

Presentación de caso

Embarazo ectópico bilateral. A propósito de un caso.

Bilateral ectopic. Presentation of a case.

Dr. Alexis Rodríguez Abstengo¹, Dr. Francisco Rafael La O González², Dr. Juan Armando Castillo González³, Dr. Rafael Iburgollín Ulloa⁴, Dra. Ana Lidia Medina Betancourt⁵

1. Especialista de 1er grado en MGI e Imagenología. Profesora Instructor.
2. Especialista de 1er grado en Imagenología. Profesora Instructor.
3. Especialista de 1er grado en MGI, Ginecología y Obstetricia. Diplomado en Imagenología. Profesora Asistente.
4. Especialista de 1er grado en Genética Clínica. Máster en Infectología. Profesora Instructor.
5. Especialista de 1er grado en Anatomía Patológica. Profesora Instructor.

RESUMEN

Se presenta un caso de una paciente de 39 años que teniendo en cuenta sus antecedentes, las manifestaciones clínicas y la positividad de la gonadotropina coriónica cualitativa en orina, se sospechó el diagnóstico de un embarazo ectópico; al intentar corroborar el mismo por ecografía se planteó la posibilidad de un embarazo ectópico bilateral que se confirmó en el acto quirúrgico y por la Anatomía Patológica. Se revisó la bibliografía y se encontró que la incidencia del embarazo ectópico bilateral tiene una frecuencia de 1 en cada 725 a 1580 embarazos ectópicos unilateral, con un reporte de poco más de 200 casos a partir de 1918 en que se reportó el primero. El caso clínico presentado demostró la dificultad para la sospecha y diagnóstico del embarazo ectópico bilateral.

DeCS: EMBARAZO ECTOPICO / diagnóstico.

ABSTRACT

A case of a 39 year-old patient is presented that, taking into account her antecedents, clinical manifestations and the positivity of qualitative chorionic gonadotropine in urine, a diagnosis of suspected ectopic pregnancy was made. When trying to confirm it through an echography the possibility of an ectopic bilateral pregnancy was considered and confirmed in the surgery and by the Department of Pathological Anatomy. Bibliography was reviewed, and it was found that the incidence of bilateral ectopic pregnancy has a rate of 1 per 725 to 1580 unilateral ectopic pregnancies, with a report of a little more than 200 cases starting from 1918 when the first was reported. The clinical case presented demonstrated the difficulty for the suspicion and diagnosis of a bilateral ectopic pregnancy.

MeSH: PREGNANCY, ECTOPIC / diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El Embarazo Ectópico se define como la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la cavidad uterina. La incidencia varía entre 1,2 a 1,4% del total de embarazos¹ y la tendencia va en aumento. Por ejemplo, en Estados Unidos en 1970 se reportaron 17.800 casos, cuadruplicándose tal cifra en 1997 (88,400)². En Chile en 1992 se reportaron 3.045 embarazos ectópicos, con 1 ectópico cada 76 embarazos y una tasa de 10,37 por 10.000 mujeres en edad fértil (15 a 44 años)³.

La tasa de mortalidad materna nacional por esta patología para el 2000 fue 0,4 por 100.000 NV⁴. A pesar de lo anterior, la mortalidad en los últimos años ha disminuido de manera sistemática⁵. Más del 95% de los embarazos ectópicos se implantan en la trompa uterina, de ellos, la mitad se aloja en la ampolla tubaria (55%), un 20% en la porción ístmica, y el resto lo hace en el infundíbulo, fimbria o en la porción intersticial⁶.

Los factores de riesgos para desarrollar un embarazo ectópico son: antecedentes de embarazo ectópico previo⁷, el daño tubárico por infecciones⁸ o cirugía⁹, el tabaquismo¹⁰, el uso de DIU¹⁰, la edad¹¹ y las técnicas de reproducción asistida¹². Los métodos de estimulación ovulatoria, GIFT o IVF-ET, se asocian a la aparición del embarazo ectópico bilateral.

El embarazo ectópico bilateral es un evento raro, su incidencia varía entre 1 en 725 a 1 en 1.580 del total de embarazos ectópicos^{13,14}. El primer caso fue publicado en 1918¹⁵ y desde entonces se han reportado más de 200 casos en la literatura mundial¹⁶.

El adecuado manejo del embarazo ectópico comprende un precoz diagnóstico y se basa en algoritmos que combinan las manifestaciones clínicas, el ultrasonido, la fracción beta de la Gonadotropina coriónica y la Laparoscopia.

A continuación se presenta un caso atendido y diagnosticado en el Servicio de Imagenología de Maternidad.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 39 años de edad, Gesta 3, Partos 1, Abortos 2, con APP de enfermedad inflamatoria pélvica a repetición, que refiere una última menstruación 7 semanas antes y que describe como normal. Al ingreso está afebril, normotensa, levemente pálida con abdomen blando, depresible pero sensible en ambos flancos. El examen ginecológico destaca la presencia de escaso sangramiento genital a forma de manchas, con dolor a la movilización del cuello y fondos de sacos ocupados.

Se le realiza gonadotropina coriónica cualitativa en orina, que resulta positiva. La ultrasonografía suprapúbica describe el útero en AVF de tamaño conservado, con imagen de seudosaco gestacional en su interior. Destaca la presencia de una imagen anexial izquierda, que catalogamos como compleja por combinar elementos ecogénicos y ecolúcidos, bien definida de 47 x 43 mm, donde se visualiza un polo embrionario con presencia de latidos cardiacos, compatible con un embarazo tubario no complicado. Además se observó una imagen compleja mal definida de 50 x 48 mm en proyección anexial derecha, abundante líquido libre en fondo del Saco de Douglas, así como en espacio hepatorenal. Los hallazgos ecográficos descritos en el aparato genital fueron corroborados por Ultrasonografía transvaginal.

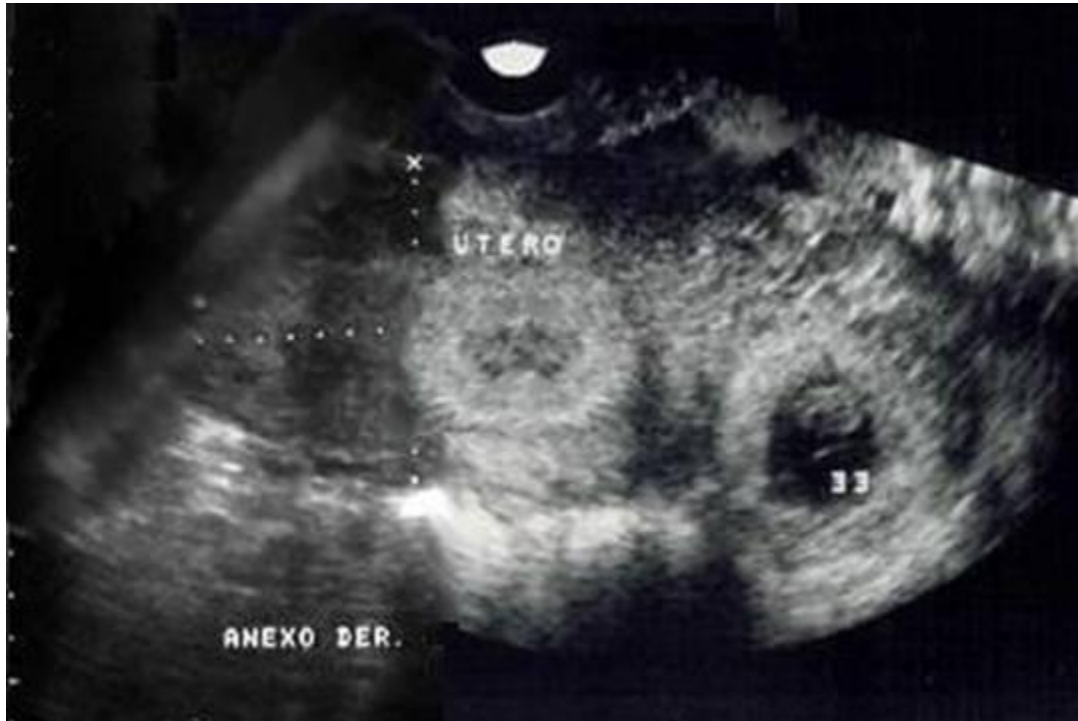


Fig. 1: Corte coronal. Se observa la presencia de un seudোসaco gestacional intraútero y saco gestacional con embrión que presenta latidos cardíacos en anexo izquierdo. Imagen compleja de 50 x 48mm en proyección anexial derecha.

Atendiendo a los antecedentes patológicos personales de inflamación pélvica a repetición, los hallazgos sonográficos, la positividad del test de gonatropina y el estado general de la paciente con tendencia a la hipotensión y con signo de Lafont positivo se plantea el diagnóstico de Embarazo ectópico compliado y se decide realizar laparotomía exploradora de urgencia. Dos horas después es intervenida quirúrgicamente, mediante laparotomía con abordaje por incisión media infraumbilical. Se encuentra un hemoperitoneo de aproximadamente 1.500 cc, la trompa uterina derecha está dilatada y rota a nivel del istmo sangrando en escasa cantidad. Se realiza salpingectomía derecha conservando el ovario. El anexo contralateral se sometió a igual proceder dada la presencia del embarazo ectópico no complicado aún y previamente diagnosticado por Ultrasonografía.

La evolución postoperatoria resultó satisfactoria y la paciente fue egresada 3 días más tarde. El informe anatomopatológico posterior corroboró el diagnóstico planteado.

DISCUSIÓN

El diagnóstico definitivo del embarazo ectópico uni y bilateral se obtiene sólo tras visualizar vellosidades coriónicas en las muestras histopatológicas obtenidas de las trompas de Falopio¹⁷. La sospecha diagnóstica preoperatoria del embarazo ectópico bilateral es difícil y se explica por diversos motivos. Epidemiológicamente, como ya mencionamos, es un hecho infrecuente. Clínicamente se confunde al reproducir el cuadro del ectópico unilateral¹³, la ultrasonografía no es de gran ayuda y los niveles de b-hCG plasmática no han demostrado ser útiles para diferenciar entre ambos cuadros^{18,19}. La sospecha diagnóstica frecuentemente se establece en el período trans - operatorio. Sin embargo, a este nivel, el diagnóstico también puede ser poco claro dado que el compromiso tubario puede ser asimétrico¹³. Hay numerosos reportes en la literatura de reintervenciones al no pesquisar el compromiso bilateral de las trompas^{17,20}. Por la razón antes

señalada, ha quedado establecida la revisión sistemática de ambas trompas durante la cirugía y de preferencia toda el área pélvica antes de proceder a la salpingectomía^{16,17,18}. Igualmente se ha recomendado la realización de un seguimiento estricto y seriado, tanto clínico como con b-hCG plasmática para evitar el paso inadvertido de un cuadro contralateral.

Respecto a los factores de riesgos destaca el antecedente de la inflamación pélvica a repetición, sin embargo, la paciente no estaba en tratamiento con hiperestimulación ovárica, que han demostrado ser factores de riesgos importantes de embarazo ectópico bilateral¹². Esto significa que de forma espontánea, la paciente ovuló simultáneamente por ambos ovarios.

CONCLUSIONES

El caso clínico presentado demostró la dificultad para la sospecha y diagnóstico del embarazo ectópico bilateral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lawson HW, Atrash HK, Saftlas AF, Finch EL. Ectopic pregnancy in the United States 1970-1986, *MMWR* 1989; 38(2):1-10.
2. Simms I, Rogers PA, Nicoll A. The influence of demographic change and cumulative risk of pelvic inflammatory disease on the change of ectopic pregnancy. *Epidemiol Infect* 1997; 119: 49-52.
3. Rojas I. Embarazo Ectópico. Pérez A, Donoso E (Eds). *OBSTETRICIA 3° ed.* Santiago; Editorial Mediterráneo, 1999; 451-61.
4. Donoso E, Oyarzún E. Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(1): 14-18.
5. Ramirez NC, Lawrence WD, Ginsburg KA. Ectopic Pregnancy. A recent five year-study and review of the last 50 years' literature. *J Reprod Med* 1996; 41(10): 733-40.
6. Thompson JD & Rock JA. *Telinde Ginecología Quirúrgica.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana SA, 1993.
7. Pisarska MD, Carson SA, Buster JE. Ectopic pregnancy. *Lancet* 1998; 351: 1115-20.
8. Ankum WM, Mol BWJ, van der Veen F, Bossuyt PMM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1996; 65(6): 1093-9.
9. Marchbanks PA, Annegers JF, Coulam CB, Strathy JH, Kurland LT. Risk factors for ectopic pregnancy. A population based study. *JAMA* 1988; 259: 1823-7.
10. DeMouzon J, Spira A, Schwartz DA. A prospective study of the relation between smoking and fertility. *Int J Epidemiol* 1988; 17: 378-84.
11. Storeide O, Veholmen M, Eide M, Bergsjo P, Sandevi R. The incidence of ectopic pregnancy in Hordaland County, Norway 1976-1993. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 345-9.
12. Strandell A, Thorburn J, Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. *Fertil Steril* 1999; 71: 282-6.
13. De Graaf FL, Demetroulis C. Bilateral tubal ectopic pregnancy: diagnostic pitfalls. *British J Clinical Practice* 1997; 51: 56-8.
14. Abrams RA, Kanter AE. Bilateral simultaneous extrauterine pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1948; 56(6): 1198-200.
15. Erian M, McLaren GR. An unusual presentation of bilateral tubal ectopic pregnancy. *Br J Clin Pract* 1993; 47(3): 161-2.
16. Sherman SJ, Werner M, Husain M. Bilateral ectopic gestation. *Int J Gynecol Obstet* 1991; 35(3): 255-7.
17. Norris S. Bilateral simultaneous tubal pregnancy. *Can Med Assoc J* 1953; 68: 379-81.
18. Hugues JN, Olsezewska B, Dauvergne P, Bulwa S, Cedrin-Durnerin I. Two-step diagnosis of bilateral ectopic pregnancy after in vitro fertilization. I. *J Assist Reprod Genet* 1995; 12(7): 460-2.
19. Hewitt J, Martin R, Steptoe PC, Rowland GF, Webster J. Bilateral tubal ectopic pregnancy following in-vitro fertilization and embryo replacement. Case report. *B J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 850-2.
20. Dietz TU, Haenggi W, Birkhaeuser M, Gyr T, Dreher E. Combined bilateral tubal and multiple intrauterine pregnancy after ovulation induction. *Europ J Obstet, Gynecol Reprod Biol* 1993; 48: 69-71.