

EMBARAZO ECTÓPICO GEMELAR. REPORTE DE CASO.

Gordillo Blanca¹, Ramírez Alfredo², Vergara Ramón², Mendoza Naillet¹, San Juan Eliana¹, Gutiérrez Diana¹.

¹Servicio de Cirugía General del Hospital Central "Dr. Plácido D. Rodríguez R." San Felipe. Estado Yaracuy.

²Hospital tipo II "Dr. Tulio Carnevali Salvatierra". Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Mérida. Venezuela.

Resumen

El embarazo ectópico (EE) se define como la implantación del óvulo fecundado en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina; su localización más frecuente ocurre a nivel de las trompas de Falopio en un 95–98% de todos los casos. De los embarazos ectópicos tubáricos la implantación ampular es la más frecuente. Se presenta el caso de paciente femenina de 29 años, quien consulta refiriendo dolor abdominal de aparición brusca, localizado en hipogastrio y fosa iliaca derecha de moderada intensidad, el cual aumenta progresivamente, asociándose vómitos y mareos. Se evidencia por ultrasonido, líquido libre en cavidad abdominal a predominio de fondo de saco, más tumoración parauterina derecha, con prueba de embarazo positiva. Es llevada a mesa operatoria y con hallazgos de sangre libre en cavidad a predominio de fondo de saco y tumoración en región ampular de trompa de Falopio derecha, conteniendo saco gestacional con dos embriones en su interior. Paciente se mantiene en cuidados postoperatorios y luego egresa satisfactoriamente.

Palabras Claves: Embarazo ectópico, embarazo gemelar, dolor abdominal.

Abstract

Twin ectopic pregnancy.

Ectopic pregnancy is defined as the implantation of the fertilized egg in a location different to that of the endometrium in the uterine cavity, the most common location where it occurs 95-98% of all cases are in the fallopian tubes. Among Ectopic Pregnancies ampullary tubular implantation is the most common. A 29 year old female patient is presented; the patient refers the sudden appearance of abdominal pain of moderate intensity located in the hypogastrium and right iliac fossa, which increased progressively with associated vomiting and dizziness. Free fluid in abdominal cavity was evidenced by ultrasound, and tested positive to right parauterine tumor, pregnancy tested positive. Patient was taken to operating table, blood findings with dominance in vaginal fornix and a tumor in the ampullary region of right fallopian tube containing a gestational sac with two embryos. Patient was kept in post operatory care and was later discharged successfully.

Key words: Ectopic pregnancy, twin pregnancy, abdominal pain.

INTRODUCCIÓN.

La implantación del óvulo fecundado en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina; es definida como Embarazo Ectópico, más frecuentemente se localiza a nivel de las trompas de Falopio en un 95% a 98% de todos los casos. De los embarazos ectópicos tubáricos la implantación ampular es la más frecuente en 70% de los casos, se implanta en el istmo en un 15%, en las fimbrias en 5%, intersticial 3% y en el infundíbulo 2% de los casos. El EE puede ocurrir a nivel ovárico en 0,15% de los casos reportados, a nivel cervical en 0,15% y abdominal 1,4% (Zigelboim et al. 2001, Pisarska et al. 1999). El E.E se presenta como una emergencia que pone en riesgo la vida de la paciente, dando lugar a un 10% a 15% de reporte de mortalidad materna (Kamwendo et al. 2000, Faneite et al. 1997). En las últimas décadas ha aumentado su incidencia, representando un incremento de 5 veces en comparación con las tasas de 1970 en Estados Unidos (Faneite et al 1997). En Venezuela se señalan cifras de aumento de 0.007 a 4.4 por mil

habitantes en la Maternidad "Concepción Palacios" en los años 1939 a 1989, observando una tendencia a duplicarse durante la década de los 90 (Agüero 1983, Agüero 1990).

La patogénesis del embarazo ectópico es considerada multifactorial (Kamwendo et al. 2000). La triada sintomática clásica consiste en dolor, amenorrea y hemorragia vaginal, sin embargo, sólo se presenta en 50% de las pacientes, siendo más común en aquellas con embarazo ectópico roto (Faneite et al. 1997). El diagnóstico clínico tiene una efectividad de 76, 25%, diagnóstico ecográfico 91,91% y a través de la culdocentesis 85,39% de los casos (Stovall et al. 2000). Otros autores sugieren que la historia clínica y la exploración física ofrecen información diagnóstica de utilidad, con menos del 50% de precisión.

CASO CLÍNICO.

Se trata de una paciente femenina de 29 años de edad natural y procedente del estado Yaracuy, quien consulta refiriendo dolor abdominal de aparición

brusca de cuatro horas de evolución localizado en hipogastrio y fosa iliaca derecha de moderada intensidad, el cual aumenta progresivamente, asociándose vómitos y mareos motivos por los que se ingresa. Al examen físico de ingreso: Paciente luce en regulares condiciones generales con palidez cutáneo mucosa moderada, diaforética, levemente deshidratada, Abdomen: doloroso a la palpación en hipogastrio con signos de irritación peritoneal. Se realiza ultrasonido abdominal y pélvico: Evidenciando líquido libre en cavidad abdominal a predominio de fondo de saco más tumoración para uterina derecha. Con prueba de embarazo positiva. Es llevada a mesa operatoria con el diagnóstico de embarazo de 11 semanas por fecha de la última regla, ectópico, teniendo como hallazgos: sangre libre en cavidad con predominio de fondo de saco de aproximadamente 1500 ml, más tumoración en región ampular de trompa de Falopio derecha, de aproximadamente 5 cm x 6 cm, conteniendo saco gestacional con dos embriones en su interior (Figura 1). Paciente con adecuada evolución clínica, egresa satisfactoriamente.



Fig.1 Transoperatorio de embarazo gemelar ectópico. Salpingectomía.

Reporte Anatómico patológico: Muestra: Trompa uterina derecha, que mide 3 x 1 x 9 cm, anfractuosa y gris. Al corte luz de la trompa con material marrón oscuro, adherido a ello se evidencia segmento de placenta que mide 3 x 4 cm con dos embriones de 1.5 cm cada uno (Figuras 2, 3, 4 y 5).

Diagnóstico: Embarazo tubárico roto gemelar.

DISCUSIÓN.

El embarazo ectópico tubárico gemelar es poco frecuente, se ha calculado que la incidencia es de aproximadamente 1: 125000 embarazos. De 100 casos de embarazos ectópicos tubáricos gemelares reportados, sólo en 4 se evidenciaron movimientos cardíacos y movimientos fetales, como en el caso que presentamos (Parker et al. 1999, Halvorsen et

al. 1994). Los factores de riesgo que se encuentran involucrados en la presentación de un embarazo ectópico (EE) son: lesiones tubáricas, embarazo ectópico previo, empleo actual de dispositivos intrauterinos, tratamientos de infertilidad, intervenciones quirúrgicas previas y estilo de vida (múltiples compañeros sexuales, tabaquismo, etc.) (Faneite et al. 1997, Parker et al. 1999).



Fig. 2 y 3 Pieza quirúrgica correspondiente a trompa de Falopio derecha y 02 embriones. Estudio patológico.

Un antecedente de cirugía tubárica con lleva a un riesgo relativo aproximado de 21 veces más alto de EE; otras operaciones pélvicas o abdominales tienen sólo un riesgo relativo aproximado de 0.9 a 3.8 (Pisarska et al. 1999). El antecedente quirúrgico más frecuente es el legrado uterino por aborto (56.1%); sin embargo no existe una relación clara entre el EE y el aborto. En pacientes con antecedentes de aborto provocado el riesgo aumenta 10 veces; probablemente secundario a infección posoperatoria y procedimientos efectuados de manera inapropiada (Faneite et al. 1997, Amkum et al. 1996, Martínez et al. 1999).

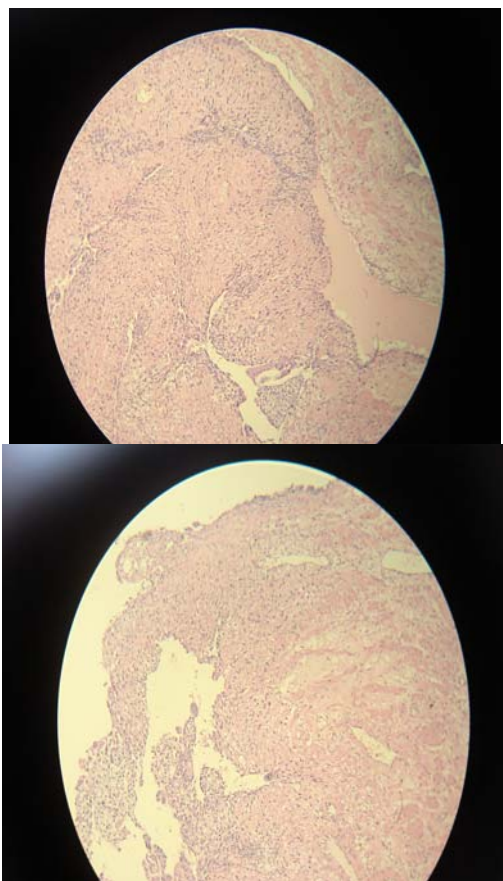


Fig. 4 y 5 Estudio histopatológico. Embarazo ectópico gemelar tubárico con evidencia de vellosidades corionicas con tinción de Hematoxilina/Eosina.

En relación con la frecuencia del EE según el grupo etario de la madre, en países como Colombia se ha observado que predomina en el grupo de 26 años a 35 años (53.65%). En Venezuela, predomina en el grupo de 20 años a 29 años (58.43%), seguido de 30 años a 34 años (19.35%) (Ankum et al 1996, Stovall et al 2000).

Frecuentemente se observa la presentación clásica de una paciente con hemorragia vaginal, dolor en la parte baja del abdomen y una masa anexial hipersensible ipsilateral; confirmándose esto en diversos estudios realizados que demuestran que el motivo de consulta más frecuente es el dolor abdominal (85.3%), sangrado genital (8.6%), náuseas y vómitos (6.1%); pudiéndose sospechar el diagnóstico de EE por el cuadro clínico (Parker et al. 1990, Ankum et al. 1996). En vista del gran espectro de presentaciones clínicas, es necesaria la elaboración de exámenes complementarios como ultrasonido, determinaciones séricas cuantitativas de gonadotropina coriónica humana, progesterona

sérica y otros marcadores endocrinológicos y proteínicos. El estudio ultrasonográfico es considerado un método diagnóstico de importancia, siendo útil en el 82,60% de los casos para el diagnóstico positivo de EE y para descartarlo en el caso de sospecha (Saulny et al. 1990, Azuaga et al. 1986).

REFERENCIAS

- Agüero O. 1983, Frecuencia actual del embarazo ectópico. *Gac Méd Caracas*.; 91: 121-123.
- Agüero O. 1990, El embarazo ectópico en la Maternidad "Concepción Palacios". *Rev Obstet Ginecol Venez*.; 50: 159-160.
- Ankum WM, Mol BWJ, Van der Veen F et al. 1996, Risk factors for ectopic pregnancy. A meta-analysis. *Fertil Steril*.; 65: 1093-1099.
- Azuaga A, Saulny J, Abbruzzese C et al. 1986, Diagnóstico ecográfico del embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol Venez*.; 46: 98-101.
- Faneite P, García L, Repilloza M et al. 1997, Frecuencia del embarazo ectópico. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 1969-1996. *Rev Obstet Ginecol Venez*.; 57: 243-247.
- Halvorsen AC, Colov NS. 1994, Unilateral ectopic twin pregnancy. *Ugeskr Laeger*.; 156:5709-5710.
- Kamwendo F, Forslin L, Bodin L et al. 2000, Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Inf*.; 76: 28-32.
- Martínez M, Barraza A, Acosta G. 1999, Embarazo ectópico - Informe de 82 casos Hospital Universitario Metropolitano. *Rev Col Obstet Ginecol*.; 50: 244-246.
- Parker J, Hewson AD, Calder-Mason T et al. 1999, Transvaginal ultrasound diagnosis of a live twin tubal ectopic pregnancy. *Aus adiol*.; 43: 95-97.
- Pisarska M, Carson S. 1999, Incidencia y factores de riesgo del embarazo ectópico. *Clín Obstet Gin. Temas actuales, Volumen I. McGraw-Hill Interamericana, México* 3-29.
- Saulny J, Jorges A, Scorzza R et al. 1990, Importancia del ultrasonido en el embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol Venez*.; 50: 195-198.
- Stovall T, McCord M. 2000, Pérdida temprana del embarazo y embarazo ectópico. *Ginecología de Novak. Interamericana Mc Graw Hill: México* 490-523.
- Zighelboim I, Guariglia D. 2001. *Clínica Obstétrica. Editorial Disinlimed. Caracas*.

Recibido: 4 abril 2011

Aceptado: 20 nov 2011