

Embarazo ectópico cornual. A propósito de un caso

 Maryem Seco,¹  Nazira Monsalve,²  Jessy Contreras.¹

RESUMEN

El embarazo ectópico se define como un embarazo que ocurre fuera de la cavidad uterina, la localización más común es en la región ampular de la trompa uterina. En la literatura los términos de embarazo intersticial y embarazo cornual se utilizan a menudo como sinónimos, representan entre el 1,1 % y el 6,3 % de los embarazos ectópicos en general y corresponde solo a 2,2 % de los embarazos ectópicos tubáricos; su etiología es multifactorial. En gestaciones mayores a 12 semanas la rotura uterina ocurre en el 20 % – 35 % de los casos generando hemoperitoneo masivo que podría conducir rápidamente a un shock hipovolémico, muerte materna o secuelas permanentes de infertilidad. Es por ello que, las opciones de tratamiento dependerán del momento del diagnóstico y de la estabilidad hemodinámica de la paciente.

Palabras clave: Embarazo ectópico, Embarazo ectópico cornual, Rotura uterina.

Cornual ectopic pregnancy. A case report

SUMMARY

Ectopic pregnancy is defined as a pregnancy that occurs outside the uterine cavity, the most common location being in the ampullary region of the uterine tube. In the literature, the terms interstitial pregnancy and cornual pregnancy are often used synonymously, they represent between 1.1% and 6.3% of ectopic pregnancies in general and correspond to only 2.2% of tubal ectopic pregnancies; its etiology is multifactorial. In gestations greater than 12 weeks, uterine rupture occurs in 20-35% of cases, generating massive hemoperitoneum that could quickly lead to hypovolemic shock, maternal death or permanent sequelae of infertility. For this reason, treatment options will depend on the time of diagnosis and the hemodynamic stability of the patient.

Keywords: Ectopic pregnancy, Cornual ectopic pregnancy, Uterine rupture.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. La incidencia ha aumentado en las últimas décadas hasta alcanzar el 1 % - 2 %, esto es debido principalmente a 3 condiciones: incremento en los factores de riesgo, incremento en la aplicación de técnicas de reproducción asistida y el uso de métodos

diagnósticos más sensibles y específicos (1). Alrededor del 95 % de las gestaciones ectópicas ocurren a nivel de las trompas uterinas, principalmente, según su localización, puede ser: ampular 80 %, ístmico 12 %, cornual (intersticial) 2,2 %, fimbrias 6 %; otras ubicaciones más raras son ovario 0,15 %, cérvix 0,15 %, abdominal 1,4 % (2). Por estricta definición, el embarazo intersticial ocurre en la porción intersticial o proximal de la trompa de Falopio, dentro de la pared muscular del útero, lateral al ligamento redondo, por el contrario, un embarazo cornual se implanta en el cuerno bicorne del útero. Sin embargo, en la literatura, los términos embarazo intersticial y embarazo cornual se utilizan a menudo como sinónimos (3, 4).

El embarazo cornual representa entre el 1,1 % y el 6,3 % de los embarazos ectópicos en general,

¹Especialista en Obstetricia y Ginecología, Universidad de Los Andes, Mérida – Venezuela. Departamento de Obstetricia y Ginecología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) Mérida- Venezuela. ² Especialista en Obstetricia y Ginecología del IAHULA. Profesora asociada del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Los Andes (ULA) Mérida-Venezuela Correo de correspondencia: maryemisabel@gmail.com

Forma de citar este artículo: Seco M, Nonsalve N, Contreras J. Embarazo ectópico cornual. A propósito de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 2023; 83(1): 112-117. DOI: 10.51288/00830114

corresponde solo a 2,2 % de los embarazos ectópicos tubáricos y están asociados a una alta morbimortalidad (5) debido a que se diagnostican tardíamente en el curso de la gestación y, además, está localizado directamente sobre la rama ascendente de la arteria uterina; dichos factores conducen a un mayor riesgo de hemorragia intrabdominal grave (6, 7). La ruptura del útero puede ocurrir entre el 20 % - 35 % 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 (6, 8, 9). La patogénesis del embarazo ectópico es considerada multifactorial y la triada sintomática clásica consiste en dolor, amenorrea y hemorragia vaginal, sin embargo, solo se presenta en 50 % de las pacientes, siendo más común en aquellas con embarazo ectópico roto; no hay dolor patognomónico del mismo (10). El diagnóstico diferencial se debe realizar con embarazos de la primera mitad del embarazo: amenaza de aborto, mola hidatiforme, síndrome icteroazoémico de Mondor, coriocarcinoma, otros tipos de embarazo ectópico, como también debe descartarse apendicitis, torción de ovario, complicaciones del dispositivo intrauterino, enfermedad inflamatoria pélvica y endometriosis (6). Las opciones de tratamiento dependen del momento en que se hace el diagnóstico; en una paciente estable desde el punto de vista hemodinámico, con deseos de un embarazo futuro, esta afección puede manejarse de manera médica con metotrexato en dosis de 50 mg los días 1, 3, 5, 7 y ácido folínico, 5 mg los días 2, 4, 6, 8 respectivamente. Por otro lado, la ruptura uterina, con la consecuente inestabilidad hemodinámica, conlleva a un manejo quirúrgico radical, que va desde histerectomía hasta salpingectomía bilateral o resección cornual por laparotomía (11). A las opciones de tratamiento, se suma la laparoscopia, técnica que dependerá de la destreza del cirujano y de las condiciones clínicas de la paciente, esta última vía de abordaje tiene como ventaja: seguridad y efectividad, corrección del defecto y la posibilidad de un nuevo embarazo (12).

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años de edad, III gestaciones II partos, con amenorrea de 19 semanas más 6 días por fecha de última menstruación (FUM), quien consultó por presentar dolor abdominal de fuerte intensidad, punzante, localizado en hipogastrio e irradiado hacia ambas fosas ilíacas, con cuadro clínico de 1 día de evolución. Negó tabaquismo y el uso de métodos anticonceptivos orales o dispositivos intrauterinos e infecciones vaginales a repetición.

Al examen físico, estaba en malas condiciones generales, presión arterial 80/50 mm Hg, frecuencia cardíaca 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 32 respiraciones por minuto, marcada palidez cutánea mucosa, deshidratada; a nivel abdominal ruidos hidroaéreos disminuidos, distendido, con resistencia abdominal a la palpación superficial y profunda; en la evaluación con espéculo se observó la vagina de trayecto libre con escaso sangrado oscuro a través de orificio cervical interno; al tacto vaginal, el introito y las paredes vaginales normales, con cérvix anterior, blando y cerrado; signo de Chadwick y Douglas (+). Extremidades: llenado capilar mayor a 3 segundos. Escala de Glasgow 14/15 puntos. Dentro de los estudios solicitados destacaron el hemograma (glóbulos blancos: 19 800/mm³, hemoglobina: 6,4 g/dl, hematocrito: 22 %, plaquetas: 242 000 mm³), y ultrasonido abdominal que reportó líquido libre en cavidad en abundante cantidad.

En vista de ser un abdomen agudo quirúrgico, fue llevada a mesa operatoria donde se practicó laparotomía ginecológica, con los siguientes hallazgos: hemoperitoneo de 2500 cc, útero aumentado de tamaño de 20 x 18 cm; en la totalidad del fondo uterino se evidenció solución de continuidad que comprometía todo el espesor de la pared uterina, con feto sin signos vitales (Figura 1 y 2) y placenta en su interior, trompa uterina y ovario derecho con solución de continuidad a

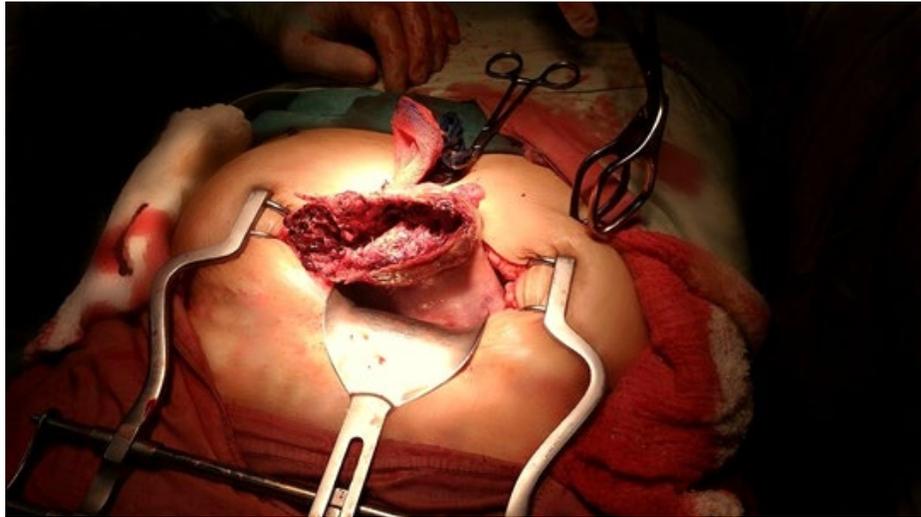


Figura 1. Útero con solución de continuidad en la totalidad del fondo uterino que compromete todo el espesor de la pared muscular.



Figura 2. Feto de 19 semanas sin signos vitales.

causa de rotura por el desarrollo de saco gestacional y sangrado activo, anexos izquierdos sin anomalías macroscópicas. Por lo antes expuesto se realizó histerectomía abdominal subtotal, con salpingectomía

bilateral y ooforectomía derecha.

El estudio anatomopatológico posoperatorio reportó: identificación de disco placentario libre de cambios neoplásicos malignos, cordón umbilical excéntrico de 13 x 0,8 x 0,8 cm, presencia de tres vasos anatómicos sin nudos ni malformaciones, producto de la gestación de sexo femenino, con 19 cm de longitud cráneo caudal, con conservación de histología fetal. No se observaron cambios por maceración; trompa uterina derecha de 5 x 0,6 x 0,6 cm, abierta longitudinalmente, con serosa despulida e hiperémica, pared edematosa, mucosa congestiva de aspecto vellosa y hemorrágica; ovario derecho y trompa uterina izquierda negativos para malignidad. Útero de 12 x 10 x 9 cm, peso 475 g, a nivel de fondo y cuerno uterino derecho solución de continuidad de 8 x 3 x 3 cm que se continuaba con la cavidad uterina, miometrio con presencia de restos placentarios y endometrio con cambios deciduales.

En vista de evolución satisfactoria, la paciente egresó en buenas condiciones generales.

DISCUSIÓN

En la evolución de un embarazo pueden desarrollarse complicaciones cuyo manejo médico adecuado dependerá del diagnóstico presuntivo al ingreso de la paciente a la sala de emergencia, así como sus posibles diagnósticos diferenciales, siendo crucial para ambos diagnósticos el cuadro clínico de la paciente y la edad gestacional.

La clínica del embarazo ectópico cornual, es similar a otros subtipos de embarazo ectópico, presentando la triada clásica compuesta por amenorrea, dolor abdominal y tumor anexial en un 10 % de los casos. La principal sintomatología es el sangrado genital anormal del primer trimestre del embarazo que puede variar en volumen y patrón, pero típicamente es intermitente y se asocia a dolor abdominal, además, se han reportado casos en que se describe omalgia secundaria a irritación diafragmática (13). En este caso clínico, la paciente cursaba con amenorrea menor a 20 semanas y presentó un cuadro clínico de dolor abdominal de fuerte intensidad, punzante localizado en hipogastrio, con signos de shock hipovolémico, no proporcional al sangrado vaginal, e irritación abdominal al examen físico.

En los exámenes complementarios se constató la presencia de una anemia grave (6,4 g/dl) y abundante líquido libre en cavidad abdominal al ultrasonido; sin signos clínicos de infección. Por consiguiente, el diagnóstico presuntivo fue de una hemorragia de la primera mitad del embarazo, excluyendo clínica y ecográficamente el aborto y embarazo molar. El embarazo ectópico es capaz de generar un abdomen agudo quirúrgico e inestabilidad hemodinámica materna como lo indica la literatura.

Para realizar el diagnóstico, aparte de valorar los aspectos clínicos, junto con una exploración ginecológica, existen pruebas complementarias que

pueden ayudar a confirmar o descartar el cuadro, como la ecografía, que es la técnica más utilizada, ya que puede permitir la visualización del saco gestacional implantado fuera del útero (14).

Los autores coinciden en tres elementos importantes para el diagnóstico de embarazo ectópico cornual por ecografía: cavidad uterina vacía, saco coriónico separado al menos 1 cm del borde lateral de la cavidad uterina, miometrio delgado (13).

También puede ser útil para el diagnóstico, la monitorización de la subunidad beta de la hormona gonadotrofina coriónica (β hGC). Otra técnica que puede tener utilidad en el diagnóstico es la culdocentesis, hoy en día poco usada, porque se dispone de otras técnicas más precisas y menos invasivas (14).

Se estima que del 1 % al 2 % de los embarazos son ectópicos, y representan el 3 % al 6 % de las muertes relacionadas con el primer trimestre del embarazo, llegando a ser la primera causa de muerte materna en países poco desarrollados, o cuando menos ocasionando secuelas permanentes de infertilidad (15).

Existen factores de riesgo para un embarazo ectópico, como procesos inflamatorios o infecciosos de las trompas, que conllevan a una enfermedad pélvica inflamatoria, en especial por *Chlamydia trachomatis*, de hecho, se calcula que la mitad de los embarazos ectópicos se debe a este microorganismo; el tabaquismo; la cirugía abdominopélvica previa; el uso de anticonceptivos orales de solo progestágenos y dispositivos intrauterinos; embarazo ectópico previo; técnicas de reproducción asistida; fármacos (dietilestilbestrol, antineoplásicos); endometriosis; insuficiencia lútea; edad materna mayor a 35 años y antecedente de abortos provocados o inducidos (15). Sin embargo, la mitad de las mujeres a las que se les diagnostica un embarazo ectópico no tienen ningún factor de riesgo conocido (16, 17), como fue reportado en el presente caso clínico.

El embarazo ectópico cornual o intersticial, es aquel que ocurre en la porción proximal de la tuba uterina, que se rodea de pared muscular uterina, esta porción intersticial mide 7 milímetros (mm) de ancho y 10 a 20 mm de largo. Por su localización, el diagnóstico es tardío; debido al desarrollo gestacional, así como la proximidad a estructuras importantes como la arteria uterina y ovárica, existe riesgo de una hemorragia grave cuando ocurre la ruptura. Entre los embarazos tubáricos, es el que tarda más tiempo en romperse, por la capacidad de distensibilidad del miometrio, por ello, se reporta la rotura del útero en el 20 % de los casos con embarazos mayores de 12 semanas.

En vista de que generan hemoperitoneo con una elevada mortalidad, se establecen los siguientes tratamientos con base a los síntomas y la condición clínica de la paciente: en primer lugar, el tratamiento expectante, ya que se ha observado casos de regresión espontánea. Esta opción terapéutica requiere un control muy estricto de la paciente con determinaciones seriadas de β hGC y ecografía.

La segunda opción es el tratamiento médico con metotrexato, que puede administrarse de forma local, guiada por laparoscopia o ecografía, o inyectarlo por vía intramuscular, solo en los siguientes casos: edad gestacional temprana, diámetro menor a 4 cm, β hGC menor a 10 000 mIU/ml, sin evidencia de ruptura. Es preciso recordar que el manejo médico no es infalible ya que se describe que puede fallar en un 35 % de los casos, y la ruptura es posible incluso cuando los niveles de β hGC estén en disminución (13-16).

Por último, la tercera opción es el tratamiento quirúrgico que suele reservarse para aquellas pacientes hemodinámicamente inestables o con un cuadro complicado. La técnica de elección será la laparoscopia, a través de la cual se realiza cornuostomía; está recomendada en masas menores de 4 cm. Este método ha demostrado reducir la estancia

hospitalaria y asociarse a menor dolor posoperatorio. También puede realizarse la resección cornual o la histerectomía, vía laparotomía (3, 14, 18). De acuerdo a lo antes mencionado, la elección del tratamiento quirúrgico en el presente caso fue el adecuado.

CONCLUSIÓN

El embarazo ectópico cornual tiene una alta tasa de mortalidad debido al importante hemoperitoneo que ocasiona, motivo por el que es decisivo no demorar en el diagnóstico ni el tratamiento. Esto es aún más importante cuando se presenta en edades gestacionales mayores a 12 semanas con la consecuente rotura uterina. Hay que tener presente el diagnóstico e incluir la patología en los diagnósticos diferenciales de los cuadros hemorrágicos y dolorosos del primer trimestre, pero también de comienzos del segundo trimestre. Las opciones de tratamiento son variadas, pero dependen de las características del cuadro.

Sin conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Parker VL, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2016 Jul;294(1):19-27. doi: 10.1007/s00404-016-4069-y.
2. Sepúlveda J, Torrado D. Embarazo ectópico cornual recurrente: caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol [Internet].* 2015 [consultado 30 de marzo de 2022]; 80(6): 503 – 509. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n6/art11.pdf
3. Po L, Thomas J, Mills K, Zakhari A, Tulandi T, Shuman M, *et al.* Guideline No. 414: Management of pregnancy of unknown location and tubal and nontubal ectopic pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021;43(5):614-630.e1. DOI: 10.1016/j.jogc.2021.01.002.
4. Araujo Júnior E, Zanforlin Filho SM, Pires CR, Guimarães Filho HA, Massaguer AA, Nardozza LM, *et al.* Three-dimensional transvaginal sonographic diagnosis of early and asymptomatic interstitial

- pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 2007;275(3):207-210. DOI: 10.1007/s00404-006-0211-6.
5. Delgado K, Delgadillo M, Pardo A, Roque E. Embarazo ectópico cornual: reporte de un caso. Rev Cient Cienc Med [Internet]. 2012 [consulta 01 de abril de 2022];15(1): 33-36. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332012000100010
 6. Zepeda J, López M, Hernández M, Briones C, Padilla K, Domínguez S. Embarazo ectópico cornual, reporte de un caso y revisión de literatura. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2009 [consulta 01 de abril de 2022]; 42(4). Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no52-4/RFM052000410.pdf>
 7. Woodland MD, Depasquale SE, Molinari JA, Sagullo CC. Laparoscopic approach to interstitial pregnancy. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 1996; 3: 439-441. DOI: 10.1016/s1074-3804(96)80079-x
 8. Pasic R, Wolfe WM. Laparoscopic diagnosis and treatment of interstitial ectopic pregnancy: a case report. Am J Obstet Gynecol. 1990; 163: 587-589. DOI: 10.1016/0002-9378(90)91203-o
 9. Velázquez G, Trías E, Velázquez V, Saulny J. Embarazo gemelar ectópico tubárico: reporte de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2005 [consulta 01 de abril de 2022]; 65(3): 143-146. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322005000300008
 10. Vagg D, Arsala L, Kathurusinghe S, Ang WC. Intramural ectopic pregnancy following myomectomy. J Investig Med High Impact Case Rep. 2018;6:1.4. DOI: 10.1177/2324709618790605
 11. Nuñez J, Romero R, González G. Embarazo ectópico en el Hospital “Manuel Noriega Trigo” 20 años después. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2014 [consulta 02 de abril de 2022];74(2):103-111. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000200004
 12. Espinoza S, Garnier J, Pizarro G. Generalidades sobre embarazo ectópico. Rev Méd Sinerg. 2021; 6(5):e670. DOI: 10.31434/rms.v6i2.670
 13. American College of Obstetricians and Gynecologists’ Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;131(3):e91-e103. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002560.
 14. Takei T, Matsuoka S, Ashitani N, Makihara N, Morizane M, Ohara N. Ruptured cornual pregnancy: case report. Clin Exp Obstet Gynecol [Internet]. 2009 [consulta 2 de abril de 2022];36(2):130-132. Disponible en: <https://www.imrpress.com/journal/CEOG/36/2/pii/1630635634070-622307221>
 15. Zarama-Márquez F, Buitrón-García R, Córdoba-Guacan E, Cortés-Cortés L, Zarama-Eraso MA. Embarazo ectópico cornual. Tratamiento combinado con metotrexato e histerotomía y evacuación por laparoscopia. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Méx. 2019;87(10):676-679. DOI: 10.24245/gom.v87i10.2924.

Recibido 25 de mayo de 2022
Aprobado 15 de septiembre de 2022