

EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL: REPORTE DE UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL

AGUSTINA L. LARREA, LORENA A. BOZZA

Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Agustina L. Larrea, Marcelo Torcuato de Alvear 2439, 1122 Buenos Aires, Argentina

E-mail: dra.agustinalarrea@gmail.com

Recibido: 12-IV-2023

Aceptado: 21-VI-2023

Resumen

Se define a un embarazo ectópico cuando el blastocisto en desarrollo se implanta fuera de la cavidad uterina. La localización más frecuente es en la trompa, pero también puede ocurrir en el ovario, cérvix, cicatriz de cesárea, cuerno uterino (también mencionado como intersticial en la literatura) o abdominal. Se estima que la incidencia de embarazo ectópico es aproximadamente el 2% de todos los embarazos, siendo la localización cornual solo el 2-4% de esos casos. El objetivo de este reporte es describir el caso de una paciente con sospecha de embarazo ectópico de localización incierta a quien se le realizó una laparoscopia exploradora por inicio de síntomas, evidenciando un embarazo ectópico cornual en el lecho de una salpingectomía, producto de un embarazo ectópico tubario previo. Se realizó la cornuotomía con resección del mismo por laparoscopia y su evolución fue favorable con negativización de la subunidad beta. Este tipo de localización es rara y se asocia con grandes tasas de morbimortalidad materna. Representa un desafío diagnóstico y terapéutico para el ginecólogo que lo enfrenta.

Palabras clave: embarazo ectópico, embarazo ectópico no tubario/cornual, embarazo de localización incierta

Abstract

Interstitial ectopic pregnancy: report of an unusual location

Ectopic pregnancy occurs when a developing blastocyst implants at any site other than the uterine cavity. Ectopic pregnancy is most commonly found in the fallopian tube but may also occur in the cornua of the uterus (also found as interstitial in the literature), cervix, ovary, or abdominal cavity or in a cesarean scar. An estimated 2% of pregnancies are ectopic, of which an interstitial pregnancy represents an extremely rare variant of ectopic pregnancy (EP), accounting for 2% to 4% of all cases. The aim of this report is to describe the case of a patient with suspected ectopic pregnancy of uncertain location in which an exploratory laparoscopy was performed due to the onset of symptoms, discovering a cornual ectopic pregnancy in site of a past salpingectomy because of a tubal ectopic pregnancy. A cornuotomy by laparoscopy was performed to resect the cornual ectopic pregnancy. The patient had an uneventful postoperative course, with negativization of human chorionic gonadotropin levels. This type of location is rare and is associated with high rates of maternal morbidity and mortality. It represents a diagnostic and therapeutic challenge for the gynecologist who faces it.

Key words: ectopic pregnancy, interstitial ectopic pregnancy, ectopic pregnancy of uncertain location

Se define a un embarazo ectópico (EE) cuando el blastocisto en desarrollo se implanta fuera de la cavidad uterina¹. El embarazo ectópico cornual es una localización extremadamente rara y representa del 2% al 4% de todos los casos². Ocurre cuando el embarazo se implanta en la unión entre la parte intersticial de la trompa de Falopio y el miometrio uterino. Tiene una alta tasa de complicaciones y mortalidad materna (representa aproximadamente el 20% de todas las muertes causadas por embarazos ectópicos), dado que es extremadamente difícil de diagnosticar tanto clínica como ecográficamente². Por lo tanto, los médicos deben tener un alto índice de sospecha, particularmente en pacientes con una salpingectomía ipsilateral previa, en la que el muñón residual de la trompa puede formar el foco del desarrollo de un embarazo ectópico.

Los síntomas pueden incluir amenorrea, seguida de sangrado vaginal, con o sin dolor abdominal. En casos graves puede causar hemoperitoneo y shock debido a su ubicación dentro del miometrio altamente vascularizado, tanto por la arteria uterina, como por los vasos gonadales². El diagnóstico es ecográfico, pero puede requerir el complemento de la evaluación laparoscópica.

Tradicionalmente, el manejo del embarazo ectópico cornual es quirúrgico y se puede realizar por laparoscopia. Sin embargo, este tipo de resolución requiere una alta pericia y experiencia del cirujano³. Cuando se rompe un embarazo ectópico intersticial, controlar el sangrado puede ser un desafío, especialmente cuando se trata de preservar el potencial reproductivo de la paciente. Los principios quirúrgicos implican 2 consideraciones importantes: el control del sangrado y la eliminación del embarazo ectópico⁴. Otras opciones de tratamiento incluyen inyección local o terapia sistémica con metotrexato o inyección local de cloruro de potasio. El metotrexato en algunos casos puede ser ineficaz porque estos embarazos, con mayor frecuencia, se presentan con un diagnóstico tardío acompañado de niveles elevados de gonadotropina coriónica humana en suero⁴⁻⁶. El objetivo de esta publicación es describir el caso, manejo y seguimiento de este tipo de embarazo de localización inusual.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 32 años, sana, que como antecedentes de relevancia tenía 3 embarazos previos con 2 cesáreas y una salpingectomía derecha por un embarazo ectópico tubario. Un año después de este evento, se presentó a la consulta médica con un test de embarazo positivo y una amenorrea de 5.4 semanas. Se solicitó una subunidad beta cuantitativa que fue de 2195 mUI/ml, por lo cual se solicitó una ecografía obstétrica transvaginal que informó endometrio de 14 mm con imágenes líquidas en el fondo uterino sin poder identificar saco gestacional, y en ovario izquierdo una imagen líquida irregular de 20 mm. Ante la ausencia de imagen compatible con embarazo intrauterino, se realizó seguimiento con subunidad beta cuantitativa. Cinco días después de la primera medición, el nuevo valor de hormona fue de 5940 mUI/ml, pero aún no se evidenciaba ningún signo de embarazo intrauterino o extrauterino por ecografía. Ante la fuerte sospecha de un embarazo ectópico, en paciente asintomática, se decidió el seguimiento con dosajes de hormona cada 48 h y ecografía transvaginal, con estrictas pautas de alarma. El nuevo dosaje 48h después fue de 8942 mUI/ml y la ecografía informó útero en retroversoflexión de 68*45*53 mm con endometrio de 14 mm con áreas líquidas en su interior, ovario derecho sin particularidades y ovario izquierdo con imagen líquida de 14 mm en su interior que no impresionaba reunir las características de un embarazo ectópico ovárico, sino más bien de un cuerpo lúteo (Fig. 1). Al día siguiente la paciente inició con fuertes dolores en hipogastrio, sin sangrado ni desestabilización hemodinámica, por lo que se decidió realizar una laparoscopia exploradora, previa toma de consentimiento. La misma evidenció un embarazo ectópico cornual derecho no complicado de aproximadamente 2 cm, en el lecho de la salpingectomía previa (Fig. 2). Se realizó resección del mismo y sutura del cuerno uterino con puntos en X hemostáticos de vycril 1 por vía laparoscópica. Se dejó material hemostático y antiadherente tipo malla de celulosa oxidada sobre lecho quirúrgico. La hemostasia fue satisfactoria y la pérdida hemática mínima. La anatomía patológica informó: trozo de cuerno uterino que midió 2 cm con luz de 1 cm. La microscopía describió un huevo joven implantado con abundante trofoblasto y vellosidades arpón. Pared muscular con proceso inflamatorio crónico, compatible con embarazo ectópico cornual. La paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones. Se la siguió con subunidad beta cuantitativa semanal para descartar resto trofoblástico. El primer dosaje a la

Figura 1 | Ecografía de la paciente que muestra el endometrio engrosado, sin imagen intrauterina sugerente de embarazo y el ovario izquierdo con imagen compatible con cuerpo lúteo

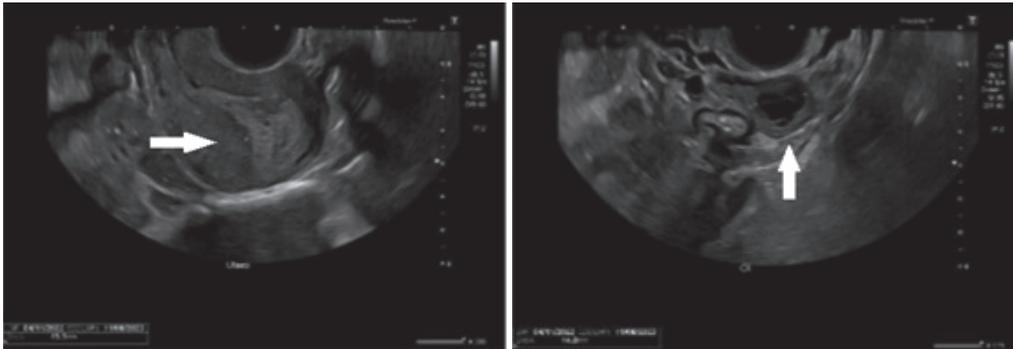
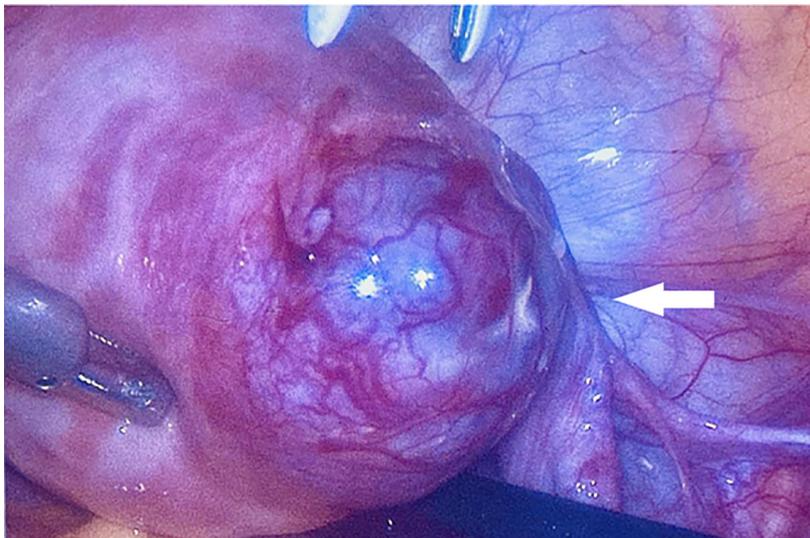


Figura 2 | Imagen laparoscópica del embarazo ectópico cornual derecho, en lecho de salpingectomía previa



semana de la cirugía fue de 488 mUI/ml y continuó en descenso hasta negativizar a la tercera semana postoperatoria.

La paciente firmó el correspondiente consentimiento informado.

Discusión

El embarazo ectópico cornual representa una variante muy inusual de EE, que puede eventualmente desarrollar una hemorragia intraabdominal abundante que ponga en peligro la vida de la paciente³. En este caso se trató de una paciente con antecedente de una salpingectomía por un embarazo ectópico tubario ipsilate-

ral previo, que se presentó con un embarazo de localización incierta. Ante el inicio de síntomas de dolor abdominal, sin un hallazgo ecográfico claro y ante la sospecha que se trate de un nuevo embarazo ectópico, se optó por realizar una laparoscopia diagnóstica, eventual terapéutica. Tal como menciona Bhagavath B y Lindheim SR⁴ en su artículo de opinión, para el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico cornual, la vía de abordaje y la técnica quirúrgica de elección, debería ser aquella en la que el cirujano tenga más experiencia, permita reseca de manera completa el embarazo y disminuya al máximo las chances de hemorragia. Eventualmente, con

diagnóstico previo, dada su localización intersticial, se puede complementar el tratamiento con embolización de arterias uterinas o clampeo intermitente de las arterias uterinas por vía laparoscópica, para disminuir el sangrado intraquirúrgico^{4,6}. Otra opción a tener en cuenta es el manejo con metotrexate (MTX). El MTX es un antagonista del ácido fólico ampliamente utilizado para el tratamiento de neoplasias, psoriasis grave y artritis reumatoide. Inhibe la síntesis de ácido desoxinucleico (ADN) y la reproducción celular, principalmente en células en proliferación activa, como células malignas, trofoblastos y células fetales⁷. Es por eso que es la droga de elección para el tratamien-

to conservador del embarazo ectópico. Según la revisión realizada por Lau S y Tulandi T⁶, en aquellas pacientes que reúnen las condiciones, la aplicación de MTX por vía sistémica o local, ha llegado a tener hasta un 83% de efectividad reportada.

Una vez realizado el tratamiento, independientemente si la elección del mismo fue conservadora o quirúrgica, es crucial el seguimiento con dosajes de subunidad beta cuantitativa semanalmente hasta evidenciar la negativización de la misma, garantizando así, que la resección o resolución trofoblástica fue completa.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Po L, Thomas J, Mills K, et al. Guideline N° 414: Management of pregnancy of unknown location and tubal and nontubal ectopic pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can* 2021; 43: 614-30.e1.
2. Parker VL, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2016; 294: 19-27.
3. Eichbaum M, Asrar H, Klee A, et al. Laparoscopic Treatment of an Interstitial Ectopic Pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol* 2021; 28: 1135-36.
4. Bhagavath B, Lindheim SR. Surgical management of interstitial (cornual) ectopic pregnancy: many ways to peel an orange! *Fertil Steril* 2021; 115: 1193-94.
5. Stabile G, Romano F, Buonomo F, et al. Conservative treatment of interstitial ectopic pregnancy with the combination of mifepristone and methotrexate: Our experience and review of the literature. *Biomed Res Int* 2020: 8703496.
6. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1999; 72: 207-15.
7. Bleyer WA. The clinical pharmacology of methotrexate: new applications of an old drug. *Cancer* 1978; 41: 36-51.