

EMBARAZO ECTÓPICO GEMELAR DICIGÓTICO CON FETOS VIVOS

Dizygotic ectopic twin pregnancy with live fetuses

Ángel María Polanía¹, Francisco Sanmiguel¹,
Diego Felipe Polanía², Fabio Rojas L.³

Recibido: 3 de marzo de 2012 - Aceptado: 25 de mayo de 2012

Resumen

El embarazo ectópico constituye una entidad rara, en la cual el óvulo fecundado se implanta en otro sitio que no es la cavidad uterina. El tubárico es la forma más frecuente de embarazo ectópico, representa un riesgo serio para las pacientes y un reto para el ginecólogo por ser causa de importante morbi-mortalidad materna durante el primer trimestre del embarazo. El embarazo ectópico tubárico representa >95% de todos los embarazos ectópicos; el ectópico gemelar es extremadamente raro con una incidencia de 1/125.000 embarazos y 1/200 gestaciones ectópicas. Se presentan las imágenes de un caso clínico de un embarazo tubárico gemelar con latido cardíaco identificable en ambos fetos, en una paciente con factores de riesgo. A la paciente se le realizó una salpinguectomía unilateral por laparotomía con evolución satisfactoria.

Palabras clave: embarazo ectópico, embarazo ectópico tubárico, embarazo tubárico gemelar.

Abstract

Ectopia is a rare pregnancy status in which the fertilized egg is implanted somewhere else other than the uterine cavity. Tubal is the most common form of ectopic pregnancy, which poses a serious risk to patients and a challenge for the gynecologist, since it is an important cause of maternal morbidity and mortality during the first trimester of pregnancy. Tubal ectopic pregnancy represents > 95% of all ectopic pregnancies; ectopic twin is the extremely rare with an incidence of 1/125.000 pregnancies, and 1/200 ectopic pregnancies. The images of a clinic case of a twin tubal pregnancy with heartbeat identifiable in both fetuses, in a patient with risk factors are shown. The patient underwent unilateral salpingectomy by laparotomy with satisfactory outcome.

Key words: ectopic pregnancy, tubal ectopic pregnancy, ectopic twin pregnancy.

¹ Residentes
Ginecología y
Obstetricia, Facultad de
Salud, Universidad
Surcolombiana.
Correo electrónico:
angelpola448@gmail.com,
franzasanto@hotmail.com

² Ginecólogo y
Obstetra. Especialista
en Medicina Materno
Fetal, Hospital
Universitario
Hernando Moncaleano
Perdomo.
Correo electrónico:
difepolan@yahoo.com

³ Ginecólogo y
Obstetra, Especialista
en Epidemiología.
Hospital Universitario
Hernando Moncaleano
Perdomo.
Coordinador posgrado
de Ginecología y
Obstetricia, Facultad de
Salud, Universidad
Surcolombiana.
Correo electrónico:
farojas07@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Es común leer en la literatura internacional actual la creciente incidencia de gestaciones ectópicas, favorecidas en parte a terapias de reproducción en pacientes con alguna patología que se traduce en daño tubárico (infecciones genitales y de transmisión sexual e intervenciones médicas)⁽¹⁾.

Aunque es difícil calcular con exactitud la incidencia del embarazo ectópico, se estima entre 0,94 al 2,6% de todas las gestaciones. La presencia de un embarazo ectópico en el cual se presente la implantación de 2 blastocitos, o que se presente su fragmentación posterior a la anidación, es una situación extremadamente rara, estimando esta eventualidad en 1 de cada 200 gestaciones ectópicas y de 1 en 125.000 gestaciones⁽³⁾. La incidencia de la gestación ectópica gemelar a nivel tubárico no está definida aún en la literatura.

La literatura mundial recoge no más de 150 casos reportados de embarazos ectópicos tubáricos gemelares; motivo por el que consideramos de importancia su descripción y publicación a la comunidad científica de la región. Resalta su baja incidencia, que no se está ajeno a este tipo de situaciones en la región; y que al igual que cualquier otro embarazo ectópico roto son causa de morbilidad y mortalidad durante el primer trimestre del embarazo. El caso presentado corresponde a un embarazo bicorial biamniótico, menos frecuente aún, evento obstétrico que podría tener un origen dicigótico, menos de diez casos reportados. El estudio genético resolvería la incertidumbre, pero esta tecnología no está aún implementada en este Hospital, sin embargo consideramos que esto no debe ser limitante para su publicación, resaltando de este evento, su baja incidencia y el único encontrado en la literatura nacional. Adicionalmente, resaltar el reto para el gineco-obstetra que realiza estudios de imágenes diagnósticas (ecografía), pues esta no es la única situación clínica que se pueda identificar en una paciente embarazada con dolor pélvico, ya

que hay descritos embarazos sincrónicos tubáricos (ambas trompas), gemelares heterotópicos (embrión viable intrauterino, los más frecuentes), ectópicos cervicales y embarazos ectópicos gemelares ováricos.

REPORTE DE CASO

Paciente de 34 años remitida de Santa María (Huila), Gesta 5, Partos 4, Vivos 4, con falla menstrual de 9 semanas, prueba de embarazo positiva sin control prenatal, que presentaba dolor pélvico de 20 días de evolución referido al hipogastrio e irradiado al dorso y región sacra de intensidad leve a moderada, sin sangrado genital. Como antecedentes de importancia se había retirado DIU (Dispositivo intrauterino) dos meses previos al evento, método con el cual planificaba desde hacía tres años. Fue remitida a nuestra institución desde el primer nivel de atención con diagnóstico de amenaza de aborto.

Exploración física

Al ingreso al servicio de urgencias Ginecológicas del Hospital Universitario, Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva los signos vitales eran estables TA: 110/70 mmHg, FC: 79 latidos/min, FR: 18 respiraciones/min, T: 36°C, mucosa oral húmeda y rosada, cardiopulmonar normal, y en el hemiabdomen inferior presentaba dolor de leve intensidad sin signos de irritación peritoneal. El examen ginecológico no advertía sangrado, genitales externos y vagina normales, el útero era de tamaño normal y los anexos se palpaban dolorosos con sensación de masa dolorosa en el fondo de saco posterior.

Diagnóstico

Con una impresión diagnóstica de un embarazo ectópico se realiza inmediatamente la ecografía pélvica transvaginal que describe un útero de aspecto usual y en la topografía del anexo izquierdo (Figura 1), vecino al saco de

Douglas una imagen descrita como embarazo gemelar bicorial biamniótico por la presencia de signos de Lambda (Figura 2), con longitud céfalo-caudal (LCC) de 22 mm, compatible

con fetos de 9 semanas y actividad cardíaca presente en los dos (Figura 3). La opinión es de un embarazo gemelar abdominal, Vs. embarazo ectópico gemelar.

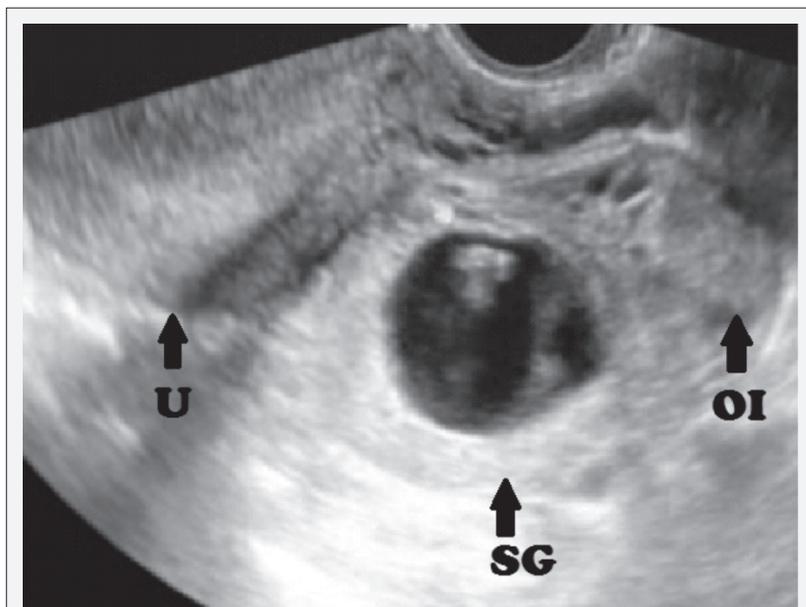


Figura 1. *Ecografía transvaginal:* se observa la presencia de un saco gestacional en la topografía del anexo izquierdo que deja ver una membrana que diferencia más de una bolsa amniótica. **U:** útero, **SG:** sacos gestacionales, **OI:** ovario izquierdo.

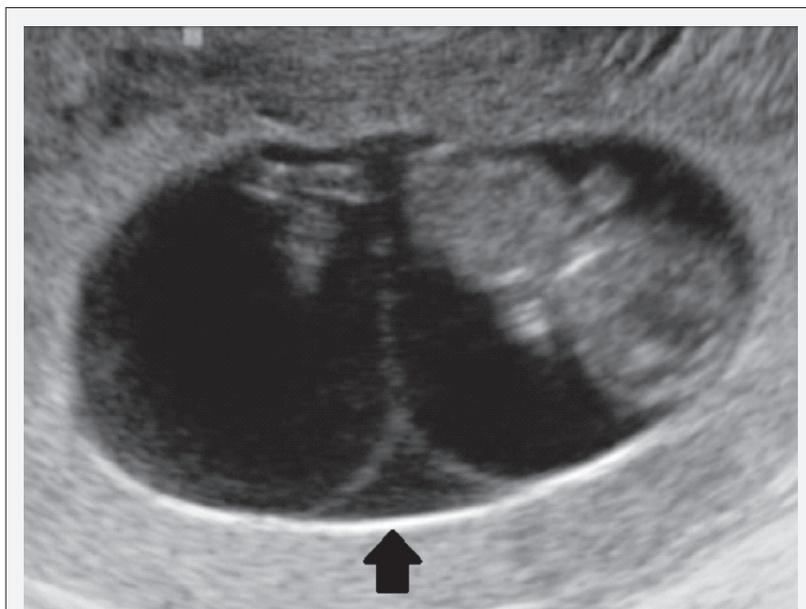


Figura 2. Detalle de la ecografía transvaginal en la que se aprecian dos bolsas amnióticas. La flecha señala el signo de Lambda, propio de los embarazos Bicoriales Biamnióticos.

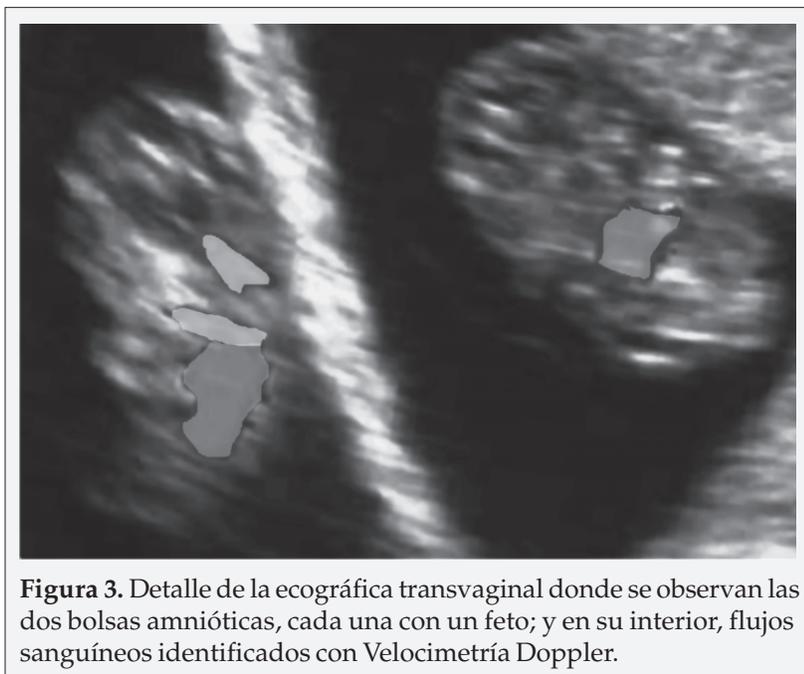


Figura 3. Detalle de la ecográfica transvaginal donde se observan las dos bolsas amnióticas, cada una con un feto; y en su interior, flujos sanguíneos identificados con Velocimetría Doppler.

Intervención

Al reportarse los paraclínicos donde la hemoglobina era de 11,6 g/dl y los tiempos de coagulación estaban normales, es llevada a cirugía donde por laparotomía, incisión transversa, se realiza salpinguectomía izquierda; se advierten como hallazgos intraoperatorios –aproximadamente 100 cc de hemoperitoneo y en la trompa uterina izquierda, de 4 x 8 cm de tamaño, ruptura parcial a nivel ampular–, un embarazo ectópico gemelar bicorial, biamniótico (Figura no mostrada). Concluye la intervención sin complicaciones.

Evolución

La evolución posquirúrgica es apropiada y egresa de la institución 24 horas después de la intervención sin ninguna complicación. Reporte de estudio patológico confirma los hallazgos del evento obstétrico.

DISCUSIÓN

Con mayor frecuencia encontramos la presencia de embarazos ectópicos, la gran mayoría

de ellos secundarios a infecciones de transmisión sexual que bajo el síndrome de enfermedad pélvica inflamatoria, principalmente ocasionadas por *Neisseria gonorrhoea* y la *Clamidia tracomatis*⁽¹⁾, son causa de diversas formas de daño tubárico por aglutinación, adherencias, angulaciones y alteraciones funcionales de los epitelios ciliados necesarios durante los procesos de fecundación y anidación. Adicional a este problema se encuentra también la alteración de la función tubárica dada por manejos médicos, en donde encontramos un gran aumento de mujeres sometidas a esterilización quirúrgica y su riesgo aproximadamente 0,5% de recanalización espontánea, según la técnica utilizada, es un factor de riesgo para la presentación de un embarazo ectópico tubárico. La estrechez o disfunción tubárica después de un proceso de recanalización tubárica con fines reproductivos aumenta el riesgo de anidaciones extrauterinas⁽¹⁾. En la Tabla 1 se enumeran otros factores de riesgo para embarazo ectópico y su Odds Ratio⁽²⁾.

El caso presentado corresponde a una patología poco frecuente, con una incidencia de 1/125.000 embarazos aproximadamente⁽³⁾, en

Tabla 1. Factores de riesgo para embarazo ectópico.⁽²⁾

Factores de riesgo	(odds ratio; IC 95%)
Alto riesgo	
Antecedente ectópico	6,6
Cirugía tubárica	4,7
Ligadura tubárica	9,3
Exposición DES	4,2
Fertilización in vitro	
Uso actual DIU	5
Riesgo moderado	
EPI	2,5
Cigarrillo	2,5
Chlamydia	2,8
Bajo riesgo	
Antecedente de DIU	1,6
Legrado	1,6
Antecedente cesárea	0,56

Abreviaciones: DIU: dispositivo intrauterino, DES: diethylstilbestro, EPI: enfermedad pélvica inflamatoria.

la literatura se describen alrededor de 100-150 casos, de los cuales la gran mayoría son reportados como gemelares monocigotos, basándose en criterios de observación macroscópica e histológica de la pieza operatoria. En este caso la ecografía indica la presencia de dos sacos con dos procesos de placentación lo que orientaría a un origen dicigótico, más raro aún. Macroscópicamente se hace referencia a la bicronicidad; en el estudio patológico solo se describe la presencia de vellosidades coriales inmaduras del primer trimestre. Por lo anterior, el aquí presentado, podría ser uno de esos pocos casos (menos de 10 publicados) de presuntos embarazos gemelares ectópicos gemelares dicigóticos.

Se ha descrito la realización de un análisis genético de ADN en los embriones, lo que permite realizar un diagnóstico certero de la cigocidad, a través de técnicas de detección de

Polimorfismos de longitud de fragmentos de restricción, el término RFLP (del inglés Restriction Fragment Length Polymorphism) se refiere a secuencias específicas de nucleótidos en el ADN que son reconocidas y cortadas por las enzimas de restricción (también llamadas endonucleasas de restricción) y que varían entre individuos, pero esta tecnología no está disponible aún en este centro asistencial.

Como factores de riesgo para embarazo ectópico, esta paciente presentaba inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años y más de 1 compañero sexual (riesgo bajo), además el uso del dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo, el cual lo retira casi en forma simultánea al comienzo del embarazo según lo analizado; este último pudo contribuir en mayor medida a la implantación extrauterina (DIU in situ Odds Ratio 4,5-44 según diversos autores)^(2,4).

En la práctica habitual el diagnóstico por tríada clínica de dolor abdominal (98% de los casos), amenorrea (74% de los casos), sangrado irregular (56% de los casos), no fue algo clásico, pues la paciente nunca tuvo genitorragia. El estudio por ecografía sigue siendo el mejor medio para evaluar este tipo de situaciones con un valor predictivo positivo (VPP) de 96% y un valor predictivo negativo (VPN) del 99% con solo el estudio inicial, mejorando estos con una segunda evaluación ecográfica⁽⁵⁾. En este caso, por los hallazgos contundentes y la clínica de dolor persistente, no fue necesaria la correlación con los niveles de la subunidad Beta de la Gonadotropina Coriónica humana, que para un embarazo de nueve semanas estarían entre 15.000-200.000 UI, cifras que contraindican el manejo médico. En la Tablas 2 y 3 se citan los criterios de elección y de exclusión respectivamente frente al manejo médico del embarazo ectópico⁽²⁾. Llama la atención que la presencia de embarazos ectópicos tubáricos gemelares que reportan embriones o fetos vivos según lo consultado hasta 2010 (última publicación encontrada)

Tabla 2. Criterios para recibir manejo médico con Metotrexate en embarazos ectópicos.²

Indicaciones absolutas

- Hemodinámicamente estable, sin signos de sangrado activo o signos de hemoperitoneo.
- Paciente que desea fertilidad futura.
- Diagnóstico NO laparoscópico.
- Cuando el paciente pueda regresar para el seguimiento de la atención y control para clínico.
- La anestesia general supone un riesgo elevado.
- El paciente no tiene contraindicaciones para el metotrexate.

Indicaciones relativas

- La masa no está rota y su diámetro mayor es $< 0 = 3,5$ cm.
- No hay actividad cardíaca fetal.
- B-hCG su valor no exceda de un valor predeterminado de 6000-15000.

Adaptación de Guías ACOG 1999.

Tabla 3. Contraindicaciones para la terapia médica con Metotrexate.²

Absolutas

- Lactancia materna.
- Inmunodeficiencia.
- Creatinina anormal ($> 1,3$ mg/dl), aspartato aminotransferasa (dos veces el valor normal).
- El alcoholismo o enfermedad hepática.
- Discrasias sanguíneas preexistentes.
- Úlcera péptica.
- Enfermedad pulmonar activa.
- Sensibilidad conocida al metotrexate.

Relativo

- Saco gestacional mayores a 3,5 cm.
- Actividad cardíaca presente.

Adaptación de Guías ACOG 1999.

son de 15⁽⁷⁾, lo que indicaría que este sería el caso 16 reportado.

En la mayoría de los casos reportados de embarazo ectópico gemelar tubárico unilateral, el manejo fue el quirúrgico y la vía de abordaje fue la laparoscópica⁽⁶⁾. En nuestra institución esta protocolizado para este tipo de urgencias quirúrgicas el abordaje por laparotomía. Se intervino con incisión

transversa en piel, con el objetivo de tener un buen acceso con las menores secuelas estéticas y funcionales para la paciente. Se decide salpinguectomía al igual que en otros casos reportados⁽⁸⁾, especialmente porque el estado de la trompa (edema, deformidad, sangrado con hemoperitoneo y ruptura), no permitía un manejo conservador como es la salpingostomía con hidrodisección, referida en

algunos reportes de casos en donde la paciente estaba asintomática y el embarazo fue un hallazgo incidental. Existe de forma anecdótica, en un reporte de caso, el uso de la embolización de la arteria uterina en una paciente con un embarazo ectópico gemelar tubárico intersticial de seis semanas con hallazgos favorables en su seguimiento y con resolución ecográfica del evento al mes del procedimiento⁽⁹⁾.

REFERENCIAS

1. Ankum WM, Van der Veen F. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1996;65:1093-1099.
2. Mukul V. Current management of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2007;34.
3. Parker J, Hewson AD, Calder-Mason T. Transvaginal ultrasound diagnosis of a live twin tubal ectopic pregnancy. *Australas Radiol* 1999;43(1):95-97.
4. Rossing MA, Daling JR, Voigt LF, et al. Current use of an intrauterine device and risk of tubal pregnancy. *Epidemiology* 1993;4(3):252-258.
5. Kirk E, Bourne T. Diagnosis of ectopic pregnancy with ultrasound. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2009;23.
6. Charines EA, De la Calle M, Santisteban J, et al. Embarazo gemelar ectópico en una misma trompa. *Prog Obstet Ginecol* 2000;43:485-487.
7. Adsule AR, Phougat VS, Jakhere SG, et al. Preoperative ultrasonic diagnosis of spontaneous live tubal twin ectopic Gestation. *Bombay Hospital Journal* 2010;52(2).
8. Adejimi O., Adeniji. Live right-tubal twin-ectopic pregnancy. *Applied radiology*. 40a-40b September 2009.
9. Ophir E, Singer J, Oettinger M. Uterine artery embolization for management of interstitial twin ectopic pregnancy: Case report. *Human Reproduction* 2004;19(8):1774-1777.



*Universidad
Surcolombiana*

GRUPO DE INVESTIGACIÓN, FACULTAD DE SALUD UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

• BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

Líneas de investigación

1. Biología Prostática
2. Disruptores Endocrinos
3. Cáncer

Página web: <http://www.usco.edu.co/pagina/facultad-de-salud-grupos-y-semilleros-de-investigacion>

E-mail: garcia@usco.edu.co

• PARASITOLOGÍA Y MEDICINA TROPICAL

Líneas de investigación

1. Dengue
2. Entomología Médica
3. Infecciones recurrentes pediátricas
4. Parasitología Molecular
5. Epidemiología y enfermedades infecciosas tropicales

Página web: <http://portal.usco.edu.co/gruin/grupamed/>

E-mail: jrodriguez@usco.edu.co

• DNEUROPSY

Líneas de investigación

1. Neurociencias, Procesos Neuropsicologicos Basicos

Página web: <http://paginas.usco.edu.co/gruin/dneuropsych/>

E-mail: mariapiedad@usco.edu.co

• DESARROLLO SOCIAL, SALUD PÚBLICA Y DERECHOS HUMANOS

Líneas de investigación

1. Desarrollo social, salud pública, y derechos humanos
2. Medicina de emergencias, cuidado crítico y reanimación

Página web: <http://paginas.usco.edu.co/gruin/desarrollosocial/>

E-mail: grupodsspdp@gmail.com

• CARLOS FINLAY

Líneas de investigación

1. El Suicidio en el Departamento del Huila
2. Morbilidad y mortalidad asociada a problemas de salud por causa externa
3. Salud pública

Página web: <http://paginas.usco.edu.co/gruin/carlosfinlay/>

E-mail: ninugo@usco.edu.co