



CASO CLÍNICO

Embarazo ectópico gemelar bicorial espontáneo. Diagnóstico ecográfico transvaginal

A. Luengo*, V. Zornoza, B. Pérez-Prieto, A. Álvarez-Domínguez y V. Álvarez-Sierra

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Asistencial de León, León, España

Recibido el 17 de marzo de 2009; aceptado el 18 de mayo de 2009

Disponible en Internet el 1 de noviembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Embarazo tubárico;
Embarazo gemelar;
Cirugía laparoscópica;
Ecografía doppler

KEYWORDS

Tubal pregnancy;
Twin pregnancy;
Laparoscopic surgery;
Doppler ultrasound

Resumen

Describimos un caso de embarazo ectópico tubárico gemelar unilateral en una paciente sin factores de riesgo. El diagnóstico prequirúrgico se realizó mediante ecografía transvaginal, que permitió visualizar dos sacos gestacionales adyacentes al ovario derecho. Ambos embriones presentaban latido. Se realizó salpingectomía laparoscópica. Estos hallazgos son extremadamente infrecuentes.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Spontaneous live dichorionic twin ectopic pregnancy. Transvaginal sonographic diagnosis

Abstract

We report a case of unilateral twin tubal ectopic pregnancy in a patient without risk factors. Presurgical transvaginal sonography allowed two gestational sacs adjacent to the right ovary to be visualized. Both embryos showed cardiac activity. Laparoscopic salpingectomy was performed. These findings are extremely rare.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los cambios en las prácticas sexuales y el consecuente incremento en la incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), así como de un mayor uso de técnicas de reproducción asistida son, entre otros, causa del aumento en las últimas décadas en la incidencia de embarazo

ectópico (EE) (el 1–2% de las gestaciones). A pesar de ello, el EE gemelar es muy raro. El embarazo heterotópico (coexistencia de embarazos, uno en la cavidad endometrial y el otro ectópico) ocurre en una de 7.000 gestaciones. La presencia de un embarazo ectópico bilateral es aún más rara, uno en 20.000. La incidencia de dos embriones en una misma trompa de Falopio se calcula en uno de cada 125.000 embarazos^{1–4}. El primer caso de embarazo ectópico gemelar fue publicado en 1891 por De Ott⁵. Desde entonces se han comunicado más de 100 casos, la mayor parte de ellos son monocoriales y monocigóticos. En 1994 se visualizó el primer

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a_luengo@yahoo.com (A. Luengo).

embarazo gemelar con embriones vivos⁶. Según nuestra revisión de la literatura sólo existen 7 casos publicados en la literatura en inglés.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 35 años que fue remitida a nuestro centro por abdominalgia y metrorragia. La paciente se encontraba en la octava semana de amenorrea, negó historia anterior de uso de dispositivo intrauterino (DIU), EPI, tratamiento hormonal o cirugía previa. En la exploración se objetivó un sangrado vaginal leve, cérvix cerrado y una masa anexial derecha palpable. La ecografía vaginal mostró un útero regular, vacío, con un endometrio engrosado y un ovario izquierdo normal. En el ovario derecho se observó cuerpo lúteo y separado del mismo una masa de $6 \times 5 \times 5$ cm, con dos sacos gestacionales independientes en su interior. Se identificó polo embrionario en el interior de cada saco, longitudes craneocaudales de 8,6 y 9,9 mm acordes a una edad gestacional de 6⁺⁶ y 7 semanas, respectivamente (figs. 1 y 2). Los modos B y Doppler mostraron actividad cardíaca en ambos embriones. También se objetivó líquido libre en Douglas. La medición de β -HCG en suero fue de 52.382 mU/ml. Debido al empeoramiento del dolor y la sospecha de hemorragia interna se realizó laparoscopia urgente. Se confirmó importante hemoperitoneo y una masa bilobulada sangrante en la región ampular tubárica derecha. Se llevó a cabo salpingectomía. No había signos de endometriosis ni de inflamación pélvica crónica. El postoperatorio de la paciente cursó sin incidencias. Fue dada de alta dos días después de la intervención.

Discusión

Hay varios factores de riesgo para la migración y la implantación anormales del embrión. Los principales son aquéllos que causan daño tubárico, tales como EPI (el número y la gravedad de los episodios aumentan el riesgo),



Figura 1 Ecografía transvaginal. Útero vacío, adyacente al ovario derecho, masa de $6 \times 5 \times 5$ cm, con dos sacos gestacionales independientes (flechas 1 y 2) con un polo embrionario en el interior de cada uno.



Figura 2 Ecografía transvaginal. Cuerpo lúteo derecho adyacente a los embarazos tubáricos.

cirugía tubárica (inclusive la ligadura previa), interrupciones de embarazo, endometriosis y malformaciones congénitas. También aquellos que alteran la función ciliar: DIU, anti-conceptivos hormonales, tratamientos de fertilidad (tales como prostaglandinas y clomifeno), la edad avanzada y el tabaquismo^{2,7}. A menudo se produce en ausencia de todos estos factores y sin historia previa de EE, como en el caso que presentamos.

El embarazo ectópico supone un peligro para la salud de las mujeres en edad fértil. El diagnóstico antes de la ruptura es fundamental. La sospecha preoperatoria es difícil. La triada clásica de abdominalgia, amenorrea y metrorragia sólo está presente en el 45% de las pacientes^{2,7}. La ecografía transvaginal de alta resolución permite el diagnóstico más temprano y contribuye a una disminución en la morbilidad y mortalidad maternas. La sensibilidad y especificidad de la ecografía son superiores, respectivamente, al 90% y al 99%. El *gold standard* diagnóstico es la laparoscopia, que está indicada ante la sospecha de rotura tubárica. En pacientes asintomáticas puede ofrecerse una actitud expectante o tratamiento médico con metotrexate, si bien la selección de los casos debe ser rigurosa⁸.

Bibliografía

- Hanchate V, Garg A, Sheth R, Rao J, Jadhav PJ, Karayil D. Transvaginal sonographic diagnosis of live monochorionic twin ectopic pregnancy. *J Clin Ultrasound*. 2002;30:52-6.
- Atye, Lam SL. Clinics in diagnostic imaging (106). Viable left tubal twin ectopic pregnancy. *Singapore Med J*. 2005;46:651-5.
- Parker J, Hewson AD, Calder-Mason T, Lai J. Transvaginal ultrasound diagnosis of a live twin tubal ectopic pregnancy. *Australas Radiol*. 1999;43:95-7.
- Rolle CJ, Wai CY, Bawdon R, Santos-Ramos R, Hoffman B. Unilateral twin ectopic pregnancy in a patient with a history of multiple sexually transmitted infections. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2006;10306:1-3.
- De Ott. A case of unilateral tubal twin gestation. *Ann Gynaecol Obstet*. 1891;36:304.
- Gualandi M, Steemers N, De Keyser JL. First reported case of preoperative ultrasonic diagnosis and laparoscopic treatment of unilateral, twin tubal pregnancy. *Rev Fr Gynecol Obstet*. 1994;89:134-6.

7. Velázquez-Brucoli G, Trías-Nancy E, Velásquez-Durán V, Saulny-de-Jorges J. Embarazo gemelar ectópico tubárico: reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2005;65:143-6.
8. Kirk E, Condous G, Bourne T. The non-surgical management of ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006;27:91-100.