

Embarazo ectópico miometrial: reporte de caso

Drs. Jacqueline Saulny de Jorges *, Geraldine Velázquez Brucoli **, Vicente Velásquez **.

* Ecosonografista. ** Hospital "Dr. Domingo Luciani". Caracas.

RESUMEN

Paciente de 32 años, que consulta por dolor pélvico, sangrado genital en manchas y retraso menstrual de 6 semanas. Fracción B-hCG positiva. Refiere embarazo ectópico derecho roto después de un parto normal, con salpingectomía ipsilateral. Además menciona que su madre tuvo el mismo cuadro obstétrico que ella (embarazo ectópico derecho después de un parto). Se le realiza ecosonograma transvaginal que reporta embarazo ectópico por debajo del cuerno izquierdo, endometrio engrosado. Se hospitaliza para tratamiento con metotrexate en base a las condiciones psicológicas de la paciente. Su evolución fue satisfactoria con desaparición del saco de gestación y resolución de la sintomatología ginecológica y psíquica.

Palabras clave: Embarazo del primer trimestre. Embarazo extrauterino. Embarazo Ectópico Miometrial o Intramural. Tratamiento médico controlado. Ultrasonografía.

SUMMARY

A 32 years old patient that complained of abdominal pain, vaginal spotting and 6 weeks delay of the menstrual cycle. B-hCG test positive. The patient had a ruptured right ectopic pregnancy after a normal vaginal delivery treated with salpingectomy. She reports that her mother had a similar condition. The transvaginal ultrasound reveals an ectopic pregnancy below the right uterine horn with a thickened endometrium. The patient is hospitalized for treatment with methotrexate based on her psychological conditions. The patient had a satisfactory response with disappearance of the gestational sac and clinical symptoms.

Key words: First trimester pregnancy. Extrauterine pregnancy. Ectopic Miometrial or Intramural pregnancy. Medical treatment. Ultrasound

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico miometrial es aquél que se localiza dentro del miometrio sin conexión con la trompa, cavidad endometrial ni ligamento redondo (1-3). Es una condición sumamente rara y constituye menos del 1% de los embarazos ectópicos. Hasta el reporte de Lee y col (2) se han publicado 33 casos en la literatura mundial. No encontramos ninguno en la literatura nacional al menos desde la utilización del ultrasonido como método diagnóstico de la gestación ectópica.

Las pacientes con este tipo de embarazo están en mayor riesgo de ruptura uterina por lo que su diagnóstico precoz nos ayuda a decidir rápidamente la conducta a seguir. Presentamos un caso de embarazo ectópico miometrial el cual se resolvió con tratamiento médico y seguimiento ecosonográfico.

REPORTE DEL CASO

Paciente de 32 años, III gestas, 1 parto, 1 embarazo ectópico (EE) anterior con salpingectomía derecha, quien asiste a consulta médica por presentar retraso menstrual de 6 semanas según fecha de última menstruación, y dolor pélvico leve de 1 día de evolución asociado a sangrado genital oscuro escaso; trae resultado de fracción β de gonadotropina coriónica positiva. Niega antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica. Usuaria de Dispositivo Intrauterino (DIU) desde el año 1991-1993. Al examen físico no presentaba alteraciones, tacto vaginal: útero en AVF aumentado de tamaño, ligeramente doloroso en fosa ilíaca izquierda. Se realiza ultrasonido transvaginal (UTV) con equipo General Electric 3000, transductor de 5mH que reporta:

1. Útero en anteversoflección (AVF), aumentado de tamaño (L:8,9 – T:6,8 – AP: 5,4 cm) con imagen de saco gestacional de 8 x 8 mm por debajo del cuerno

Recibido: 20-08-05

Aceptado para publicación: 01-10-05

izquierdo y dentro del miometrio, sin conexión alguna con el endometrio, trompa de Falopio o cuerno; sin evidencia de embrión, ni saco vitelino, corion escaso (Figura 1). Además se observó endometrio de 1,6 cm de grosor (Figura 2).

2. Trompa izquierda visible, dolorosa a la presión con el transductor.
3. No se observó líquido en fondos de saco. Concluye: Embarazo Ectópico Cornual de 4 semanas. Sin embargo en los exámenes ecosonográficos de control se observó el saco de gestación dentro del miometrio y por debajo del cuerno izquierdo sin relación con la trompa de Falopio (Figura 3), por lo cual se concluye con el diagnóstico de Embarazo Ectópico Miometrial (EEM). Se solicita β -hCG el mismo día con resultado de 246,82 mIU/mL. Se decide seguimiento de la paciente con β -hCG en sangre seriado, obteniéndose las siguientes cifras: 164,11 mIU/mL; 226,19 mIU/ml.

Un nuevo UTV reporta:

1. Útero en AVF de menor tamaño (L:8,1 – T:6,3 – AP: 5,4 cm) con imagen de saco gestacional de 7 x 7 mm a nivel del miometrio; sin evidencia de embrión, ni saco vitelino, corion escaso.
2. Trompa izquierda visible, dolor en anexo izquierdo al examen.
3. No se observa líquido en fondos de saco. Concluye: sin cambios con respecto al examen anterior. Ante persistencia de β -hCG positivas, hallazgos ecosonográficos de EEM y antecedentes de embarazo ectópico roto con salpingectomía derecha, además del antecedente materno, la paciente presenta cuadro de ansiedad, angustia, llanto frecuente, ante el temor de presentar un cuadro de abdomen agudo como en el segundo embarazo y el deseo de la pareja de la posibilidad de una nueva gestación, se decide tratamiento médico con metotrexate, para lo cual se hospitaliza en el Hospital “Dr. Domingo Luciani” del Llanito. Posterior al tratamiento se realiza control de β -hCG cuyo resultado fue 328,17 mIU/mL, y UTV sin evidencia de cambios con respecto al examen anterior.

A los 8 días; se repiten las gonadotropinas obteniéndose cifras de 9,75 mIU/mL y se realiza UTV el cual reporta:

1. Útero en AVF de tamaño normal (L:7,4 – T:5,2 – AP: 4,2 cm), paredes normales.
2. No se evidencia saco gestacional descrito en exámenes anteriores.
3. Endometrio delgado con 2 capas.
4. Anexos visibles no dolorosos, ambos ovarios de volumen normal. Concluye: útero y anexos normales.

Figura 1

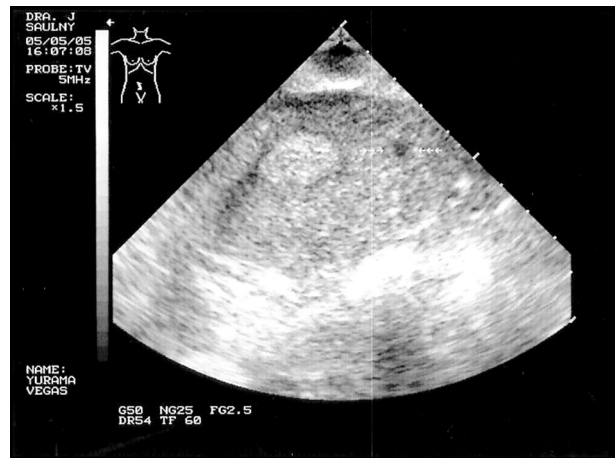


Figura 1: Corte transversal del útero, saco gestacional por debajo del cuerno izquierdo, endometrio grueso.

Figura 2

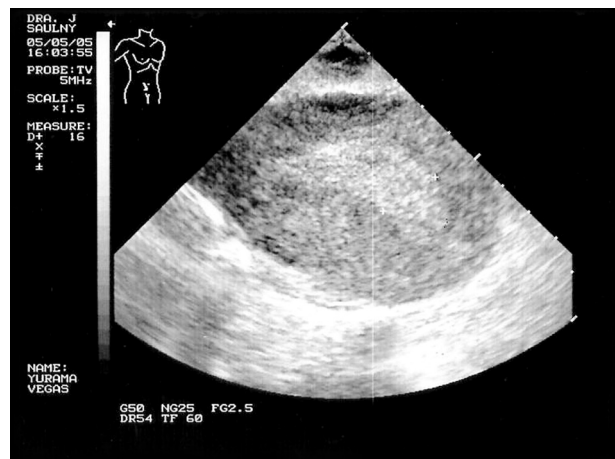


Figura 2: Corte longitudinal del útero, endometrio grueso.

Figura 3

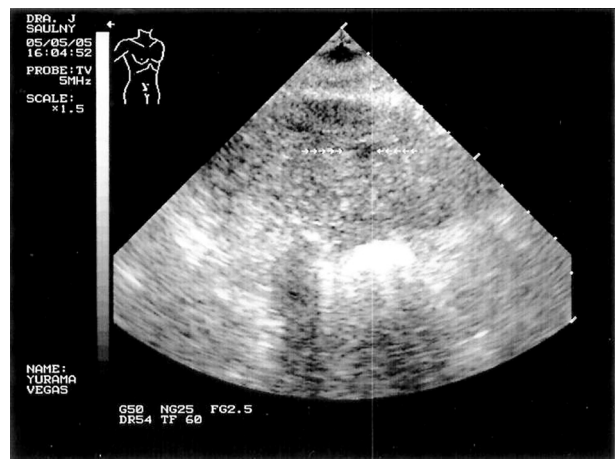


Figura 3: Saco gestacional visible en el miometrio.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico miometrial o intramural es muy raro, ocupa menos del 1% de los embarazos ectópicos (1); hasta octubre de 2003 se reportaron 33 casos en la literatura mundial, el último de Lee y col (2) publicado en mayo de 2005. Se localiza dentro de la pared uterina, rodeado por miometrio y separado de la cavidad endometrial, trompa y ligamento redondo (1,2). Su diagnóstico temprano por ultrasonido transvaginal bidimensional (2D) o tridimensional (3D) nos permite el manejo expectante (3-5), sin embargo el diagnóstico temprano no siempre es hecho y puede ocurrir la ruptura uterina que conlleva a histerectomía en casi todos los casos. Se han propuesto varias causas para explicar esta rara gestación ectópica tales como: adenomiosis, trauma uterino anterior incluyendo cesáreas, placenta accreta, migración e implantación del óvulo fecundado sobre la superficie de la serosa uterina, fertilización in vitro y defecto de la actividad trofoblástica entre otros (1,3). Lu y col (1) reportan un caso con implantación en un foco de adenomiosis y Bernstein y col (3) otro; cuyo sólo antecedente de la paciente era curetaje uterino previo. Nuestro caso presentó el antecedente de embarazo ectópico derecho con salpingectomía y el uso de DIU durante 2 años, ambos factores de riesgo en su recurrencia (6).

El ultrasonido es el primer método a utilizar en pacientes con amenorrea, sangrado genital y dolor pélvico, porque además de su utilidad en el diagnóstico de embarazo ectópico, nos permite también visualizar gestación intrauterina lo que aumenta la posibilidad de descartar la gestación extrauterina (7). El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico no roto debe hacerse con: enfermedad inflamatoria pélvica, apendicitis, persistencia del cuerpo lúteo o su ruptura, quiste de ovario funcional, infección urinaria y amenaza de aborto. En más del 50% de los casos se puede establecer un diagnóstico clínico el cual debe apoyarse en los exámenes paraclínicos (6). Nuestra paciente tenía la fracción β -hCG positiva lo que nos indicó un embarazo, sin embargo la misma no estuvo tan elevada como se encuentra en estos casos, las concentraciones seriadas realizadas nunca llegaron a 1 000 mIU/mL, quizás ya su embarazo estaba en vías de regresión espontánea y había poca actividad coriónica, el saco gestacional era pequeño, sin embrión y corion escaso. Terán Dávila (8) refiere los criterios a tomar para el manejo expectante en estos casos, los mismos eran compatibles con el cuadro clínico de la paciente y su deseo de preservar la fertilidad, sin embargo cuando se le planteó a la pareja la conducta a seguir, la paciente comenzó a presentar crisis de angustia, llanto y

temor a experimentar el cuadro anterior de rotura con la consecuente pérdida de la trompa, es por ello que se decidió hospitalización y el uso de metotrexate. Este medicamento es usado para el tratamiento conservador del EE no roto en distintas dosis y por diferentes vías de administración, las más empleadas son la intravenosa (IV) y la intramuscular 1mg x kg de peso o 50 mg x m² de superficie corporal (9). Nuestra paciente recibió dosis única de 78 mg lo que equivale a 1 mg x kg de peso corporal, vía IV diluido en 100 cm³ de solución glucosada. Estuvo 3 días hospitalizada incluyendo ingreso, tratamiento y observación en dicho periodo. Como efectos colaterales presentó náuseas y malestar general que no ameritaron el uso de medicamentos. A los 8 días el ultrasonido reportó desaparición del saco de gestación, útero y anexos normales.

El embarazo ectópico intramural o miometrial no es fácil de diagnosticar por UTV 2B, en manos expertas es posible su diagnóstico, sin embargo en casos de duda, se utiliza actualmente el UTV 3D que ofrece algunas ventajas, entre ellas una mejor visualización del saco gestacional dentro del miometrio lo que nos ayuda en la diferenciación de una gestación ectópica intersticial o cornual (2). Su manejo dependerá de la condición clínica de la paciente y su deseo de futuros embarazos. Nuestro caso se resolvió satisfactoriamente.

REFERENCIAS

1. Lu H-F, Sheu B-Ch, Shih J-Ch, Chang Y-L, Torng P-L, Huang S-Ch. Intramural ectopic pregnancy. Sonographic picture and its relation with adenomyosis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997;76:886-889.
2. Lee GSR, Hur SY, Kown I, Shin JCH, Kim SP, Kim SJ. Diagnosis of Early Intramural Ectopic Pregnancy. *JCU.* 2005;33(4):190-192
3. Bernstein HB, Thrall MM, Clark WB. Expectant management of intramural ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2001;97(5):826-827
4. Harika G, Gabriel R, Carre-Pigeon F, Alemany L, Quereux Ch, Wahl P. Primary application of three-dimensional ultrasonography to early diagnosis of ectopic pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1995;60:117-120
5. Lawrence A, Jurkovic D. Three-dimensional ultrasound diagnosis of interstitial pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1999;14:292-293
6. Ariel I. Guía para manejo de urgencias. Cap IX Embarazo ectópico. Disponible en: www.fepafem.org.ve/guias_de_Urgencias/Alteraciones_genitourinaria
7. Saulny J, Jorges A, Scorzza R, Velásquez V. Importancia del ultrasonido en el embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1990;50:195-198
8. Terán Dávila J. Conducta expectante en el embarazo ectópico no roto. Reporte preliminar de dos casos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1997;57(2):137-140
9. Terán Dávila J. Metotrexate y conducta expectante en el embarazo ectópico no roto. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002;62(3):161-174

Septostomía y amnioreducción ofrecen sobrevida perinatal similar

Fuente: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005; 193: 701-707

Un estudio aleatorio comparativo de septostomía y amnioreducción en síndrome de transfusión entre gemelares

La septostomía no se asocia a una mejor sobrevida perinatal en comparación con la amnioreducción para el tratamiento del síndrome de transfusión entre gemelares (TTTS, del inglés), según lo indicado por los resultados de un ensayo aleatorio. No obstante, a pesar de la ausencia de beneficio en la sobrevida, los investigadores comentan que la septostomía ofrece la ventaja de requerir con frecuencia un solo procedimiento y complicaciones mínimas. Kenneth Moise (de la Universidad de Carolina del Norte, en Chapel Hill, EE.UU.) y col designaron al azar a 73 mujeres antes de las 24 semanas de gestación para que se sometieran a amnioreducción o septostomía utilizando una sola técnica de punción bajo guía ecográfica. El estudio terminó antes, luego del primer análisis provisorio. El análisis del criterio de valoración primario, la sobrevida de al menos uno de los niños hasta el alta hospitalaria, fue comparable entre la amnioreducción y la septostomía, en un 78 por ciento versus un 80 por ciento de los embarazos, respectivamente. No obstante, hubo mayor posibilidad de que las mujeres que se sometieron a septostomía necesitaran un solo procedimiento que las que recibieron amnioreducción, en un 64 por ciento versus 46 por ciento. En su discusión, los investigadores dicen que sus hallazgos señalan un enlentecimiento del proceso patológico en las mujeres que se someten a septostomía. Los mecanismos, empero, continúan siendo conjeturas, pero podrían involucrar diferencias menores en la presión hidrostática entre los dos compartimientos. Los investigadores concluyen que la mejor opción terapéutica para las mujeres con TTTS en el segundo trimestre, aún tiene que determinarse.

Publicado: 05 Octubre 2005

Programa de prevención de embarazo teratogénico “ampliamente desoído”

Fuente: *Birth Defects Research (Part A): Clinical and Molecular Teratology* 2005; Not yet available online

Evalúan el cumplimiento de los principios de dos programas que apuntan a prevenir el embarazo en mujeres que utilizan la droga contra el acné, isotretinoína

Una encuesta revela que los programas desarrollados para prevenir el embarazo en las mujeres que toman una droga contra el acné con efectos teratogénicos conocidos no están siendo seguidos consistentemente. Un programa de prevención voluntaria del embarazo para evitar la concepción en mujeres que usan isotretinoína (Accutane) fue lanzado por la administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) estadounidense en combinación con el fabricante de la droga en 1998, y luego fue reemplazado por SMART (System to Manage Accutane Related Teratogenicity), el sistema para tratar la teratogenicidad relativa a Accutane. La presente encuesta, de 34 mujeres que llamaron a la Organización de Servicios de Información sobre Teratogenicidad (OTIS) luego de quedar embarazadas mientras utilizaban la droga, mostró que la mayoría de ellas estaba siendo tratada por acné menos severo que el recomendado por el programa SMART y menos de una cuarta parte estaba recibiendo asesoramiento anticonceptivo por parte de su médico. Otros principios de estos programas que eran seguidos inconsistentemente incluyen los requerimientos de que las mujeres produzcan dos resultados negativos a las pruebas de embarazo antes de que la droga sea recetada por primera vez y otra prueba negativa en el mes previo a una nueva receta, requisitos no cumplidos por el 76 y el 35% de las participantes, respectivamente. El programa SMART también requiere que las mujeres usen dos formas de anticoncepción. Pero el equipo investigador, dirigido por Julia Robertson (del Departamento de Salud de Utah, en Salt Lake City, EE.UU.) halló que sólo el 62% de las mujeres estaba usando un método de control de la natalidad, con sólo el 29% que utilizaba dos métodos. La FDA planifica poner en marcha un nuevo plan desarrollado por la agencia con requerimientos más estrictos a partir del 31 de diciembre de 2005.

Publicado: 24 Octubre 2005