

Caso clínico

**Embarazo ectópico cornual,
reporte de un caso y revisión de literatura**

Jorge Zepeda Zaragoza,¹ Marco López Salas,² Carlos Briones Landa,³ Sergio Domínguez Cortés,³
Mariana Hernández Ruiz,³ Karen Padilla de la Paz³

¹ Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia.

² Médico adscrito del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

³ Médicos residentes de 4º año de la Especialidad de Ginecología,
Servicio de Ginecología.

Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

Introducción

La gestación intersticial es una rara forma de embarazo tubario, asociada a una alta morbilidad y mortalidad.¹ Sólo del 2-4% de los embarazos ectópicos se desarrollan en la región intersticial de la trompa.^{2,3} Los embarazos intersticiales son muy temidos por estar asociados a hemorragia intraabdominal que amenaza la vida, con una mortalidad del 2-5%.^{4,5} La porción intersticial de la trompa de Falopio es la porción proximal que está dentro de la pared muscular del útero, tiene un diámetro de 0.7 mm y de 1-2 cm de largo. Su localización conduce a problemas mayores; primero, el embarazo cornual a menudo es diagnosticado tardíamente en el curso de la gestación; segundo, está localizado directamente sobre la rama ascendente de la arteria uterina. Estos factores son el mayor riesgo de la hemorragia, en contraste con el embarazo tubario clásico.⁶ La ruptura del útero puede ocurrir en el 20% de los casos cuando el embarazo va más allá de las 12 semanas de amenorrea y se cree que ocurre tardíamente por el grosor de la pared uterina.⁷

Caso clínico

Paciente de 32 años, primigesta, con opsomenorrea de 6.6 semanas. Refiere síntomas de presunción del embarazo a su médico general, por lo que se solicitó prueba inmunológica de embarazo, resultando positiva. Como parte del envío al Servicio de Ginecología, se realizó ultrasonido obstétrico donde se reportó embarazo ectópico cornual derecho de 5.6 semanas de gestación además de mioma subseroso de 32 x 26 mm, con niveles séricos de fracción beta de hormona gonadotrofina de 11,119 µ/mL, biometría hemática normal y resto de prenatales sin alteración aparente. A la exploración física hemodinámicamente estable, a la inspección sin patología aparente y en abdomen se ausculta peristalsis normal, a la palpación es plano, blando, con dolor a la pal-

pación en fosa iliaca derecha de moderada intensidad, sin datos de irritación peritoneal, no se detectan masas, percusión sin datos patológicos. A la inspección de genitales sin pérdidas vaginales, con cérvix macroscópicamente hipertrofico, sin escurrimientos y al tacto vaginal introito y paredes vaginales normales, con cérvix anterior, cerrado, blando, con útero en retroflexión de 10 x 6 centímetros, se palpa plastrón doloroso en anexo derecho de aproximadamente 5 x 4 centímetros, anexo izquierdo libre. Se extrae guante con escaso flujo hialino sin fetidez. Resto de exploración sin datos patológicos.

Se ingresó al Servicio en esas condiciones para realización de laparoscopia diagnóstica y operatoria, con hallazgos transquirúrgicos de masa sugestiva de embarazo cornual derecho de aproximadamente 3 x 2 centímetros de diámetro y un mioma subseroso de 3 x 4 centímetros en cara posterior (figura 1).

El procedimiento que se efectuó con laparoscopia de 30 grados de angulación con el uso de fórceps de energía tripolar para coagulación y corte para salpingectomía de la trompa de Falopio ipsilateral y exéresis del cuerno uterino afectado (cornuostomía), aparentemente se extrajo en su totalidad el producto de la gestación (figuras 2 y 3). La coagulación fue suficiente para conseguir hemostasia y en segundo tiempo se efectuó miomectomía sin incidentes. La paciente evolucionó de forma normal en postoperatorio inmediato, egresando al día siguiente en estado clínico adecuado. El resultado histopatológico fue de oviducto derecho normal y embarazo intersticial.

Discusión

Los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico cornual incluyen: antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía pélvica previa, anomalías uterinas, el uso de técnicas de reproducción asistida como la fertilización

in vitro.^{7,8} El diagnóstico del embarazo ectópico es realizado usualmente por ultrasonido transvaginal bidimensional y con los niveles de hormona gonadotropina coriónica humana,^{1,2} sin embargo el uso del ultrasonido transvaginal tridimensional permite un acceso en donde es posible alcanzar un diagnóstico más preciso y evaluar la relación de la posición de la gestación intersticial en relación a la cavidad uterina.^{1,9} El uso de la imagen de resonancia magnética se ha reportado en el diagnóstico de embarazo cornual, su uso

no ha sido definido y usualmente no es esencial para el diagnóstico, sin embargo puede usarse para diagnóstico de casos raros o complicados.^{4,9}

El metotrexate intramuscular es comúnmente usado para tratar el embarazo ectópico, sin embargo no se recomienda si la HGC es superior a 3,000 UI/L.^{4,7,10} Muchos investigadores se han abocado a este manejo conservador mientras continúa en evaluación la eficacia de otros métodos como inyección local de cloruro de potasio con o sin uso sistémico del metotrexate.⁷

El tratamiento tradicional del embarazo cornual era la histerectomía o la resección cornual por laparotomía. La técnica laparoscópica que involucra resección cornual, cornuostomía, salpingostomía o salpingectomía han tenido gran desarrollo en la última década y actualmente su uso se ha ampliado. La remoción del embarazo cornual por histeroscopia también se ha reportado al igual que la aplicación de metotrexate con resultados satisfactorios.^{1,2,7} Una combinación de dilatación y curetaje y metotrexate recientemente se ha sugerido como protocolo de manejo.⁷ La cirugía básica del tratamiento laparoscópico es la incisión cornual, extracción del huevo y la hemostasia suficiente, hoy en día no hay un procedimiento como estándar de oro en el manejo del embarazo ectópico intersticial.⁶

Conclusiones

La evidencia en la literatura acerca del embarazo intersticial es que se trata de una forma muy rara y peligrosa de embarazo ectópico. Su diagnóstico es difícil, siendo más útil una evaluación vaginal tridimensional y el tratamiento

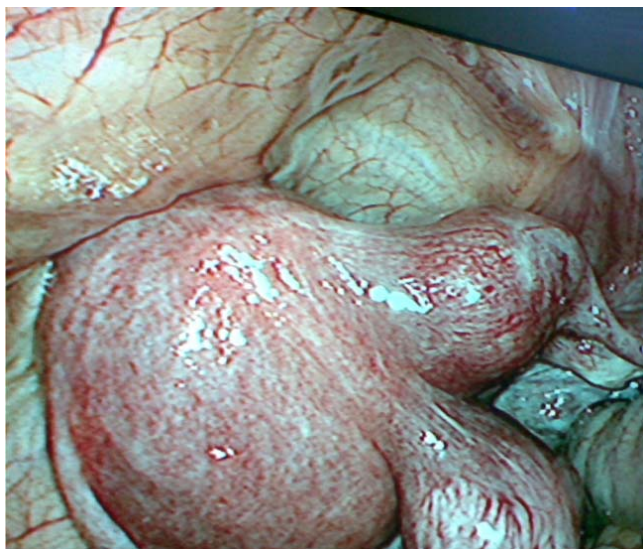
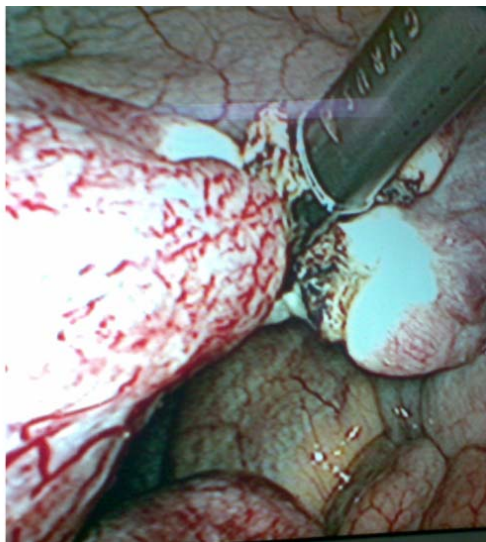
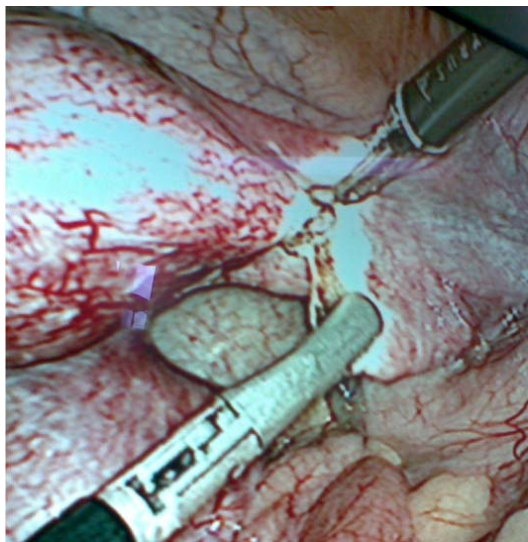


Figura 1. Imagen laparoscópica de embarazo cornual y mioma posterior.



Figuras 2 y 3. Salpingectomía y cornuostomía derecha con uso de fórceps de energía tripolar.

oportuno, preferentemente es quirúrgico, aunque en gestaciones tempranas se puede administrar citotóxicos con adecuada respuesta.

Referencias

1. Araujo E, Marques S, Rodríguez C et al. Three dimensional transvaginal sonographic diagnosis of early and asymptomatic interstitial pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2007; 275: 207-210.
2. Onderoglu L, Salman M, Ozyuncu O, Bozdogan G. Successful management of a cornual pregnancy with a single high dose laparoscopic methotrexate injection. Gynecol Surg 2006; 3: 31-33.
3. Buxant F, Anison M, Noel J et al. Laparoscopic management of a cornual ectopic pregnancy. Gynecol Surg 2005; 2: 197-200.
4. Jivraj S, Naguib N, Mellows H. MRI and methotrexate in the management of a corneal ectopic pregnancy. Gynecol Surg 2007; 4: 111-112.
5. Faraj R, Steel M. Can we reduce the recurrence of corneal pregnancy? A case report. Gynecol Surg 2008.
6. Jaeger C, Reich A, Kreinberg R, Flock F. Suitable laparoscopic surgery in the treatment of ectopic interstitial pregnancy. Gynecol Surg 2006; 3: 1-5.
7. Soriano D, Vicus D, Mashiach R et al. Laparoscopic treatment of cornual pregnancy: a series of 20 consecutive cases. Fertility and Sterility 2007.
8. Van der Weiden R, Karsdorp V. Recurrent cornual pregnancy after heterotopic cornual pregnancy successfully treated with systemic methotrexate. Arch Gynecol Obstet 2005; 273: 180-181.
9. Filhastre M, Dechaud H, Lesnik A, Taourel P. Interstitial pregnancy: role of MRI. Eur Radiol 2005; 15: 93-95.
10. Coriè M, Barisic D, Strelec M. Laparoscopic approach to interstitial pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2004; 270: 287-289.
11. Gunenc Z, Bingol B, Yesildaglar N. Laparoscopic management of a corneal ectopic pregnancy associated with persistent gestational trophoblastic disease: a case report. Gynecol Surg 2007; 4: 201-202.
12. Wang J, Wu R, Xu K, Lin J. Single large cystic adenomyoma of the uterus after corneal pregnancy and curettage. Fertility and Sterility 2007; 88(4):.

Grama/Salud

José Alfonso Rosas Sánchez

Horizontales

1. Enfermedad ocasionada por el bacilo de Koch
7. Síntoma cardinal por *Mycobacterium tuberculosis*
9. Bacterias en forma de bastón que miden hasta diez micras
14. Prefijo que significa: alrededor de..., encima de..., sobre de...
16. La capa más externa de la piel, no vascular, compuesta por estratos
17. Es la clínica médica es todo aquello que se ve
17. Prefijo que significa pulmón
19. Machismo. Asexual. Narcicismo (siglas)
20. Molibdeno. (siglas)
21. Variedad de árbol, su madera resiste mucho al agua y se le emplea en muebles de hospital. (inv.)
22. Prefijo que significa blanco. (inv.)
24. Letras pares de *Tarso*
25. Primera y última letra de músculo
26. Sinónimo de herida. (primeras letras)
27. Primera terminación de las palabras en infinitivo
28. Pérdida de la coordinación muscular
30. Reflejo músculo nervioso ante un estímulo externo
31. Sufijo de la reacción por oxidación
32. Prefijo que significa sin, carente de, negación. (inv.)
34. Neurona eferente. (siglas)
35. Lo relativo al suero. (en desorden)
38. PATELA. (en desorden)
41. Prefijo que significa tumor
42. Un hueso de la pelvis
43. Tumor benigno palpebral lleno de colesterol que se forma en la piel y abajo de ésta, (primeras letras)
44. Articulación sinartrósica. (siglas)

Verticales

1. Deseo continuo, doloroso, ineficaz e imperioso de defecar
2. No maligno, que no amenaza la vida. (fem. y en pl.)
3. Sarampión alemán
4. Clase de parásitos como *Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus*
5. El cuello o la parte más estrecha de un órgano
6. Repugnancia causada por la emesis. (letras pares)
8. Nombre de la contracción cardiovascular
10. Desepitelización en escamas del cuero cabelludo (letras pares)
11. Representación mental del pensamiento. (sin la última letra)
12. Mancha blanca en el ojo
13. Durante el sueño, es el movimiento ocular externo. (en desorden)
15. Membrana serosa que recubre al encéfalo y a la médula espinal
20. Tumor de los melanocitos
23. Última región de la columna vertebral
27. Vaso principal que se origina en el ventrículo izquierdo a partir de la cual se origina la circulación arterial
29. Cavidad por arriba del diafragma
30. Prefijo que significa antes de..
33. Curvaturas de intestino delgado
36. *Dopar*. (letras centrales)
37. Enfermedad ósea. (siglas)
39. Vitamina sexual y vitamina cicatrizante. (siglas)
40. *Luteo*. (primera y última letra)

Ver página 189