

Ruptura de embarazo ectópico cornual en segundo trimestre de gestación

M. Navarro^a y B. Espadas^b

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Sta. Ana de Motril. Motril. Granada. España.

^bServicio de Cirugía General. Hospital Sta. Ana de Motril. Motril. Granada. España.

ABSTRACT

Cornual pregnancy represents 2-4% of all ectopic pregnancies and usually lasts until the second trimester, rupturing at 12 weeks' gestation or later.

In the present article we report the case of a pregnant woman with onset of amenorrhea 4 months previously who presented to the emergency department with hemoperitoneum and ruptured cornual ectopic pregnancy with the fetus floating freely in the abdominal cavity.

INTRODUCCIÓN

Embarazo ectópico es la implantación del huevo fecundado fuera de la cavidad endometrial uterina, y es una de las principales causas de mortalidad materna en el mundo. La incidencia oscila en torno al 2%^{1,2}, siendo la trompa la localización más frecuente. El embarazo cornual o intersticial representa el 2-4% de todos los embarazos ectópicos³ y suele prolongarse hasta el segundo trimestre de gestación con su posterior ruptura a las 12-14 semanas o incluso más tarde. Las causas más frecuentes son la salpingitis, el traumatismo quirúrgico de útero o trompa, las malformaciones uterinas, los tumores en dicho órgano y la resección de la trompa ipsilateral^{1,4}. El diagnóstico es difícil, y es fundamentalmente ecográfico. El manejo incluye tratamiento conservador con metotrexato, así como resección cornual mediante cirugía laparoscópica o laparotomía⁵. Se presenta el caso de una gestante de 18 semanas que acudió a urgencias con un cuadro de hemoperitoneo indicativo de embarazo ectópico accidentado.

Aceptado para su publicación el 5 de noviembre de 2007.

CASO CLÍNICO

Paciente de raza asiática, de 37 años de edad, sin antecedentes personales de interés, antecedentes obstétricos de cesárea por nalgas realizada en su país de origen, que acude a urgencias en estado de shock tras un episodio de dolor agudo abdominal. En la anamnesis refiere un cuadro de amenorrea de 4 meses de evolución con molestias abdominales difusas que han sido diagnosticadas por su médico de cabecera como «epigastralgia». No aporta test de embarazo. En la exploración destaca un abdomen timpanizado, doloroso a la palpación y un hemoperitoneo difuso por ecografía. A su llegada al servicio de urgencias del hospital se realiza test de embarazo, que es positivo, hemograma y pruebas cruzadas. La hemoglobina es de 7,5 g/dl y el hematocrito del 20%. Ante la sospecha de embarazo ectópico accidentado se realiza de manera urgente laparotomía media infraumbilical. Los hallazgos son los siguientes: hemoperitoneo masivo, útero de morfología arcuata y rotura de cuerno uterino izquierdo con trompa conservada. La placenta (fig. 1) se halla insertada en tejido muscular liso indicativo de cuerno uterino o útero rudimentario, y el feto (fig. 2), de 150 g de peso, se encuentra libre en cavidad abdominal unido por el cordón umbilical a la placenta (fig. 3). Se realiza escisión en bloque de cuerno uterino izquierdo y tercio proximal de trompa, conservándose el ovario. El postoperatorio inmediato transcurre con normalidad, y la paciente es dada de alta 4 días después. La anatomía patológica confirma embarazo cornual, sin malformaciones fetoplacentarias adicionales.

DISCUSIÓN

El embarazo cornual constituye una de las localizaciones más infrecuentes del embarazo ectópico, aunque con el uso cada vez más generalizado de las técnicas de fertilización asistida, se ha incrementado su aparición junto con el embarazo heterotópico⁶.



Fig. 1. Placenta insertada en cuerno uterino.

En el embarazo cornual, el trofoblasto invade el miometrio, destruyendo el músculo por infiltración en el área de menor resistencia, quedando el saco gestacional compuesto por la serosa y una delgada capa de músculo uterino subyacente de la parte posterosuperior del cuerno uterino afectado.

Si bien es cierto que la mortalidad por embarazo ectópico ha disminuido en forma muy importante en el curso del último siglo, la mortalidad por este tipo de embarazo ectópico no ha logrado ser disminuida⁷. El motivo se debe al crecimiento y la ruptura secundaria de la zona de implantación en avanzadas edades de gestación, con la consecuente descompensación hemodinámica que ello supone.

Bonfante Ramírez et al⁵, en un estudio realizado en 149 embarazos ectópicos, de los cuales sólo 6 fueron cornuales, encontraron como edad media de las pacientes 31,5 años, y se presentaba más frecuentemente entre las semanas gestacionales 7 y 24. Por otra parte, autores como Brewer et al⁸ han descrito casos de supervivencia fetal posterior a la ruptura asintomática uterina, en el tercer trimestre de gestación.

El manejo de los embarazos cornuales en pacientes con paridad cumplida, dado el alto riesgo de ruptura y muerte, debería ser quirúrgico, a través de una laparotomía o laparoscopia⁷. Otras alternativas más invasivas son la histerectomía y la resección histeroscópica pre-

vio tratamiento con metotrexato, en casos en que la respuesta a este último no sea satisfactoria⁷. En todos los casos se requiere la resección cornual⁵. No obstante, si el embarazo se diagnostica tempranamente, el tratamiento conservador con metotrexato se puede utilizar con éxito. Jermy et al⁹ diagnosticaron, durante un período de 42 meses, 93 embarazos ectópicos, de los cuales 20 fueron cornuales. La media inicial de beta-HCG fue de 6.452 UI. De los 20 embarazos cornuales, 17 recibieron metotrexato sistemáticamente, y el 94% se trató con éxito. Seis pacientes recibieron una segunda dosis de metotrexato y sólo 2 precisaron cirugía.

En pacientes que han sido tratadas quirúrgicamente por cualquier vía y quedan embarazadas posteriormente, es aconsejable la cesárea^{7,10}.

La paciente de nuestro caso presentaba factores de riesgo como malformación uterina (sospecha de útero arcuato) y cesárea anterior. El diagnóstico precoz fue imposible debido a la ausencia de control obstétrico, por lo que fue necesaria una laparotomía urgente ante



Fig. 2. Feto de 150 g, resultado de embarazo ectópico cornual.



Fig. 3. Feto y placenta. Hallazgos de ruptura de embarazo ectópico cornual.

su llegada con un cuadro de hemoperitoneo. La presencia de 2 intervenciones uterinas, y más aún, el antecedente de una resección laparotómica cornual, obligarán a la práctica de una cesárea en caso de embarazo posterior.

RESUMEN

El embarazo cornual representa el 2-4% de todos los embarazos ectópicos y suele prolongarse hasta el

segundo trimestre de gestación, con su posterior ruptura a las 12 semanas o más.

En este artículo se presenta el caso de una gestante con amenorrea de 4 meses de evolución, que acudió a urgencias con un cuadro de hemoperitoneo con resultado de ruptura de embarazo ectópico cornual y feto libre en cavidad abdominal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lemus JF. Ectopic pregnancy: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2000;12:369-75.
2. Lehner R, Kucera E, Jirecek S, Egarter C, Husslein P. Ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2000;263:87-92.
3. Bonfante Ramírez E, Bolaños Ancona R, Juárez García L, Pereira LS, Quesnel García-Benítez C. Cornual pregnancy. *Ginecol Obstet Mex.* 1998;66:81-3.
4. Tulandi T, Al-Jaroudi D. Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons Registry. *Obstet Gynecol.* 2004;103:47-50.
5. Jourdain O, Fontanges M, Schiano A, Rauch F, Gonnet JM. Management of other ectopic pregnancies (cornual, interstitial, angular, ovarian). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2003;32 7 Suppl:S93-100.
6. Gutiérrez Cruz O, Romero Sánchez G, Velasco Pérez L. Heterotopic pregnancy. *Ginecol Obstet Mex.* 2006;74:389-93.
7. DeWitt C, Abbott J. Interstitial pregnancy: a potential for misdiagnosis of ectopic pregnancy with emergency department ultrasonography. *Ann Emerg Med.* 2002;40:106-9.
8. Brewer H, Gefroh S, Munkarah A, Hawkins R, Redman ME. Asymptomatic uterine rupture of a cornual pregnancy in the third trimester: a case report. *J Reprod Med.* 2005;50:715-8.
9. Jermy K, Thomas J, Doo A, Bourne T. The conservative management of interstitial pregnancy. *BJOG.* 2004;111:1283-8.
10. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 1999;72:207-15.