

EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL. REPORTE DE TRES CASOS

FRANKLIN J. ESPITIA DE LA HOZ, ESPECIALISTA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA*,
 GERMÁN E. OSORIO CHICA, ESPECIALISTA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, LILIAN OROZCO SANTIAGO, MÉDICO Y CIRUJANO

Recibido para publicación: 07-10-2014 - Versión corregida: 22-10-2014 - Aprobado para publicación: 04-11-2014

Resumen

El embarazo ectópico es la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina; su localización principal son en la trompa. Las formas no tubáricas incluyen: el embarazo cornual, el embarazo ovárico, el embarazo abdominal, el embarazo cervical, el embarazo intraligamentario y el embarazo en cuerno uterino rudimentario. Se describen tres casos de embarazo ectópico cornual. Se realizó el manejo quirúrgico, con la resección en cuña del trofoblasto por vía laparotomía, sin necesidad de recurrir a la histerectomía, correlacionando la histopatología el diagnóstico de embarazo ectópico cornual. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria en las tres pacientes.

Palabras clave: Embarazo ectópico, localización, tratamiento, cirugía.

Espitia-De La Hoz F, Osorio-Chica GE, Orozco-Santiago L. Embarazo ectópico cornual. Reporte de tres casos. Arch Med (Manizales) 2014; 14(2):297-3.

Cornual ectopic pregnancy. Report of three cases

Summary

Ectopic pregnancy is the implantation of the fertilized ovum outside the uterine cavity, its main location is in the tube. Non tubal forms include: the cornual pregnancy, ovarian pregnancy, abdominal pregnancy, cervical pregnancy, intraligamentary pregnancy and pregnancy in a rudimentary uterine horn. Three cases of cornual ectopic pregnancy are described. Surgical management, with wedge resection via laparotomy trophoblast, without resorting to hysterectomy was performed, correlating histopathology diagnosis of cornual ectopic pregnancy. The postoperative course was satisfactory in three patients.

Key words: Ectopic pregnancy, locations, treatment, surgery.

Introducción

El embarazo ectópico se define como aquel cuya implantación y desarrollo del blastocisto ocurre en cualquier lugar fuera de la cavidad endometrial; y de acuerdo al sitio de implantación, se clasifica como: a) Tubárico: ampular, ístmico, fimbriado y cornual / intersticial; b) Extratubárico: uterino (cervical o intramural), ovárico (intrafolicular o intersticial), abdominal (primario o secundario) e intraligamentario^{1,2,3} siendo su incidencia del 1-2% del total de los embarazos, representando una incidencia de 20 embarazos ectópicos por cada 1000 embarazos^{4,5}. Su localización más frecuente es tubáricos, 90 a 95 % de los casos; y más del 60% se localizan en la ampolla, seguida por la zona ístmica (25%) y la intersticial o cornual (2%)⁶, representando el cornual una entidad rara que conduce a una mortalidad materna de hasta el 2,2%; y que representa del 2 al 4% de todos los embarazos ectópicos y 1/2.500-5.000 nacidos vivos^{7,8,9,10}.

Al embarazo ectópico se le hace responsable de aproximadamente 10% de la mortalidad materna; con una tasa global de concepción después de un embarazo ectópico de 60 a 80%; una ocurrencia de abortos espontáneos, en una sexta parte de los próximos embarazos y aproximadamente una tercera parte son ectópicos recidivantes, de los cuales sólo un tercio nacerá vivo¹¹.

En las últimas tres décadas la reproducción asistida (inducción de la ovulación, fertilización invitro) ha incrementado la incidencia de embarazo ectópico de 1,3% a 4,5%; y algunos autores han resaltado como factores importantes en el aumento de la incidencia la infección por Clamidia, la enfermedad inflamatoria pélvica, el uso del dispositivo intrauterino, la endometriosis, la cirugía de las trompas, el tabaquismo, el uso de anticonceptivos con sólo progestágenos, la esterilización quirúrgica y el antecedente de embarazo ectópico^{12,13,14,15,16}.

El embarazo cornual se debe a la implantación del saco gestacional en la porción intramural proximal de la trompa de Falopio (en la pared muscular del útero), y es de localización peligrosa, debido a que por su ubicación (entre el óstium y la porción ístmica de la trompa), tiene una mayor masa muscular, con gran irrigación sanguínea proveniente de las ramas de las arterias uterina y ovárica, lo que le genera consecuencias potencialmente catastróficas, incluyendo la muerte, si el diagnóstico no se realiza o se hace tardíamente (ya que la rotura suele ser más tardía, entre la octava y décima semanas e incluso en edades gestacionales más avanzadas), y representa una mortalidad materna de hasta el 2,2%^{17,18,19,20}.

El objetivo de esta publicación es presentar tres casos clínicos de embarazo ectópico cornual, diagnosticados y manejados en la Unidad de Ginecología y Obstetricia de la Clínica La Sagrada Familia de Armenia, Quindío.

Presentación de los casos

Caso uno

Mujer de 27 años de edad, G3P1A1V1, con embarazo de 12 semanas de gestación por Fecha de última menstruación, la que ingresó con un cuadro clínico de 9 horas de evolución, caracterizado por presentar sangrado vaginal en escasa cantidad, asociado a dolor en hipogastrio, tipo espasmódico, de moderada intensidad que se irradiaba hacia región pélvica. Ciclos menstruales regulares y no venía utilizando ningún método anticonceptivo desde hacía nueve meses por interés reproductivo; y tiene pareja estable desde hace nueve años. No presenta otros antecedentes de importancia. Al momento del ingreso se encontraba en buenas condiciones generales, Tensión Arterial de 120/75mmHg, Frecuencia Cardíaca de 87 por minuto, Frecuencia respiratoria de 18 por minuto y Temperatura 37.2°C. A la exploración abdominal presenta dolor a la palpación

profunda en hemiabdomen inferior izquierdo y resistencia abdominal a la palpación profunda. A la especuloscopia se evidencia huellas de sangrado, y al tacto vagina de paredes elásticas, cérvix posterior de superficie lisa y cerrado, con sangrado escaso y activo, al tacto bimanual se palpa anexo derecho normal y en el izquierdo no se palpa masa pero se muestra doloroso. La paciente es hospitaliza con los diagnósticos de: Embarazo de 12 semanas por FUM y Amenaza de aborto.

Se le solicitan estudios: Hemograma: Glóbulos Rojos: 4470000/mm³, Glóbulos blancos: 12300/mm³, Hemoglobina: 11,4g/dl, Hematocrito: 33%; determinación de β -hGC es de 15.420 mUI/ml; Ecografía Transvaginal útero con endometrio engrosado y saco gestacional en cuerno izquierdo con feto vivo, biometría para 12 semanas, se observa escaso líquido libre en el fondo de saco de Douglas. Se diagnostica: Embarazo ectópico cornual izquierdo no roto, y se le realiza una laparotomía exploratoria, confirmándose el diagnostico (Figura 1) y se procede a la realización de una cuernostomía como tratamiento. Encontrándose cuerno izquierdo deformado, no roto, de 3 a 4 cms. de diámetro, con escasa cantidad de sangre libre abdominal, ambas trompas y ovarios de aspecto normales y sin evidencia de ruptura. Se procede, a la infiltración del miometrio adyacente al cuerno con vasopresina diluida (20 unidades en 100 mL de solución salina) en cuatro sitios alrededor del embarazo cornual, en total 20 mL de vasopresina diluida. Se realiza incisión longitudinal de +/- 3 cms. sobre el embarazo cornual, a través del miometrio, hasta realizar la escisión del saco gestacional, removiéndose el tejido trofoblástico en su totalidad, procediéndose posteriormente a la irrigación y aspiración con suero fisiológico y curetaje del cuerno. Se procede a la colocación de tres puntos de catgut crómico N° 2/0, con nudos intracorpóreos para afrontar ambos bordes de la incisión sin tensión de la sutura. Se estimó un sangrado aproximado de 30 mL y un tiempo quirúrgico de 45 minutos. La evo-

lución postoperatoria cursa sin complicaciones, siendo dada de alta al siguiente día en buenas condiciones generales.

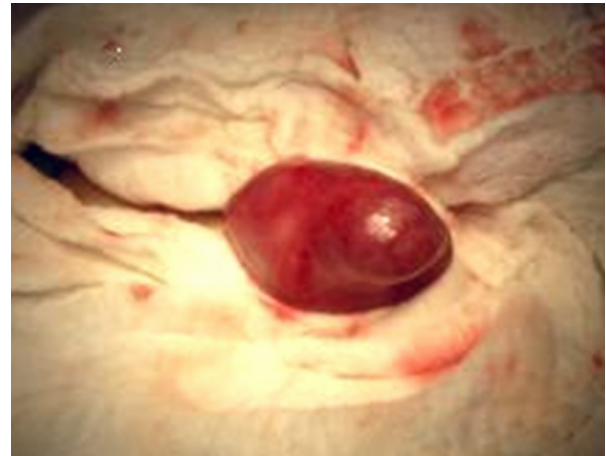


Figura 1. Fotografía de la paciente en el intraoperatorio.

Caso dos

Paciente de 18 años, primípara, sin antecedentes patológicos de importancia. Sin uso de método anticonceptivo desde hace seis meses. La que consulta por cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por dolor cólico que progreso de leve a severo, localizado en hipogastrio, con metrorragia escasa. Ingresa por sus propios medios. Al examen físico Tensión Arterial de 108/69mmHg, Frecuencia Cardíaca de 81 por minuto, Frecuencia respiratoria de 18 por minuto y Temperatura 36,9°C., abdomen doloroso a la palpación del flanco derecho, Signo de Blumberg (+), puño percusión (-) bilateral. Examen ginecológico: vagina eutrófica, cérvix sin alteraciones, útero en Anteversoflexión, leve aumento de tamaño, con dolor a la palpación de anexo derecho. Se solicitan paraclínicos: Hemograma: Glóbulos Rojos: 3960000/mm³, Glóbulos blancos: 10800/mm³, Hemoglobina: 12,6g/dl, Hematocrito: 36,9%; β -hGC de 10.290 mUI/ml; Ecografía Transvaginal: endometrio engrosado y saco gestacional en cuerno derecho con feto vivo, de 9 semanas, con escaso líquido libre en el fondo de saco de Douglas. Se diagnostica: Embarazo

ectópico cornual, y se procede a la realización de laparotomía exploratoria como en el caso anterior, confirmándose el diagnóstico (Figura 2). La paciente evolucionó de forma satisfactoria y abandonó la clínica a las 18 horas de la intervención en óptimas condiciones.



Figura 2. Fotografía del ectópico en el intraoperatorio.

Caso tres

Mujer de 36 años, primigestante, sin antecedentes patológicos relevantes. Sin uso de método anticonceptivo desde su inicio de vida sexual, a los 27 años. La que consulta por cuadro clínico de 48 horas de evolución consistente en dolor abdominal tipo cólico asociado a sangrado vaginal en escasa cantidad, no acorde con la menstruación que presenta amenorrea de 13 semanas; dolor que progresa de leve a moderado en las últimas 12 horas, por lo que consulta. Ingresa caminando por sus propios medios. Al examen físico Tensión Arterial de 120/70 mmHg, Frecuencia Cardíaca de 78 por minuto, Frecuencia respiratoria de 16 por minuto y Temperatura 36.5°C., abdomen doloroso a la palpación de hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Examen ginecológico: vagina eutrófica, cérvix de aspecto sano, útero en Anteversoflexión, discreto aumento de tamaño, con dolor a la palpación y movilización de anexo derecho. Se solicitan paraclínicos: Hemograma: Glóbulos Rojos: 3750000/mm³, Glóbulos blancos: 10200/mm³, Hemoglobi-

na: 13,5g/dl, Hematocrito: 37.8%; β -hGC de 8.940 mUI/ml; Ecografía Transvaginal útero con endometrio engrosado y saco gestacional en cuerno derecho con feto vivo, biometría para 11.4 semanas (Figura 3). Se diagnostica: Embarazo ectópico cornual derecho no roto, y se le realiza una laparotomía exploratoria, confirmándose el diagnóstico y se procede a la realización de una resección cornual en cuña.

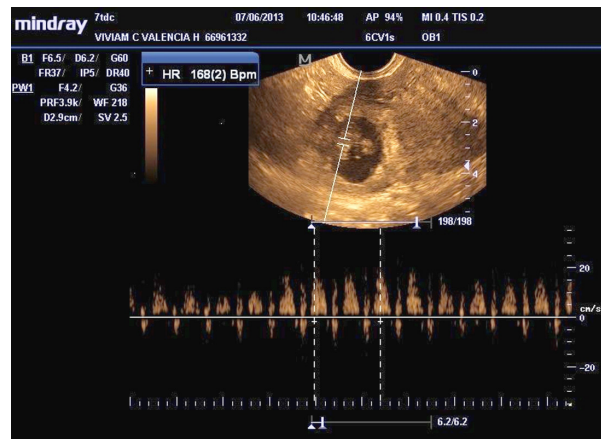


Figura 3. Visión del saco gestacional y embrión en cuerno uterino derecho, diagnosticado en nuestro servicio.

Discusión

Un embarazo ectópico cornual puede crecer sin mostrar sintomatología hasta que exista la rotura hacia las 12-16 semanas²¹. Su abordaje diagnóstico debe ser preciso e inmediato, ya que este segmento de la trompa uterina se encuentra próxima a la arteria uterina, de ahí que la rotura de una embarazo ectópico cornual termine en una hemorragia incontrolable y una alta morbilidad y mortalidad materna^{22,23}; no en vano registra a la mortalidad materna entre el 2 a 5% de los casos, siendo de 2 a 3 veces más frecuente que en el embarazo tubario²⁴.

La presentación semiológica más frecuente es el dolor abdominal, que puede llegar a presentarse como un cuadro de abdomen agudo, asociado o no a sangrado vaginal²⁵; sin embargo, las manifestaciones clínicas suelen

ser similares a otros embarazos ectópicos, con historia de amenorrea, sangrado vaginal y dolor abdominal bajo^{26,27}.

La ecografía transvaginal tiene un importante papel a la hora de hacer el diagnóstico de los embarazos ectópicos cornuales; y se destacan tres criterios ecográficos para el diagnóstico de embarazo cornual: a) cavidad uterina vacía; b) saco gestacional cercano al útero (distancia de por lo menos 1 cm. del borde más lateral de la cavidad uterina), y c) lecho miometrial delgado, asimétrico o incompleto alrededor del saco gestacional^{28,29,30,31,32,33}.

El tratamiento tradicional del embarazo cornual había sido mediante salpingectomía, la histerectomía abdominal, según el daño uterino o la resección cornual por laparotomía³⁴.

El metotrexate intramuscular (50 mg/m²)³⁵, en los últimos años, se ha venido recomendando como tratamiento médico³⁶, sin embargo no se recomienda si la HGC es mayor de 3,000 UI/L³⁷.

Se han sugerido otras posibilidades terapéuticas como el uso combinado de laparoscopia con histeroscopia³⁸, la histeroscopia con metotrexate, la laparoscopia con metotrexate, y legrado evacuador con metotrexate³⁹; sin embargo, todavía se continúa en la evaluación y búsqueda de la eficacia de otros métodos.

El embarazo cornual con hemorragia se recomienda abordarlo con laparotomía exploratoria⁴⁰ y proceder a cuernostomía o la resección cornual, y eventualmente histerectomía⁴¹. En nuestra opinión la cuernostomía debe ser preferida a la resección cornual, ya que es una cirugía menos agresiva, menos mutiladora y más conservadora, puesto que cursa con menor sangrado; sin embargo, también sugerimos

sea realizada únicamente en mujeres que cuyo aumento del volumen cornual sea menor de 4 cms. de diámetro (independiente si desean o no conservar fertilidad), ya que en embarazos subsiguientes, la probabilidad de rotura uterina es menor; sin embargo, aconsejamos agotar los tratamientos menos agresivos con que se cuente en cada centro.

En nuestros casos clínicos, al no disponer de equipos de laparoscopia disponibles para el servicio de urgencias, se optó por un tratamiento poco conservador como la cuernostomía con o sin curetaje abierto o a la resección cornual en cuña (caso tres).

En síntesis se concluye que la cirugía básica del tratamiento del embarazo ectópico cornual es la incisión cornual, extracción del huevo y la adecuada hemostasia, ya sea por vía laparoscópica o laparotomía, ya que hoy en día no hay un procedimiento aceptado como estándar de oro en el manejo del embarazo ectópico cornual⁴², así como no existe consenso en cuanto a cuál es el tratamiento más aconsejable, sin embargo, es claro que el tratamiento dependerá de la edad gestacional en que se diagnostica.

Conclusiones

El embarazo cornual es una variante de presentación rara y peligrosa de embarazo ectópico; siendo de difícil diagnóstico y cuyo manejo es mayormente quirúrgico con o sin histerectomía.

Conflictos de interés:

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Fuentes de financiación:

De cuenta de los autores

Literatura citada

- 1 Tulandi T. Incidence, risk factors, and pathology of ectopic pregnancy. Update; mayo 2009.
- 2 De Cherney AH, Nathan L. Current Obstetric and Gynecologic **Diagnosis and Treatment**. 9° ed. Ciudad: The McGraw-Hill Companies; 2003.
- 3 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Ectopic pregnancy--United States, 1990-1992**. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995; 44:46-8.
- 4 Chauhan S, Diamond MP, Johns DA. **A case of molar ectopic pregnancy**. *Fertil Steril* 2004; 81:1140-1.
- 5 Hillis SD, Owens LM, Marchbanks PA, Amsterdam LF, Mac Kenzie WR. **Recurrent chlamydial infections increase the risks of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease**. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:103-7.
- 6 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.
- 7 Walker JJ. **Ectopic pregnancy**. *Clin Obstet Gynecol*. 2007; 50:89-99.
- 8 Sanz LE, Verosko J. **Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy**. *Obstet Gynecol* 2002; 99:941-4.
- 9 Carr RJ, Evans P. **Ectopic pregnancy**. *Primary Care* 2000; 27(1):169-183.
- 10 DeWitt C, Abbott J. **Interstitial pregnancy: a potential for misdiagnosis of ectopic pregnancy with emergency department ultrasonography**. *Ann Emerg Med* 2002; 40(1): 106-9.
- 11 Bankowski BJ, Hearne AH, Lambrou NC, Fox HE. *Ginecología y Obstetricia*. Johns Hopkins University School of Medicine. 2° ed. Baltimore: Marbán; 2005. Pp. 305-313.
- 12 Farquhar CM. **Ectopic pregnancy**. *Lancet* 2005; 366: 583-591.
- 13 Bouyer J, Coste J, Shojael T. **Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large casecontrol, population based study in France**. *Am J Epidemiol* 2003; 157:185-194.
- 14 Tenore J. **Ectopic Pregnancy**. *Am Fam Physician* 2000; 61:1080-8.
- 15 Barnhart K, Esposito M, Coutifaris C. **An update on the medical treatment of ectopic pregnancy**. *Obst Gynecol Clinics* 2000; 27(3):351 - 359.
- 16 Fernández Suárez M, Hernández Cabrera J, Molina Guerra C, Dávila Albuern B. **Embarazo ectópico: correlación de algunos factores**. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1996; 22:5-10.
- 17 Zarhi TJ, Campaña EC, Brito MR, Stuardo AP. **Manejo laparoscópico conservador de embarazo cornual**. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003; 68(1):36-41.
- 18 Yu-Hung, Jiann-Loung Hnang Lee-Wen Huang, Chung-Tsung Chou. **Conservative treatment for a ruptured interstitial pregnancy**. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 179.
- 19 Cortés AA, Garcia LE, Audifred SJ, González RPA. **Embarazo cornual. Manejo laparoscópico y presentación de un caso**. *Ginecol Obstet Mex* 1999; 67(7):300-1.
- 20 Crvenkoviae G, Barisiae D, Aeorusiae A, Nola M. **Laparoscopic management of the Cornual Pregnancy**. *Croatian Med J* 1999; 40(1): 123.
- 21 Soriano D, Vicus D, Mashiach R, Schiff E, Seidman D, Goldenberg M. **Laparoscopic treatment of cornual pregnancy: a series of 20 consecutive cases**. *Fertil Steril* 2008; 90:839-43.
- 22 Ross R, Lindheim SR, Olive DL, Pritts EA. **Cornual gestation: a systematic literature review and two case reports of a novel treatment regimen**. *J Minim Invasive Gynecol* 2006; 13:74-8.
- 23 Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones Ervin E. **Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options**. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:1264-70.
- 24 Faraj R, Steel M. **Review Management of cornual (interstitial) pregnancy**. *Obstet Gynecol* 2007; 9:249-55.
- 25 Zite Nikki B, Lipscomb Gary H, Merrill Keith MD. **Management of cornual pregnancy**. *Obstet Gynecol* 2002; 99:891-2.
- 26 Jermy K, Thomas J, Doo A, Bourne T. **The conservative management of interstitial pregnancy**. *BJOG* 2004; 111:1283- 8.
- 27 DeWitt C, Abbott J. **Interstitial pregnancy: a potential for misdiagnosis of ectopic pregnancy with emergency department ultrasonography**. *Ann Emerg Med* 2002; 40(1):106-9.
- 28 DeWitt C, Abbott J. **Interstitial pregnancy: a potential for misdiagnosis of ectopic pregnancy with emergency department ultrasonography**. *Ann Emerg Med* 2002; 40(1): 106-9.
- 29 Araujo E, Marques S, Rodríguez C. **Three dimensional transvaginal sonographic diagnosis of early and asymptomatic interstitial pregnancy**. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 275:207-210.
- 30 Zarhi J, Campaña C, Brito R, Stuardo P, Schalper J. **Manejo laparoscópico conservador de embarazo cornual**. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003; 68(1): 36-41.
- 31 Onderoglu L, Salman M, Ozyuncu O, Bozdogan G. **Successful management of a cornual pregnancy with a single high dose laparoscopic methotrexate injection**. *Gynecol Surg* 2006; 3: 31-33.
- 32 Filhastre M, Dechaud H, Lesnik A, Taourel P. **Interstitial pregnancy: role of MRI**. *Eur Radiol* 2005; 15: 93-95.

- 33 Ackerman TE, Levi CS, Dashefsky SM, Holt SC, Lindsay DJ. **Interstitial line: sonographic finding in interstitial (cornual) ectopic pregnancy.** *Radiology* 1993; 189:83-7.
- 34 Tulandi T, Al-Jaroudi D. **Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons Registry.** *Obstet Gynecol* 2004;103:47—50.
- 35 Jermy K, Thomas J, Doo A, Bourne T. **The conservative management of interstitial pregnancy.** *BJOG* 2004; 111: 1283- 8.
- 36 Lau S, Tulandi T. **Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy.** *Fertil Steril* 1999; 72:207—15.
- 37 Soriano D, Vicus D, Mashiach R. **Laparoscopic treatment of cornual pregnancy: a series of 20 consecutive cases.** *Fertil Steril* 2007; 63:48—50.
- 38 Katz D, Barret J, Sanfilippo J, Badway D. **Combined hysteroscopy and laparoscopy in the treatment of interstitial pregnancy.** *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1113-4.
- 39 Ross R, Lindheim SR, Olive DL, Pritts EA. **Cornual gestation: a systematic literature review and two case reports of a novel treatment regimen.** *J Minim Invasive Gynecol* 2006;13:74—8.
- 40 Wiznitzer A., Sheiner E. **Embarazo Ectópico y Heterotrópico.** En: Reece A, Hobbins J. *Obstetricia Clínica. 3º Ed.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010. Pp.161-172.
- 41 Fernández H, De Ziwgler D, Bourget P. **The place of methotrexate in the management of interstitial pregnancy.** *Hum Reprod* 1991; 6:303-306.
- 42 Jaeger C, Reich A, Kreinberg R, Flock F. **Suitable laparoscopic surgery in the treatment of ectopic interstitial pregnancy.** *Gynecol Surg* 2006; 3:1-5.

