



## Embarazo ectópico cornual. Reporte clínico

### RESUMEN

Se reporta el caso de una paciente de 16 años de edad, con retraso menstrual de nueve semanas, con prueba de embarazo positiva. Acudió al hospital debido a expulsión de material organizado y dolor tipo cólico en el hipogastrio. En la laparotomía exploradora encontró un embarazo ectópico cornual derecho, razón por la que se efectuó una incisión miometrial y aspiración de trofoblasto, con múltiples focos endometriósicos en la cara posterior del útero. En embarazos posteriores no hay estudios de la solidez de la cicatriz después de la resección cornual y se han descrito roturas uterinas en el segundo y tercer trimestres.

**Palabras clave:** embarazo ectópico, cuerno uterino, laparotomía.

Diego Montes-Hernández<sup>1</sup>  
Adriana López-Franco<sup>1</sup>  
Marcelino Hernández-Valencia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud.

<sup>2</sup>Unidad de Investigación en Enfermedades Endocrinas, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, IMSS. México DF.

## Cornual ectopic pregnancy

### ABSTRACT

This paper reports the case of a 16-year old patient, with menstrual delay of 9 weeks, with positive pregnancy test, who went to the hospital due to expulsion of organized material, as well as pain colic type in hypogastrium. It was carried out laparotomy, finding ectopic pregnancy in right horn, being carried out miometrial incision and trophoblast aspiration, with presence of multiple endometriotic focuses in later face of uterus. In later pregnancies, there are not studies about the solidity of the scar after the horn resection and uterine breaks have been described in the second and third trimester.

**Key words:** ectopic pregnancy, uterus horn, laparotomy.

Recibido: enero 2014

Aceptado: mayo 2014

### Correspondencia:

Dr. Diego Montes Hernández  
dmontes62@gmail.com

### Este artículo debe citarse como

Montes-Hernández D, López-Franco A, Hernández-Valencia M. Embarazo ectópico cornual. Reporte clínico. Ginecol Obstet Mex 2014;82:641-645.

## ANTECEDENTES

En la actualidad, el embarazo ectópico constituye una de las afecciones ginecoobstétricas de mayor frecuencia que contribuye al incremento de la mortalidad materna con 10-15% de los casos, con aumento considerable de la incidencia que hoy es de entre 0.8 y 2.0% de todos los embarazos.<sup>1</sup> La mayoría de los embarazos ectópicos se implanta en la tropa de Fallopio y el factor común para su inicio es una afección tubaria.<sup>2</sup>

La gestación intersticial es una rara forma de embarazo tubario, asociada con altas morbilidad y mortalidad. De 2 a 4% de los embarazos ectópicos se inician en la región intersticial de la trompa.<sup>2</sup> La porción intersticial de la trompa de Fallopio es la porción proximal que está dentro de la pared muscular del útero, con diámetro de 0.7 mm y de 1-2 cm de largo.<sup>3</sup> Su localización conduce a problemas mayores porque, en primera instancia, el embarazo cornual con frecuencia se diagnostica tardíamente en el curso de la gestación; en segundo término se localiza en la rama ascendente de la arteria uterina.<sup>3</sup> Estos factores son el mayor riesgo de hemorragia, en contraste con el embarazo tubario clásico. Así, la rotura del útero puede ocurrir en 20% de los casos cuando el embarazo va más allá de las 12 semanas de amenorrea y se cree que sobreviene tardíamente por el grosor de la pared uterina.

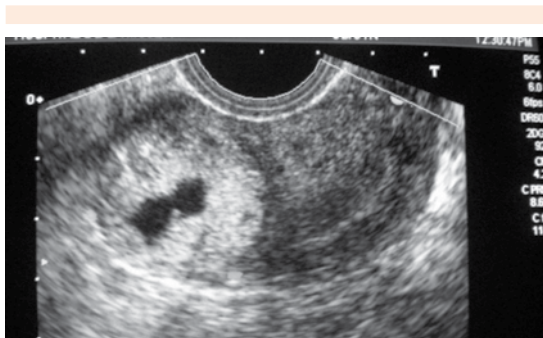
## CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares ni personales de importancia, sin tabaquismo, menarquía a los 12 años, ritmo 30 x 5, sin dismenorrea, inicio de la vida sexual a los 15 años, una pareja sexual, con retraso menstrual de nueve semanas. La prueba inmunológica de embarazo en sangre resultó positiva, por la que el 20 de marzo de 2014 se le realizó un ultrasonido endovaginal que reportó útero de 67 x 34 x 45 mm, endometrio de paredes delgadas,

cérvix homogéneo, fondo de saco libre, vesícula gestacional en la región tubárica izquierda, de 24 mm, próxima a la zona cornual, en su interior un saco con un embrión sin evidencia de actividad cardíaca, ovarios aparentemente sin alteraciones.

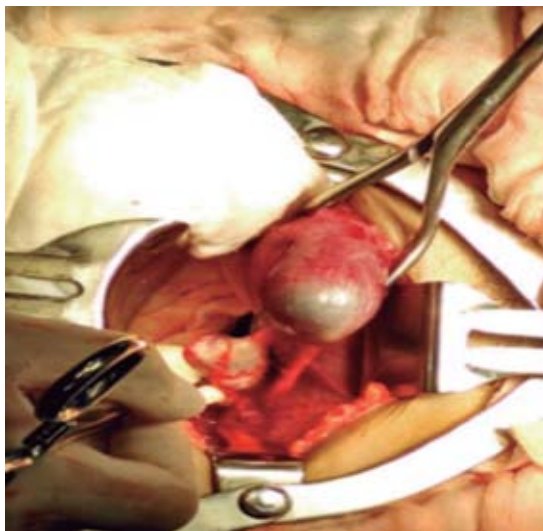
Acudió al hospital el 24 de marzo de 2014 debido a la expulsión de material organizado, dolor tipo cólico en el hipogastrio. A su ingreso la paciente estaba: consciente, orientada, con adecuada coloración de tegumentos, tranquila, cooperadora, con tensión arterial de 110-70 mmHg, frecuencia cardíaca de 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 latidos por minuto, temperatura de 36°C, la cabeza y el cuello sin alteraciones, sin afectación cardiopulmonar, las mamas sin alteraciones, el abdomen plano, blando, depresible, con peristalsis, rebote negativo, los genitales externos sin alteraciones. Al tacto la vagina se encontró elástica, eutérmica. La parte posterior del cuello reblandecida y cerrada. El útero en AVF de 7 x 6 x 5 cm, dolor y aumento de volumen a la palpación del anexo izquierdo, difícil delimitar por dolor a la exploración, signo de Banky positivo, anexo derecho doloroso a la palpación, aparentemente sin aumento de tamaño, extremidades íntegras, pulsos y sin edemas.

El ultrasonido intrahospitalario endovaginal describió al útero en AVF de 67 x 36 x 41 mm, el miometrio homogéneo, sin lesiones focales o difusas. A la altura del cuerno derecho una imagen sacular de 30 x 38 mm, que corresponde a 4.6 semanas de gestación. En el interior sin evidencia de estructuras embrionarias, cérvix homogéneo, de 32 mm, sin lesiones aparentes, líquido libre en el fondo de saco de 89.2 cc, ovario derecho de 26 x 25 x 34 mm, con un volumen de 12 cc. El ovario izquierdo midió 27 x 32 x 28 mm, con volumen de 13.1 cc (Figura 1). Se reportó HB de 13.0 g/dL, hematócrito 37.4%, 337,000 plaquetas, 90,900 leucocitos, TP 11.7, TPT 37.3, INR 1.1.

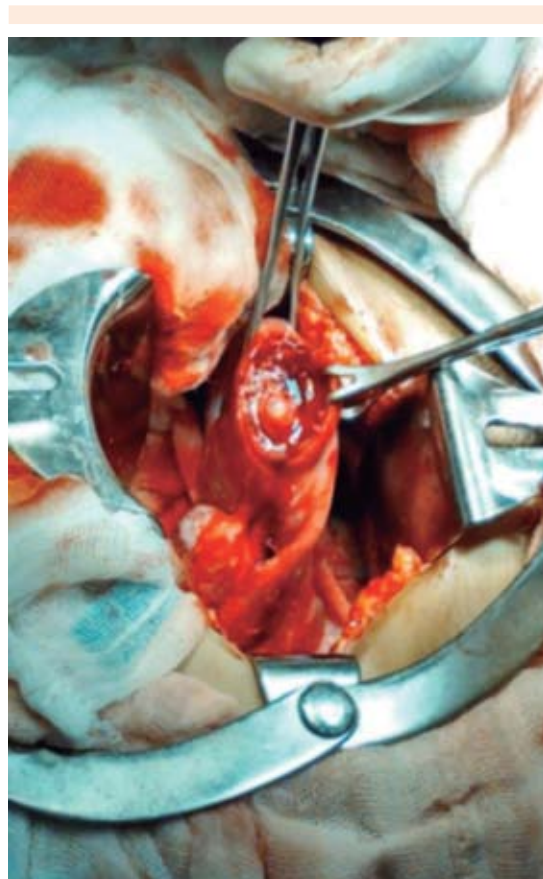


**Figura 1.** Imagen del ultrasonido que muestra el embarazo cornual.

Debido a los hallazgos clínicos y ultrasonográficos se decidió realizar una laparotomía exploradora. De los hallazgos transquirúrgicos se reportó embarazo ectópico cornual derecho (Figura 2). Se realizó una incisión miometrial y aspiración del trofoblasto (Figura 3). En la cara posterior del útero se encontraron múltiples focos endometriósicos. En los anexos y salpinges había adherencias laxas de la cara posterior del útero y recto sigmoides, un quiste endometrió-



**Figura 2.** Cambio en la anatomía del fondo uterino debido al embarazo cornual derecho.



**Figura 3.** Zona de implantación ectópica después de la incisión miometrial.

sico izquierdo paratubario de 2 x 2 cm, que luego de puncionarse se obtuvo material líquido achocolatado.

### Análisis

Entre los factores de riesgo descritos para embarazo ectópico está la cirugía previa tubárica, que incrementa el riesgo, incluso en cinco veces. Cuando se efectúa cirugía por una gestación ectópica el riesgo de recidiva es de entre 10 y 27%, incluso 10 veces más que en la población general. El riesgo de embarazo ectópico se triplica, como mínimo, en las mujeres con enfermedad tubárica confirmada. En la mayoría de los casos

la lesión tubárica es consecuencia de infecciones de transmisión sexual, entre ellas la gonococcia y la clamidia, que son las más frecuentes. Después de un episodio de infección tubárica el riesgo de embarazo ectópico es de alrededor de 10% y se incrementa de forma progresiva con cada infección posterior.<sup>6</sup>

El riesgo de embarazo ectópico se quintuplica, aproximadamente, en las mujeres con exposición intrauterina al dietilestilbestrol (DES).<sup>6</sup>

La triada clásica de síntomas del embarazo ectópico son: dolor abdominal, amenorrea y sangrado transvaginal. La exploración física demuestra cambios importantes en la tensión arterial, dolor a la movilización del cérvix o anexo y una masa anexial.<sup>5</sup>

Aunque la gestación ectópica intersticial puede romperse, al inicio del segundo trimestre muchas rupturas suceden antes de las 12 semanas y otras más son tempranas, entre la semana 7 a 9.<sup>2</sup>

Debe establecerse el diagnóstico diferencial con la infección de vías urinarias, litiasis renal, diverticulitis, apendicitis, neoplasia ovárica, endometriosis, leiomiomas y enfermedad pélvica inflamatoria.<sup>5</sup>

El ultrasonido transvaginal es el método primario para el diagnóstico de embarazo ectópico cornual. Los hallazgos ultrasonográficos sugerentes de implantación intersticial son: a) cavidad uterina vacía, b) saco gestacional separado al menos 1 cm del borde lateral de la cavidad uterina y c) una delgada línea miometrial que circunda el saco gestacional (signo de la línea intersticial).<sup>3</sup> El ultrasonido ha mostrado especificidad de 88-93% y sensibilidad de 40%.<sup>2</sup>

El embarazo cornual siempre se ha tratado con histerectomía o resección cornual por laparotomía.<sup>9</sup> La cirugía laparoscópica de mínima

invasión ha revolucionado las opciones de tratamiento.<sup>2</sup> En el embarazo intersticial, con una medida menor de 5 cm, el tratamiento con metotrexato es, a menudo, prescrito con precaución. Por desgracia, el tratamiento con metotrexato se asocia con una tasa de falla de 9-65%. El tratamiento con medicamentos analgésicos está contraindicado en casos acompañados de dolor abdominal.<sup>5</sup>

## CONCLUSIONES

El embarazo ectópico cornual es causa de 2 a 2.5% de las muertes maternas, motivo de sobra suficiente para procurar el diagnóstico y tratamiento tempranos.<sup>7</sup> No existen factores de riesgo claramente diferenciados entre las mujeres con embarazo ectópico cornual y las de embarazo ectópico ampular.<sup>2</sup> La distensibilidad del miometrio y la intensa vascularización de la zona, a expensas de la rama ascendente de la arteria uterina, provocan que la ruptura sea más tardía, con frecuencia en el segundo trimestre y casi siempre con sangrado profuso. En los últimos años se han publicado otras técnicas, entre ellas la resección cornual laparoscópica, electrocoagulación, endoloop o endoGIA, salpingostomía y posterior legrado cornual, incisión miometrial y aspiración del trofoblasto, evacuación guiada por histeroscopia, así como tratamiento médico con metotrexato.<sup>8</sup> Por lo que concierne a los embarazos posteriores se carece de estudios de la solidez de la cicatriz postresección cornual y se han descrito roturas uterinas en el segundo y tercer trimestres. También hay dudas acerca de la calidad del miometrio después del tratamiento con metotrexato local. Se recomienda la cesárea electiva una vez que se ha llegado a término antes de iniciar el trabajo de parto. No se han encontrado diferencias en la fertilidad después de dos años comparando el tratamiento conservador *versus* cirugía radical con salpingectomía o resección cornual.<sup>10</sup>



### Agradecimientos

Se reconoce la importante labor de todo el personal de enfermería y paramédico en la atención y seguimiento de la paciente, y de los directores del Hospital de la Mujer, SS.

### REFERENCIAS

1. Hernández-Núñez J, Valdés-Yong M, Torres-Chávez AO. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. *Medisur* 2013;11:647-655.
2. Fylstra DI. Ectopic Pregnancy not within the (distal) fallopian: etiology, diagnosis, and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2012;10:289-299.
3. Zepeda ZJ, López SM, Briones LC, Domínguez CS, Hernández RM, Padilla PK. Embarazo ectópico cornual, reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Fac Med UNAM* 2009;52:182-189.
4. Rizk B, Holliday CP, Abuzeid M. Challenges in the diagnosis and management of interstitial and cornual ectopic pregnancies. *Mid East Soc J* 2013;18:235-240.
5. Tulandi T. Clinical manifestations, diagnosis, and management of ectopic pregnancy. *UpToDate* 2014.
6. Sierra GGJ, Cejudo AJ, Mondragón CMA. Factores de riesgo del embarazo ectópico. *Arch Inv Mat Inf* 2009;1:85-89.
7. Rojas ME, Hernández VLE, Sánchez CJ, Risco CRJ, Pulido OVH. Tratamiento médico del embarazo ectópico no roto. *Ginecol Obstet Mex* 2004;72:135-141.
8. Luengo-Tabernero A. Embarazo ectópico cornual. Tratamiento eficaz con dosis única de metotrexato. *Clin Investig Ginecol Obstet* 2009;36:190-192.
9. Chetty M, Elson J. Treating non-tubal ectopic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009;23:529-538.
10. Capmas P, Bouyer J, Fernandez H. Treatment of ectopic pregnancies in 2014: new answer to some old questions. *Fertil Steril* 2014;101:615-620.