

Gestación ectópica gemelar viable en trompa única: un hallazgo ecográfico excepcional

Paula Hernández Vecino*, Blanca Grande Rubio*, María Calvo Albarrán*, Beatriz Gómez Rodríguez**

*MIR. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)

**LES. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)

Correspondencia: Paula Hernández Vecino. phernandezve@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: La gestación ectópica representa entre el 1% y el 2% de todos los embarazos, siendo la trompa de Falopio su localización más frecuente. La variante gemelar tubárica es una entidad excepcional, con una incidencia estimada de 1 por cada 125.000 embarazos. El antecedente de cirugía tubárica incrementa el riesgo de recurrencia, aunque su diagnóstico suele ser tardío por la ausencia de síntomas específicos.

Exposición del caso: Mujer de 37 años, quintigesta y secundípara, con antecedente de salpinguectomía derecha diez meses antes por embarazo ectópico, acude asintomática a urgencias tras diagnóstico ecográfico de gestación ectópica. La ecografía transvaginal mostró útero con endometrio decidualizado y, adyacente al ovario izquierdo, una trompa dilatada que contenía dos sacos gestacionales con embriones viables de 6+5 y 6+6 semanas. Se realizó salpinguectomía izquierda laparoscópica urgente sin incidencias. El estudio anatomopatológico confirmó gestación ectópica tubárica gemelar. La evolución postoperatoria fue favorable.

Diagnóstico y discusión: La coexistencia de dos embriones viables en una misma trompa es extremadamente infrecuente. Su diagnóstico requiere alta sospecha clínica y ecografía de alta resolución, incluso en pacientes asintomáticas. En presencia de embriones con actividad cardíaca, el tratamiento quirúrgico mediante salpinguectomía constituye la opción más segura. Este caso ilustra la posibilidad de recurrencia de gestación ectópica tras salpinguectomía contralateral y la importancia del diagnóstico precoz para prevenir complicaciones graves.

PALABRAS CLAVE

Gestación ectópica tubárica, gestación gemelar, trompa de Falopio, salpinguectomía, laparoscopia.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La gestación ectópica (GE) se define como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial, siendo la trompa de Falopio su localización más frecuente, con una incidencia estimada del 95-97 % de los casos. Representa entre el 1 y el 2 % de todos los embarazos, aunque su prevalencia ha mostrado un incremento paralelo al uso de técnicas de reproducción asistida, cirugías tubáricas y enfermedades inflamatorias pélvicas [1,2,3].

La gestación ectópica gemelar tubárica constituye una entidad excepcional, con una incidencia aproximada de 1 por cada 125.000 embarazos y 1 por cada 200-300 gestaciones ectópicas [4]. La coexistencia de dos embriones viables implantados en la misma trompa es un hallazgo extremadamente raro y plantea un reto diagnóstico y terapéutico. En la mayoría de los casos descritos, el diagnóstico se realiza de forma intraoperatoria o tras la rotura tubárica, dada la inespecificidad de la clínica y la escasa sospecha inicial [1,3].

El manejo quirúrgico mediante salpinguectomía sigue siendo el tratamiento de elección en casos con embriones viables o cuando existe riesgo de rotura. La alternativa conservadora con salpingostomía o tratamiento médico con metotrexato solo se considera en casos muy seleccionados y con diagnóstico precoz,

dada la mayor complejidad anatómica y el riesgo de hemorragia asociado a las formas gemelares [5]

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de gestación ectópica tubárica gemelar izquierda en una paciente con antecedente de salpinguectomía contralateral, enfatizando los mecanismos fisiopatológicos implicados, las consideraciones diagnósticas ecográficas y el abordaje quirúrgico adecuado ante una situación de presentación infrecuente pero potencialmente grave.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 37 años que acude a urgencias tras haber sido diagnóstica de gestación ectópica en revisión rutinaria en centro privado. Quintigesta y secundípara (parto instrumental hace 15 años) de 7+2 semanas sin antecedentes médicos de interés salvo salpinguectomía derecha 10 meses antes por gestación extrauterina accidentada.

La paciente acude a urgencias asintomática, no dolor abdominal ni sangrado vaginal.

A la exploración física la paciente está normotensa con resto de constantes normales, presenta abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial.

Genitales externos y vagina normoconfigurados con flujo fisiológico.

Al realizar ecografía transvaginal se objetiva un útero en anteversoflexión de 82x46mm con endometrio de aspecto deciduizado de 14,6mm [imagen 1]. Ovario derecho de ecoestructura normal y tamaño 28,8mm. Ovario izquierdo de 26,1mm con imagen sugestiva de cuerpo lúteo [imagen 2], sin embargo, adyacente al mismo se visualiza imagen redondeada muy probablemente compatible con trompa de Falopio izquierda dentro de la cual se objetivan dos sacos gestacionales con dos embriones de Crown-Rump Length o Longitud Céfalo-Caudal (CRL) 7,8mm y acorde a 6+5 semanas [imagen 3] y CRL 8,9mm, acorde a 6+6 semanas [imagen 4] ambos con latido cardíaco fetal positivo [imagen 5]. El diámetro total de la posible gestación ectópica es de 18,4x14,1mm [imagen 6]. No se visualiza líquido libre en la ecografía.

Ante dichos hallazgos se solicita analítica sanguínea completa y se realiza salpinguectomía izquierda de manera urgente vía laparoscópica. Se visualiza una cavidad abdominal normal, sin líquido libre ni coágulos sanguíneos, con trompa izquierda ligeramente aumentada de tamaño que se reseca sin incidencias y se remite a anatomía patológica para su estudio. El postoperatorio cursa dentro de la normalidad y la paciente es dada de alta.

Se realiza una consulta de revisión a las tres semanas donde la paciente refiere encontrarse asintomática, las heridas quirúrgicas presentan buen aspecto y el resultado de la anatomía patológica evidencia que efectivamente se trataba de una gestación ectópica tubárica gemelar izquierda

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

El diagnóstico de una gestación ectópica tubárica gemelar supone un desafío clínico de primer orden debido a su baja incidencia y a la inespecificidad de la sintomatología inicial. La mayoría de los casos descritos en la literatura se diagnostican de forma intraoperatoria o tras la rotura tubárica, lo que confiere a este tipo de presentación un elevado riesgo de hemorragia y morbilidad materna [2,4].

Desde un punto de vista fisiopatológico, se han postulado diversos mecanismos implicados en la implantación tubárica. Entre ellos destacan la alteración de la motilidad ciliar, el daño estructural de la mucosa tubárica secundario a procesos inflamatorios o quirúrgicos, y los cambios en la expresión de moléculas de adhesión endometrial que facilitan la implantación ectópica. En el caso particular de la paciente presentada, el antecedente de salpinguectomía contralateral previa probablemente contribuyó al fenómeno de fecundación y transporte ovular contralateral, mediante migración espermática transperitoneal o transporte ovular hacia la trompa contralateral, mecanismos ya documentados en la literatura [6].

El desarrollo de dos embriones viables en una misma trompa de Falopio puede explicarse por la fecundación simultánea de dos ovocitos con implantación en un mismo segmento tubárico, o bien por la división monocigótica temprana de un único embrión ya implantado. En ambos escenarios, el crecimiento embrionario dentro de una estructura anatómicamente limitada aumenta de forma exponencial el riesgo de rotura tubárica precoz, incluso en ausencia de sintomatología evidente [4,7].

En los últimos años, la ecografía transvaginal de alta resolución se ha consolidado como el método diagnóstico de elección. Los signos ecográficos clásicos de gestación ectópica incluyen la ausencia de saco gestacional intrauterino, la presencia de una masa anexial compleja y, en casos avanzados, la visualización directa de embrión con actividad cardíaca extracavitaria, que constituye un criterio diagnóstico definitivo [8,9]. En este caso, la detección de dos sacos gestacionales con latido fetal positivo en la trompa izquierda permitió establecer el diagnóstico antes de la rotura y decidir un manejo quirúrgico

inmediato, lo que fue determinante para evitar complicaciones hemorrágicas graves.

Respecto al tratamiento, la elección depende del estado hemodinámico de la paciente, la viabilidad embrionaria, el tamaño de la masa y el deseo reproductivo. El tratamiento médico con metotrexato es eficaz en casos seleccionados de gestación ectópica única, pequeña y no viable; sin embargo, su uso en gestaciones múltiples o con actividad cardíaca es limitado por la menor tasa de éxito y el mayor riesgo de rotura posterior [8,10]. Por ello, en la mayoría de los casos descritos de gestación ectópica gemelar viable, como es el caso de la paciente presentada, se opta por el tratamiento quirúrgico mediante salpinguectomía, que ofrece un control definitivo y minimiza el riesgo de recurrencia [10,11,12].

Desde una perspectiva pronóstica, la recurrencia de gestación ectópica tras cirugía tubárica se estima entre el 5 y el 15%, dependiendo del tipo de procedimiento y de la integridad de la trompa contralateral. La preservación de una trompa puede mantener la fertilidad espontánea, pero también incrementa el riesgo de nuevo embarazo ectópico, lo que hace esencial el seguimiento ecográfico precoz en mujeres con antecedentes similares [12]

En conclusión, este caso resalta la necesidad de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica ante pacientes con antecedentes de embarazo ectópico, incluso si presentan una única trompa funcional. La combinación de ecografía transvaginal precoz, interpretación clínica minuciosa y abordaje quirúrgico oportuno resulta fundamental para evitar complicaciones potencialmente fatales. Además, aporta evidencia sobre la posibilidad real de recurrencia tras salpinguectomía contralateral y la importancia de un asesoramiento reproductivo personalizado en este perfil de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Samha R, AlAwad Y, Wardeh AM, Ibrahim A, Abo Moughdeb AK. A unilateral twin ectopic pregnancy in the fallopian tube: a rare case report. *Int J Surg Case Rep.* 2023;111:108833. doi:10.1016/j.ijscr.2023.108833.
2. Zhang Y, Lu X, Wang X, Wu X, Jing X, Cui X. Unilateral twin ectopic pregnancy after frozen embryo transfer: a case report. *Int Med Case Rep J.* 2023;16:731-737. doi:10.2147/IMCRJ.S409492.
- 3.Lambert JR, Calixto GL, Guidoni RG, Lira ERMF, Carvalho de Arruda Veiga E. Unilateral twin tubal ectopic pregnancy after intrauterine insemination – case report. *J Gynecol Res Rev Rep.* 2023;5(6):2-4. doi:10.47363/JGRRR/2023(5)185.
- 4.Al-Attas MA, Alnaqla HS, Alshammari F. Unilateral tubal twin ectopic pregnancy: a rare case. *Oman Med J.* 2024;39(3):e220. doi:10.5001/omj.2024.36.
- 5.Aubert Agostini G, Legendre G, Margueritte F, Colas A, Lamblin G, Miguet Bensouda C, et al. Therapeutic management of tubal ectopic pregnancies: clinical practice guidelines of CNGOF and SCGP. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2025;53(11):1023-1035.
- 6.Jing M, Zhang R, Zhao W. Interstitial pregnancy outcomes in correlation with history of ipsilateral tubal surgery: a retrospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 2025;311:775-780.
- 7.Al-Attas MA, Alnaqla HS, Alshammari F. Spontaneous unilateral twin live ectopic pregnancy: a systematic review of reported cases, diagnostic challenges, and management approaches. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2024;2024:5543780. doi:10.1155/2024/5543780.
- 8.National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE guideline NG126. London: NICE; 2019 [updated 2023 Aug 23].
- 9.National Institute for Health and Care Excellence. Evidence review: diagnostic accuracy of ultrasound features for tubal ectopic pregnancy. London: National Guideline Alliance; 2018 Dec.
- 10.Forbes LA, Nuthivana N, Morales R. Successful management of spontaneous unilateral twin ectopic pregnancy with two-step dose of methotrexate. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2024;2024:5543780. doi:10.1155/2024/5543780.
- 11.Zheng M, Peng Y, Cai P, et al. Surgical treatment of fallopian tubal pregnancy and interstitial pregnancy has no differential effect on intrauterine pregnancy after in vitro fertilization-embryo transfer. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2024;24:762. doi:10.1186/s12884-024-06943-9.
- 12.Dooley WM, Farren J, De Braud LV, Solangon SA, Thanatsis N, Al Wattar BH, Jurkovic D. Interpregnancy interval and risk of recurrence following tubal ectopic pregnancy: retrospective cohort study from UK tertiary centre. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2023;61(3):361-367. doi:10.1002/uog.29262.



Imagen 3. Embrión CRL 7,8mm, acorde a 6+5 semanas, en paraovario izquierdo



Imagen 4. Región paraanexial izquierda donde se visualiza embrión de 8,9mm acorde 6+6 semanas.

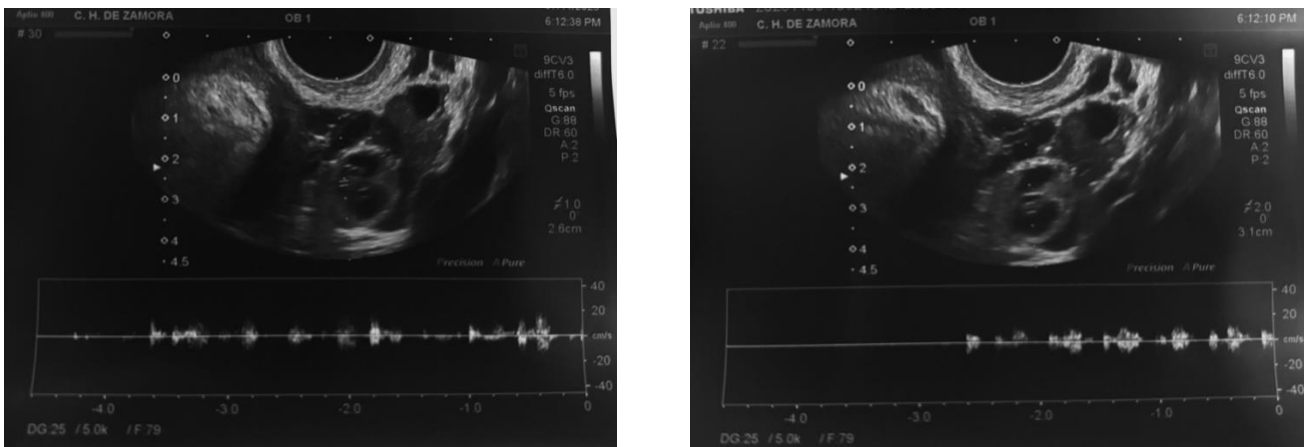


Imagen 5. Ambos embriones con latido cardiaco fetal positivo



Imagen 6. Diámetro total de la gestación ectópica de 18,4x14,1mm