

436 **R. Abelleira**  
**E. Canedo**  
**R. González**  
**J.R. Pérez**  
**B. Río**  
**J.M. Pérez-Mendaña**

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol. A Coruña. España.

**Correspondencia:**

Dra. R. Abelleira Sanjurjo.  
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Arquitecto Marcide.  
Estrada San Pedro-Catabois s/n. 15405 Ferrol. A Coruña. España.  
Correo electrónico: raquelabelleira@yahoo.com

Fecha de recepción: 29/8/03

Aceptado para su publicación: 2/7/04

### **Embarazo ectópico intersticial: opciones actuales para el tratamiento conservador**

*Interstitial ectopic pregnancy. Current options in conservative management*

#### **RESUMEN**

Planteamos, a partir de un caso clínico, cuáles son las opciones actuales para el tratamiento conservador del embarazo ectópico intersticial, así como sus posibles complicaciones *a posteriori*, y nuestra experiencia al respecto.

Se realiza una revisión bibliográfica mediante búsqueda informática en Medline de los trabajos publicados sobre el tema desde 1970 a 2003, y concluimos que la cirugía endoscópica conservadora es segura y efectiva, y permite preservar la fertilidad, si bien presenta el inconveniente de la posibilidad de rotura uterina en gestaciones posteriores.

#### **PALABRAS CLAVE**

Embarazo ectópico intersticial. Métodos endoscópicos. Rotura uterina.

#### **ABSTRACT**

This case report describes current options in the conservative management of interstitial ectopic

pregnancy, subsequent complications, and our experiences with this type of pregnancy.

A Medline search was performed to identify relevant studies published from 1970 to 2003. We conclude that conservative endoscopic management is a safe and effective treatment for interstitial pregnancy that preserves fertility, although it carries a risk of uterine rupture in subsequent pregnancies.

#### **KEY WORDS**

Interstitial pregnancy. Endoscopic management. Uterine rupture.

#### **INTRODUCCIÓN**

El embarazo ectópico intersticial es aquel embarazo tubárico que asienta en la porción de la trompa que atraviesa el miometrio. En estos casos, la capa muscular permite el desarrollo de la gestación protegiendo de la rotura hasta la 7.<sup>a</sup>-16.<sup>a</sup> semana<sup>1</sup>. La rotura suele ser más tardía, más repentina y con mayor riesgo de muerte que el resto de las formas tubáricas. La mortalidad materna alcanza el 2-2,5%, ya que es una zona altamente vascularizada.

En gran parte de la bibliografía, cornual e intersticial son sinónimos; sin embargo, se trata de entidades distintas, ya que cornual supone una implantación en el interior de la cavidad endometrial, e intersticial, dentro de la trompa. El diagnóstico preoperatorio es más difícil y se basa en los mismos parámetros utilizados para el embarazo extrauterino en general, es decir, niveles seriados de gonadotropina coriónica humana beta ( $\beta$ -hCG), ecografía transvaginal y laparoscopia diagnóstica.

Por lo que respecta al tratamiento, el abordaje clásico era la resección del cuerno uterino a través de una laparotomía, y en algunos casos era preciso efectuar una histerectomía, ya que la localización en la porción intersticial se acompaña de un alto riesgo hemorrágico. Actualmente se han realizado tratamientos laparoscópicos con resección del cuerno o salpingotomía, e incluso la administración de tratamiento médico con metotrexato.

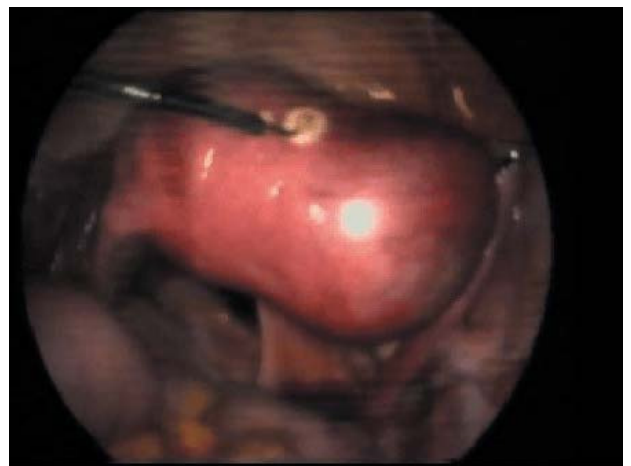
## CASO CLÍNICO

Primigrávida de 32 años, sin antecedentes de interés, que en la sexta semana de amenorrea acude a nuestro servicio por metrorragia escasa y dolor en la fosa ilíaca derecha. Al ingreso, clínica y ecográficamente se interpretó como aborto o gestación menor en útero bicornue. El seguimiento clínico y ecográfico posterior detecta una tumoración en el cuerno uterino derecho de 5 x 5 cm, dolorosa a la palpación, y una cavidad uterina con refuerzo endometrial. Con la hipótesis diagnóstica de embarazo ectópico cornual-intersticial derecho, se practica laparoscopia diagnóstica, confirmando la existencia de un embarazo intersticial (fig 1). Su extirpación se realiza en el mismo acto quirúrgico mediante el uso de corriente eléctrica monopolar y bipolar (fig 2). La incisión uterina, en este caso, fue reparada mediante cierre por segunda intención. En el postoperatorio se planteó a la paciente la posibilidad de esterilización, que rechazó.

Tres años después, con una nueva gestación en el curso de la semana 32-33, precisa ingreso hospitalario por amenaza de parto prematuro, realizándose maduración pulmonar y tratamiento tocolítico según protocolo. Hasta ese momento el embarazo había sido bien tolerado y controlado en nuestra consulta de alto riesgo. En un control ecográfico ru-



**Figura 1.** Embarazo ectópico intersticial derecho.



**Figura 2.** Extirpación laparoscópica.

tinario, durante su ingreso, se objetiva oligoamnios grave de reciente aparición. Teniendo en cuenta sus antecedentes, se decide practicar cesárea electiva con el diagnóstico de sospecha de rotura uterina. Durante el acto quirúrgico se observa solución de continuidad de unos 4 cm en la cicatriz uterina anterior, a través de la cual se hernian las membranas amnióticas (figs. 3 y 4). Extraído el feto y la placenta, se procede a la reparación en primer lugar de la histerotomía segmentaria transversa mediante sutura monocapa continua, previo refuerzo de ángulos y posteriormente del defecto en la cicatriz uterina anterior, realizándose el refrescamiento de los bordes de la herida y sutura en monobloque de la rotura.



**Figura 3.** Herniación de membranas amnióticas a través de la cicatriz uterina.



**Figura 4.** Solución de continuidad en la cicatriz uterina anterior.

El recién nacido fue mujer de 1.975 g de peso, Apgar 6/9 y pH en arteria umbilical de 7,24. Aunque en el momento de la cirugía no se evidenció la salida de líquido amniótico, ello no pudo ser descartado.

## DISCUSIÓN

La incidencia del embarazo ectópico intersticial oscila entre el 2 y el 4% de los embarazos extrauterinos. Para su diagnóstico, los hallazgos ecográficos más comunes son: cavidad uterina vacía, saco gestacional localizado excéntricamente a más de 1 cm desde el borde más lateral de la cavidad uterina, y fina capa miometrial que rodea el saco gestacional<sup>1,2</sup>. Estos hallazgos ecográficos tuvieron una especificidad del 88-93%, pero la sensibilidad fue sólo del 40%, por lo que Timor-Tritsch describe el signo de la línea intersticial con una sensibilidad del 80% y una especificidad del 98%. Se trataría de una línea ecogénica que se extiende dentro de la región cornual y alcanza la porción media de la masa intersticial o saco gestacional. En un pequeño embarazo intersticial, la línea podría representar la porción intersticial de la trompa, y en uno más grande, el canal endometrial<sup>1,3</sup>.

Estos hallazgos, junto con la presencia de  $\beta$ -hCG positiva, se considerarán diagnósticos. Sin embargo,

en ocasiones es preciso realizar una laparoscopia diagnóstica, siendo útil incluso para la diferenciación entre cornual e intersticial. En un embarazo cornual la ampliación uterina lateral de la gestación desplaza el ligamento redondo de dentro a fuera. Por lo tanto, el embarazo cornual se ve medial al ligamento redondo y la gestación intersticial se localiza lateral a dicho ligamento.

En cuanto al tratamiento conservador, existen 2 opciones: tratamiento médico o quirúrgico laparoscópico.

El tratamiento médico consiste en administrar metotrexato mediante aplicación local, sistémica o una combinación de ambas. Son condiciones básicas para su aplicación la estabilidad hemodinámica, el deseo de fertilidad futura y el hecho de que no requiera laparoscopia diagnóstica. Se considera una indicación relativa que la masa no rota tenga un tamaño menor o igual a 3,5 cm. Si bien el uso del metotrexato en el embarazo ectópico tubárico es común, no ocurre lo mismo en la gestación intersticial, y aunque hay publicaciones<sup>4-6</sup> que hablan de su aplicación exitosa, otros autores consideran que la cirugía es la mejor opción<sup>7</sup> y, por lo tanto, habrá que esperar a tener una mayor casuística para llegar a conclusiones definitivas.

El tratamiento quirúrgico estándar en pacientes hemodinámicamente estables es la cirugía laparoscópica, y en el resto es preciso realizar laparotomía.

Los métodos endoscópicos se basan en el uso de la electrocirugía y en la utilización de suturas endoscópicas, manuales o semiautomáticas. Para la resección cornual, antes de aplicar coagulación bipolar y realizar la incisión y posterior evacuación del contenido, la mayor parte de los autores utiliza la inyección de vasopresina diluida intramiometrial alrededor del embarazo intersticial con el fin de reducir la pérdida hemática y mejorar la visión. La incisión uterina se repara habitualmente con sutura endoscópica, y aunque autores como Tulandi et al describen la posibilidad de cierre por segunda intención<sup>8</sup>, es recomendable efectuar la sutura del miometrio, ya que la intervención lo debilita y se aumenta el riesgo de rotura uterina en un embarazo posterior.

La paciente del caso clínico descrito fue tratada con técnicas de electrocirugía, mediante el uso de corriente eléctrica mono-bipolar, sin administrar previamente vasopresina. Se trataba del primer caso habido en el servicio y no se disponía de experiencia al respecto, pero, pese a ello, en nuestro caso la pérdida hemática durante el procedimiento fue mínima.

Analizamos un reciente estudio comparativo de varios procedimientos de cirugía endoscópica. En el primero utilizaron vasopresina y electrocoagulación

para realizar la resección del cuerno y después la sutura posterior de la incisión. En el segundo, suturas endoscópicas previas a la evacuación del contenido de la gestación. No se hallaron diferencias en cuanto al tiempo transcurrido en el descenso de los niveles de  $\beta$ -hCG tras la cirugía, ni en los días que tardó en reaparecer la menstruación, aunque fue mayor la pérdida sanguínea y mayor el tiempo operatorio en los casos tratados con electrocoagulación y vasopresina en comparación con el estudio de las suturas endoscópicas. Los momentos más críticos del procedimiento endoscópico son la hemostasia y el cierre cornual, por lo que en embarazos intersticiales no rotos la vasopresina y la electrocoagulación son útiles en gestaciones muy tempranas, en cuyo caso la pérdida hemática es menor<sup>7</sup>.

Por último, se considera que una de las grandes ventajas de la cirugía conservadora es preservar la fertilidad, y un inconveniente, la posibilidad de rotura uterina en posteriores embarazos, lo cual está en relación con la profundidad de la resección cornual en el momento de la cirugía<sup>7,9,10</sup>. Esta posibilidad de rotura deberá ser conocida por la paciente en el caso de un futuro embarazo, que precisará un estricto control.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1999;72:207-15.
2. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Matera C, Veit CR. Sonographic evolution of cornual pregnancies treated without surgery. *Obstet Gynecol* 1992;79:1044-9.
3. Ackerman TE, Levi CS, Dashefsky SM, Holt SC, Lindsay DJ. Interstitial line: sonographic finding in interstitial (cornual) ectopic pregnancy. *Radiology* 1993;189:83-7.
4. Brandes MC, Youngs DD, Goldstein DP, Parmley TH. Treatment of cornual pregnancy with metotrexate: case report. *Am J Obstet Gynecol* 1986;155:655-7.
5. Barnhart K, Spandofer S, Coutifaris C. Medical treatment of interstitial pregnancy. A report of three unsuccessful cases. *J Reprod Med* 1997;42:521-4.
6. Fernandez H, De Zeigler D, Bourger P, Feltain P, Frydman R. The place of metotrexate in the management of interstitial pregnancy. *Hum Reprod* 1991;6:302-6.
7. Moon HS, Choi YJ, Park YH, Kim SG. New simple endoscopic operations for interstitial pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:114-21.
8. Tulandi T, Vilos G, Gomel V. Laparoscopic treatment of interstitial pregnancy. *Obstet Gynecol* 1995;85:465-7.
9. Weissman A, Fishman A. Uterine rupture following conservative surgery for interstitial pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992;44:237-9.
10. Auamkal S. Rupture of gravid uterus after cornual resection: a case report. *J Reprod Med* 1970;5:72-4.