



Rotura uterina de un embarazo cornual: una urgencia obstétrica

Belén Carazo Hernández,* Beatriz Rojas Pérez-Ezquerra,** Alejandro Sanz López,* Marta Garcés Valenzuela*

RESUMEN

La gestación cornual es una variedad poco frecuente de embarazo ectópico. El diagnóstico de esta afección es difícil, porque en la exploración ecográfica el feto generalmente parece localizarse dentro del útero. La gestación cornual es más peligrosa que otros tipos de embarazo ectópico porque una hemorragia aguda puede tener lugar durante una rotura cornual. Se comunica el caso clínico de una paciente con rotura uterina a las 14 semanas de gestación causada por embarazo ectópico cornual.

Palabras clave: diagnóstico, edad gestacional, embarazo ectópico, rotura uterina, hemorragia.

ABSTRACT

Cornual pregnancy is a rare type of ectopic pregnancy. Its diagnosis is challenging as the fetus usually appears as being inside the uterus on ultrasound scanning. Cornual pregnancy is more dangerous than other forms of ectopic pregnancy since a severe maternal hemorrhage can result during a cornual rupture. A case of a uterine rupture in a 14-week cornual pregnancy is reported.

Key Words: diagnosis, gestational age, ectopic pregnancy, uterine rupture, hemorrhage.

RÉSUMÉ

La gestation cornual est une variété peu fréquent de grossesse ectopique. Le diagnostic de cette affection est difficile, car, dans l'exploration seront le fœtus généralement semblé localisées dans le cadre du utérus. La gestation cornual est plus dangereuse que d'autres types de grossesse ectopique parce qu'une hémorragie aiguë peut avoir lieu au cours d'une rupture cornual. La Commission est informée le cas clinique du patient avec une rupture utérine aux 14 semaines de gestation causée par grossesse ectopique cornual.

Mots clés: diagnostic, âge gestationnel, grossesse ectopique, rupture utérine, saignement.

RESUMO

A gravidez cornual é uma invulgar variedade de gravidez ectópica. O diagnóstico desta enfermidade é difícil, porque no exame ultra-sonográfico o feto geralmente parece ser localizado dentro do útero. A gravidez cornual é mais perigoso do que outros tipos de gravidez ectópica devido a hemorragia aguda pode ocorrer durante uma pausa cornual. Comunica o caso clínico de um paciente com rotura uterina com 14 semanas de gestação causada por cornual gravidez ectópica.

Palavras-chave: diagnóstico, idade gestacional, gravidez ectópica, rotura uterina, hemorragia.

* Facultativo especialista del área del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza, España.

** Facultativo especialista del área del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Comarcal de Barbastro. Huesca, España.

Correspondencia: Dra. Belén Carazo Hernández. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Calle San Juan Bosco 15, Zaragoza 50009, España. Correo electrónico: mbcarazo@salud.aragon.es

Recibido: 7 de mayo 2012. Aceptado: 7 de junio 2012.

Este artículo debe citarse como: Carazo-Hernández B, Rojas-Pérez-Esquerra B, Sanz-López A, Gárces-Valenzuela M. Rotura uterina de un embarazo cornual: una urgencia obstétrica. Ginecol Obstet Mex 2012;80(7):491-494.

www.nietoeditores.com.mx

El embarazo ectópico cornual o intersticial, que representa de 2 a 4% de todas las gestaciones ectópicas, ocurre cuando el embrión se implanta en el cuerno uterino, cerca de la porción intersticial tubárica junto al *ostium* interno de la trompa de Falopio.^{1,2} El sitio del embarazo ectópico cornual se caracteriza por intensa vascularización y gran distensibilidad miometrial. Estas características facilitan que la rotura en este tipo de embarazo sea tardía y mortal, por la cercanía de las arterias uterinas en su rama ascendente.^{3,4,5} La gestación cornual o intersticial tiene una mortalidad tan alta que puede llegar a 2.5%.^{6,7}

Se reporta el caso de una paciente de 37 años que sufrió una rotura uterina con una importante afectación hemodinámica a consecuencia de un embarazo ectópico cornual.

CASO CLÍNICO

Secundigesta primípara de 37 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió al servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa a las 12 semanas de embarazo (según la fecha de su última menstruación) porque sufría de síncope e intenso dolor abdominal que había comenzado súbitamente. La paciente aún no había realizado la primera consulta de control gestacional.

La paciente estaba consciente, orientada, con taquicardia (126 latidos por minuto) e hipotensión (tensión arterial: 60/40 mmHg). Mostraba mal estado general e intensa palidez de piel y mucosas. Ante la significativa afectación hemodinámica se inició la administración de expansores de volumen y fluidoterapia parenteral al momento de su llegada.

En la exploración ginecológica, el abdomen se encontró distendido, timpanizado, blando y con dolor en reposo. En la ecografía ginecológica de urgencia se identificó un gran hemoperitoneo, dentro del que se encontraba libre un feto sin latido cardíaco, con biometría fetal acorde con 14 semanas (dos semanas mayor de la edad gestacional calculada según la fecha de la última menstruación).

Debido a la clínica y a los hallazgos exploratorios y ecográficos, se decidió practicar una laparotomía exploradora urgente y se comenzó inmediatamente la transfusión de hemoderivados.

En la intervención quirúrgica, tras la apertura de la pared abdominal, se descubrió un hemoperitoneo de aproximadamente 4,500 mL y un feto de casi 14 semanas sin signos vitales que se encontraba libre en la cavidad abdominal, lo que confirmaba los resultados ecográficos. Se identificó la extensa rotura uterina que afectaba al cuerno uterino derecho y sangraba abundantemente. También se identificó tejido trofoblástico en el abdomen que procedía y salía del cuerno uterino derecho. Dada la gran extensión de la lesión uterina, se realizó una histerectomía subtotal simple, sin incidencias. Durante la intervención quirúrgica se hizo la transfusión de cuatro unidades de concentrados de hematíes y dos unidades de plasma. La paciente tuvo una óptima evolución clínica

postoperatoria y se le dio de alta hospitalaria el séptimo día posterior a la intervención.

El informe anatopatológico explica cómo el segmento uterino que iba del fondo uterino al cuello tenía 9 cm de longitud, 9 cm de anchura y 5 cm de grosor. El endometrio alojaba glándulas festoneadas revestidas por un epitelio con abundante secreción de glucógeno que, en muchas zonas, parecía agotado. En la porción anterior había una penetración del endometrio y una rotura del miometrio.

En la descripción anatopatológica del feto y la placenta se describen restos placentarios de 6 × 6 cm y 22 g de peso, con vellosidades coriales con un tallo conectivo ligeramente edematoso y revestimiento trofoblástico sin particularidades. El feto tiene una longitud de 8.5 cm y 17 g de peso. Las preparaciones correspondientes al feto demuestran la avanzada madurez visceral generalizada. Como diagnóstico anatopatológico final, se reportaron: rotura uterina, endometrio de tipo gestacional, restos placentarios y fetales (Figuras 1 y 2).

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico intersticial o cornual es una de las variedades de gestación ectópica menos frecuentes. En el último siglo, la mortalidad causada por los embarazos

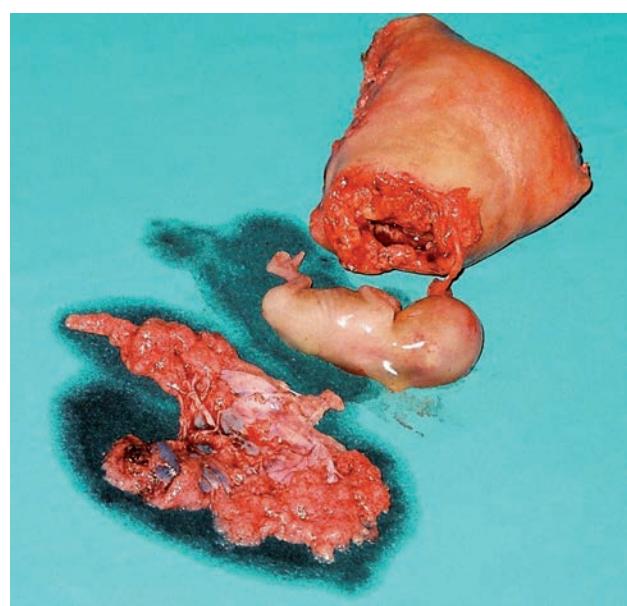


Figura 1. Rotura uterina en el cuerno uterino derecho con el feto y los restos placentarios.



Figura 2. Visión cercana del feto y del útero con morfología anormal debido al crecimiento del cuerno derecho y a la rotura uterina.

ectópicos ha disminuido, pero no la mortalidad por embarazo ectópico cornual porque el crecimiento de la gestación y la rotura de la zona de implantación, localizada en la proximidad del trayecto ascendente de los vasos uterinos, pueden producir una hemorragia intraabdominal masiva que puede ser mortal.⁸

Los factores de riesgo asociados con embarazo ectópico cornual son: antecedente de cirugía pélvica previa, enfermedad pélvica inflamatoria, anomalías estructurales uterinas y uso de técnicas de reproducción asistida. En el caso clínico que nos ocupa, no había ningún factor de riesgo previo.

La clínica del embarazo cornual es muy variable; puede ir desde cuadros asintomáticos hasta situaciones clínicas de choque hipovolémico. Generalmente, los síntomas y signos de este padecimiento son semejantes a los de otras gestaciones ectópicas con antecedentes de amenorrea, sangrado genital escaso y dolor abdominal. El caso clínico que presentamos se caracteriza por no haber tenido síntomas previos y por un cuadro clínico de choque hemodinámico, debido a un gran hemoperitoneo, que amenazaba la vida de la paciente.

En la actualidad se dispone de medios diagnósticos como la ecografía transvaginal o las determinaciones séricas de la fracción β de la gonadotropina coriónica humana, pero el diagnóstico temprano del embarazo cornual aún es complejo. En las etapas tempranas de este padecimiento, los resultados ecográficos característicos son la visualización ecográfica de la cavidad uterina vacía y del lecho miometrial adelgazado que rodea al saco gestacional. En la exploración ecográfica el saco gestacional se localiza lateralmente en el *fundus* uterino, a una distancia de al menos un centímetro del borde más lateral de la cavidad uterina.⁹

La importancia del diagnóstico temprano del embarazo ectópico cornual reside en tratar este padecimiento conservadoramente antes de que aparezca alguna complicación. Debido a que el tratamiento quirúrgico de este padecimiento se asocia con morbilidad y efectos perjudiciales a la fertilidad, se introdujeron nuevas formas de tratamiento más conservadoras. El diagnóstico temprano de este padecimiento y el rápido desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva han permitido tratamientos quirúrgicos y médicos más conservadores.

Tradicionalmente, el tratamiento de elección en pacientes con embarazo ectópico cornual ha sido la resección cornual o la histerectomía mediante laparotomía. No obstante, en los últimos años se han desarrollado distintas técnicas quirúrgicas como: resección cornual laparoscópica, salpingostomía con posterior legrado cornual, incisión miometrial con ulterior aspiración del trofoblasto y evacuación guiada por histeroscopia.

El tratamiento médico del embarazo cornual se basa en la administración de metotrexato a dosis de 50 mg/m^2 por vía sistémica (vía intramuscular), preferible a la administración local en la zona intersticial por la gran vascularización de ésta. Otra opción de tratamiento médico es la administración de cloruro potásico directo en el corazón del feto o en el saco cornual. Esta segunda alternativa de tratamiento médico se indica únicamente en el caso de embarazos heterotópicos para evitar el efecto teratogénico del metotrexato. Hay reportes de embolización de las arterias uterinas como otra opción terapéutica ante la posibilidad de fracaso del tratamiento médico, ya que la oclusión de las ramas ascendentes de las arterias uterinas mediante este procedimiento puede causar necrosis trofoblástica.⁴ En el caso presentado se optó por la histerectomía subtotal simple mediante laparotomía, por la gran extensión de la rotura cornual.

No hay estudios concluyentes del estado de la cicatriz tras la resección cornual y por ello no es posible evaluar la probabilidad de que las pacientes con rotura uterina de embarazo cornual logren un nuevo embarazo. Se duda de la calidad miometrial en el caso de tratamiento médico con metotrexato. De cualquier modo, si ocurre un embarazo posterior, se recomienda una intervención cesárea electiva antes de comenzar el trabajo de parto.⁴

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de embarazo ectópico cornual es difícil. Debe sospecharse una gestación ectópica ante la tríada clínica de amenorrea, dolor abdominal y sangrado genital. Tras la sospecha clínica, métodos diagnósticos como la exploración física, la cuantificación de la subunidad β de la hormona gonadotropina coriónica humana y la exploración ultrasonográfica juegan un papel determinante en el diagnóstico de embarazo cornual porque permiten el diagnóstico temprano, que puede disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad características de este padecimiento.

Los tratamientos tradicionales de la gestación cornual han sido la resección cornual y la histerectomía, que limitan la futura función reproductora. El tratamiento médico, que se indica en ausencia de rotura uterina y con una situación hemodinámica no comprometida, elimina el riesgo inherente a la cirugía y a la anestesia, con resultados similares a los quirúrgicos y evita su efecto negativo sobre la fertilidad.

REFERENCIAS

1. Araujo E, Marques S, Rodríguez C. Three dimensional transvaginal sonographic diagnosis of early and asymptomatic interstitial pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2007;275:207-210.
2. Cortés AA, García LE, Audifred SJ, González RPA. Embarazo cornual. Manejo laparoscópico y presentación de un caso. Ginecol Obstet Mex 1999;67(7):300-301.
3. Ramírez AL, Nieto GLA, Escobar VA, Cerón SMA. Embarazo ectópico cornual. Comunicación de un caso y revisión retrospectiva de cinco años. Ginecol Obstet Mex 2007;75:219-223.
4. Luengo-Taberner A, Zornoza-García V, Luengo-Harto S, Lajas-Susañó JA. Embarazo ectópico cornual. Tratamiento eficaz con dosis única de metotrexato. Clin Invest Ginecol Obstet 2009;36(5):190-192.
5. Juárez Azpilcueta A, Chávez Mercado L. Ruptura uterina por embarazo ectópico intersticial del segundo trimestre. Gac Méd Méx 2003;139(2):158-159.
6. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. Fertil Steril 1999;72(2):207.
7. Tulandi T, Vilos G, Gomel V. Laparoscopic treatment of interstitial pregnancy. Obstet Gynecol 1995;85(3):465-467.
8. Navarro M, Espadas B. Ruptura de embarazo ectópico cornual en segundo trimestre de gestación. Clin Invest Ginecol Obstet 2008;35(6):228-230.
9. Brome J, Vancaillie T, Torode H. Conservative treatment of interstitial pregnancy. Gynaecol Endosc 1999;8:1-4.