



Caso clínico

Embarazo ectópico cornual. Comunicación de un caso y revisión retrospectiva de cinco años

Leonardo Ramírez Arreola,* Leyza Angélica Nieto Galicia,** Alfredo Escobar Valencia,*** Miguel Ángel Cerón Saldaña****

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

Se comunica el caso de un embarazo ectópico cornual y la revisión retrospectiva a cinco años de las gestaciones ectópicas en el Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L, Matamoros, Tamaulipas. Se revisó la lista de reportes histopatológicos con embarazo ectópico desde enero del 2001 hasta mayo del 2006 y se encontraron 66 reportes, de los cuales sólo 31 expedientes estuvieron completos. El rango de edad fue de 16 a 39 años con media de 25.6 años y moda de 21 años. El motivo de consulta fue sangrado transvaginal y dolor abdominal en 14 casos (45.1%), sólo dolor abdominal en 12 casos (38.7%) y sólo sangrado transvaginal en cinco casos (16.2%). Los síntomas clínicos fueron agudos en 19 casos (61.3%) e insidiosos en 12 (38.7%). En todos los casos hubo retraso menstrual. El diagnóstico se estableció mediante clínica en 12 casos (38.7%), clínica con apoyo ultrasonográfico en 18 casos (58.1%) y clínica con culdocentesis en un solo caso (3.2%). La localización del embarazo ectópico fue: ampollar, 24 casos (77.5%); istmica, 4 casos (12.9%); en fimbria, un caso (3.2%); ovárica, un caso (3.2%), y cornual, un caso (3.2%). En los hallazgos transoperatorios hubo 27 casos (87%) de embarazo ectópico roto y cuatro (13%) de embarazo ectópico no roto. No hubo casos de defunción. El embarazo ectópico cornual constituye el 1.5% de las gestaciones ectópicas, igual a lo reportado en la literatura.

Palabras clave: embarazo ectópico cornual.

ABSTRACT

This article presents a clinical report of a cornual ectopic pregnancy as well as a five-year retrospective review of ectopic gestations at Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L, Tamaulipas, Mexico. The list with histopathological reports was checked up from January 2001 to May 2006. There were 66 results, of which only 31 files were complete. The presentation ages in these patients were between 16 and 39 years old, with a media of 25.6 years old and a mode of 21 years. The circumstances why patients attended to the hospital were: transvaginal bleeding and abdominal pain in 14 cases (45.1%), abdominal pain only in 12 cases (38.7%), and transvaginal bleeding only in five cases (16.2%). The clinical presentation was acute in 19 patients (61.3%), and it was insidious in 12 (38.7%). All women presented menstrual delay. Diagnoses were done by clinical findings in 12 women (38.7%), by clinical findings and ultrasonography in 18 (58.1%), and due to clinical findings and culdocentesis in just one patient (3.2%). Ectopic pregnancy was located in different places on each patient, such as: ampulla, 24 cases (77.5%); isthmus, four patients (12.8%); fimbria, one case (3.2%); ovary, one woman (3.2%), and cornual in one patient (3.2%). Twenty-seven cases of broken ectopic pregnancies (87%), were found as transoperative findings, and the other four (13%) were not broken ectopic. There were not demises. Cornual ectopic pregnancy represents 1.5% of the ectopic gestations, as it is reported in the literature.

Key words: cornual ectopic pregnancy.

RÉSUMÉ

On présente le cas d'une grossesse ectopique cornuale et la révision rétrospective à cinq ans des gestations ectopiques à l'Hôpital Général de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L, Tamaulipas, Mexique. On a révisé la liste de rapports histopathologiques avec grossesse ectopique depuis janvier 2001 jusqu'à mai 2006 et on a trouvé 66 rapports, desquels seulement 31 dossiers étaient complets. Le rang d'âge a été de 16 à 39 ans avec moyenne de 25.6 ans et mode de 21 ans. Le motif de consultation a été saignement vaginal et douleur abdominale dans 14 cas (45.1%), seulement douleur abdominale dans 12 cas (38.7%) et seulement saignement vaginal dans cinq cas (16.2%). Les symptômes cliniques ont été aigus dans 19 cas (61.3%) et insidieux dans 12 (38.7%). Le 100% des cas ont eu retard menstruel. Le diagnostic a été établi au moyen de la clinique dans 12 cas (38.7%), clinique avec appui d'ultrason dans 18 cas (58.1%) et clinique avec culdocentèse dans un seul cas (3.2%). La localisation de la grossesse ectopique a été : ampullaire, 24 cas (77.5%), isthmique, 4 cas (12.9%) ; pavillonnaire, un cas (3.2%) ; ovarienne, un cas (3.2%), et cornuale, un cas (3.2%). Dans les découvertes après la chirurgie il y a eu 27 cas (87%) de grossesse ectopique rompue et quatre (13%) de grossesse ectopique non rompue. Il n'y a pas eu des cas de décès. La grossesse ectopique cornuale constitue 1.5% des gestations ectopiques, égal à ce qui est rapporté dans la littérature.

Mots-clés : grossesse ectopique cornuale.

RESUMO

Apresenta-se o caso duma gravidez ectópica cornual e a revisão retrospectiva a cinco anos das gestações ectópicas no Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L, Tamaulipas, México. Revisou-se a lista de reportes histopatológicos com gravidez ectópica desde Janeiro de 2001 até maio de 2006 e se encontraram 66 relatórios dos quais só 31 laudos médicos estavam completos. O promédio de idade foi de 16 a 39 anos com média de 25,6 anos e moda de 21 anos. O motivo de consulta foi sangramento transvaginal e dor abdominal em 14 casos (45,1%), só dor abdominal em 12 casos (38,7%) e só sangramento transvaginal em cinco casos (16,2%). Os sintomas clínicos foram agudos em 19 casos (61,3%) e insidiosos em 12 (38,7). O 100% dos casos apresentou retraso menstrual. O diagnóstico se estabeleceu mediante clínica em 12 casos (38,7%), clínica com apoio ultrasonográfico em 18 casos (58,1%) e clínica com culdocentesis em um caso só (3,2%). A localização da gravidez ectópica foi ampolar, 24 casos (77,5%); ístmica, 4 casos (12,9%); em fímbria, um caso (3,2%); ovárica, um caso (3,2%), e cornual, um caso (3,2%). Nos descobrimentos transoperatórios houve 27 casos (87%) de gravidez ectópica rota e quatro (13%) de gravidez ectópica não rota. Não houve óbitos. A gravidez ectópica cornual constitui o 1,5% das gestações ectópicas igual ao reportado na literatura.

Palavras chave: gravidez ectópica cornual.

El embarazo ectópico se define como la implantación del blastocisto en cualquier lugar fuera de la cavidad endometrial, su causa principal es una lesión en la luz del oviducto debida a la destrucción del epitelio y la formación de microadherencias.¹ Después de tener un embarazo ectópico, aumenta 7 a 13 veces el riesgo de repetirlo. Entre sus causas también se describen e involucran varios factores como la endosalpingitis, la enfermedad pélvica inflamatoria, un embarazo ectópico previo, la alteración de la movilidad tubaria por uso de estrógenos y progesterona, el tabaquismo y el uso del dispositivo intrauterino.²

Es la causa más frecuente de muerte materna durante el primer trimestre de embarazo.¹ En México la incidencia varía desde uno por cada 200 hasta uno por cada 500 embarazos, aunque ha aumenta-

do de manera significativa, sobre todo por el inicio de la vida sexual activa a edad más temprana y la relación que guarda con la enfermedad pélvica inflamatoria.³

Su localización más frecuente es la tubaria, 96 a 99% de los casos; más de 60% se localiza en la ampolla, seguida por la zona ístmica (25%) y la intersticial o cornual (2%).^{3,4}

El embarazo intersticial, también llamado cornual, es un padecimiento obstétrico raro pero de localización peligrosa. El blastocisto se implanta dentro del segmento de la trompa que penetra en la pared uterina o entre el ostium tubario y la porción proximal del segmento ístmico. La porción intersticial de la trompa uterina mide casi un centímetro de longitud, con trayecto tortuoso y luz estrecha. La estructura de esta región permite alojar adecuadamente al embarazo,^{5,6} lo que ocasionará asimetría variable por mayor distensibilidad del miometrio que recubre la porción intersticial de la trompa. La rotura puede ser más tardía, entre la octava y décima semanas, pero la hemorragia puede ser mortal por lo cercano de las arterias uterinas en su rama ascendente. El embarazo cornual constituye 2 a 4% de todos los ectópicos.^{3,5,7}

La manifestación clínica del embarazo ectópico tubario pueden ir desde la forma asintomática hasta el cuadro grave de hemorragia, y debe pensarse en este diagnóstico siempre que una mujer en periodo reproductivo tenga amenorrea, dolor pélvico y metrorragias.³ El dolor abdominal es el síntoma que predomina (88.7%), pero también son importantes el sangrado transvaginal (70%) y la amenorrea (72.5%).¹

* Residente de tercer año de ginecología y obstetricia.

** Residente de cuarto año de ginecología y obstetricia.

*** Residente de primer año de ginecología y obstetricia.

**** Jefe del servicio de ginecología y obstetricia.
Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L,
Matamoros, Tamaulipas, México.

Correspondencia: Dr. Leonardo Ramírez Arreola. Residente de tercer año de ginecología y obstetricia. Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L. Avenida Canales y Roberto F. García núm. 800, colonia Lázaro Cárdenas, CP 97360, Matamoros, Tamaulipas, México. E-mail: leoxtr25@hotmail.com

Recibido: septiembre, 2006. Aceptado: septiembre, 2006.

Este artículo debe citarse como: 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;75:219-23.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

El diagnóstico se enfoca, en primer lugar, a establecer la existencia de embarazo; en segundo, a demostrar que no está en el interior del útero, y en tercero, a establecer si efectivamente se trata de embarazo ectópico.³ Incluye examen físico y estudios complementarios, como cuantificación de la fracción beta de la gonadotropina coriónica y citometría hemática para verificar las cantidades de hemoglobina y hematócrito. La ultrasonografía es uno de los métodos más oportunos para realizar el diagnóstico, y la transvaginal tiene gran especificidad y establece el diagnóstico hasta en 90% de los casos. Una de las técnicas auxiliares es la culdocentesis, que permite encontrar sangre no coagulada en el embarazo ectópico complicado.^{2,3}

El tratamiento tradicional del embarazo ectópico cornual es la salpingectomía, con o sin resección cornual, y en algunos casos histerectomía, según la extensión de la lesión en la pared uterina.⁸ El tratamiento laparoscópico es discutible en este tipo de casos, pues aunque es menos invasor, tiene el riesgo de causar inestabilidad hemodinámica. Michael Vermesh, en un artículo publicado en la revista *Fertility and Sterility* en 1989, concluyó que el embarazo cornual nunca debe tratarse por vía laparoscópica, por el alto riesgo de hemorragia incontrolable.^{3,5,7}

Un estudio publicado por la revista *Fetal Diagnosis and Therapy* informa de un caso en el que, mediante visualización ultrasonográfica, se infiltraron 12.5 mg de metotrexato en la cavidad de una paciente con embarazo ectópico cornual (con aguja de doble luz), y se observó regresión del cuadro y evolución satisfactoria; el uso de estos progresos tecnológicos da nuevas opciones para el tratamiento,⁹ como la resección del embarazo intersticial guiados por histeroscopia, técnica publicada por el *American College of Obstetrician and Gynecologists*.¹⁰

CASO CLÍNICO

Una paciente acudió al servicio de urgencias del Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo L, Matamoros, Tamaulipas, por sangrado transvaginal y dolor abdominal de 12 horas de evolución. El interrogatorio dirigido dio como datos relevantes: tres embarazos y dos partos sin método de planificación

familiar; retraso menstrual de 8.4 semanas; una pareja sexual. La exploración física evidenció irritación peritoneal, y el apoyo ultrasonográfico sugirió probable líquido libre en la cavidad. Se sometió a laparotomía exploradora con diagnóstico provisional de embarazo ectópico roto, que se confirmó en el cuerno izquierdo con hemoperitoneo de 400 cc. Se realizó resección del cuerno izquierdo, sutura y hemostasia con sutura crómica del número 1; se lavó la cavidad abdominal, se colocó drenaje de Penrose a contrapertura y se cerró por planos hasta la piel. Se dio de alta por mejoría 48 horas después de la operación (figuras 1 a 5).



Figura 1. Embarazo ectópico cornual.



Figura 2. Acercamiento de la región cornual izquierda.

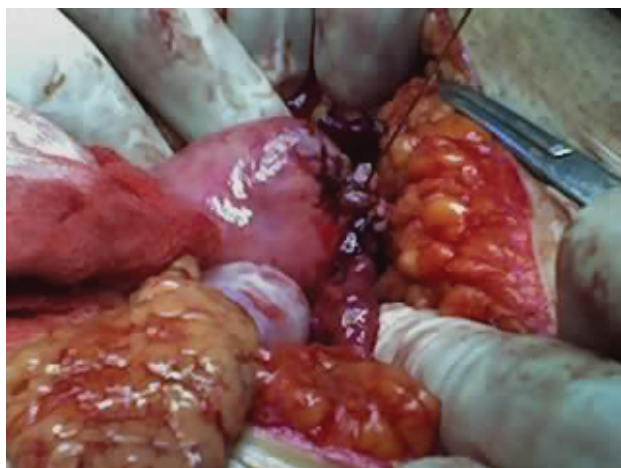


Figura 3. Resección del cuerno izquierdo.

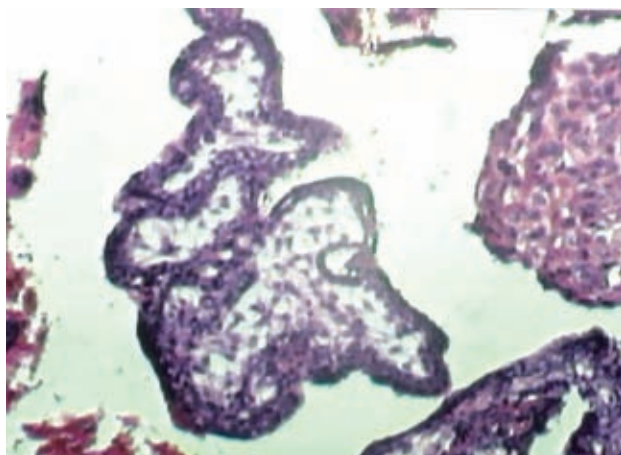


Figura 4. Vellosoidad corial.

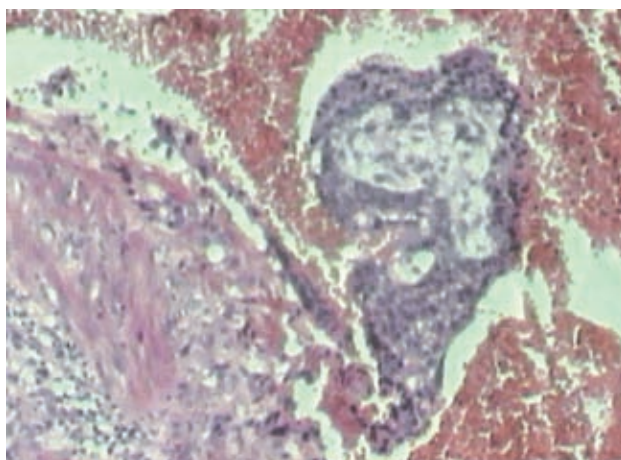


Figura 5. Vellosoidad corial y miometrio.

REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Se revisó la lista de reportes histopatológicos con embarazo ectópico confirmado desde enero del 2001 hasta mayo del 2006, y se encontraron 66, de los cuales sólo 31 expedientes estaban completos. De éstos se recabaron los siguientes datos: edad, antecedentes ginecoobstétricos, método de planificación familiar, motivo de la consulta, síntomas clínicos, hemoglobina a su ingreso, procedimientos y auxiliares diagnósticos, reporte histopatológico, sitio del embarazo ectópico y hallazgos transoperatorios.

De estos 66 reportes, la distribución por años fue la siguiente: 10 reportes en el 2001, 15 en el 2002, 19 en el 2003, ocho en el 2004, 11 en el 2005 y tres hasta mayo del 2006.

El rango de edad fue de 16 a 39 años, con media de 25.6 y moda de 21 años. En los antecedentes ginecoobstétricos se encontró lo siguiente: siete casos (22.6%) de primigestas, ocho (25.8%) de segundo parto, ocho (25.8%) de tercer parto y ocho (25.8%) de partos múltiples. En seis casos (19.3%) hubo antecedente de cesárea; en seis más (19.3%), de aborto y en uno (3.2%), de embarazo ectópico. La planificación familiar se dio: en 22 casos (71%) sin método, en cuatro (13%) con DIU, en dos (6.4%) con sistemas hormonales inyectables, en dos (6.4%) con preservativo y en uno (3.2%) con sistema hormonal oral. El motivo de consulta fue sangrado transvaginal y dolor abdominal en 14 casos (45.1%), sólo dolor abdominal en 12 (38.7%) y sólo sangrado transvaginal en cinco (16.2%). Los síntomas clínicos fueron agudos en 19 casos (61.3%) e insidiosos en 12 (38.7%). En todos los casos hubo retraso menstrual. La hemoglobina al ingreso hospitalario tuvo rango de 6 a 12.8 mg/dL, con media de 9.6 mg/dL. El diagnóstico se estableció mediante clínica en 12 casos (38.7%), clínica con apoyo ultrasonográfico en 18 (58.1%) y clínica con culdocentesis en uno solo (3.2%). La localización del embarazo ectópico fue: ampollar, 24 casos (77.5%); ístmica, cuatro casos (12.9%); en fimbria, un caso (3.2%); ovárica, un caso (3.2%), y cornual, un caso (3.2%). Los hallazgos transoperatorios fueron 27 casos (87%) de embarazo ectópico roto y cuatro (13%) de no roto. El reporte histopatológico fue de 66 en total, de los cuales 63 fueron tubarios, uno cornual y uno ovárico. No hubo casos de defunción.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico es una de las causas de muerte materna más comunes en México y su incidencia ha aumentado significativamente. La literatura menciona como una de sus principales causas al traumatismo sobre la luz de la trompa uterina, secundario a infecciones o al uso de métodos anticonceptivos hormonales que afectan la motilidad de la misma, es decir, factores mecánicos y funcionales.

El embarazo cornual, en este estudio al igual que en lo reportado por la literatura, es una de las localizaciones ectópicas tubarias más raras después del embarazo ectópico ovárico, y una de las de mayor riesgo por su cercanía con los vasos uterinos en su trayecto ascendente; por tanto, el tratamiento de esta afección supone mayor riesgo de histerectomía y mayor índice de complicaciones hemorrágicas.

Las técnicas quirúrgicas y los progresos tecnológicos para el abordaje de este padecimiento se han modificado conforme ha aumentado la incidencia de embarazos ectópicos. Entre las nuevas técnicas y tratamientos médicos informados en la literatura, se destaca el abordaje quirúrgico mediante laparotomía exploradora cuando la rotura de un embarazo ectópico cornual pone en riesgo el estado hemodinámico y, sobre todo, la vida de la paciente.

Cuando se atiende a una paciente con amenorrea, dolor abdominal y sangrado, el primer paso diagnóstico es sospechar embarazo ectópico, y la exploración física adecuada, antes del apoyo con estudios de gabinete y laboratorio, juega un papel determinante. La ultrasonografía es uno de los métodos más importantes para confirmar el embarazo y comprobar que se ha dado fuera del útero.

En toda urgencia, la decisión a tiempo y basada en clínica, más los apoyos necesarios, es fundamental para el buen tratamiento de las pacientes.

CONCLUSIONES

El embarazo ectópico cornual constituye 1.5% de las gestaciones ectópicas, como se informa en la literatura.

Sólo hubo recurrencia de embarazo ectópico en un caso (3.2%). Hubo antecedente de uso de DIU sólo en 6.4% de los casos. La localización que más frecuencia tuvo fue la ampollar (77.5%). La tríada clínica de amenorrea, sangrado transvaginal y dolor abdominal, para el diagnóstico provisional, aún es vigente.

Agradecimientos

Con especial atención al Dr. Javier Cisneros Sandoval, jefe del departamento de patología del Hospital General de Matamoros, por el servicio prestado para el diagnóstico histopatológico y el apoyo visual de las laminillas. Y al Dr. Jorge Alejandro Cerda López, médico adscrito al servicio de ginecología y obstetricia, por el apoyo brindado para la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Iglesias BJL, Sordia HLH, Rosales TE, Salazar MAC. Embarazo ectópico. Experiencia de cinco años en el Hospital Universitario Dr José E. González de la UANL. *Med Univer* 2003;5(20):144-8.
2. Enríquez DB, Fuentes GL, Gutiérrez GN, León BM. Clínicas y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2003;29(3).
3. Cenicerros FLG, Rojas PG, Molina VP, Aldaco SF. Estudio retrospectivo del embarazo tubario ectópico en el Centro Médico ABC. Experiencia de cinco años. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2003;48(2):102-6.
4. Vorhies RW, Waswick WA, Delmore JE, Dort JM, et al. Blunt abdominal trauma with ruptured 16-week cornual ectopic pregnancy. *Am Surg* 2004;70(6):559-60.
5. Cortés AA, García LE, Audifred SJ, González RPA. Embarazo cornual. Manejo laparoscópico y presentación de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 1999;67(7):300-1.
6. Inovay J, Marton T, Urbancsek J, Kadar Z, et al. Spontaneous bilateral cornual uterine dehiscence early in the second trimester after bilateral laparoscopic salpingectomy and *in vitro* fertilization: case report. *Hum Reprod* 1999;14(10):2471-3.
7. Zarhi TJ, Campaña EC, Brito MR, Stuardo AP, et al. Manejo laparoscópico conservador de embarazo cornual. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003;68(1):36-41.
8. Tulandi T, Al-Jaroudi D. Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons Registry. *Obstet Gynecol* 2004;103(1):47-50.
9. Oyawoye S, Chander B, Pablovic B, Hunter J, et al. Heterotopic pregnancy: successful management with aspiration of cornual/interstitial gestational sac and instillation of small dose of methotrexate. *Fetal Diagn Ther* 2003;18(1):1-4.
10. Sanz LE, Verosko J. Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002;99(5 Pt 2):941-4.