

Embarazo Ectópico Bilateral Espontáneo. Reporte de Caso

Md. Camila Mishell Jiménez Briceño¹

camilamjb7@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-2817-3881>

Centro de Salud Tipo A El Provenir del
Carmen
Ecuador

Lic. Candida Vanesa Lanche Troya

lanchevanessa@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-4059-2939>

Puesto de Salud El Porvenir del Carmen
Ecuador

Lic. Denisse Stefania Pilco Herrera

dennise-29@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-5235-2441>

Investigador Independiente
Ecuador

Md. Mateo Javier Holguín Maldonado

mateoholguinm1@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-4758-5149>

Hospital de Especialidades, Fuerzas Armadas
N.1
Ecuador

Md. Sandra Elizabeth Carmona Mendiá

scarmona20d01@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-6942-3020>

Hospital Enrique Ortega Moreira
Ecuador

RESUMEN

El embarazo ectópico se define como la implantación de un óvulo fecundado en cualquier parte de la pelvis o cavidad abdominal distinta del útero. La incidencia de esta afección oscila entre el 1,2 y el 1,4% de todos los embarazos. Ahora es ampliamente aceptado que hay un aumento en la incidencia de embarazos ectópicos en todo el mundo, lo que puede deberse a una mayor incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica debido a enfermedades de transmisión sexual, abortos, dispositivos intrauterinos y otras enfermedades. En algunos lugares, más del 1% de todos los embarazos son ectópicos. Su crecimiento ha sido notorio en las últimas décadas. Debido a posibles complicaciones, es importante realizar un diagnóstico precoz mediante dos métodos complementarios: ecografía transvaginal y medición de la hormona gonadotropina coriónica humana (β -hCG), que se asocia con mayores tasas de alta sospecha clínica. Se reporta paciente femenina de 35 años con embarazo 12 semanas de gestación que acude por referir dolor abdominal difuso de 24 horas de evolución acompañado de amenorrea, motivo por el cual acude a una casa de salud.

Palabras claves: *embarazo ectópico bilateral; dolor abdominal; amenorrea; ovulo; útero*

¹ Autor principal

Correspondencia: camilamjb7@gmail.com

Spontaneous Bilateral Ectopic Pregnancy. Case Report

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is defined as the implantation of a fertilized egg in any part of the pelvis or abdominal cavity other than the uterus. The incidence of this condition ranges between 1.2 and 1.4% of all pregnancies. It is now widely accepted that there is an increase in the incidence of ectopic pregnancies worldwide, which may be due to an increased incidence of pelvic inflammatory disease due to sexually transmitted diseases, abortions, intrauterine devices, and other diseases. In some places, more than 1% of all pregnancies are ectopic. Its growth has been notable in recent decades. Due to possible complications, it is important to make an early diagnosis using two complementary methods: transvaginal ultrasound and measurement of the hormone human chorionic gonadotropin (β -hCG), which is associated with higher rates of high clinical suspicion. A 35-year-old female patient with 12 weeks of gestation is reported who comes complaining of diffuse abdominal pain that has been going on for 24 hours accompanied by amenorrhea, which is why she goes to a health home.

Keywords: bilateral ectopic pregnancy; abdominal pain; amenorrhea; ovum; uterus

*Artículo recibido 20 septiembre 2023
Aceptado para publicación: 28 octubre 2023*

INTRODUCCIÓN

Un embarazo ectópico es un embarazo en el que el óvulo fecundado se implanta en algún lugar fuera de la cavidad uterina, en la cavidad pélvica o abdominal. La tasa de embarazo ectópico en mujeres que presentan sangrado vaginal y/o dolor abdominal en el primer trimestre oscila entre el 6 y el 16%. (1) El embarazo ectópico es la principal causa de muerte relacionada con el embarazo en los primeros meses de este. La incidencia de embarazo ectópico se estima entre 1,2 y 1,4% de los embarazos. En los últimos 20 años, la incidencia ha aumentado, aunque la mortalidad ha disminuido.(2,3)

Los factores de riesgo más importantes asociados con el embarazo ectópico incluyen aquellos que dañan las trompas de Falopio y/o interfieren con la transferencia del embrión al útero después de la ovulación y la fertilización, así como antecedentes médicos como embarazo ectópico, infección o cirugía previa en las trompas de Falopio, sonda, edad, ineficacia del dispositivo intrauterino como método anticonceptivo, métodos de reproducción asistida y tabaquismo.(4,5)

Se dividen en riesgo alto, medio y bajo. Los riesgos altos incluyen embarazo ectópico previo, cirugía tubárica, infertilidad quirúrgica y patología tubárica previa. (6) Los riesgos moderados incluyen infertilidad, cervicitis, tener múltiples parejas sexuales, usar un DIU y fumar. Los riesgos bajos incluyen comenzar temprano la actividad sexual activa y someterse a una cirugía en los órganos pélvicos o abdominales.(7)

La localización más común es a nivel de la trompa de Falopio, representa el 98%, de la cual predomina la localización en bulbo en un 70%, luego en el istmo, el resto en el pedúnculo, fimbrias e intersticio. (8) Otros sitios reportados incluyen el nivel de los ovarios, epiplón, vísceras abdominales, cuernos uterinos basales y cicatrices uterinas previas, pero son mucho menos comunes.(9)

El embarazo ectópico después de la ovulación y la fertilización natural se asocia con factores de riesgo que dañan las trompas de Falopio e interfieren con el transporte de embriones como cirugía uterina previa, salpingitis y embarazo ectópico previo, endometriosis, defectos congénitos y secundarios de las trompas de Falopio. Adherencias después de cirugía uterina y ovárica. y otros órganos pélvicos o abdominales. (10) Si una mujer que usa un DIU queda embarazada, es más

probable que tenga un embarazo ectópico porque el dispositivo previene el embarazo intrauterino de manera más efectiva que un implante ectópico. Aunque la FIV y la inducción de la ovulación son factores de riesgo importantes, se descubrió que el factor de riesgo más importante de embarazo ectópico después de la FIV era el factor tubárico.(11)

Los embarazos ectópicos bilaterales son raros, con una incidencia que oscila entre 1 en 725 y 1580 de todos los embarazos ectópicos. El factor más comúnmente asociado al embarazo ectópico bilateral es el uso de técnicas de reproducción asistida en el tratamiento de la infertilidad y su aparición casi espontánea. (12) La presentación clínica es esencialmente la misma que la de un embarazo ectópico unilateral y tiene la tríada clásica de sangrado vaginal, antecedentes de amenorrea y dolor abdominal. El embarazo ectópico se detecta en base a datos clínicos, pruebas de laboratorio (gonadotropina coriónica humana, progesterona, etc.) y ecografía transvaginal. (13) Existen muchos diagnósticos diferenciales, por lo que es importante que las mujeres premenopáusicas con dolor abdominal o sangrado vaginal se realicen una prueba de embarazo para una evaluación adecuada. (14) El diagnóstico de embarazo ectópico bilateral es difícil porque la ecografía y los niveles de beta gonadotropina coriónica humana (B-hCG) no proporcionan suficiente información para diferenciar si el embarazo es unilateral o bilateral. La sospecha de embarazo tubárico suele ser el método más común para diagnosticar un embarazo tubárico bilateral, por lo que es necesario un examen exhaustivo de ambas trompas de Falopio durante la cirugía.(15)

Una vez diagnosticado un embarazo ectópico, el tratamiento dependerá de la estabilidad hemodinámica de la paciente, los resultados de laboratorio y ecografía y el deseo de un futuro embarazo. Si se produce inestabilidad hemodinámica, se requiere cirugía de emergencia; Por otro lado, si el estado del paciente es estable, la estrategia diagnóstica comienza con la elección del tratamiento quirúrgico o conservador.(16,17)

Tratamiento quirúrgico: cirugía laparoscópica o laparoscópica.

Las indicaciones para este tipo de tratamiento incluyen inestabilidad hemodinámica, embarazo ectópico roto, contraindicaciones para la terapia con metotrexato, presencia de embarazo intrauterino, imposibilidad de monitorear o deseo de usar anticonceptivos permanentes, lejos y se

pueden usar los siguientes métodos quirúrgicos: trompa de Falopio con aborto; salpingostomía: se extirpa y retira el injerto, luego se cierra la incisión con suturas absorbibles; o salpingectomía: extirpación completa de las trompas de Falopio.(18,19)

Debido a que en la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza intraoperatoriamente, no es posible hacer recomendaciones sobre el uso de un tratamiento conservador en lugar de la cirugía. Se ha sugerido que el tratamiento quirúrgico con monitorización posterior de los niveles de β -hCG ayudará a descartar un embarazo persistente.(20)

Caso clínico

Paciente femenina de 35 años, primigesta con embarazo de 12 semanas de gestación aparentemente, no recuerdo FUM, acude por presentar desde hace 24 horas dolor abdominal difuso, de intensidad moderada a severa que se localiza más en fosa iliaca derecha e izquierda, acompañado de náusea y vómito en una ocasión de contenido alimentario y sangrado transvaginal escaso.

Enfermedades médicas: No refiere

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes Obstétricos:

- FUM: No recuerda
- Embarazos: 0
- Abortos: 0
- Partos: 0
- Cesáreas: 0
- Métodos anticonceptivo: refiere uso de preservativo

Antecedentes familiares: no refiere

Hábitos

- Alimentación: balanceada 3 veces al día
- Intolerancias alimenticias: ninguna
- Catarsis: 1 vez al día

- Diuresis: 2 – 3 veces al día
- Sueño: 10 horas diarias, reparador
- Bebidas alcohólicas: no
- Tabaco: no
- Medicación: ácido fólico

Paciente ingresa al servicio de Ginecología en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardíaca 110 latidos por minuto, saturación 96% con fio2 21%, tensión arterial 90/60 mmhg, frecuencia respiratoria de 23, temperatura de 36.1°C axilar, peso: 68,2 kg, talla: 165 cm, IMC: 25.1 (Sobrepeso).

Paciente pálida, afebril, orientada en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales, hiperpigmentación facial. Glasgow 15/15.

Cabeza: normocéfala, no protrusiones, no depresiones, caída de cabello difusa. Ojos: pupilas fotorreactivas, isocóricas, escleras blancas, conjuntivas pálidas. Nariz: fosas nasales permeables.

Boca: mucosa oral seca. Labios: simétricos, hidratados y sin alteraciones. Encías: normales.

Cuello: simétrico, sin masas evidentes, no hay regurgitación yugular.

Tórax: simétrico, latido apexiano no visible, respiración torácica, no hay dolor a la palpación, expansibilidad normal, elasticidad pulmonar normal. Palpación no dolorosa a la palpación, no presencia de masas. Corazón R1 y R2 rítmicos. Pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobre añadidos.

Abdomen: inspección: Simétrico, distendido, no cicatrices, auscultación ruidos hidroaéreos presentes, con presencia de hiperestesia e hiperbaralgesia y peristalsis hipoactiva. Palpación abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación media y profunda en fosa iliaca derecha e izquierda. Irritación peritoneal, signo de psoas y obturador positivos.

Región lumbar: inspección: Simétrica, de aspecto normal, color de piel acorde con el resto del cuerpo. Palpación: Sensibilidad conservada, puntos costovertebrales y costo musculares negativos Percusión: Puño percusión no dolorosa.

Región genitourinario: Tacto vaginal doloroso a la movilización cervical, se evidencia sangrado escaso.

Extremidades Superiores: tono y fuerza muscular conservado, pulsos distales presentes, normorreflexia en reflejos: bicipital, tricipital y estiloradial, no se evidencia edema.

Extremidades Inferiores: tono y fuerza muscular conservado, pulsos distales presentes, normorreflexia en reflejos osteotendinosos: rotuliano y aquiliano, Babinski negativo.

Exámenes de laboratorio

Tabla 1: Biometría Hemática

Biometria Hematica		
Globulos Blancos	12000 mm ³	4400 – 11300
Neutrofilos	6000 mm ³	2000-8000
Linfocitos	1004 mm ³	1000-4400
Monocitos	565 mm ³	80 - 880
Eosinofilos	86 mm ³	80 – 440
Basofilos	20 mm ³	0 – 110
Neutrofilos %	70.3 %	50.0 – 70.0
Linfocitos %	7.5 %	
Monocitos %	4.0 %	2.0 – 11.0
Eosinofilos %	1.1 %	1.0 – 3.0
Basofilos %	0.1 %	0.0 – 2.0
Recuento de G. Rojos	4980 10/mm ³	4000-5400
Hemoglobina	11.5 g/dL	12.0 – 15.00
Hematocrito	32.5 %	35.0 - 49.0
Volumen Corpuscular Medio	84.6 fL	76.0 – 95.0
Hb Corpuscular Medio	28.5 pg	26.0 – 32.00
Conc. Hb Corpuscular	32.9 g/dL	30.00-35.00
Volumen Medio Plaquetario	12.1	10 0 – 14.5
VSG 1H	15 mm/hora	0- 10
Tiempo de Protrombina	12 seg	10.8-14.5 seg

Tabla 2: Química Sanguínea

Química Clínica		
Glucosa	92 mg/dL	70.00-110.00
Urea	36,8 mg/dL	10.00-50.00
Creatinina	0,35 mg/dL	0.50-1.20
Colesterol Total	160 mg/dL	0-200
Trigliceridos	156 mg/dL	0-200
AST	13 u/L	0.00-25.00
ALT	14 u/L	0.00-24.00
Gamma Gt	25 u/L	5.0-42.0
Bilirrubinas Sericas		
Bilirrubina Total	0.128 mg/dL	0.00-1.00
Bilirrubinas Directa	0.09 mg/dL	0.00-0.30
Bilirrubina Indirecta	0.12 mg/dL	0.00-0.60
Proteinas Sericas		
Proteinas Totales En Suero	7.3 g/dL	6.00-8.00
Electrolitos Mas Cloro		
Sodio	140 mmo/L	133-145
Potasio	3.30 mmo/L	3.10- 5.10
Calcio Ionico	1.05 mmo/L	1.12 – 1.32
Cloro	105 mmo/L	98 – 110
Enzimas Pancreaticas		
Amilasa	32 UI/L	28 – 100
Lipasa	36.2 UI/L	13 - 60
Prueba De Embarazo En Sangre		
B-HCG	30.000 UI	

Tabla 3: Serológicos

Parámetros	Resultados	Unidades	Valores de Referencia
Ac. Anti-VIH 1&2	No reactivo		
R. L. VDRL	No reactivo		

Ecografía de Abdomen inferior

Reporte

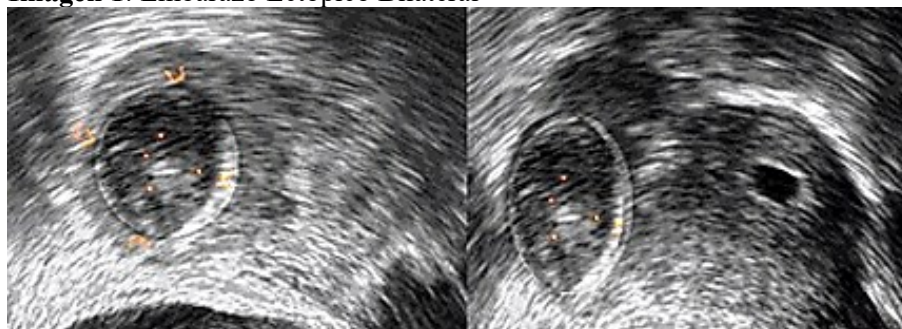
Ultrasonografía Abdominal: útero en AVF de tamaño conservado, con imágenes anexiales: izquierda bien definida, compleja de 45 x 40 mm, donde se visualiza polo embrionario con latido cardíaco presente, imagen compatible con embarazo tubárico complicado, derecha con bien definida compleja de 46 x 43, donde se visualiza polo embrionario con latido cardíaco presente mal definida, imagen compatible con embarazo tubárico complicado, se evidencia abundante líquido libre en fondo de saco de Douglas.

CONCLUSIÓN

Embarazo Ectópico bilateral complejo

Ecografía de Transvaginal (Imagen 1)

Imagen 1: Embarazo Ectópico Bilateral



Reporte

Útero aumentado de tamaño con pseudosaco gestacional en su interior, hacia proyección anexial izquierda y derecha se observa saco gestacional con embrión con latido cardíaco, imágenes complejas compatibles con embarazo ectópico bilateral complejo

Se Realiza intervención quirúrgica de manera urgente: Laparotomía (Imagen 2A – 2B):

Hallazgos: hemoperitoneo de 600 mililitros más embarazo ectópico derecho e izquierdo rotos, se realizó salpingostomía lineal bilateral, sin presentar complicaciones.

Se extrae por medio de Laparotomía realizándose salpingectomía bilateral dos embriones (Imagen 3).

Imagen 2A – 2B: Salpingostomía Bilateral

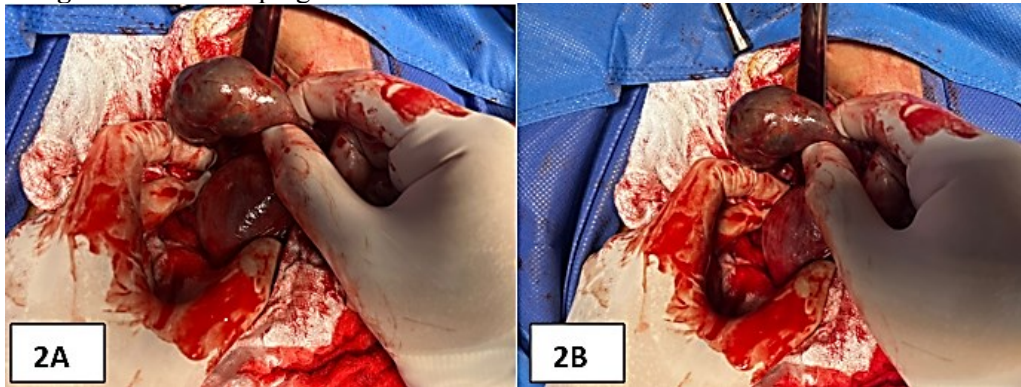


Imagen 3: Embriones extraídos



DISCUSIÓN

El embarazo ectópico bilateral espontáneo es la forma más rara de embarazo ectópico y es difícil de diagnosticar antes de la cirugía. La mayoría de las pacientes con embarazo ectópico tubárico bilateral tienen síntomas similares a los del embarazo ectópico tubárico unilateral y tienen factores de riesgo similares. Los síntomas más comunes son la tríada de amenorrea, sangrado vaginal y dolor abdominal. (6) El componente beta de gonadotropina coriónica humana (β -hCG) sérica y las concentraciones de la zona discriminativa no son confiables en pacientes con enfermedad

bilateral. La incidencia del embarazo ectópico ha aumentado significativamente desde finales de la década de 1970, representando el 2% de todos los embarazos que varía de 1 en 725 a 1 en 1580 y puede provocar la muerte materna si no se diagnostica y trata oportunamente. En las últimas décadas debido a las tecnologías de reproducción asistida como un factor de riesgo importante esta incidencia se ha elevado más.(8)

La mayoría de los embarazos ectópicos tubáricos bilaterales informados implican la rotura de una trompa y la otra intacta, con al menos una trompa preservada. Sin embargo, en nuestro caso se produjo la rotura de ambas trompas de Falopio, provocando inestabilidad del paciente. En este caso el diagnóstico ecográfico se realizó con éxito.(9) Se han propuesto varias teorías para explicar la aparición del embarazo tubárico bilateral. El embarazo tubárico bilateral requiere múltiples ovulaciones para que el óvulo sea fertilizado e implantado en las trompas de Falopio. Una causa posible es la migración transperitoneal de las células del trofoblasto de un tubo a otro. Así mismo sugieren que también una posible causa es el superembarazo, la fecundación y desarrollo de otro óvulo en la mujer embarazada. Es un evento extremadamente raro, difícil de probar y que se sospecha cuando se observan diferencias severas en el crecimiento durante embarazos múltiples.(15)

La salpingostomía o salpingectomía laparoscópica es el tratamiento estándar de oro para el embarazo ectópico tubárico bilateral, aunque la laparotomía es necesaria en pacientes inestables. Nuestro paciente no era candidato para cirugía laparoscópica porque ambas trompas estaban dañadas, se realizó laparotomía con salpingectomía bilateral sin complicaciones. Citando varios estudios, informaron que la mayoría de los casos tienen ruptura tubárica ectópica bilateral es porque los síntomas no aparecen hasta las 12 semanas de embarazo.(17)

El hecho de que nuestra paciente quedara embarazada sin ninguna planificación subraya la vigilancia de todos los profesionales de la salud para brindar educación, asesoramiento sobre planificación familiar a todas las mujeres sexualmente activas y reducir las necesidades insatisfechas.

CONCLUSIÓN

En la mayoría de los casos, incluso con ecografía, el embarazo tubárico bilateral se pasa por alto antes de la operación, lo que produce una morbilidad significativa y una posible mortalidad. El diagnóstico temprano es importante. Además, el examen cuidadoso de ambas trompas de Falopio durante la cirugía de embarazo ectópico es esencial para prevenir la cirugía secundaria y la morbilidad y mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Cho YK, Henning S, Harkins G. Broad Ligament Ectopic Pregnancy after Bilateral Tubal Ligation. *J Minim Invasive Gynecol*. 2018 Feb 1;25(2):314–5.
- Jamilian M. Bilateral tubal ectopic pregnancy following intra uterine insemination (IUI): A case report. *Vol. 12, Iran J Reprod Med*. 2014.
- OuYang Z, Yin Q, Wu J, Zhong B, Zhang M, Li F. Ectopic pregnancy following in vitro fertilization after bilateral salpingectomy: A review of the literature. *Vol. 254, European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. Elsevier Ireland Ltd; 2020. p. 11–4.
- Benz AM, Price CC, Ocon FJ. Bilateral Tubal Ectopic Pregnancy Following Clomiphene Administration: A Case Report. *Cureus*. 2022 Sep 9;
- Masten M, Alston M. Spontaneous Bilateral Ectopic Pregnancy Treated With Combination of Methotrexate, Unilateral Salpingectomy, and Unilateral Expulsion of Pregnancy. *Cureus*. 2022 Sep 11;
- Gathura JE, Elfeky A, McLaren R, Herzog D, Grazi R. Spontaneous Bilateral Tubal Ectopic Pregnancy in a Low-Risk Patient: A Case Report with Implications for Preoperative Patient Counseling. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2021;2021.
- Sampson V, Moge kwu O, Ahmed A, Bano F. Unilateral Atraumatic Expulsion of an Ectopic Pregnancy in a Case of Bilateral Ectopic Pregnancy. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2017;2017:1–4.

- Eghbali E, Azari M, Jafarizadeh A, Alihosseini S. Spontaneous bilateral tubal ectopic pregnancy preoperatively diagnosed by the ultrasound: a case report. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Dec 1;23(1).
- Niviti S, Gokani KH. A Rare Case of Spontaneous Bilateral Ruptured Tubal Ectopic Pregnancy. Vol. 69, *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. Federation of Obstetric and Gynecological Societies of India; 2019. p. 470–2.
- Zamané H, Yameogo B, Kain PD, Kaboré FGX, Sawadogo YA, Kiemtoré S, et al. Bilateral Tubal Pregnancy without Known Risk Factor. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2017;2017:1–3.
- Acet F, Goker ENT, Hortu I, Sahin G, Tavmergen E. A Rare Case of Bilateral Tubal Ectopic Pregnancy following Intracytoplasmic Sperm Injection-Embryo Transfer (ICSI-ET). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2020 Mar 1;42(3):165–8.
- Arab M, Kazemi N, Vahedpoorfard Z, Ashoori A. A Rare Case of Bilateral Ectopic Pregnancy and Differential Diagnosis of Gestational Trophoblastic Disease. Vol. 16, *J Reprod Infertil*. 2015.
- Katler Q, Pflugner L, Martinez A. Management of Bilateral Ectopic Pregnancies after Ovulation Induction Using Unilateral Salpingectomy and Methotrexate for the Remaining Ectopic with Subsequent Intrauterine Pregnancy. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2018 Jul 5;2018:1–4.
- Hoffmann S, Abele H, Bachmann C. Spontaneous Bilateral Tubal Ectopic Pregnancy: Incidental Finding during Laparoscopy - Brief Report and Review of Literature. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2016 Apr 26;76(4):413–6.
- Nyakura M, Mhlanga FG, Madziyire M, Matshalaga S. Spontaneous bilateral tubal ectopic pregnancy: A case report. *Pan African Medical Journal*. 2021;38.
- Jena SK, Singh S, Nayak M, Das L, Senapati S. Bilateral simultaneous tubal ectopic pregnancy: A case report, review of literature and a proposed management algorithm. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016 Mar 1;10(3):QD01–3.
- Kyejo W, Rubagumya D, Fidaali Z, Jusabani A, Kaguta M, Jaiswal S. Bilateral tubal ectopic gestation: Complication in a patient with previous ectopic pregnancy, rare case report. *Int J Surg Case Rep*. 2022 Aug 1;97.

Iwe A, Nwafor J, Asiegbu O, Adebayo J, Uche-Nwidagu B, Ali V. Spontaneous ruptured bilateral tubal ectopic pregnancy following natural conception: A rare case report. *J Hum Reprod Sci.* 2021 Apr 1;14(2):196–9.

Iwe A, Nwafor J, Asiegbu O, Adebayo J, Uche-Nwidagu B, Ali V. Spontaneous ruptured bilateral tubal ectopic pregnancy following natural conception: A rare case report. *J Hum Reprod Sci.* 2021 Apr 1;14(2):196–9.

Amine BHH, Haythem S. Extra-uterine twin pregnancy: Case report of spontaneous bilateral tubal ectopic pregnancy. *Pan African Medical Journal.* 2015 Apr 30;20:1–4.