

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.  
PROVINCIA DE GUANTANAMO

## **EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO GEMELAR UNILATERAL DERECHO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

*Dr. Luis Felipe Nicot Vidal<sup>1</sup>, Dr. William Domínguez Lorenzo<sup>2</sup>, Dr Roberto Nicot Vidal<sup>3</sup>, Dra. Rafaela Domínguez Álvarez<sup>3</sup>, Dr Otto Ortega Ochoa<sup>3</sup>*

### **RESUMEN**

Se presenta un caso de embarazo ectópico tubárico gemelar unilateral derecho en una mujer de 27 años de edad y con antecedentes ginecológicos de uso de dispositivo intrauterino, píldoras contraceptivas, interrupciones de embarazo del primer trimestre, embarazo ectópico tubárico izquierdo y trastornos menstruales. Que es valorada de urgencia en cuerpo de guardia de nuestro hospital por referir amenorrea no confiable de aproximadamente 10 semanas, pérdidas genitales oscuras a tipo mancha y dolor bajo vientre que se irradiaba a miembro inferior izquierdo. Que como dato positivo al examen físico presentaba un útero aumentado de tamaño y el anejo derecho engrosado. El ultrasonido informa una imagen compleja anexial derecha que impresiona embarazo gemelar ectópico. Se interviene quirúrgicamente de urgencia. El estudio anatómo-patológico confirma el diagnóstico.

Palabras claves: **EMBARAZO ECTÓPICO. EMBARAZO GEMELAR.**

---

<sup>1</sup> *Especialista de II Grado en GinecObstetricia. Asistente.*

<sup>2</sup> *Especialista de I Grado en Salud Pública. Instructor.*

<sup>3</sup> *Especialista de I Grado en Ortopedia.*

<sup>3</sup> *Especialista de I Grado en MGI.*

<sup>3</sup> *Especialista de I Grado en GinecObstetricia.*

## INTRODUCCIÓN.

Se considera Embarazo ectópico a la implantación del blastocisto fuera de su lugar normal en la cavidad uterina. Su ubicación ectópica está descrita que es más frecuente encontrarla en las trompas entre un 90 a un 95 %. Dentro de la trompa es más frecuente encontrarlos en la zona ampular entre un 60-75% de los casos. Se reporta que es mucho más frecuente en las pacientes multíparas <sup>(1)(2)(3)</sup>.

Los grupos de riesgos están constituidos por las pacientes con:

- ? Antecedentes de procesos inflamatorios pélvicos.
- ? Operaciones tubáricas previas.
- ? Embarazo ectópico anterior.
- ? Uso de DIU.
- ? Uso de píldoras anticonceptivas.
- ? Fumadora.
- ? Antecedente de esterilización tubárica.

Los síntomas y signos fundamentales son:

- ? Retraso o irregularidad menstrual.
- ? Síntomas subjetivos de embarazo.
- ? Dolor.
- ? Útero con signos de gravidez.
- ? Tumoración anexial.

Su diagnóstico positivo está basado en el interrogatorio donde se recoge una amenorrea de corta duración o breves retrasos menstruales que no superan las 8 semanas; se recoge la presencia de pérdidas genitales a tipo manchas oscuras y de tipo intermitente. Además puede recogerse la presencia de dolor que puede ser lateralizado, intermitente y sobre una de las fosas ilíacas. Muchos casos cursan con síntomas y signos vagos y otros completamente asintomático, pudiéndose diagnosticársele por el examen físico y los medios diagnósticos (determinaciones hormonales, ultrasonido, laparoscopia, etc.). <sup>(1)(2)(3)</sup>.

El diagnóstico diferencial se hará con el aborto, el folículo persistente o hemorrágico y el embarazo intrauterino asociado a otra afección, la apendicitis aguda, la inflamación pélvica, la endometriosis y los miomas complicados entre otros <sup>(1)(2)</sup>.

El tratamiento puede ser medicamentoso y quirúrgico, de acuerdo al caso en específico y de los recursos con que cuente el centro hospitalario en cuestión.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Se trata del caso de la paciente de la raza blanca M.O.S. y de 27 años de edad, que tiene como antecedentes ginecológicos de haber presentado su menarquia a los 13 años. A los 16 años tuvo su primera relación sexual y consecuente con ello su primera interrupción de embarazo por curetaje instrumental. Al año siguiente vuelve a salir embarazada y vuelta a legrear para interrumpirse el mismo. Seguidamente se le coloca un DIUC (Asa), la cual usa por un periodo de aproximadamente 5 años, retirándosele finalmente por estar presentando un cuadro de sangramiento genital. Luego se le vuelve a colocar nuevamente otro DIUC (Asa) que lo porta por tres meses, y retirado luego por un posible proceso inflamatorio pélvico. Posteriormente usa las píldoras contraceptivas por tres meses y suspendidas al final de ese tiempo por decisión propia.

A los 24 años presenta un embarazo ectópico tubárico izquierdo y operada de urgencia. Posterior a ello comienza a presentar una fórmula menstrual de 3 días cada 21.

El día 29/enero/1996, se presenta en el cuerpo de guardia de nuestro centro hospitalario refiriendo una fecha de la última menstruación sin coito fecundante del 18 de noviembre de 1995, que el 24 del mes siguiente comenzó a presentar pérdidas genitales carmelitas a forma de manchas y dolor bajo vientre en la siguiente semana; dicho dolor se irradiaba al miembro inferior izquierdo.

El 24 de enero de 1996 acude al médico donde le diagnostican por tacto vaginal un útero aumentado de tamaño, sin otra alteración. Le indican un ultrasonido ginecológico, el que se le realiza el 23 de ese mismo mes y el que reporta un embarazo de menos de 7 semanas. Seguidamente se le capta el embarazo y se interpreta como una amenaza de aborto, y para lo que se le impone tratamiento con analgésico. Al 6to día acude al cuerpo de guardia con el cuadro doloroso más intensificado y donde se reporta como únicos datos positivos el dolor a la palpación en hipogastrio a predominio hacia la fosa ilíaca derecha y un útero aumentado de tamaño con anejo derecho engrosado al tacto vaginal. Se concluye con un diagnóstico presuntivo de que se trata de un embarazo ectópico derecho, por lo que se decide indicar un ultrasonido de urgencia, el que reporta un útero ligeramente aumentado de tamaño con endometrio engrosado e imagen compleja en proyección anexial derecha con saco gestacional bivitelino en su interior con polos fetales que por longitud cráneo caudal miden 24,5 y 19,8 mms para 9,2 y 8,4 semanas, respectivamente, así como ligera cantidad de líquido libre en fondo de

saco y concluye que se trata de un embarazo ectópico gemelar derecho. La paciente es intervenida quirúrgicamente realizándosele salpingectomía derecha y resección en cuña del ovario del mismo lado. Siendo la evolución posterior favorable. El estudio anatomopatológico recibido reporta que se trata de una pieza quirúrgica correspondiente a salpingectomía y resección en cuña de ovario, que muestra: Trompa de Falopio que mide 7x4x4,5 cms con serosa deslustrada con color pardo-grisáceo, consistencia renitente, que al realizársele un corte longitudinal se observa saco embrionario monocoriónico y biamniótico con embarazo gemelar de aproximadamente 8 semanas de gestación por diámetro corona-nalgas (25mms). Ovario con quistes foliculares y cuerpo lúteo gravídico.

## **DISCUSIÓN.**

Se plantea que son más frecuentes los embarazos gemelares heterotópicos que los tubáricos bilaterales y estos a su vez más frecuentes que los gemelares unilaterales. Generalmente estos embarazos ectópicos tubáricos gemelares unilaterales son por lo general monocigóticos<sup>(4)(5)(6)(11)</sup>.

La casuística reportada en la literatura revisada oscila de entre 90 y 100 casos de embarazos ectópicos tubáricos gemelares unilaterales<sup>(4)(8)(10)(11)</sup>; calculándose una incidencia de aproximadamente de 1:125,000 embarazos<sup>(10)</sup>. Esta incidencia se ve reportada sobre todo en pacientes de consultas de fertilización in-vitro y de trasplante de embriones múltiples<sup>(6)</sup>.

El medio diagnóstico más utilizado según la literatura revisada fue el ultrasonido tanto abdominal, como transvaginal, reportándose gestaciones desde las 7 hasta las 12 semanas<sup>(8)(9)(10)(11)</sup>.

El tratamiento reflejado en la mayoría de la literatura utilizada, es el quirúrgico y específicamente la salpingectomía unilateral. Jankson reporta haber detectado 3 casos reflejados en la literatura inglesa y que el caso reportado por él, culminó con la muerte de la madre<sup>(7)</sup>.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Colectivo de autores: Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 1997.
2. Schwarcz, R.L: Obstetricia. Librería - Editorial El Ateneo. Quinta edición. Reimpresión, 1996.
3. Novak, E.R: Tratado de Ginecología. Ministerio de Cultura. Editorial Científico-Técnica. Edic. Revolucionaria. Novena Edición. Cap.26. P568. 1977.

4. Escalante, J.: Embarazo tubárico gemelar unilateral. S.L;SN; Abr. 1989. 97 p. Tab.
5. Ascarelli, M.H.: Unilateral Twin ectopic gestation. A case report. J Reprod Med. 1989 Oct;34(10):850-2.
6. Rizk, B.: Rare ectopic pregnancies after invitro fertilization: one unilateral twin and four bilateral tubal pregnancies. HUM Reprod. 1990 Nov; 5(8): 1025-8.
7. Jackson, G.M. : Mortality following unilateral twin interstitial ectopic pregnancy. A case report. J Reprod Med. 1992 Oct; 37(10): 896-900.
8. Halversen, A.C.: Unilateral ectopic twin pregnancy. Ugeskr Laeger. 1994 Sep 26; 156(39): 5709-10.
9. Schafer, M.T.: Intact unilateral twin pregnancy sonography diagnosis and laparoscopy treatment. Ultraschall Med. 1999 Aug;20(4): 171-3.
10. Parker, J.: Transvaginal ultrasound diagnosis of a live twin tubal ectopic pregnancy. Australas Radiol. 1999 Febr; 43(1): 95-7.
11. Hanchate, V.: Transvaginal sonographic diagnosis of live monochorionic twin ectopic pregnancy. J. Clin Ultrasound. 2002 Jan; 30(1): 56-6.