embarazo ectópico bilateral espontáneo es una entidad rara y difícil de diagnosticar preoperatoriamente. Se presenta un caso diagnosticado por ecografía transvaginal en una paciente sin factores de riesgo. Se realizó salpinguectomía izquierda y salpingostomía lineal derecha por laparoscopia. Este caso es ilustrativo de la importancia del examen cuidadoso de ambos anejos cuando se lleva a cabo el examen ecográfico o la cirugía.

PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico. Embarazo tubárico bilateral.

ABSTRACT

Spontaneous bilateral ectopic pregnancy is a rare event and is difficult to diagnose preoperatively. We report a case diagnosed by transvaginal ultrasonography in a patient without risk factors. Laparoscopic left salpingectomy and right linear

salpingostomy were performed. This case illustrates the importance of carefully examining both adnexa when ultrasound examination or surgery are performed.

KEY WORDS

Ectopic pregnancy. Bilateral tubal pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es una entidad patológica frecuente. El embarazo ectópico bilateral espontáneo es, por el contrario, extremadamente raro, y se desconoce su incidencia real¹. La mayor parte de los casos de embarazo ectópico bilateral publicados en los últimos años están relacionados con técnicas de reproducción asistida. En la gran mayoría de los casos descritos el diagnóstico se realiza durante el tratamiento quirúrgico de una gestación ectópica que se consideraba única, por ello se enfatiza, a pesar de la rareza de este tipo de gestaciones, la necesidad de revisar el anejo contralateral².

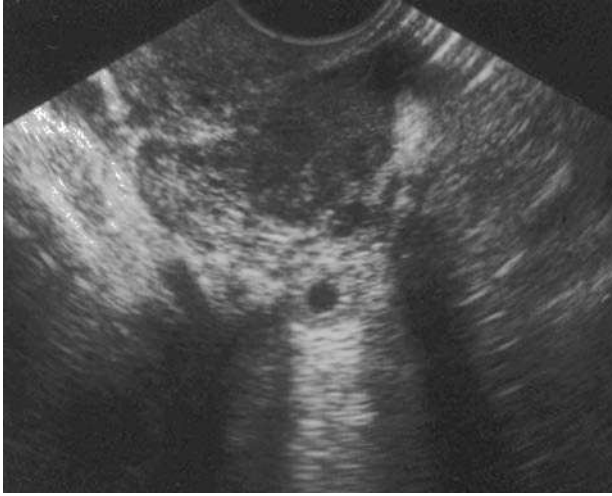


Figura 1. Ecografía transvaginal.

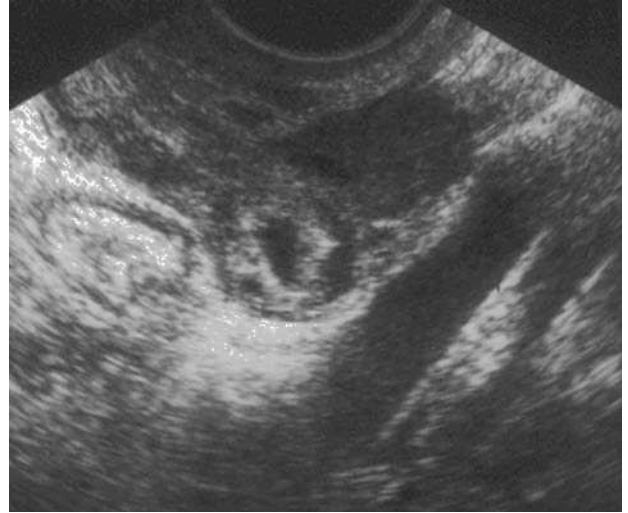


Figura 2. Ecografía transvaginal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años, con 2 partos eutócicos y 1 aborto previos, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a urgencias por presentar dolor abdominal, de inicio brusco, localizado en fosa ilíaca derecha y de varias horas de evolución. Refería una amenorrea de 6 semanas, aunque ésta era difícil de valorar puesto que los ciclos de la paciente eran irregulares, de alrededor de 37 días. La exploración abdominal mostraba solamente un discreto dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha. En la exploración ginecológica solamente llamaba la atención la sensibilidad a la movilización uterina y a la palpación en ambas zonas anexiales y en el fondo de saco de Douglas, por lo demás era normal.

La ecografía transvaginal mostró un útero de características normales, con endometrio normal y una pequeña colección líquida en la cavidad (fig. 1). El ovario derecho era ecográficamente normal y, por debajo de él, aparecía una imagen redondeada hiperefringente que rodeaba una zona central anecóica sugestiva de la presencia de un embarazo ectópico (fig. 2). El ovario izquierdo también era ecográficamente normal y, en íntimo contacto con él, se visualizaba una imagen similar a la descrita en el lado derecho (fig. 2).

El hemograma y el estudio bioquímico eran normales, salvo una discreta leucocitosis, y el valor de

sub-unit beta human chorionic gonadotropin (gonadotropina coriónica beta [β -hCG]) era de 1.884 mU/l.

La paciente fue informada del diagnóstico de sospecha de embarazo ectópico bilateral y de las modalidades de tratamiento, y optó por el quirúrgico. En la laparoscopia se comprobó la presencia de un embarazo ectópico, roto, en la trompa izquierda y otro en el tercio medio de la trompa derecha (figs. 3 y 4). Se realizó salpinguectomía izquierda y salpingostomía lineal en el lado derecho, con evacuación de la gestación ectópica. El postoperatorio cursó con normalidad, y se comprobó la negativización de la β -hCG, al haberse realizado tratamiento conservador en una de las trompas, y los valores de ésta fueron $< 1,2$ mU/l a las 6 semanas de la intervención.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico bilateral.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico bilateral espontáneo es muy poco común. En 1939, Fishback³ publica una recopilación de 76 casos, que es probablemente el primer informe de entidad acerca del tema. Se desconoce su incidencia real, y se ha estimado en 1/200.000 embarazos intraútero y entre 1/725 y 1/1.580 gestaciones ectópicas⁴. Sus factores de riesgo son los mismos que en las gestaciones ectópicas

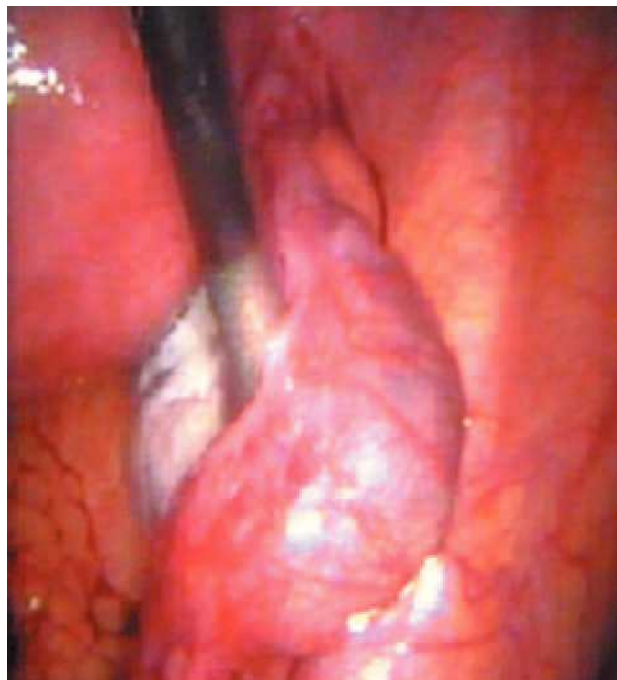


Figura 3. Imagen laparoscópica. Trompa izquierda.



Figura 4. Imagen laparoscópica. Trompa derecha.

únicas. En el caso que se presenta no había factores de riesgo identificables y se trataba de un embarazo espontáneo. Los criterios comúnmente aceptados para confirmar 1 caso son los de Norris⁵, que considera que la demostración de vellosidades coriónicas en ambas trompas es suficiente para el diagnóstico. En nuestro caso, el estudio anatomopatológico mostró la presencia, en ambos especímenes, de vellosidades coriales así como células del cito y sincitiotrofoblasto.

La incidencia de embarazo ectópico en los países industrializados se ha multiplicado por 6 en los últimos 30 años, y actualmente se estima en el 2% de los embarazos. Este aumento se ha atribuido a la mejora de los métodos de diagnóstico, a la mayor frecuencia de la enfermedad inflamatoria pélvica y al creciente empleo de técnicas de reproducción asistida. Esto hace que, aun dentro de su rareza, en los últimos años hayan aumentado las comunicaciones de embarazos ectópicos bilaterales, fundamentalmente en pacientes en que se han practicado técnicas de reproducción asistida. En estas pacientes es especialmente importante evaluar exhaustivamente ambos anejos ante aumentos de β -hCG, sin evidencia de gestación intrauterina.

En la gran mayoría de casos publicados el diagnóstico es intraoperatorio^{1,2}. Por ello, el tratamiento habitual es el quirúrgico. Revisar ambas trompas cuando se lleva a cabo una laparoscopia o laparotomía por un embarazo ectópico es una recomendación clásica. Se han publicado casos en los que fue precisa una reintervención por no haber diagnosticado la presencia de un segundo embarazo ectópico^{2,6}.

En la revisión realizada sólo se ha encontrado casos de diagnóstico ecográfico en pacientes en que el embarazo ectópico bilateral no fue espontáneo, sino secundario a técnicas de reproducción asistida. Cuando el diagnóstico es ecográfico se puede plantear el tratamiento con metotrexato, bien inyectado localmente o bien administrado de forma sistémica. En este último caso, podría ser necesario utilizar dosis distintas a las recomendadas en el embarazo ectópico único, aunque dada la rareza del embarazo ectópico bilateral será difícil establecer la dosis adecuada⁷.

En el caso que se presenta, la paciente, adecuadamente informada, optó por el tratamiento quirúrgico y se realizó una salpinguectomía en el lado izquierdo; en el lado contrario se pudo hacer tratamiento conservador y se efectuó una salpingostomía lineal con evacuación del contenido tubárico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Messori M, Angioli R, Cantuaria G, Peñalver M. Spontaneous left tubal and right interstitial pregnancy: a case report. *J Reprod Med*. 1997;42:445-7.
2. Edelstein MC, Morgan MA. Bilateral simultaneous tubal pregnancy: case report and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv*. 1989;44:250-2.
3. Fishback HR. Bilateral simultaneous tubal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1939;37:1035-9.
4. Stewart HL. Bilateral ectopic pregnancy. *West J Surg Obstet Gynecol*. 1950;58:648-56.
5. Norris S. Bilateral simultaneous tubal pregnancy. *Can Med Assoc J*. 1953;68:379-81.
6. Tabachnikoff RM, Dada MO, Woods RJ, Rohere D, Myers CP. Bilateral tubal pregnancy. A report of an unusual case. *J Reprod Med*. 1998;43:707-9.
7. Marcovici I, Scoccia B. Spontaneous bilateral ectopic pregnancy and failed methotrexate therapy: a case report. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177:1545-6.