

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
“DR. AGOSTINHO NETO”  
SERVICIO DE OBSTETRICIA.  
GUANTANAMO**

**EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO  
GEMELAR UNILATERAL DERECHO.  
INFORME DE UN CASO.**

*Dr. Luis Felipe Nicot Vidal<sup>1</sup>, Dra. María V. de la Torre Roses<sup>2</sup>, Mariselda Betúnez Bermúdez<sup>3</sup>, Dr. Jorge Pérez Hechavarría<sup>1</sup>, Dra. Ana María Simonó Charadán<sup>1</sup>, Lic. Maylén Rizo Palacios<sup>4</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. Es valorada de urgencia en el cuerpo de guardia por referir amenorrea no confiable de aproximadamente 10 semanas, pérdidas genitales oscuras, tipo mancha, y dolor en bajo vientre que se irradiaba al miembro inferior izquierdo. Como dato positivo al examen físico presentaba útero aumentado de tamaño y anejo derecho engrosado. El ultrasonido informa una imagen compleja anexial derecha que impresiona como embarazo gemelar ectópico. Se interviene quirúrgicamente de urgencia. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico.

**Palabras clave:** EMBARAZO ECTOPICO/complicación; EMBARAZO TUBARICO/ cirugía; EMBARAZO MULTIPLE.

**INTRODUCCION**

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente Facultad de Ciencias Médicas, Guantánamo.*

<sup>2</sup> *Especialista de I Grado en medicina Interna. Asistente.*

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

<sup>4</sup> *Lic. en Enfermería. Servicio de Ginecobstetricia, Ho spital General Docente “Dr. A. Neto”*

Se considera embarazo ectópico a la implantación del blastocisto fuera de su lugar normal en la cavidad uterina. Su ubicación ectópica está descrita como más frecuente en las trompas, entre el 90 y el 95 %. Dentro de la trompa es más frecuente encontrarlo en la zona ampular, entre el 60-75% de los casos. Se refiere que es mucho más frecuente en pacientes multíparas.<sup>1-3</sup>

Los grupos de riesgo están constituidos por las pacientes con:

- ? Antecedentes de procesos inflamatorios pélvicos.
- ? Operaciones tubáricas previas.
- ? Embarazo ectópico anterior.
- ? Uso de DIU.
- ? Uso de píldoras anticonceptivas.
- ? Hábito de fumar.
- ? 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, en el que se refleja amenorrea de corta duración o breves retrasos menstruales que no superan las 8 semanas; se refiere la presencia de pérdidas genitales con 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. En muchos casos cursa con síntomas y signos vagos, y en otros, completamente asintomáticos; puede diagnosticarse por examen físico y medios diagnósticos (determinaciones hormonales, ultrasonido, laparoscopia, etc.).<sup>1-3</sup>

El diagnóstico diferencial se hace 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 con el caso específico y de los recursos con que cuente el centro hospitalario en cuestión.

## INFORME DEL CASO

Se trata del caso de la paciente de la raza blanca, M.O.S., de 27 años de edad, que tiene como antecedentes ginecológicos haber presentado su menarquia a los 13 años. A los 16 años tuvo sus primeras relaciones sexuales y, consecuente con ello, su primera interrupción de embarazo por curetaje instrumental. Al año siguiente volvió a quedar embarazada y se volvió a legar para interrupción. Seguidamente, se le colocó un DI UC (asa), que usó por un período de, aproximadamente, 5 años; finalmente, se le retiró por presentar un cuadro de sangramiento genital.

Luego, se le volvió a colocar otro DI UC (asa), que portó por tres meses, y se le retiró por un posible proceso inflamatorio pélvico. Posteriormente, usó píldoras contraceptivas por tres meses y suspendió su uso al final de ese tiempo por decisión propia.

A los 24 años presentó embarazo ectópico tubárico izquierdo y fue operada de urgencia. Posteriormente, comenzó a presentar una fórmula menstrual de 3 días cada 21.

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

Refiere que el 24 de enero de 1996 había acudido al médico; le diagnosticaron, por tacto vaginal, útero aumentado de tamaño, sin otra alteración. Le indicaron un ultrasonido ginecológico, el que refirió un embarazo de menos de 7 semanas. Seguidamente, se le captó el embarazo y se interpretó como una amenaza de aborto, para lo que se le aplicó tratamiento con analgésico. Al sexto día acudió al cuerpo de guardia con el cuadro doloroso intensificado y registró, como únicos datos positivos, el dolor a la palpación en hipogastrio con predominio hacia la fosa ilíaca derecha y útero aumentado de tamaño con anejo derecho engrosado al tacto vaginal.

Se concluyó con un diagnóstico presuntivo que se trata de un embarazo ectópico derecho, por lo que se decidió indicar ultrasonido de urgencia, el que registró 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 mm, para 9,2 y 8,4 semanas, respectivamente, así como ligera cantidad de líquido libre en fondo de saco y concluyó que se trata de un embarazo ectópico gemelar derecho (Figuras 1 y 2).

La paciente fue intervenida quirúrgicamente, y se realizó salpingectomía derecha y resección en cuña del ovario del mismo lado. La evolución posterior resultó favorable.

El estudio anatomopatológico refleja 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 cm, con serosa deslustrada, 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 coronilla-nalgas (25 mm). Ovario con quistes foliculares y cuerpo lúteo gravídico.

## **DISCUSION**

Algunos autores plantean que son más frecuentes los embarazos gemelares heterotópicos que los tubáricos bilaterales, y éstos, a su vez, más frecuentes que los gemelares unilaterales. Generalmente, estos embarazos ectópicos tubáricos gemelares unilaterales son monocigóticos.<sup>4-6,11</sup>

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

El medio diagnóstico más frecuentemente utilizado, según la literatura revisada, fue el ultrasonido, tanto abdominal como transvaginal, al registrarse gestaciones entre 7 y 12 semanas.<sup>8-11</sup>

El tratamiento reflejado en la mayoría de los casos de la literatura utilizada es el quirúrgico y, específicamente, la salpingectomía unilateral.

Jackson informa haber detectado 3 casos reflejados en la literatura inglesa y que el caso registrado 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. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997.
2. Schwartz RL. Obstetricia. 5 ta ed; reimpresión. Buenos Aires: Librería-Editorial El Ateneo; 1996.
3. Novak ER. Tratado de Ginecología. Ministerio de Cultura. Cap.26 La Habana: Editorial Científico-Técnica. Ed. Revolucionaria. Novena Edición. 1977: 568.

4. Beck R. Extra-uterine twin pregnancy. Observation of a case of bilateral tubal pregnancy and literature review. Zentralbl Gynakol. 1982;104(24):1622-7.
5. Ascarelli MH. Unilateral Twin Ectopic Gestation. A Case Report. J Reprod Med 1989; Oct;34(10):850-2.
6. Rizk B. Rare ectopic pregnancies after in vitro fertilization: one unilateral twin and four bilateral tubal pregnancies. Hum Reprod 1990 Nov; 5(8): 1025-8.
7. Jackson GM. Mortality following unilateral twin interstitial ectopic pregnancy. A case report. J Reprod Med 1992 Oct; 37(10): 896-900.
8. Halversen AC. Unilateral ectopic twin pregnancy. Ugeskr Laeger. 1994 Sep 26; 156(39): 5709-10.
9. Schafer MT. 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. Australian Radiol. 1999 Febr; 43(1): 95-7.
11. Hanchate V. Transvaginal sonographic diagnosis of live monozygotic twin ectopic pregnancy. J Clin Ultrasound. 2002 Jan; 30(1): 56-6.

## FIGURAS

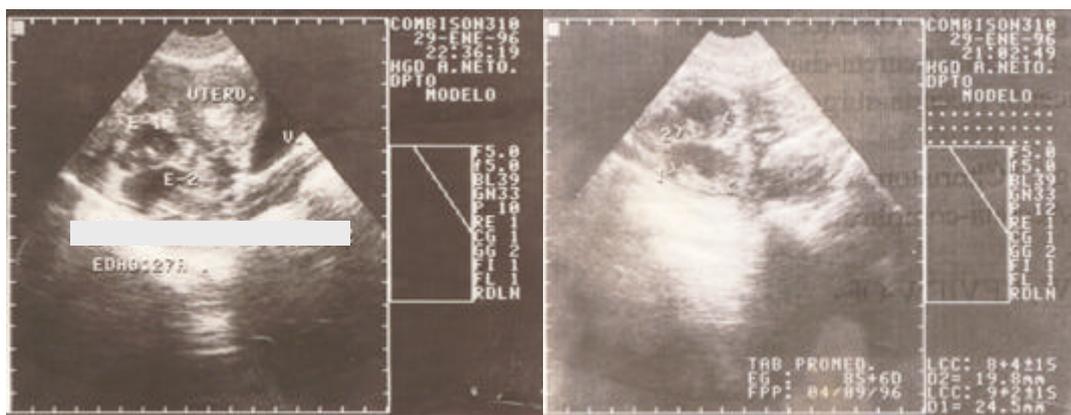


Figura 1.

Figura 2.