

## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



### CASO CLÍNICO

## Embarazo ectópico recurrente ipsilateral

Virginia Sánchez Millán\*, Laura de Mingo Romanillos, Vicente Manuel Patiño Maraver, Sonia Redondo Escudero y Ana de Motta Rodríguez

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

Recibido el 11 de febrero de 2010; aceptado el 12 de abril de 2010

Accesible en línea el 16 de julio de 2010

#### PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico;  
Recurrente;  
Ipsilateral;  
Salpingectomía;  
Metotrexato

#### KEYWORDS

Ectopic pregnancy;  
Recurrent;  
Ipsilateral;  
Salpingectomy;  
Methotrexate

**Resumen** El embarazo ectópico es una patología frecuente del primer trimestre de la gestación, cuya incidencia está en aumento debido a varios factores. La rotura de un embarazo ectópico es una de las emergencias obstétricas más peligrosas, ya que el embarazo ectópico es la patología causante de la mayoría de las defunciones maternas que ocurren en el primer trimestre de la gestación. En mujeres en edad fértil que consultan por sangrado vaginal o dolor abdominal, siempre hay que tener presente esta afección, en especial en mujeres que presentan factores de riesgo, como una cirugía tubárica previa.

© 2010 Publicado por Elsevier España, S.L. en nombre de SEGO.

#### Recurrent ipsilateral ectopic pregnancy

**Abstract** An ectopic pregnancy is a common pathology in the first trimester, with an increasing incidence due to several factors. Ruptured ectopic pregnancy is one of the most dangerous emergencies in the obstetric patient, since this is a condition responsible for most pregnancy-related deaths in the first trimester. Any woman in fertile age with vaginal bleeding and/or abdominal pain can have an ectopic pregnancy, therefore we must always be aware of it, even more so if our patient has risk factors, such as previous tubal surgery.

© 2010 Published by Elsevier España, S.L. on behalf of SEGO.

### Introducción

El embarazo ectópico ocurre en el 1,3-2% de todos los embarazos. Las mujeres con un antecedente de embarazo ectópico multiplican por ocho la probabilidad de presentar

un nuevo episodio en el futuro<sup>1</sup>. La incidencia del embarazo ectópico está en aumento y ello se debe tanto al aumento de los factores de riesgo, como a la mejora de las técnicas diagnósticas, que permiten el diagnóstico de gestaciones ectópicas que podrían estar destinadas a la resolución espontánea.

El antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, la cirugía tubárica previa, la edad, el tabaco, los abortos espontáneos, el uso de dispositivos intrauterinos, la historia de subfertilidad y el uso de técnicas de reproducción asistida son factores de riesgo de embarazo ectópico.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [virginia.sanchez@salud.madrid.org](mailto:virginia.sanchez@salud.madrid.org)  
(V. Sánchez Millán).

La localización más frecuente del embarazo ectópico es la trompa de Falopio, que supone un 95% del total<sup>2</sup>.

El diagnóstico se basa en la combinación de la sospecha clínica, los hallazgos ecográficos y la determinación de la gonadotropina coriónica humana (hCG).

La clásica triada clínica de amenorrea, sangrado vaginal y dolor abdominal sólo está presente en el 50% de las pacientes.

La ecografía es uno de los principales métodos diagnósticos del embarazo ectópico.

Los centros que cuentan con equipos ecográficos de alta resolución y personal experimentado son capaces de diagnosticar el 87-93% de los embarazos ectópicos antes de la cirugía usando únicamente la ecografía transvaginal<sup>3-5</sup>. Dentro de los hallazgos ecográficos del embarazo ectópico, debemos distinguir entre los signos directos y los indirectos. Son signos ecográficos indirectos de gestación ectópica el hallazgo de un endometrio engrosado e hiperecogénico en relación con el proceso de decidualización, la visualización de un seudosaco gestacional y el hemoperitoneo. En la práctica clínica moderna, el diagnóstico de embarazo ectópico ha de basarse en la visualización directa de un saco gestacional extrauterino<sup>4</sup>.

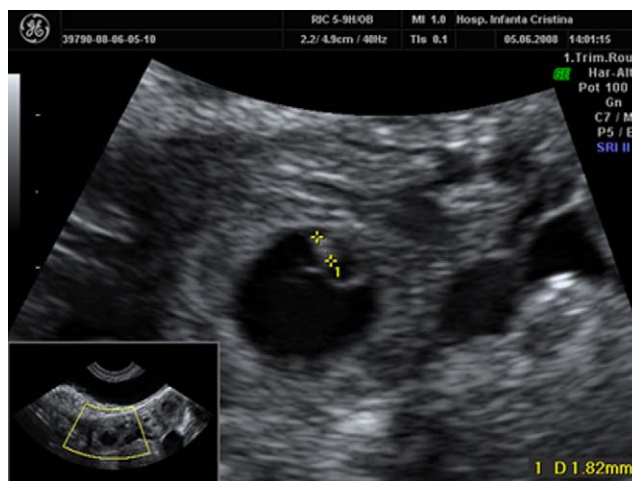
En 1980 se introdujo el concepto de nivel discriminatorio de hCG, definido como la concentración sérica de hCG por encima del cual debería visualizarse siempre una vesícula gestacional intrauterina mediante ecografía<sup>6-8</sup>. Dicho valor es en la actualidad controvertido (1.000 U/l, 1.500 U/l, 2.000 U/l). Varios autores concluyen que no existe ningún valor discriminatorio de hCG que de forma certera permita excluir gestaciones potencialmente viables o diagnosticar embarazos ectópicos<sup>9,10</sup>.

El manejo del embarazo ectópico incluye la actitud expectante, el tratamiento médico, usualmente con metotrexato y la cirugía conservadora (salpingostomía) o radical (salpingectomía parcial o total).

## Caso clínico

Gestante de 5 semanas de amenorrea, que acude a urgencias por dolor en la fosa ilíaca derecha y sangrado vaginal escaso. Como antecedente obstétrico destacaba la existencia de dos embarazos ectópicos tubáricos derechos, el primero en el año 2002, que fue tratado con metotrexato, y el segundo en 2004, que precisó de una salpingectomía derecha. La paciente tuvo además una cesárea en 1994, un parto eutócico en 1997 y un aborto espontáneo con legrado evacuador.

A la exploración ginecológica, se objetivan escasos restos hemáticos en la vagina y un dolor leve a la palpación profunda en el hipogastrio. La paciente se encontraba hemodinámicamente estable. Mediante ecografía transvaginal se visualizó un útero vacío y unos anejos de características normales. El valor de la hCG- $\beta$  era de 595 U/l; se remitió a la paciente a un nuevo control. Los siguientes valores de la hCG- $\beta$  a las 48 y 96 h fueron de 1.110 y 2.080 U/l. En el tercer control, la ecografía transvaginal mostró una vesícula gestacional en el muñón tubárico derecho de 12 X 10 mm, con un botón embrionario de 4 mm que presentaba actividad cardíaca positiva (fig. 1 y 2). El ovario derecho y el anejo izquierdo eran normales y no se evidenció la existencia de



**Figura 1** Imagen ecográfica del saco gestacional embriionado, que presentaba actividad cardíaca en el momento del diagnóstico.



**Figura 2** Imagen ecográfica de la vesícula gestacional en muñón tubárico derecho, adyacente al cuerpo uterino.

hemoperitoneo (fig. 3). Se diagnosticó a la paciente de embarazo ectópico en resto tubárico derecho.

Se realizó tratamiento médico con una dosis única de metotrexato sistémico (50 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal, por vía intramuscular).

El día cuatro postratamiento la  $\beta$ -hCG mostró un aumento del 32% (4.450 U/l) y en la ecografía transvaginal se visualizó una vesícula gestacional de 9,8 X 9,5 mm, con un embrión de 2,4 mm con ausencia de vitalidad.

El día 7 postratamiento el valor de la  $\beta$ -hCG fue de 3.350 U/l y se objetivó un descenso del 25% respecto al cuarto día, por lo que la repuesta se consideró adecuada. El estudio ecográfico no mostró relevantes.

La  $\beta$ -hCG siguió una evolución descendente hasta negativizarse 32 días después de la administración de metotrexato. El tiempo medio de resolución se estima en 35 días. La paciente permaneció en todo momento asintomática; sólo refirió leves molestias en la fosa ilíaca derecha que precisaron analgesia de forma ocasional. La resolución ecográfica del embarazo ectópico se objetivó a los 43 días del tratamiento.



Figura 3 Imagen ecográfica del ovario derecho.

## Discusión

El interés de este caso radica en que nuestra paciente desarrolló tres embarazos ectópicos consecutivos ipsolaterales tras la concepción espontánea. Los primeros 2 casos de gestación ectópica fueron diagnosticados y tratados fuera de nuestro hospital. El primer embarazo ectópico se manejó de manera conservadora con metotrexato, mientras que tras la recidiva de éste en la trompa ipsolateral se realizó una salpingectomía parcial.

Existen dos posibles mecanismos que explicarían el embarazo ectópico recurrente ipsolateral tras una salpingectomía previa. En primer lugar, el paso de los espermatozoides a través de una zona permeable de la trompa no reseca en su totalidad, que es el mecanismo más probable. En segundo lugar, y descrito en la literatura científica, el paso transperitoneal de los espermatozoides o del huevo fertilizado a la trompa contralateral<sup>11,12</sup>.

El manejo quirúrgico del embarazo ectópico puede ser conservador (salpingostomía) o radical (salpingectomía parcial o total). Existe controversia sobre si alguna de las dos técnicas quirúrgicas ofrece mejores resultados. Aunque la salpingostomía podría ser el tratamiento de elección en mujeres con deseo genésico, ya que presenta una tasa mayor de embarazo posterior, presenta una leve pero significativa mayor tasa de recurrencia de la gestación ectópica y mayor frecuencia de persistencia del tejido trofoblástico tubárico<sup>13</sup>. La tasa de recurrencia después de un primer embarazo ectópico es del 10% tras la salpingectomía y del 15% tras salpingostomía<sup>14</sup>.

Así pues, en mujeres con deseos genésicos cumplidos o que presenten una trompa gravemente dañada, la salpingectomía debe considerarse la técnica quirúrgica de elección.

Durante la realización de una salpingectomía por gestación ectópica, es práctica habitual llevar a cabo una resección parcial de la trompa para evitar el riesgo de sangrado asociado a la resección de la porción ístmica de la trompa uterina. Este hecho probablemente aumente el

riesgo de recurrencia del embarazo ectópico en el resto tubárico.

El presente caso clínico ilustra la necesidad no descartar la existencia de un embarazo ectópico en la trompa ipsolateral en mujeres que han presentado una salpingectomía por un episodio previo. En pacientes con dicho antecedente que consulten por sangrado vaginal o dolor abdominal, y que presenten un útero vacío, es preceptivo descartar la existencia de una gestación ectópica en la porción tubárica remanente o en el cuerno uterino. El diagnóstico temprano del embarazo ectópico cornual es especialmente importante, ya que se asocia a un elevado riesgo de rotura y hemoperitoneo grave, debido a la baja distensibilidad de la porción intersticial de la trompa y la rica vascularización existente en dicha área.

## Bibliografía

1. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet*. 2005;366:583–91.
2. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10-year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod*. 2002;17:3224–30.
3. Cacciatore B, Stenman UH, Ylostalo P. Diagnosis of ectopic pregnancy by vaginal ultrasonography in combination with a discriminatory serum hCG level of 1000 IU/L (IRP). *Br J Obstet Gynaecol*. 1990;97:904–8.
4. Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu C, Van Huffel S, Timmerman D, Bourne T. The accuracy of transvaginal sonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. *Hum Reprod*. 2005;20:1404–9.
5. Shalev E, Yarom I, Bustan M, Weiner E, Ben-Shlomo I. Transvaginal sonography as the ultimate diagnostic tool for the management of ectopic pregnancy: experience with 840 cases. *Fertil Steril*. 1998;69:62–5.
6. Kadar N, DeVore G, Romero R. Discriminatory hCG zone: its use in the sonographic evaluation for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1981;58:156–61.
7. Kadar N, Caldwell BV, Romero R. A method of screening for ectopic pregnancy and its indications. *Obstet Gynecol*. 1981;58:162–6.
8. Romero R, Kadar N, Jeanty P, Copel JA, Chervenak FA, DeCherney AH, et al. Diagnosis of ectopic pregnancy: value of the discriminatory human chorionic gonadotropin zone. *Obstet Gynecol*. 1985;66:357–60.
9. Metha TS, Levine D, Beckwith B. Treatment of ectopic pregnancy: is a human chorionic gonadotropin level of 2,000 mIU/mL a reasonable threshold? *Radiology*. 1997;205:569–73.
10. Condous G, Kirk E, Lu C, Van Huffel S, Gevaert O, De Moor B, et al. Diagnosis accuracy of varying discriminatory zones for the prediction of ectopic pregnancy in women with a pregnancy of unknown location. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005;26:770–5.
11. Fruscella L, Danti M, Toti R. Extrauterine pregnancy in residual tube stump in a patient already treated with partial salpingectomy for right ampullar pregnancy. Report of a clinical case. *Minerva Ginecol*. 1994;46:695–7.
12. Zuzarte R, Khong CC. Recurrent ectopic pregnancy following ipsilateral salpingectomy. *Singapore Med J*. 2005;46:476–8.
13. Cheong Y, Li TC. Controversies in the management of ectopic pregnancy. *Reprod Biomed Online*. 2007;15:396–402.
14. Tamizian O, Arulkumaran S. Bleeding in early pregnancy. *Current Obstet Gynaecol*. 2004;14:23–33.