

M.V. San Román
D. Andía
J.L. Lobato
T. Campelo
M. Huarte
E. Beiro
M. López-Valverde

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Basurto.
Bilbao. España.

Correspondencia:

Dra. M.V. San Román Sigler.
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Basurto.
Av. Montevideo, s/n. 48013. Bilbao. Bizkaia. España.
Correo electrónico: tatisanro@hotmail.com

Fecha de recepción: 24/11/04.
Aceptado para su publicación: 13/10/05.

Tratamiento conservador del embarazo ectópico cornual

139

Conservative treatment of cornual ectopic pregnancy

RESUMEN

El embarazo cornual es una forma infrecuente de embarazo ectópico. El uso de la ecografía vaginal permite hacer un diagnóstico temprano y realizar un tratamiento conservador con metotrexato.

La histeroscopia se puede utilizar como técnica complementaria en el seguimiento de estas pacientes.

Presentamos 3 casos de embarazo ectópico cornual atendidos en nuestro hospital en el plazo de un año.

La introducción de la ecografía vaginal permite hacer un diagnóstico temprano de este tipo de embarazos y plantear un tratamiento conservador con metotrexato, si la situación hemodinámica de la paciente lo permite. De los 3 casos que presentamos, 2 tuvieron una evolución favorable con metotrexato. En el tercer caso se produjo una rotura uterina a pesar del metotrexato y fue necesario realizar una resección cornual de urgencia.

PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico. Embarazo cornual. Ecografía transvaginal. Metotrexato. Histerectomía.

ABSTRACT

Cornual pregnancy is an infrequent type of ectopic pregnancy. With the use of transvaginal ultrasounds we can make an earlier diagnostic and try a conservative treatment with metotrexate.

The hysteroscopy can be used as a complementary technique in the following of these patients.

We present three cases of cornual ectopic pregnancies diagnosed in our hospital during a year.

With the use of transvaginal ultrasound we can make an early diagnosis and a conservative treatment with methotrexate if the hemodynamic situation of the patient is good. In two of the cases we observed a satisfactory evolution with the methotrexate. In the third case there was a rupture in the uterus in addition of the methotrexate, and an emergency surgery was needed.

KEY WORDS

Ectopic pregnancy. Cornual pregnancy. Transvaginal ultrasound. Metotrexate. Hysterectomy.

140 INTRODUCCIÓN

El embarazo cornual (EC) es una rara modalidad de embarazo ectópico que supone el 2-4%¹ de todos los ectópicos y 1/2.500-5.000 nacidos vivos². La cirugía tubárica, los ectópicos previos y la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) son factores que aumentan el riesgo de EC¹.

El EC produce una mortalidad del 2-2,5%², por lo que es importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

En la mayoría de los casos se presenta como un cuadro de dolor y hemorragia en estadios de gestación más avanzados que otros embarazos ectópicos³. Tradicionalmente se realizaba un diagnóstico tardío ante un cuadro de abdomen agudo producido por rotura cornual. Era necesario realizar una resección cornual de urgencia y en muchos casos una histerectomía⁴.

Los nuevos avances técnicos y la introducción de la ecografía vaginal permiten realizar un diagnóstico temprano y plantear un tratamiento conservador.

Presentamos 3 casos de gestaciones cornuales diagnosticadas precozmente en nuestro hospital en el plazo de un año. En todas se realiza desde el comienzo un tratamiento conservador con metotrexato.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Mujer de 32 años gestante de 8 semanas que acude a urgencias por sangrado vaginal escaso y molestias abdominales. Como antecedente obstétrico destaca un aborto legrado hace un año. En la exploración se objetiva un sangrado escaso de cavidad y un abdomen no doloroso. El útero y los anejos se delimitan mal.

En la ecografía vaginal se observa un útero vacío de contorno regular excepto en cuerno derecho donde se observa una imagen "en diana" de 24 x 26 mm compatible con embarazo cornual derecho. Los ovarios son normales y se aprecia una mínima cantidad de líquido libre (fig. 1).

Como la paciente se encuentra prácticamente asintomática y hemodinámicamente estable (presión arterial [PA] de 120/65 mmHg, hemoglobina [Hb]

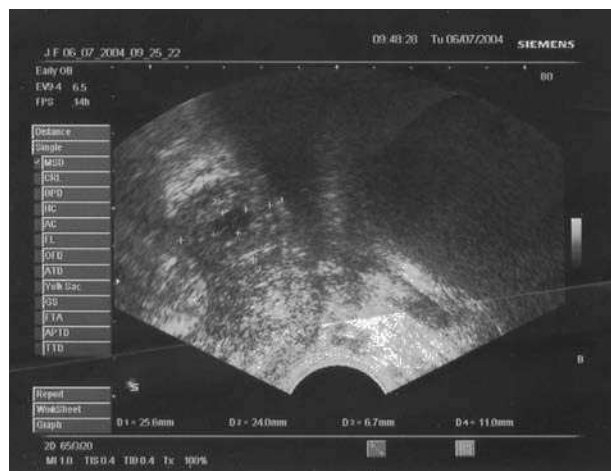


Figura 1. Imagen "en diana" que corresponde al embarazo ectópico cornual.

13,2, hematocrito 39,6), se decide aplicar tratamiento conservador con metotrexato.

Se le administran 50 mg de metotrexato por vía intramuscular (día 0).

A pesar de la evolución satisfactoria de las concentraciones de subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (β -HCG), al día 10 la paciente comienza con un cuadro brusco de dolor abdominal e hipotensión. En la exploración encontramos a la paciente pálida, hipotensa (PA 90/50), sudorosa, con un abdomen blando, doloroso en la fosa ilíaca derecha y signo de Blumberg positivo. En la ecografía observamos gran cantidad de líquido libre abdominal y en la analítica una Hb de 6,1 y hematocrito de 18,3. Ante la sospecha de rotura cornual se decide intervenir de urgencia a la paciente. Se realiza una laparotomía y se encuentra un hemoperitoneo de 2.200 ml y un embarazo cornual roto que sangra activamente (fig. 2). Se practica una resección cornual y es necesaria la transfusión de 3 unidades de concentrado de hematíes. El postoperatorio transcurre sin incidencias y la paciente es dada de alta una semana después de la intervención.

Caso 2

Mujer de 33 años gestante de 7 semanas que acude a urgencias por sangrado vaginal escaso y dolor en hipogastrio. Como antecedentes obstétricos des-



Figura 2. Embarazo cornual derecho con sangrado activo.

tacan una cesárea por nalgas hace 2 años y un aborto legrado hace 3 años. A la exploración se objetiva un sangrado escaso de cavidad, un útero normal y un anejo izquierdo doloroso a la palpación.

En la ecografía se ve un útero vacío y un anejo derecho normal. En la zona anexial izquierda se aprecia una formación de 51 × 42 mm adyacente al ovario que parece corresponder con un embarazo tubárico izquierdo. Se aprecia una pequeña cantidad de líquido libre en el saco de Douglas (fig. 3).

Ante la sospecha de embarazo tubárico izquierdo se realiza una laparoscopia en la que se observa un embarazo cornual izquierdo. Como la paciente se encuentra hemodinámicamente estable se decide intentar tratamiento conservador con metotrexato (dosis única de 50 mg por vía intramuscular, día 0). La paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta en el día al séptimo tras comprobar un descenso en los niveles de β -HCG.

De forma ambulatoria se realiza el seguimiento de la paciente con ecografías y valores seriados de β -HCG. Cuarenta y seis días después de la administración del metotrexato se consigue la negativización de la β -HCG y la normalización de la imagen ecográfica.

Caso 3

Mujer de 37 años gestante de 8+6 semanas que acude a urgencias por sangrado y dolor en fosa ilíaca izquierda. Como antecedentes obstétricos desta-



Figura 3. Imagen de embarazo cornual que inicialmente se interpretó como ectópico tubárico.



Figura 4. Imagen de embarazo cornual en cuerno izquierdo.

can 2 cesáreas anteriores por desprendimiento prematuro de la placenta norminserta y parto de nalgas, respectivamente.

En la exploración se aprecia un sangrado escaso, un útero doloroso a la palpación y un abdomen blando, pero doloroso, en fosa ilíaca izquierda con signo de Blumberg negativo.

En la ecografía vaginal se aprecia una imagen heterogénea de 34 × 36 mm en el cuerno izquierdo, compatible con embarazo cornual. Los anejos son normales y no se ve líquido libre (fig. 4).

En la analítica encontramos una Hb de 9,6 y un hematocrito de 30,7.

Tabla 1 Síntomas y signos de presentación inicial en mujeres con embarazo cornual¹

Síntoma	Porcentaje
Dolor abdominal	62,1%
Abdomen agudo	58,7%
Sangrado vaginal	41,7%
Shock	40%
Anemia	38,5%

La paciente se encuentra estable por lo que se inicia tratamiento conservador con metotrexato (50 mg por vía intramuscular, día 0). Tras un incremento inicial en los valores de β -HCG se observa un descenso progresivo y la paciente es dada de alta al sexto día para seguir controles ambulatorios. Los niveles de β -HCG tardan 59 días en negativizarse.

DISCUSIÓN

El embarazo cornual es una forma infrecuente de embarazo ectópico, pero con una elevada mortalidad.

Su manejo debe ser más cuidadoso que el de otras modalidades de embarazos ectópicos por su elevado porcentaje de hemorragias y roturas uterinas¹.

El síntoma de presentación más frecuente es el dolor abdominal (62,1%), que incluso llega a manifestarse como un cuadro de abdomen agudo (58,8%)¹ (tabla 1).

En los 3 casos que presentamos el síntoma principal fue el dolor asociado a sangrado vaginal.

La cirugía tubárica y cervical, los antecedentes de EIP y los embarazos ectópicos previos parecen aumentar la incidencia de EC¹. Nuestras 3 pacientes presentaban antecedentes de legrados o cesáreas.

Tradicionalmente el diagnóstico se realizaba en etapas avanzadas de gestación ante un cuadro de dolor abdominal asociado a rotura uterina. En la actualidad, el uso de la ecografía vaginal, asociado a la determinación de β -HCG, permite realizar un diagnóstico temprano y realizar un tratamiento conservador con metotrexato conservando la fertilidad⁵. Aproximadamente un tercio de las pacientes son candidatas a tratamiento médico en el momento del

diagnóstico². El protocolo más habitual es una inyección intramuscular de 50 mg/m² de metotrexato asociado a un seguimiento posterior con β -HCG². Se consiguen tasas de éxito de hasta el 89-100%². Se ha observado una mayor eficacia del tratamiento en los casos de gestación < 6 semanas, latido cardíaco fetal negativo y tamaño ecográfico del embarazo < 3,5 cm².

Algunos autores plantean incluso la posibilidad de realizar tratamiento expectante en las pacientes asintomáticas con embrión con latido cardíaco negativo¹.

En los 3 casos que presentamos se realizó un diagnóstico precoz con ecografía vaginal y, dado que las pacientes se encontraban hemodinámicamente estables, se intentó de inicio un tratamiento conservador con 50 mg de metotrexato. A pesar de que el metotrexato puede producir efectos adversos hasta en el 30% de casos⁵, en ninguna de nuestras pacientes observamos complicaciones derivadas de su administración. Dos casos evolucionaron favorablemente con una negativización de los valores de β -HCG y desaparición de la imagen ecográfica. En uno de los casos se produjo una rotura cornual a pesar del metotrexato, por lo que fue necesario realizar una resección cornual de urgencia.

Tras la administración del metotrexato es habitual observar un aumento en los valores de β -HCG, que

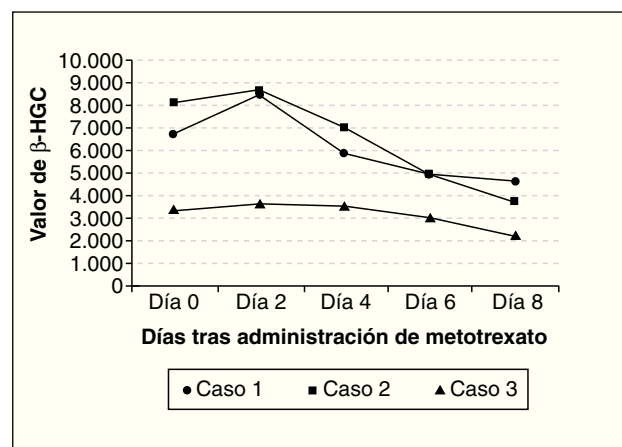


Figura 5. Evolución de las concentraciones de subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (β -HCG) tras la administración de metotrexato.

posteriormente van descendiendo hasta negativizarse (fig. 5). La negativización puede tardar hasta 5-6 meses⁶.

La tendencia actual es utilizar la histeroscopia en aquellos casos de persistencia de la imagen ecográfica tras la administración de metotrexato¹. Esta técnica nos permite acceder a la cavidad uterina y eliminar los restos que de otra forma tardarían meses en desaparecer. El uso de esta técnica no fue necesario con nuestras pacientes.

CONCLUSIÓN

El EC es una forma infrecuente de embarazo ectópico. La introducción de la ecografía vaginal nos ha permitido adelantar el diagnóstico y realizar en la mayoría de los casos un tratamiento conservador con metotrexato. El uso de la histeroscopia como técnica complementaria puede facilitar el seguimiento de estas pacientes cuando persisten restos tras la administración de metotrexato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones Ervin E. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:1264-70.
2. Sanz LE, Verosko J. Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2002;99:941-4.
3. Zite Nikki B, Lipscomb Gary H, Merrill Keith MD. *Obstet Gynecol.* 2002;99:891-2.
4. Bonfante Ramírez E, Bolanos Ancona R, Juárez García L, Pereira LS, Quesnel García-Benítez C. *Ginecología y obstetricia de México.* 1998;66:81-3.
5. Kung FT, Chang SY. Efficacy of methotrexate treatment in viable and nonviable cervical pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181:1438-44.
6. Stovall TG, Ling FW, Smith WC. Successful non surgical treatment of cervical pregnancy with methotrexate. *Fertil Steril.* 1988;50:72-4.