



# EMBARAZO ECTOPICO BILATERAL ESPONTANEO

## Reporte de un caso



Femenino de 21 años de edad, Gesta 2, Para 1 con antecedente de uso de DIU durante 6 años, retirado hace 10 meses y ciclos menstruales irregulares. Acude al servicio por dolor abdominal súbito e intenso generalizado de 5 hrs de evolución, presentando datos de abdomen agudo y estado de choque hipovolémico, además escaso sangrado transvaginal. Se le realiza prueba inmunológica de embarazo resultando positiva. Se decide Laparotomía Exploradora de urgencia encontrando un hemoperitoneo de aprox. 2000 ml. Se localiza embarazo tubárico derecho roto a nivel ampular con sangrado activo. En salpínges izquierda se observó una dilatación de aprox. 4x4 cm a nivel intersticial sugestiva de probable embarazo tubarico. Se realizó salpingectomía bilateral. La evolución post-quirúrgica de la paciente sin complicaciones, se transfundieron 3 paquetes globulares y 1 plasma. Se egresó al día de su ingreso. El reporte histopatológico reveló presencia de vellosidades coriales en ambas salpínges.



Imagen útero con salpínges derecha rota en región ampular por embarazo ectópico, salpínges izquierda dilatación 4x4cm en nivel intersticial.



### EMBARAZO ECTOPICO BILATERAL

El embarazo ectópico bilateral es un evento raro, sin embargo su incidencia va en aumento, variando entre 1 en 725 a 1 en 1580 del total de los embarazos ectópicos. El primer caso fue publicado en 1918 y desde entonces a la fecha se han reportado más de 200 casos en la literatura mundial.

**Factores de riesgo.** Técnicas de reproducción asistida, Inductores de la ovulación, Enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía sobre las trompas, endometriosis, DIU.

Se produce una alteración anatómica que se traduce en un obstáculo mecánico que impide la correcta vehiculización del huevo hasta el útero.

**Clínica:** Amenorrea, síntomas sugestivos del embarazo, dolor tumoral anaxial. Signos de gravidez, sangrado transvaginal irregular y dolor bajo vientre súbito e intenso en el 90%, lipotimia y choque como consecuencia del hemoperitoneo se presenta en el 20%. Al tacto vaginal dos tercios de las mujeres presentan dolor a la movilización del cuello uterino y en el 50% se puede palpar una masa en los anexos, por lo general muy dolorosa. El fondo del saco de Douglas puede estar abombado o ser muy dolorosa su manipulación.

**Diagnóstico:** Sub-unidad beta de la gonadotropina coriónica humana Progesterona sérica Ultrasonografía (Abdominal y transvaginal) Legrado diagnóstico, Culdocentesis, Paracentesis, Laparoscopia. **Definitivo** se obtiene sólo tras visualizar vellosidades coriónicas en las muestras histopatológicas

**Tratamiento:**  
Laparotomía : Salpingectomía, Salpingostomía, Histerectomía dependiendo de localización y estabilidad hemodinámica de la paciente y gestaciones.  
Laparoscopia. Diagnóstico y terapéutico  
Conservador: Embarazo ectópico no roto y estabilidad hemodinámica, el embarazo debe medir 4 cm mas o menos por Ultrasonido  
Metrotexate, 1 mg/Kg im, días alternos (días 2, 4, 6 y 8) + ácido fólico (días 1,3,5,7,9)

