

Embarazo Tubárico Espontáneo

Informe de un Caso

Spontaneous Tubal Pregnancy

Report of one case

Dr. José Manuel Espinal, Dr. Víctor O. Quintanilla***

RESUMEN. La mayoría de casos informados en la literatura de embarazo tubárico bilateral son secundarios al uso de terapia hormonal en tratamiento de pacientes con infertilidad, (1). Nosotros describimos un caso de paciente primigesta, sin antecedentes de uso de terapia hormonal/ni enfermedad pélvica inflamatoria que se presentó clínicamente como embarazo ectópico unilateral.

PALABRAS CLAVES: *Embarazo ectópico.*

SUMMARY. The majority of bilateral tubal pregnancy cases reported in the medical literature are secondary to hormone therapy of patients with infertility. We describe one case of a primipara patient without history of hormone therapy or pelvic inflammatory disease who presented clinically with unilateral ectopic pregnancy.

KEY WORDS: *Ectopic pregnancy.*

Especialista Ginecología y Obstetricia. Jefe sala puerperio
Normal Hospital Materno Infantil. Hospital - Escuela
Médico Residente de Ginecología y Obstetricia, Hospital
Escuela.

INTRODUCCIÓN

El embarazo Tubárico bilateral es de rara ocurrencia; con 200 casos descritos en la literatura aproximadamente (2,3).

Incidencia reportada de 1 en 200,000 nacidos vivos, y dentro de los embarazos ectópicos de 1 en 725 al: 1,580. (4,5).

En 1939 Fishback, consideró como requisitos para referirse a un caso de embarazo extrauterino bilateral auténtico los siguientes:

A.- Hallazgos clínicos compatibles, más la descripción macroscópica de feto ó tejido placentario durante el acto quirúrgico.

B.- Confirmación histopatológico (6). La importancia de este informe es recordar que en cada caso de embarazo extrauterino debemos siempre considerar la posibilidad de que sea bilateral.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una paciente de 25 años de edad, mestiza, primigesta, con vida sexual activa, sin utilización de métodos de planificación, ni historia de enfermedad pélvica inflamatoria; se presentó con 12 semanas de amenorrea, sin prueba de embarazo; con historia de 7 horas de evolución del dolor súbito en hipogastrio, lipotimia, palidez y escaso sangrado transvaginal.

Al examen físico: mal estado general, signos de choque hipovolemico. Abdomen ligeramente distendido con signos de irritación peritoneal, sumamente doloroso a la palpación. Al examen ginecológico palidez marcada en la mucosa vaginal; a la especuloscopia se observó escaso sangrado transvaginal; al tacto intenso dolor a la movilización del cuello uterino, haciendo imposible exploración del útero y anexos por resistencia muscular a la palpación bimanual.

Se solicita hemograma y dos unidades de sangre para practicar laparotomía urgente, no se realizan estudios como ultrasonografía y pelviscopia diagnóstica ya que no contábamos en ese momento con ellos.

En la laparotomía encontramos aproximadamente 3,000 cc de hemoperitoneo. En el anexo izquierdo a nivel de cara posterior de la ampolla se observo ruptura de la trompa y presencia de contenido embrionario.

Procedemos a examinar trompa derecha encontrando a nivel de 1/3 medio presencia de masa de aproximadamente 4 x 4 cm características de tejido trofoblástico no roto.

El útero se encuentra ligeramente aumentado de tamaño, aproximadamente para 8-10 semanas. Se práctica salpingectomía bilateral; posteriormente se práctica ultrasonografía descartándose gestación intrauterina, encontrándose endometrio engrosado.

Ambas muestras fueron enviadas a anatomía patológica reportando embarazo tubárico bilateral.

DISCUSIÓN:

De todos los embarazos extrauterinos 1: 725 - 1: 1,580 son bilaterales (1,4). Desde antes de 1930 ya aparecen múltiples reportes de gestación ectópica bilateral;

Pero inicialmente algunos eran de autenticidad cuestionable. Por lo cuál es esencial que el diagnóstico de embarazo tubárico bilateral sea verificado histológicamente. Fishback estableció en 1939 que remanentes de tejido placentario o fetal sea identificado en ambos tubos para que el diagnóstico de embarazo bi-tubárico sea realizado; una reacción decidua por si sola no es suficiente (6,7).

Norris, modifico el criterio en 1953, determinando que una identificación positiva de vellosidades coriónicas

en ambos tubos es un requerimiento válido para corroborar el diagnóstico (8). En nuestra paciente, el criterio histológico para certificar el diagnóstico fue verificado.

La incidencia de gestaciones múltiples extrauterinas se ha aumentado desde el inicio del uso de terapia farmacológica de inductores de ovulación.

Shenker reporta en estos casos una frecuencia de embarazos múltiples de 18.53%. Es además bien conocido que la incidencia de embarazos ectópicos se ha incrementado también. Por lo tanto cuando es iniciado el tratamiento por infertilidad es esencial que el factor de riesgo de un embarazo ectópico subsecuente sea considerado (5, 7,8,9).

Además, es esencial, que durante la laparoscopia ambas trompas sean inspeccionadas, aún si un embarazo bilateral no ha sido considerado (3, 7, 9).

REFERENCIAS

1. Stewart H.L. Bilateral Ectopic Pregnancy West J. Surg. 1950; 58: 648-656
2. Andersen E.S., Moller NG. Case Report: Bilateral Tubal Pregnancy. Acta Obstet. Gynecol. Scand 1988; 67: 281.
3. Edelstein MC, Morgan MA. Bilateral Simultaneous Tubal Pregnancy: Case report and Review of the literature. Obstet. Gynecol. 1939; 37:1035-1037.
4. Abrams RA Kanter AE. Bilateral Simultaneous Extrauterine Pregnancy. AM.J. Obstet Gynecol. 1948; 56:1198-1,200
5. Schenker JG. et al. Multiple Pregnancies following induction of ovulation. Fértil Steril. 1981; 35:105
6. Fishback HR. Bilateral Simultaneous Tubal Pregnancy Am. J. obstet. Gynecol 1939; 37:1035-1037
7. Merja Kauppi- Ashla et al. Bilateral Tubal Pregnancy A case report and review of the literature European Journal of obstet, Gynecol. Reprod. Biology. 1990.145-147
8. Norris S. Bilateral Simultaneous Tubal Pregnancy Can. Med. Assoc. Journal. 1953; 68: 379
9. Thomas Uwe Diets et al. Combined Bilateral Tubal and Múltiple Intrauterine Pregnancy after Ovulation Induction. Euro. J. of Obst. Gyn. and Reprod. Biol. 1993., 48, 69-71