



## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



### CASO CLÍNICO

## Embarazo ectópico gemelar

Juana Gallo del Valle<sup>a,\*</sup>, Ricardo Savirón Cornudella<sup>b</sup>, Elena Martín Boado<sup>a</sup>,  
Alejandra Martínez Rodríguez-Marín<sup>a</sup> y Roberto Rodríguez González<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

Recibido el 19 de marzo de 2008; aceptado el 31 de mayo de 2010

Accesible en línea el 8 de octubre de 2010

#### PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico  
gemelar;  
Ecografía

#### KEYWORDS

Twin ectopic pregnancy;  
Sonography

**Resumen** El embarazo ectópico gemelar es una entidad rara. La incidencia estimada es de 1/125.000 embarazos. Entre los embarazos ectópicos representa una proporción de 1/200.

En el Hospital Universitario La Paz se han codificado, en los últimos seis años, de un total de 759 embarazos ectópicos, tres casos de embarazos ectópicos gemelares, lo que representa una incidencia del 0,13%.

A pesar de la baja incidencia de gestaciones ectópicas gemelares, un correcto examen ecográfico de ambos anejos es imperativo. Antes del desarrollo de la ecografía, los embarazos ectópicos gemelares se diagnosticaban tras la ruptura de la trompa o tras el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica. La combinación de la ecografía transvaginal, la determinación del nivel sérico de  $\beta$ -HCG y la laparoscopia, han disminuido la morbimortalidad.

Presentamos las imágenes de un caso clínico, en una paciente sin factores de riesgo, de un embarazo tubárico gemelar con latido cardíaco identificable en ambos embriones. A la paciente se le realizó una salpinguectomía por laparoscopia.

© 2008 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### Twin ectopic pregnancy

**Abstract** Twin ectopic pregnancy is a rare diagnosis. The estimated incidence is 1/125,000 pregnancies. Among ectopic pregnancies, twin ectopic pregnancy represents a proportion of 1/200.

In the La Paz University Hospital, a total of 759 ectopic pregnancies were codified in the last 6 years; of these, there were three twin ectopic pregnancies, representing an incidence of 0.13%.

Despite the low incidence of twin ectopic gestations, thorough sonographic examination of both adnexa is imperative. Before the development of sonography, these pregnancies were diagnosed after tubal rupture or pathological analysis of the surgical specimen. Morbidity and mortality have been reduced by the combination of transvaginal sonography, blood  $\beta$ -human chorionic gonadotropin determination and laparoscopy.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juanaga11@hotmail.com](mailto:juanaga11@hotmail.com) (J. Gallo del Valle).

We present images from a patient without risk factors and a twin tubal pregnancy with identifiable cardiac activity in both embryos. The patient underwent laparoscopic salpingectomy. © 2008 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La incidencia de gestaciones ectópicas ha aumentado en los últimos años. Aunque es difícil calcularlo exactamente, se estima que del 0,94 al 2,6% de todas las gestaciones son ectópicas<sup>1</sup>. El embarazo ectópico gemelar es extremadamente raro, la incidencia estimada es de 1/125.000 embarazos<sup>2</sup> y entre los embarazos ectópicos representa una proporción de 1/200<sup>3</sup>.

Así mismo, la mayor precisión en el diagnóstico, debido al uso de sondas vaginales con resolución cada vez mejor y las técnicas de detección de hormona ganadotropa humana ( $\beta$ -HCG), pueden ser los responsables del diagnóstico de casos que antes pasaban desapercibidos<sup>1</sup>.

En general, una lesión tubárica o movilidad alterada de la misma, hace que el huevo fertilizado sea transportado impropriamente y se implante fuera de la cavidad uterina. La causa más frecuente es la salpingitis (50%), pero en la mayoría de las demás pacientes (40%) no existe un factor de riesgo aparente.

En el hospital Universitario La Paz se han codificado, en los últimos seis años, un total de 759 embarazos ectópicos, tres casos de embarazos ectópicos gemelares y dos casos de embarazos heterotópicos.

Presentamos un caso clínico, en una paciente sin factores de riesgo, de un embarazo ectópico unilateral gemelar, donde fue posible la identificación de latido cardíaco en ambos embriones mediante ecografía transvaginal.

## Caso clínico

Paciente de 24 años, nuligesta, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a urgencias por presentar náuseas y vómitos. Aportaba un informe de legrado evacuador realizado en una clínica privada cinco días antes, de una gestación

que correspondía a 6 semanas (saco gestacional de 18 mm). En la exploración ginecológica solamente llamaba la atención el dolor a la palpación en la zona del anejo derecho, el abdomen era blando y depresible sin signos de irritación peritoneal. La  $\beta$ -HCG en orina resultó positiva.

En la ecografía transvaginal se visualizaba un útero en anteflexión de 73 x 41 mm con un endometrio lineal de 5,3 mm. En el anejo derecho se observaba una formación econegativa de 16 mm y en su interior dos embriones, con latido cardíaco positivo en ambos (fig. 1); el anejo izquierdo era normal. No se objetivó líquido libre en fondo de saco de Douglas. El hemograma y la bioquímica se encontraban dentro de los parámetros normales.

Se realizó una laparoscopia donde se observó a nivel de la trompa derecha una gestación de aproximadamente 3-4 cm con un foco de rotura (fig. 2) y mínima cantidad de líquido en Douglas. El tratamiento fue una salpingectomía derecha sin incidencias (fig. 3). El postoperatorio cursó con normalidad, dándose el alta a las 48 horas de la intervención. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de embarazo ectópico gemelar.

## Discusión

Se denomina embarazo ectópico a aquella gestación que anida fuera del endometrio que recubre la cavidad uterina. La localización más frecuente es la trompa (97%): porción ampular (78%), le siguen en frecuencia: istmo (12%), fimbrias (5%), intersticio (2-3%), ovario (1-2%), y cavidad abdominal (<1%)<sup>1</sup>.

La incidencia del embarazo ectópico ha aumentado en las últimas décadas, estimándose hoy día una incidencia de alrededor del 1-2% de todas las gestaciones. En nuestro hospital, desde el año 2000 al 2006 se han diagnosticado un total de 759 embarazos ectópicos entre los cuales se encuentran: dos casos de embarazos ectópicos gemelares



Figura 1 Ecografía transvaginal.



Figura 2 Laparoscopia.



Figura 3 Salpingectomía derecha.

tubáricos, dos casos de embarazo heterotópico y un caso de embarazo ectópico gemelar de localización abdominal.

También existe la posibilidad de presentarse un embarazo ectópico gemelar bilateral, cuya incidencia se ha estimado en alrededor de 1/200.000 embarazos intraútero y 1/725-1/1580 gestaciones ectópicas<sup>4</sup>. La mayoría de los casos publicados en los últimos años están relacionados con técnicas de reproducción asistida<sup>5</sup>.

Nuestra paciente no tenía ningún factor asociado para padecer un embarazo ectópico. Realmente se calcula que sólo el 25-50% de las pacientes tienen algún factor de riesgo (tabla 1).

Cualquiera de los anteriores tienen en común la producción de una lesión en el epitelio tubárico y/o la interferencia en la movilidad de las trompas.

Aunque la incidencia ha aumentado, la mortalidad ha decrecido, estimándose, que supone una mortalidad del 10-15% de muertes maternas relacionadas con la gestación y el 80-90% de los fallecimientos durante el primer trimestre de embarazo.

La manera de presentación de una gestación ectópica es:

- 1) Asintomática.
- 2) Sintomática, pero sin ruptura, presentando la paciente molestias mal definidas asociadas o no a pequeña metrorragia.

Tabla 1 Factores de riesgo para embarazo ectópico

Cirugía tubárica previa
Esterilidad
Infección genital previa
Aborto previo espontáneo o inducido
Tabaquismo
Edad mayor de 40
DIU durante 2 o más años
Ligadura tubárica
Embarazo ectópico previo
Lesión tubárica documentada
Más de una pareja sexual
Anticonceptivos orales sólo con progestágenos
Endometriosis

Fuente: Ankum WM, et al<sup>6</sup>; Bouyer J<sup>7</sup>; Scott JR<sup>8</sup>.

- 3) Accidente hemorrágico agudo, generalmente causado por rotura tubárica o aborto tubárico con hemorragia peritoneal. En 90-100% de casos el dolor abdominal brusco, en hemiabdomen inferior, está presente en mujeres sintomáticas. Si a esto añadimos la metrorragia y la amenorrea tendremos la triada clásica, que sólo se presenta en el 50% de las pacientes.

En nuestro caso, la clínica al ingreso, se correspondía con un embarazo sin rotura y con síntomas escasos (dolor leve en fosa ilíaca derecha).

Antes del desarrollo de la ecografía, los embarazos ectópicos gemelares se diagnosticaban tras la ruptura de la trompa o tras el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica. La combinación de la ecografía transvaginal, la determinación del nivel sérico de  $\beta$ -HCG y la laparoscopia, han disminuido la morbimortalidad de esta entidad<sup>2</sup> (tabla 2).

La visualización de un saco gestacional extrauterino con presencia de vesícula vitelina e incluso con embrión en su interior, es el único criterio diagnóstico exclusivamente ecográfico.

En nuestro caso no fue necesario determinar la concentración sérica de  $\beta$ -HCG, ya que en la ecografía se pudo identificar claramente un útero vacío junto a una formación eco negativa de 16 mm en el anejo derecho dentro del cual se vieron dos embriones con latidos identificables.

Ver una gestación intrauterina prácticamente excluye el embarazo ectópico. La posibilidad de una gestación heterotópica es muy rara, aunque hay que tenerlo en cuenta en pacientes con tratamientos de fertilidad (tabla 3).

Entre los tratamientos de que se disponen para la resolución de la gestación ectópica, encontramos:

- 1) Tratamiento expectante, con la idea de que se produzca, de forma espontánea, un aborto tubárico.
- 2) Tratamiento médico con metotrexate (antagonista de ácido fólico que inhibe la síntesis de novo de purinas y pirimidinas, interfiriendo con la síntesis de ADN y la multiplicación celular). El trofoblasto, por su rápida proliferación, es un tejido especialmente vulnerable a la acción del metotrexate.
- 3) Tratamiento quirúrgico: salpingectomía o salpingostomía por vía laparoscópica o laparotomía.

En el caso que presentamos, se decidió hacer una laparoscopia de entrada; la laparoscopia es preferible a la laparotomía ya que tiene menor morbilidad, mayor rapidez de recuperación, igual tasa de gestación posterior, menor riesgo de embarazos ectópicos posteriores, aunque presente mayor tasa de persistencia de trofoblasto<sup>12</sup>.

Entre salpingectomía o realizar una salpingostomía, se prefiere la segunda en aquellos casos en los que la trompa

Tabla 2 Signos sospechosos de embarazo ectópico

Útero vacío, sobre todo con endometrio decidualizado
Pseudosaco intrauterino
Signo del "doble" halo en la trompa
Visualización de saco gestacional fuera del útero
Líquido libre en fondo de saco de Douglas

Fuente: Topping J, et al<sup>9</sup>.

**Tabla 3** Candidatas a tratamiento médico

Mujer hemodinámicamente estable y que dé garantías de cumplimiento de tratamiento
Inexistencia de signos de rotura
Diámetro máximo de la vesícula inferior a 4 cm
$\beta$ -HCG menor de 5.000-10.000
Presencia de latido cardíaco embrionario o de líquido libre en pelvis no contraindican por sí solos el tratamiento médico, pero lo hace menos aconsejable
Fuente: Lipscomb GH, et al <sup>10</sup> ; Canis M, et al <sup>11</sup> ; Royal College of Obstetricians and Gynaecologist <sup>12</sup> .

contralateral es anómala o está ausente. La frecuencia de recurrencia varía entre 8-18% y en algunos casos se encontraba una tasa de ectópicos más alta tras la salpingostomía<sup>12</sup>.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Parker J, Hewson AD, Calder-Mason T, Cai J. Transvaginal ultrasound diagnosis of a live twin tubal ectopic pregnancy. *Australas Radiol.* 1999;43:95–7.
2. 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.
3. Bajo Arenas JM. *Ultrasonografía obstétrica.* Madrid: Marbán; 2005.
4. Stewart Jr HL. Bilateral ectopic pregnancy. *West J Surg Obstet Gynecol.* 1950;58:648–56.
5. Mier Lobato L, Bango Álvarez MC. Embarazo ectópico bilateral espontáneo. *Prog Obstet Ginecol.* 2006;19:276–9.
6. Ankum WM, Mol BWJ, van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril.* 1996;65:1093–9.
7. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernández H, Gerbaud L, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. *Am J Epidemiol.* 2003;157:185–94.
8. Scott JR, EE. Risk factors for ectopic pregnancy. En: Scott JR, Disia PJ, Hammond CB, Spellacy WN, editors. *Danforth's Obstetrics and Gynecology.* 9th ed. Mexico: Ed. Interamericana; 2003.
9. Topping J, Kirwan J. Ectopic pregnancy management. *Gynaecology Guideline.* Londres: Liverpool Women's Hospital in partnership with Aintree Centre for Women's Health; 2003.
10. Lipscomb GH, McCord ML, Stovall TG, Huff G, Portera SG, Ling FW. Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies. *N Engl J Med.* 1999;341:1974–8.
11. Canis M, Sasvary D, Pouly JL, Wattiez A, Mage G. Ectopic pregnancy: criteria to decide between medical and conservative surgical treatment? *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2003;32:554–63.
12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. The management of tubal pregnancy. Guideline n° 21. May 2004.