

Aitziber Elvira Urdampilleta
Amaia Oyarzabal Urkiola
M. José Larraza Zanduetza
Olatz Lizartza
Borja Rivero Torrejón
Juan Mari Landa Aranzabal
Miguel Ángel Giribet

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Donostia.
San Sebastián, Guipúzcoa. España.

Correspondencia:

Dra. A.E. Urdampilleta.
Vicente Zapirain, 11. 20100 Errenteria (Guipuzkoa). España.
Correo electrónico: aitziberelvira@gmail.com

Fecha de recepción: 19/5/2008.

Aceptado para su publicación: 14/7/2008.

Embarazo ectópico bilateral con embrión vivo en la trompa izquierda

*Bilateral ectopic pregnancy with
live embryo in left Fallopian tube*

RESUMEN

El embarazo ectópico bilateral con embrión vivo es un diagnóstico poco frecuente. Presentamos un caso de embarazo ectópico bilateral con un embrión vivo en una trompa y una gestación interrumpida en la otra trompa, en una paciente de 36 años sin factores de riesgo asociados. Ante la sospecha de un embarazo ectópico unilateral, incluso sin factores de riesgo asociados, será necesario realizar una revisión del anejo contralateral y de la cavidad abdominal para descartar esta afección.

PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico bilateral. Espontáneo. Embrión vivo.

ABSTRACT

Bilateral ectopic pregnancy with a live embryo is a rare occurrence. We report a case of bilateral ectopic pregnancy with live embryo in one tube and an interrupted gestation in the other tube, in a patient with no risk factors. When there is a unilateral ectopic pregnancy, even without risk factors, the other adnexal area and abdominal cavity should also be examined.

KEY WORDS

Bilateral ectopic pregnancy. Spontaneous. Live embryo.

INTRODUCCIÓN

La incidencia del embarazo ectópico bilateral está aumentando, aunque se trata de una patología infrecuente. Está fundamentalmente relacionado con las técnicas de reproducción asistida y su diagnóstico es habitualmente intraoperatorio. Debido a ello, es muy importante revisar el anejo contralateral y la cavidad abdominal en todos los casos en los que se realice una intervención quirúrgica por embarazo ectópico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 36 años de edad, sin ningún antecedente de interés. Acudió a nuestro servicio por una metrorragia del primer trimestre de cantidad escasa. No presentaba dolor ni otro síntoma acompañante. Refería una amenorrea de 8 semanas, pero la prueba de gestación fue positiva sólo una semana antes del diagnóstico. La especuloscopia reflejaba escaso material hemático en la vagina. La ecografía mostró una gestación ectópica con un embrión de 4 mm, con Doptone positivo (fig. 1). En la cavidad endo-

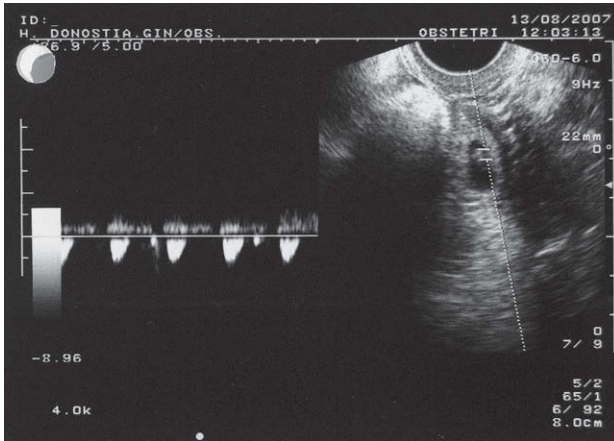


Figura 1. Imagen ecográfica de embarazo ectópico con Doppler positivo.



Figura 2. Embarazo ectópico en la trompa izquierda.

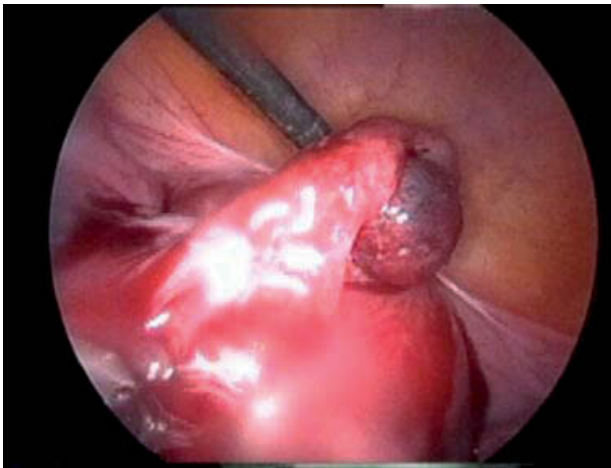


Figura 3. Embarazo ectópico en la trompa derecha.



Figura 4. Trompa izquierda. Se observa la salida del embrión.

metrial se observaban ecos heterogéneos compatibles con una reacción decidual. Tras informar a la paciente de las diferentes opciones de tratamiento, se decidió realizar una intervención quirúrgica por laparoscopia. Durante la intervención, se comprobó una dilatación tubárica bilateral, muy pronunciada en la trompa izquierda (fig. 2) y menos en la trompa derecha (fig. 3). Se realizó una salpingostomía lineal bilateral. En la trompa izquierda se observó una gestación ectópica, con un embrión de varios milímetros (fig. 4), y en la trompa derecha se observó únicamente restos ovulares sin embrión. El material de ambas trompas se envió a anatomía patológica,

que confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico bilateral. La cifra de gonadotropina coriónica humana beta pasó de 17.663 U/l hasta negativizarse en 38 días. Actualmente, la paciente es atendida en la consulta de esterilidad de nuestro hospital, en la que se realizó una histerosalpingografía que evidenció una obstrucción tubárica bilateral.

DISCUSIÓN

La frecuencia del embarazo ectópico se ha multiplicado en los últimos años. Su incidencia es del

1,6% de los embarazos¹, debido principalmente al incremento de las enfermedades de transmisión sexual, al aumento en el número de cirugías tubáricas y a los programas de reproducción asistida^{2,3}. La incidencia de embarazo ectópico bilateral espontáneo está entre 1/725 y 1/1.580 gestaciones ectópicas^{4,5}. El primer caso fue publicado en 1918⁶.

Debido a la baja incidencia, el embarazo ectópico bilateral es una patología difícil de diagnosticar; habitualmente se suele realizar el diagnóstico de forma intraoperatoria⁴. Además, que la paciente no presente ningún factor de riesgo y haya ausencia de datos ecográficos lo dificulta aún más, como ocurrió en nuestro caso, en que la primera impresión diagnóstica fue de embarazo ectópico unilateral. Por ello, es muy importante la revisión de ambas trompas y de la cavidad abdominal de manera sistemática en todos los casos en los que se realiza una laparoscopia por embarazo ectópico.

Existen pocos artículos en los que el embarazo ectópico bilateral fue espontáneo⁷ y aun menos en el que además uno de los fetos estuviera vivo. La técnica operatoria que más frecuentemente se realiza es por vía laparoscópica, pero tras realizar una búsqueda bibliográfica no existen evidencias suficientes para determinar si es más adecuado realizar una salpingectomía o una salpingostomía. El tratamiento, al igual que en el embarazo ectópico unilateral, depende de las expectativas reproductivas de la paciente y del estado de las trompas. Existen varios artículos en los que se realiza una salpingostomía por laparoscopia en pacientes con embarazo ectópi-

co tubárico bilateral⁸. En el trabajo de De los Ríos y Castañeda⁸ se reporta el primer caso descrito en la literatura científica colombiana de un embarazo ectópico bilateral espontáneo. En él se practica un manejo conservador por laparoscopia y, además, 4 meses después, se confirma la permeabilidad de ambas trompas por medio de una histerosalpingografía. En nuestro caso, se realizó una salpingostomía lineal bilateral, pero tras la histerosalpingografía se ha evidenciado una obstrucción de ambas trompas, por lo que la paciente está siendo tratada en nuestra consulta de esterilidad.

El embarazo ectópico tiene varios factores de riesgo. Por un lado, el aumento de técnicas de reproducción asistida ha influido en su creciente incidencia. El antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica multiplica la probabilidad del embarazo ectópico, fundamentalmente *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Debido a la infección e inflamación de las trompas, se produce una alteración anatómica que se traduce en un obstáculo mecánico que impide la correcta vehiculización del huevo hasta el útero. Existen otros factores maternos, como la cirugía sobre las trompas, la endometriosis, los anticonceptivos, etc., y otros factores embrionarios, como las malformaciones embrionarias y las anomalías cromosómicas⁹. En nuestro caso, la paciente carecía de factores de riesgo.

Por tanto, incluso sin factores de riesgo asociados, ante la sospecha de un embarazo ectópico unilateral será necesario realizar una revisión del anejo contralateral y de la cavidad abdominal para descartar esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matorras R, García A. Tratamiento no quirúrgico del embarazo ectópico. *Prog Obstet Ginecol*. 1997;40:379-400.
2. Bustos López HH, Rojas-Poceros G, Barrón Vallejo J, Cintora Zamudio S, Kably Ambe A, Valle RF. [Conservative laparoscopic treatment of bilateral ectopic pregnancy. 2 case reports and review of the literature]. *Ginecol Obstet Mex*. 1998;66:13-7.
3. Burgos J, Agirregoikoa JA, Albisu M, Mieza J, Corcostegui B, Prieto B, et al. Embarazo ectópico bilateral simultáneo tras IAC. *Rev Iber Fert*. 2004;21:349-53.
4. Stewart HL. Bilateral ectopic pregnancy. *West J Surg Obstet Gynecol*. 1950;58:648-56.
5. Andrews J, Farrel S. Spontaneous bilateral tubal pregnancies: a case report. *J Obstet Gynecol Can*. 2008;30:51-4.
6. Erian M, McLaren GR. An unusual presentation of bilateral tubal ectopic pregnancy. *Br J Clin Pract*. 1993;47:161-2.
7. Mier L, Bango MC. Embarazo ectópico bilateral espontáneo. *Prog Obstet Ginecol*. 2006;49:276-9.
8. De los Ríos JF, Castañeda JD. [Lineal laparoscopic salpingostomy for treating spontaneous bilateral ectopic pregnancy: a case report]. *Rev Colomb Obstet Gynecol*. 2006;57:54-7.
9. Usandizaga JA, De la Fuente P. Tratado de obstetricia y ginecología. 2.^a reimpresión. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2000. p. 266-76.