



Embarazo ectópico angular no roto de 22 semanas. Reporte de un caso y revisión bibliográfica

Rogelio Cruz Martínez,* Nidia García Salazar,* Gerardo Manzanares**

RESUMEN

Se comunica el caso de una mujer con embarazo ectópico angular de 22 semanas sin rotura uterina. El embarazo ectópico angular es difícil de diagnosticar, pues es semejante al embarazo intrauterino normal; se distingue por rotura uterina, choque hipovolémico y riesgo de muerte materna. Debe diferenciarse de otras formas de embarazo ectópico (intersticial, intramural o cornual) para establecer el diagnóstico clínico e histopatológico correcto; esto se determinará mediante los signos de rotura uterina inminente y se tomará la mejor decisión terapéutica de acuerdo con la edad gestacional.

Palabras clave: embarazo angular.

ABSTRACT

We present a clinical report of angular ectopic pregnancy at 22 weeks without uterine rupture. This is a rare and dangerous form of ectopic pregnancy that is very difficult to diagnose and can mimic an intrauterine normal pregnancy following by uterine rupture with hypovolemic shock and risk of maternal death. Angular pregnancy must be differentiating for others forms of ectopic pregnancy like interstitial, cornual and intramural pregnancy to meet a correct clinical and hystopahtological diagnosis, to identify the signs when the uterine rupture appear imminent, and to take the best therapeutic decision according to gestational age at presentation.

Key words: angular pregnancy.

RÉSUMÉ

On communique le cas d'une femme avec grossesse ectopique angulaire de 22 semaines de gestation sans rupture utérine. La grossesse ectopique angulaire est difficile de diagnostiquer, car elle est semblable à la grossesse intra-utérine normale ; elle se distingue par rupture utérine, choc hypovolémique et risque de mort maternelle. Elle doit être différenciée d'autres formes de grossesse ectopique (interstitielle, intramurale ou cornuale) afin d'établir le diagnostic clinique et histopathologique correct ; ceci sera déterminé au moyen des signes de rupture utérine imminente et l'on prendra la meilleure décision thérapeutique selon l'âge gestationnel.

Mots-clés: grossesse angulaire.

RESUMO

Informa-se um caso de uma mulher com gravidez ectópica na 22ª semana de gestação sem ruptura uterina. A gravidez ectópica angular é difícil de diagnosticar, pois é semelhante a gravidez intra-uterina normal; distingue-se por ruptura uterina, choque hipovolêmico e risco de morte materna. Deve-se diferenciar de outras formas de gestação ectópica (intersticial, intramural ou cornual) para estabelecer o diagnóstico clínico e histopatológico correto; isto se determinará mediante os sinais de ruptura uterina iminente e se tomará a melhor decisão terapêutica de acordo com a idade gestacional.

Palavras-chave: gravidez angular.

* Médico residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.

** Médico de ginecoobstetra.
Unidad Médica de Alta Especialidad Luis Castelazo Ayala,
Instituto Mexicano del Seguro Social, México, DF.

Correspondencia: Dr. Rogelio Cruz Martínez. Verbena 173, colonia Dalías, CP 78731, San Luis Potosí, SLP, México. E-mail: oddi79@hotmail.com

Recibido: marzo, 2008. Aceptado: abril, 2008.

Este artículo debe citarse como: Cruz MR, García SN, Manzanares G. Embarazo ectópico angular no roto de 22 semanas. Reporte de un caso y revisión bibliográfica. Ginecol Obstet Mex 2008;76(7):417-20.

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

Existe gran confusión al definir y diferenciar el embarazo ectópico angular, cornual e intramural. El embarazo angular lo describió Nelly por primera vez en 1998,¹ como una extraña forma de embarazo ectópico intrauterino. Éste ocurrió cuando el embrión se implantó en el ángulo lateral de la cavidad uterina (medial a la unión uterotubárica y del ligamento redondo), desplazando la reflexión del ligamento redondo hacia arriba y afuera, separado de la trompa uterina.¹⁻⁴ Aunque su curso clínico es el mismo, debe diferenciarse del embarazo ectópico intersticial e intramural. En el embarazo intersticial, también denominado cornual, el embrión se implanta lateral al ligamento redondo, en la porción intramiometrial de la trompa uterina;^{1,2,5} mientras que en el intramural se implanta dentro de la pared uterina, incrustado en el miometrio, separado de la cavidad uterina del ligamento redondo y de la trompa uterina (puede localizarse en cualquier sitio de la pared uterina).^{6,7}

Se comunica un caso de embarazo ectópico angular sin rotura uterina, de 22 semanas.

COMUNICACIÓN DEL CASO

Paciente de 28 años de edad, con tres embarazos previos (dos cesáreas). El embarazo actual tuvo evolución normal hasta las 13 semanas de gestación cuando apareció dolor pélvico leve persistente. Previamente fue internada en dos ocasiones por amenaza de aborto, a las 15 y 17 semanas de gestación, respectivamente; el tamaño uterino coincidió con la edad gestacional y las ecografías pélvicas confirmaron un embarazo intrauterino. Acudió al servicio médico con dolor abdominal hipogástrico tipo cólico de siete semanas de evolución, de intensidad leve e irradiación hacia el flanco derecho, concomitante con náusea. No se observó sangrado vaginal o síntomas urinarios. Durante la exploración física se palpó el fondo uterino de 21 cm, doloroso; no se percibieron alteraciones cervicales ni hubo sangrado trasvaginal. La ecografía mostró un feto vivo de 21.5 semanas de gestación, placenta fúndica lateralizada a la derecha y líquido amniótico normal. Los estudios de laboratorio resultaron con hemoglobina de 12.2 g/L, hematócrito de 34%, plaquetas de 205,000/mL y leucocitos de 13,400/mL; no se observaron neutrófilos en banda.

El tratamiento consistió en tocolíticos (indometacina y nifedipina), analgésicos (metamizol) y antiespasmódicos (butilhioscina), pero no fueron efectivos. Los síntomas

continuaron intermitentemente durante dos días. Después, la paciente tuvo dolor abdominal intenso de inicio súbito. En la exploración física se encontró taquicardia, ansiedad, posición en gatillo, hipertonia uterina, dolor a la palpación del fondo uterino (principalmente del lado derecho), peristaltismo continuo y signo de rebote positivo; no hubo alteraciones cervicales o sangrado vaginal. La laparotomía exploradora reveló: ausencia de hemoperitoneo, apéndice macroscópicamente normal, ovarios y salpinges sin alteraciones, útero con rotación hacia la derecha (dextrógira), pared íntegra con deformidad del ángulo lateral derecho del fondo uterino (20 cm de diámetro), vasos tortuosos y congestivos en su superficie de menor consistencia que el resto de la pared uterina (figuras 1 a 4). Después de establecer el diagnóstico de embarazo ectópico angular se realizó la histerectomía en bloque sin complicaciones y con evolución favorable. La paciente egresó seis días después de la intervención quirúrgica en buenas condiciones generales. El estudio histopatológico reveló hemorragia y congestión de los tejidos blandos paratubáricos, placenta monocoriónica y monoamniótica con inserción en el fondo uterino, cuerno derecho sin zonas de acretismo, vellosidades coriales del segundo trimestre y zonas de



Figura 1. Embarazo ectópico angular. Vista anterior del útero con deformidad, elevación y rotación dextrógira del ángulo superior derecho del fondo (signo de Ruge-Simon).

hemorragia, feto masculino de 22 semanas de gestación sin malformaciones congénitas aparentes.



Figura 2. Vista lateral derecha del útero. En comparación con el embarazo ectópico intramural y cornual, el embarazo ectópico angular se encuentra separado de la trompa uterina y es medial a la unión uterotubárica.

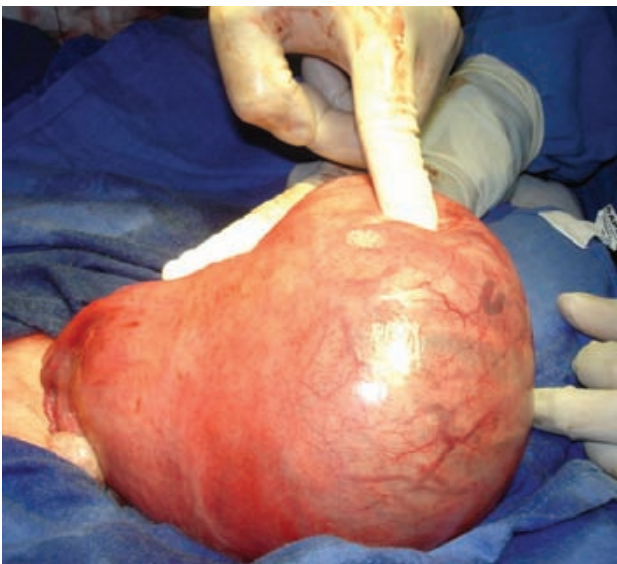


Figura 3. Signos clínicos de rotura uterina inminente. La pared uterina se encuentra pálida, de menor consistencia y con vasos tortuosos en su superficie.

CONCLUSIÓN

El embarazo angular es una rara y peligrosa forma de gestación ectópica. Dicha afectación produce elevada mortalidad materna, porque ocasiona choque hipovolémico por la rotura uterina. Las malformaciones uterinas, miomatosis, adenomiosis, cicatriz uterina previa y fertilización *in vitro* son factores pronósticos en algunas pacientes.⁴⁻⁶ El cuadro clínico es variable, su síntoma más frecuente es el dolor abdominal localizado y el signo clínico característico es la deformación asimétrica de la pared uterina, con elevación y rotación del cuerno afectado (signo de Ruge-Simon).⁷ El embarazo ectópico angular sin rotura uterina es sumamente difícil de diagnosticar por ecografía, pues es similar al mioma en degeneración, a la malformación uterina congénita o al embarazo intrauterino normal.^{3,7} Al igual que en el embarazo cornual, en la mayor parte de los casos se asocia con resultado mal materno, ocasionado por el diagnóstico tardío posterior a la rotura uterina, que generalmente ocurre entre las semanas 11 a 16 de la gestación.^{1,8,9} El tratamiento depende de la edad gestacional en que se diagnostica. Cuando el embarazo angular, intramural e intersticial se diagnostican durante el primer trimestre, se recomienda la administración sistémica o



Figura 4. Vista posterior del útero. Implantación medial a la reflexión del ligamento redondo (diferente al embarazo cornual o intersticial, cuya implantación es lateral).

local de metotrexato o histerectomía,^{3,10,11} esta última efectuada en la paciente del presente estudio.

Cuando el diagnóstico se realiza a una edad gestacional avanzada y se encuentran signos de rotura uterina inminente (pared uterina blanda con superficie pálida), se realizará histerectomía, a pesar del pronóstico fetal.

REFERENCIAS

1. Jansen RP, Elliott PM. Angular intrauterine pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981;58:167-75.
2. Lancet M, Bin-Nun Kessler I. Angular and interstitial pregnancy. *Int Surg* 1977;62:107.
3. Tarim E, Ulsan S, Kilicdag E, Yildirim T, et al. Angular pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2004;30:377-9.
4. Chang FW, Yu MH, Chen WH. An angular pregnancy of a bicornuate uterus. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;81:219-20.
5. DeWitt C, Abbott J. Interstitial pregnancy: a potential for misdiagnosis of ectopic pregnancy with emergency department ultrasonography. *Ann Emerg Med* 2002;40:106-9.
6. Lu HF, Sheu BC, Shih JC, Chang YL, et al. Intramural ectopic pregnancy sonographic picture and its relation with adenyomyosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:886-9.
7. Hamilton CJ, Legarth J, Jaroudi KA. Intramural pregnancy after *in vitro* fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 1992;57:215-7.
8. Azpilcueta CH. Ruptura uterina por embarazo ectópico intersticial de segundo trimestre. *Gac Med Mex* 2003;139(2):158-9.
9. 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.
10. Bernstein HB, Thrall MM, Clark. Expectant management of intramural ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2001;97:826-7.
11. Jermy K, Thomas J, Doo A, Bourne T. The conservative management of interstitial pregnancy. *BJOG* 2004;111:1283-8.

Contracciones indoloras del embarazo

La consistencia del útero es, además, variable según los momentos y pueden a menudo observarse en él alternativas de endurecimiento y relajación que sólo percibe el médico: son las *contracciones indoloras del embarazo*. El frío de la mano, el paso de la estación de pie a la acostada, las exploraciones largas y repetidas, las favorecen. Durante las contracciones, la pared uterina se endurece extraordinariamente; toda exploración es imposible. Basta interrumpir la exploración algunos segundos; la pared uterina recobra su depresibilidad normal.

Es difícil describir el ritmo de estas contracciones y su frecuencia, puesto que la exploración las provoca y la mujer no las nota. *Son tanto más frecuentes, cuanto más cercano está el fin del embarazo.*

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;p:58.