

## Casos Clínicos

## **Embarazo ectópico bilateral simultáneo tras IAC**

### *Simultaneous bilateral ectopic pregnancy after IUI*

Burgos J, Agirregoikoa JA, Albisu M, Mieza J, Corcostegui B, Prieto B, Ramón O, Matorras R.

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Cruces, Bilbao. Universidad del País Vasco. España.

#### **Resumen**

*Presentamos un caso clínico de embarazo ectópico bilateral simultáneo en una paciente en tratamiento con inseminación artificial conyugal (IAC) en nuestra Unidad de Reproducción Humana. Se trató de un embarazo conseguido en un 6º ciclo, bajo supraestimulación ovárica con gonadotropinas, que fue diagnosticado en la 8ª semana de amenorrea y resuelto laparoscópicamente. Se revisa su frecuencia, sus implicaciones clínicas y su futuro reproductivo.*

**Palabras clave:** Embarazo ectópico. IAC. Reproducción humana

#### **Summary**

*In this report, we present a clinic case of concurrent bilateral ectopic pregnancy in a patient under treatment with intrauterine insemination in our Human Reproduction Unit. It was the 6th IUI cycle under ovarian overstimulation with gonadotropins. It was diagnosed at the 8th week of amenorrhea and treated by laparoscopy. The frequency, the different options of treatment and the reproductive future are reviewed.*

**Key Words:** Ectopic pregnancy, IUI. Human reproduction.

---

**Correspondencia:** Dr. D. Jorge Burgos San Cristóbal  
C/ María Díaz de Haro nº 50 - 5º Dcha.  
48010. Bilbao. Vizcaya. País Vasco. España.  
jburgoss@sego.es

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico bilateral es una entidad muy poco frecuente que se presenta con una incidencia de 1/785 a 1/1550 embarazos ectópicos y 1/200.000 embarazos eutócicos (1). Presentamos un caso de embarazo ectópico bilateral simultáneo en una paciente en tratamiento de esterilidad mediante inseminación artificial conyugal (IAC) en la Unidad de Reproducción Humana de nuestro centro.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 36 años en control en nuestra Unidad de Reproducción Humana por esterilidad primaria de tres años de evolución. Presenta como antecedentes personales colon irritable sin tratamiento, fumadora de 20 cigarrillos al día y un episodio de candidiasis vulvovaginal. Realizó anticoncepción con anticonceptivos orales durante 4 años y posteriormente DIU durante 2 años.

Durante el estudio de esterilidad la laparoscopia diagnosticó un mioma uterino subseroso de 3 mm, trompas normales con paso perezoso del contraste y una endometriosis peritoneal estadio I. La histerosalpingografía fue informada como normal con existencia de flujo en trompa derecha normal y flujo solo hasta fimbrias en la trompa izquierda. El seminograma diagnosticó una astenoteratozoospermia moderada con recuperación apta para cualquier técnica de reproducción asistida. La impresión diagnóstica fue de esterilidad primaria por factor masculino, con un factor tubárico relativo. La pareja fue incluida en el protocolo para inseminación artificial conyugal (IAC).

Se realizaron los 5 primeros ciclos de IAC, según el protocolo de nuestra unidad (2, 3), sin conseguirse gestación. En el sexto ciclo se inicia la estimulación en el 2º día de ciclo, con 225 UI de FSH recombinante (Gonal F®), Laboratorios Serono al día, durante 12 días. El día 13º de ciclo se alcanzan unos niveles de estradiol de 691 pg/ml, visualizándose 3 folículos  $\geq$  de 16 mm, desencadenándose la ovulación con 5000 UI de HCG (Profasi®), Laboratorios Serono). Se realizó una única inseminación intrauterina 36 horas tras la HCG y la fase lútea se suplementó con progesterona micronizada (Utrogestan®), Laboratorios Seid, 200 mg/12 horas durante 15 días).

Posteriormente la paciente acudió a urgencias con ligera metrorragia y dolor en hipogastrio de varios días de evolución. Al ingreso tenía una amenorrea de 8+4 semanas, prueba de embarazo positiva, y hemograma con hemoglobina de 13 g/dl y hematocrito de 38,4 %.

En la ecografía realizada en urgencias se observó un útero vacío de 65 mm, líquido libre en Douglas y en el anejo derecho una tumoración de 26 x 21 mm (figura 1). La paciente fue ingresada con sospecha de embarazo ectópico. Se realizó una laparoscopia objetivándose varios miomas de 2,5 - 1 cm en cara posterior uterina, un hemoperitoneo de 500 cc, una trompa derecha no rota con tumoración anexial en tercio distal de 5 x 3 cm, y una trompa izquierda arrosariada con abundantes coágulos en su interior de 6 x 1,5 cm. Ambos ovarios no presentaban signos patológicos. Con el diagnóstico intraoperatorio de embarazo ectópico bilateral se realizó salpinguectomía bilateral.

El material se remitió al servicio de Anatomía Patológica siendo informado como trompas uterinas



**Figura 1**

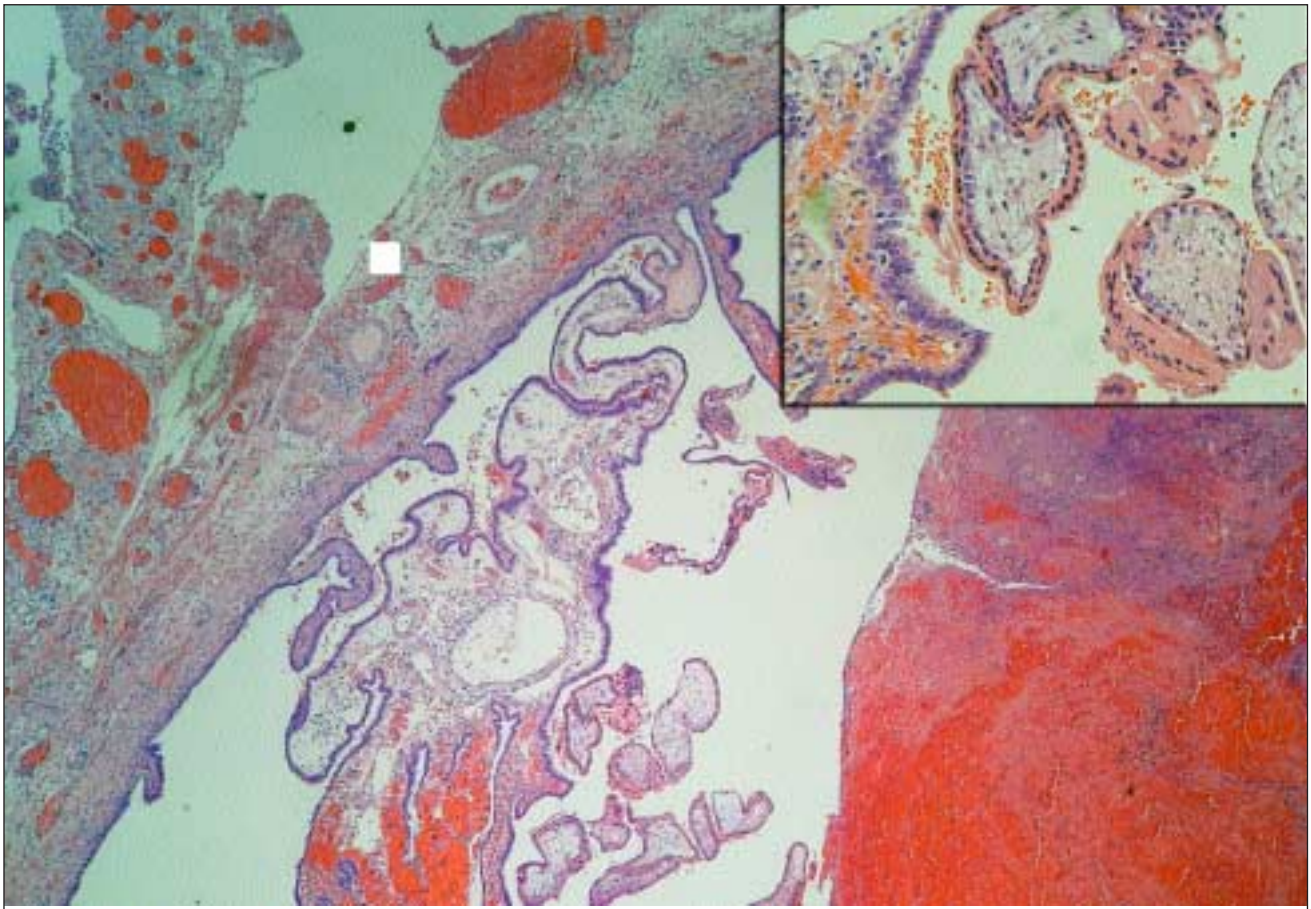
*Imagen ecográfica de embarazo ectópico derecho.  
Hematosalpinx*

dilatadas con hemorragias, placas deciduales y evidencia de vellosidades coriónicas en la luz de ambas trompas confirmando el diagnóstico clínico de embarazo ectópico bilateral (figura 2 y 3).

El postoperatorio evolucionó sin incidentes y la paciente fue dada de alta a las 24 horas de la intervención.

## DISCUSIÓN

La incidencia del embarazo ectópico está aumentando en los últimos años, llegando al 1,6% de los embarazos (4). Este aumento es debido principalmente a dos factores, al aumento de la incidencia de la enfermedad inflamatoria pélvica y a la práctica de técnicas de reproducción asistida. La incidencia de



**Figura 2**

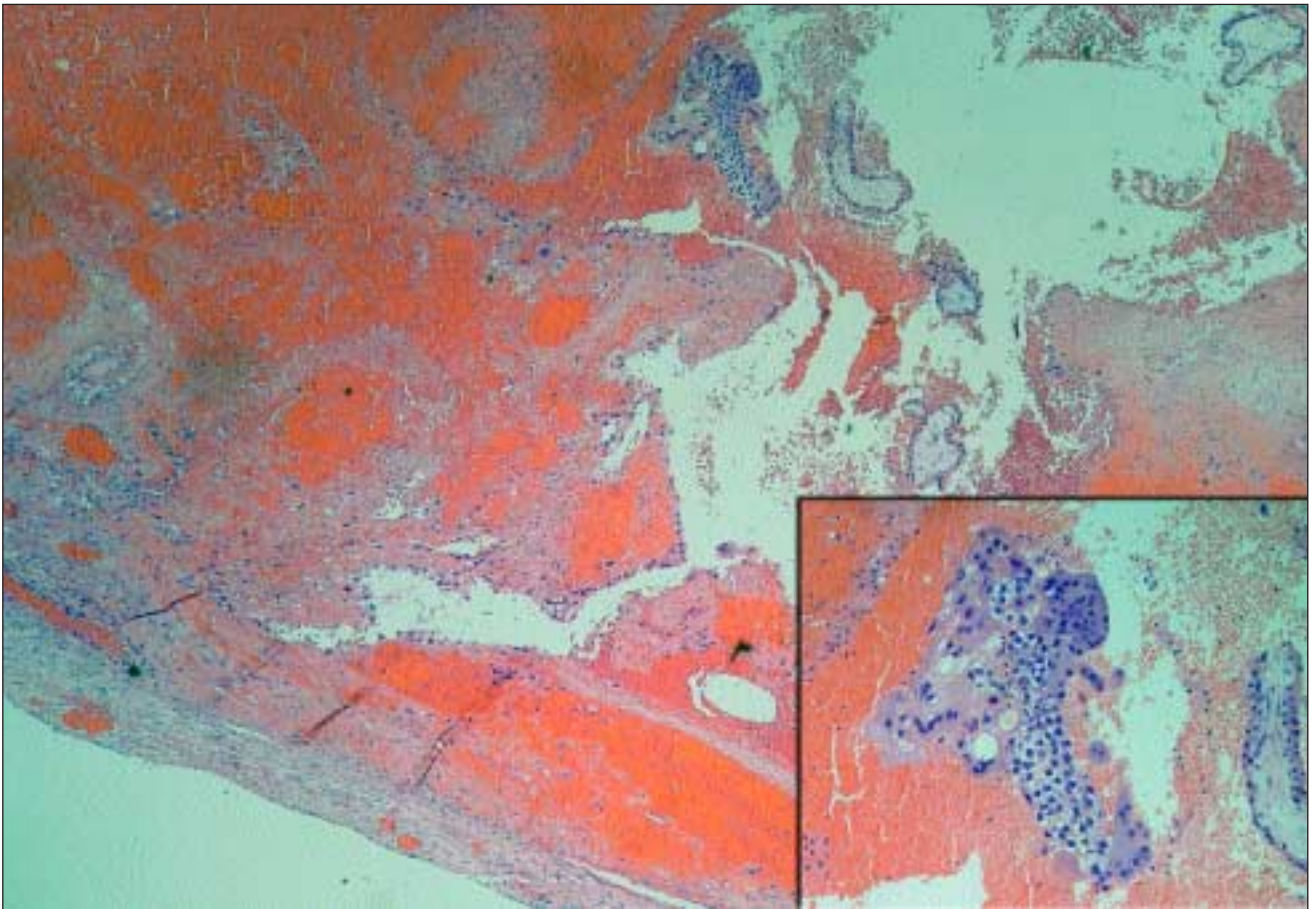
*Embarazo ectópico derecho. Trompa dilatada con sangre, decidua y vellosidades coriónicas. Detalle: Vellosidades coriónicas junto a la mucosa tubárica*

embarazo ectópico en España en I.A.C. es del 1,7% y del 0,2% en I.A.D (5), mientras que en FIV e ICSI oscila entre el 1,3 y el 1,6 % (6).

Los antecedentes de haber padecido enfermedad inflamatoria pélvica multiplican por 6 el riesgo de sufrir un embarazo ectópico (7). Los gérmenes responsables de esta enfermedad, *N. Gonorrhoeae* y fundamentalmente *C. Trachomatis*, generan una salpingitis con o sin adherencias peritoneales que provocan una alteración anatómica que representa un impedimento mecánico al paso del embrión por su migración tubárica. De la misma manera antecedentes de cirugía pélvica, más frecuentemente apendicectomía y cirugía tubárica, desencadenan las mismas alteraciones anatómicas. Otros factores asociados a aumento de riesgo de embarazo ectópico son anticoncepción, tabaquismo, endometriosis, alteraciones cromosómicas, desequilibrios hormonales...

Otro de los factores de riesgo que está cobrando

más importancia en el aumento de incidencia del embarazo ectópico en los últimos años son las técnicas de reproducción asistida. Entre las causas que inciden en este aumento hay que tener en cuenta la alta prevalencia de pacientes con daño tubárico como causa de su esterilidad, por lo que es difícil cuantificar el riesgo inherente a la propia técnica. En este sentido en presencia de un factor tubárico relativo bilateral previo, aunque leve, posiblemente la IAC no fuese la mejor opción terapéutica. Además, está presenta un ambiente hormonal suprafisiológico que puede modificar la motilidad de la trompa y alterar su funcionamiento. Como otros posibles factores predisponentes están el posible efecto del tratamiento con análogos con GnRH sobre factores de motilidad tubárica (8) y la existencia de leiomiomas. Dentro de las técnicas de reproducción asistida la transferencia de embriones es la técnica que más se asocia a la migración del embrión y su implantación ectópica. En este sentido en



**Figura 3**

*Embarazo ectópico izquierdo. Trompa con abundante hemorragia y elementos coriónicos de embarazo. Detalle: Células trofoblásticas junto a pequeña vellosidad coriónica*

los ciclos FIV también se ha descrito una mayor frecuencia de embarazos heterotópicos (9). El volumen del medio de transferencia parece ser un factor relacionado (spray effect) (8).

El diagnóstico de embarazo ectópico se basa en la clínica y en la exploración ecográfica. La laparoscopia cumple un papel diagnóstico terapéutico. En nuestro caso la primera impresión diagnóstica fue el embarazo ectópico derecho, no sospechando en primera instancia el embarazo ectópico bilateral dada su escasa frecuencia y la ausencia de signos ecográficos. Posteriormente en la laparoscopia se observó la presencia de signos macroscópicos de patología tubárica izquierda.

En general se acepta que los planteamientos conservadores (médicos o quirúrgicos) son el tratamiento de elección en mujeres con potencial deseo de fertilidad (10). En nuestro caso se decidió por cirugía más radical sin conservar las trompas por varios motivos.

En primer lugar por el tamaño de ambas trompas era más indicado realizar una cirugía radical. Además era una paciente con un factor tubárico relativo, predisponente de la patología presente. Por otra parte, nosotros somos partidarios de la salpinguectomía dado que, una trompa que ha demostrado presentar algún factor favorecedor para padecer un embarazo extrauterino, tras la cirugía, no solo no lo vamos a eliminar sino que añadimos otros dos factores más, el antecedente de embarazo extrauterino y la cirugía sobre la trompa. En general se refiere que las probabilidades de embarazo uterino en pacientes con embarazo ectópico tratado conservadoramente son del 24-60% (11) de los embarazos.

Por ello en una paciente previamente estéril, con una probabilidad de concepción natural de por sí disminuida, la posibilidad de embarazo viable es muy pequeña. Por otra parte, en el caso que nos ocupa la opción terapéutica tras el fracaso de IAC era la fertili-

zación in vitro, independientemente del estado de las trompas. Además la permanencia de unas trompas lesionadas podría incrementar el riesgo de embarazo ectópico en el ciclo FIV.

Finalmente queremos llamar la atención sobre la necesidad de, en toda laparoscopia diagnóstica, realizar una inspección completa de todo el aparato genital (y de las estructuras colindantes), siempre que sea posible técnicamente. Si ello no hubiera sido realizado en nuestro caso, el segundo ectópico no habría sido diagnosticado en su momento, con lo que el curso clínico de la paciente hubiera sido mucho más complicado, realizándose el diagnóstico definitivo notablemente más tarde.

### BIBLIOGRAFÍA

1. **Al-Awwad MM, Al Daham N, Eset J.S.:** Spontaneous unruptured bilateral ectopic pregnancy: conservative tubal surgery. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54:543-4.
2. **Matorras R, Recio V, Corcóstegui B, Rodríguez-Escudero FJ.:** Recombinant human follicle stimulating hormona versus highly purified urinary FSH: a randomised study in intrauterine insemination with husbands sperm. *Hum Reprod* 2000; 15:1231-1234.
3. **Matorras R, Pérez C, Corcóstegui B, Pijoan JI, Ramón O, Delgado P, Rodríguez-Escudero FJ.:** Treatment of the male with follicle stimulating hormone in intrauterine insemination with husband's spermatozoa: a randomized study. *Hum Reprod* 1997; 12:24-28.
4. **Matorras R, García A.:** Tratamiento no quirúrgico del embarazo ectópico. *Progr Obstet Ginecol* 1997; 40:379-400.
5. **Ballescá JL, Matorras R, Viscasillas P, Peinado JA, Romeu A, Coroleu V, Bernabeu R, Cuadrado C, Martínez L, Palumbo A.:** Registro de inseminaciones (IAC-IAD). Sociedad Española de Fertilidad. Año 1999. *Rev Iberoam Fértil* 2002; 19:41-47.
6. **Matorras R, Ballescá JL, Viscasillas P, Peinado JA, Romeu A, Coroleu V, Bernabeu R, Cuadrado C, Martínez L, Palumbo A.:** Registro FIV-ICSI. Sociedad Española de Fertilidad. Año 1999. *Rev Iberoam Fértil* 2002; 19:33-44.
7. **Enfermedad Inflamatoria pélvica.** Protocolo asistencial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Noviembre 2000.
8. **Klipstein S, Oskowitz SP.:** Bilateral ectopic pregnancy after transfer of two embryos. *Fertil Steril* 2000; 74:887-8.
9. **Lure M, Matorras R, Mendoza R, Rodríguez-Escudero FJ.:** El embarazo heterotópico en la fecundación in vitro. *Rev Iberoam Fértil* 2001; 18:133-136.
10. **González A, Aragón MJ, Herreros JA.:** Pronóstico reproductivo tras el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico. *Rev Iberoam Fértil*. 2000; 17:309-312.
11. **Sieglar AM, Wang CF, Westoffc.:** Management of unruptured ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 1981; 36:99-605.