

Ainhoa Becerro Cortizas<sup>a</sup>  
Mikel Gorostidi Pulgar<sup>b</sup>  
Iordana Aizpitarte Gorrotxategi<sup>a</sup>  
Elisa Ecnarro González-Echavarri<sup>b</sup>  
Marina Navarro López<sup>a</sup>

<sup>a</sup>MIR Obstetricia y Ginecología. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Donostia. San Sebastián. España. <sup>b</sup>Médico Adjunto. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

**Correspondencia:**

Dra. A. Becerro Cortizas.  
Departamento de Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Donostia. San Sebastián. España.  
Getaria, 7, 4 G. 20005 San Sebastián. España.  
Correo electrónico: abeccor@terra.es

Fecha de recepción: 6/6/05.

Aceptado para su publicación: 12/7/05.

---

## Curetaje cornual como tratamiento conservador del embarazo ectópico accidentado

*Cornual curettage as conservative treatment of perforated cornual ectopic pregnancy*

### RESUMEN

El tratamiento clásico del embarazo ectópico cornual se basa en la resección cornual o en la histerectomía. Actualmente, es posible un abordaje más conservador. Se describe un caso de embarazo ectópico cornual tratado mediante curetaje cornual y revisión de los diferentes manejos de esta patología. Esta técnica posiblemente presente menos riesgos de rotura uterina en embarazos futuros, aunque no hay estudios que permitan corroborarlo.

### PALABRAS CLAVE

Curetaje cornual. Embarazo ectópico cornual. Histerectomía

### ABSTRACT

The classical treatment of cornual ectopic pregnancy is cornual resection or hysterectomy. Currently, a more conservative approach is feasible. We describe a case of cornual ectopic pregnancy

treated with tubal cornual curettage and review the various options in the management of this entity. This technique may reduce the risk of uterine rupture in future pregnancies, even though studies on this topic are lacking.

### KEY WORDS

Tubal curettage. Cornual ectopic pregnancy. Hysterectomy.

### INTRODUCCIÓN

El embarazo cornual supone aproximadamente un 2% de las gestaciones en localización ectópica.

Clásicamente, su manejo se basaba en la resección cornual o en la histerectomía. No obstante, en la actualidad, con los avances ultrasonográficos, se realizan diagnósticos cada vez más precoces, que nos permiten otros abordajes.

En este artículo, presentamos un caso de embarazo ectópico cornual hemorrágico tratado mediante curetaje cornual laparotómico, así como una revisión sobre los distintos manejos de esta patología.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años (I.E.M.), que acude a urgencias por mareo con pérdida del conocimiento en su domicilio y dolor brusco en el abdomen. Como antecedentes personales destaca una malformación aórtica congénita reparada quirúrgicamente, cardiopata con una doble lesión aórtica con válvula aórtica bivalva con estenosis valvular y una insuficiencia leve; fue colecistectomizada. Grupo A, Rh (-). Como antecedentes obstétricos presenta una cesárea segmentaria transversa hace 2 años por falta de progresión (G2 P0 CST1).

Al ingreso presenta palidez cutánea y de mucosas, mareos y sudación fría. La presión arterial repetida es de 80/50 y 90/60 mmHg, con 96 lat/min. Refiere una amenorrea de 8 + 6 s. El abdomen se encuentra defendido y con signo de Blumberg (+). Al tacto vaginal, el útero se encuentra en anteversión, aumentado respecto a la amenorrea referida; la movilización cervical y la exploración del fondo de saco de Douglas era muy dolorosa. La ecografía vaginal muestra un útero en anteversión, cavidad vacía con reacción decidual. En la zona del cuerno izquierdo, a nivel miometrial, se aprecia un saco gestacional con un embrión en su interior (longitud craneo-caudal [CRL] de 53 mm, que corresponde a 12 semanas de gestación, latido cardíaco positivo y movimientos fetales activos positivos). Los ovarios son normales. Ecográficamente no se visualiza líquido libre (figs. 1 y 2).

Con el diagnóstico de embarazo ectópico cornual izquierdo y la inestabilidad hemodinámica se decide laparotomía urgente y se instauran medidas médicas (reposición de volemia y efedrina) y prevención de endocarditis infecciosa (ampicilina y gentamicina). La paciente presenta un gran hemoperitoneo, con abundantes coágulos y aproximadamente 2 l de sangre en la cavidad abdominal. Se constata un embarazo ectópico cornual izquierdo con una perforación uterina de 10 mm aproximadamente, que se abre de forma espontánea durante el acto quirúrgico con caída del feto a cavidad abdominal. Se realiza un pinzamiento atraumático de la arteria uterina junto al borde uterino y cirugía conservadora mediante curetaje cornual y sutura invaginante del lecho quirúrgico con puntos sueltos. Se efectúan lavados y se coloca *interceed* sobre el lecho quirúrgico.

Se transfunden 3 unidades de concentrados de hemáties. El postoperatorio transcurre sin complica-



**Figura 1.** Ecografía abdominal: embarazo ectópico cornual. Saco gestacional y embrión. Obsérvese la delgadez del miometrio.



**Figura 2.** Ecografía abdominal: embarazo ectópico cornual. Embrión de 53 mm de longitud craneocaudal, situado excéntricamente en la cavidad uterina. Llama la atención la delgadez del miometrio.

ciones. Se administran 300 g de gammaglobulina anti-D intramuscular y hierro intravenoso.

La paciente fue dada de alta con controles ambulatorios de beta-hCG hasta su negativización.

## DISCUSIÓN

El embarazo cornual es una forma infrecuente de gestación ectópica con una incidencia cercana al 2% (tabla 1).

**Tabla 1** Localizaciones y frecuencias de embarazo ectópico

Localización	Frecuencia (%)
Ampular	80
Ístmico	12
Fimbrial	5
Cornual/intersticial	2
Abdominal	1,4
Ovárico	0,2
Cervical	0,2

Los avances en el diagnóstico cada vez más temprano de las gestaciones ectópicas nos permiten otras opciones terapéuticas no tan agresivas. El éxito dependerá en gran medida de una correcta selección de las pacientes a cada procedimiento.

En el caso de las gestaciones ectópicas de localización cornual, no es infrecuente que se presenten en su forma hemorrágica, como en este caso, lo que supone una situación de riesgo vital. Ante una hemorragia masiva, las posibilidades terapéuticas son la histerectomía o la resección cornual, procedimientos claramente invasivos y, en el caso de este último, con gran riesgo de rotura uterina en subsiguientes gestaciones.

Como alternativa, tal como se realizó en nuestra paciente, está descrito el curetaje cornual, técnicamente posible incluso en hemorragias profusas tanto por vía laparotómica<sup>1</sup> como laparoscópica<sup>2</sup>.

Si se excluye la situación de urgencia, algunos autores apuestan incluso por un manejo expectante en ciertos casos seleccionados para evitar los efectos secundarios de los tratamientos médicos o quirúrgicos, ya que, al diagnóstico, muchas de estas gestaciones ectópicas se encuentran en remisión con beta-hCG descendente. Las candidatas al manejo expectante para Seow<sup>3</sup> son pacientes asintomáticas, sin signos de rotura ni hemorragia intraperitoneal, con un diámetro menor de 5 cm y beta-hCG estable o descendente. Están descritas tasas de éxito de hasta el 60% si la beta-hCG era menor de 2.000 al inicio, mientras que las posibilidades de fracaso rozan el 93% si la beta-hCG es mayor de 2.000.

Dados los potenciales riesgos de este tratamiento, las pacientes deben ser escrupulosamente informadas y dar su consentimiento. Es vital un riguroso seguimiento para la detección temprana de fracasos en el

tratamiento, así como un adecuado entrenamiento de la paciente en la detección de signos de alarma.

Otra posibilidad terapéutica en casos seleccionados, en nuestra opinión más acertada, por el gran riesgo de rotura de estos embarazos, es el tratamiento médico con metotrexato, solo o combinado con mifepristona<sup>4,5</sup>, con tasas de éxito según algunas series superiores al 83%, cifras similares a la salpingostomía laparoscópica.

La vía de administración más utilizada es la intramuscular en dosis única. Si bien algunos estudios<sup>6</sup> parecen indicar que la administración local es más eficiente que la sistémica, no hay estudios concluyentes para afirmar cuál es la vía de administración más apropiada.

Doubilet<sup>7</sup> describe la inyección ecoguiada de CIK como una alternativa segura y efectiva a la cirugía y tratamiento médico sistémico, que incluso permite la continuación de embarazos en caso de gestaciones heterotópicas y preserva el útero frente a siguientes gestaciones.

En los casos no susceptibles de tratamiento médico, la cirugía conservadora puede ser el procedimiento óptimo.

En nuestra opinión, la laparoscopia es la técnica quirúrgica de referencia, preferible a la laparotomía si es posible. No obstante, no hay datos definitivos sobre cuál es la técnica óptima.

Las ventajas de la laparoscopia frente a las técnicas abiertas son numerosas: menor tiempo de estancia hospitalaria y de recuperación de la actividad normal; menor necesidad de analgesia que se plasma en costes sanitarios más bajos; por otro lado, parece que produce menos adherencias posquirúrgicas, sin olvidar la menor morbilidad para la mujer y una mejor apariencia estética<sup>8,9</sup>.

No obstante, el abordaje laparoscópico sólo debe proponerse si se cuenta con cirujanos bien entrenados en esta técnica y con la capacidad de convertir la intervención en una laparotomía si fuera necesario.

En los inicios del tratamiento con laparoscopia, Reich y Hill describieron el manejo de embarazos intersticiales mediante escisión cornual laparoscópica, esto es, sin preservar la continuidad tubárica.

En contraposición, Tulandi<sup>10</sup> y Pansky<sup>11</sup> confirmaron en sus artículos la cirugía laparoscópica conservadora como técnica plausible en ectópicos cornuales, especialmente en los avanzados o de más de 4 cm de diámetro, mediante salpingostomía.

Parece haber unanimidad entre los autores en la utilización de solución de vasopresina diluida en el cuerno uterino, previo a la incisión, para un mayor control de la hemorragia.

La histeroscopia, combinada con la laparoscopia para un mejor manejo de una posible hemorragia intraoperatoria, es otro procedimiento descrito por Minelli<sup>12</sup> para el tratamiento del ectópico cornual asintomático como hallazgo casual ecográfico.

En el presente caso se realizó un curetaje cornual por vía laparotómica debido a la urgencia médica dada la inestabilidad hemodinámica de la paciente.

Con este procedimiento, Ayoubi et al<sup>1</sup> consiguieron la resolución de un embarazo ectópico cornual que permitió la continuidad de otra gestación intrauterina normoinsera que llegó a término.

En la realización de esta técnica quirúrgica, Grobman<sup>9</sup> sugiere una incisión perpendicular al eje tubárico, frente a otros autores que realizan incisiones paralelas al eje, argumentando una menor extensión sobre la trompa o las inserciones vasculares cornuales.

En este caso, nos pareció más adecuado y menos traumático realizar la incisión como prolongación de la propia rotura, resultando ésta paralela al eje.

En cuanto a la reparación del defecto cornual, aunque hay autores que apuestan por la hemostasia con electrocoagulación y el cierre posterior en segunda intención, parece que, tal y como realizamos

en nuestro caso, la sutura del defecto cornual mejora la hemostasia y el resultado en futuros embarazos.

A pesar de la adecuada reparación uterina, persiste el riesgo de nuevo embarazo ectópico en ambos anejos. Hay pocos datos en cuanto al manejo de nuevas gestaciones intrauterinas, tanto del riesgo de rotura uterina durante el embarazo y el parto, así como la forma más adecuada de finalizar la gestación. No obstante, hay algún caso aislado de parto vaginal en una paciente con antecedente de embarazo ectópico cornual intervenido<sup>11</sup>. En cambio, en el caso comentado anteriormente<sup>1</sup>, se decidió terminar la gestación por cesárea en la semana 37.

## CONCLUSIONES

El abordaje conservador de un embarazo ectópico cornual es posible y debería ser la técnica de elección. La histerectomía debería realizarse sólo en casos extremos. Consideramos preferible el curetaje cornual frente a la resección cornual, por resultar ésta una técnica más conservadora y con menos riesgos de rotura uterina en embarazos futuros, aunque no se dispone de estudios que permitan corroborarlo.

En centros donde fuera posible, con pacientes estables hemodinámicamente y cirujanos laparoscopistas expertos, la laparoscopia sería la técnica óptima.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ayoubi JM, Fanchin R, Olivennes F, Fernández H, Pons JC. Tubal curettage: a new conservative treatment for haemorrhagic interstitial pregnancies. *Hum Reprod.* 2001;16:780-1.
2. Reich H, Freifeld ML, McGlynn F, Reich E. Laparoscopic treatment of tubal pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1987;69:275-9.
3. Seow KM, Hsieh BC, Tsai YL, Huang LW, Hwang JL. Expectant management of a cornual pregnancy followed up by serial transvaginal color power Doppler angiography and serum beta human chorionic gonadotropin levels. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:1221-4.
4. Gazvani MR, Baruah DN, Alfirevic Z, Emery SJ. Mifepristone in combination with methotrexate for the medical treatment of tubal pregnancy: a randomized, controlled trial. *Hum Reprod.* 1998;13:1987-90.
5. Gazvani MR, Emery SJ. Mifepristone and methotrexate: the combination for medical treatment of ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180:1599-600.
6. 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 Suppl 7:93-100.

7. Doubilet PM, Benson CB, Frates MC, Ginsburg E. Sonographically guided minimally invasive treatment of unusual ectopic pregnancies. *J Ultrasound Med.* 2004;23:359-70.
8. Orazi G, Cosson M. Surgical treatment of ectopic pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2003;32 Suppl 7:75-82.
9. Grobman WA, Milad MP. Conservative laparoscopic management of a large cornual ectopic pregnancy. *Hum Reprod.* 1998;13:2002-4.
10. Tulandi T, Saleh A. Surgical management of ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 1999;42:31-8.
11. Pansky M, Bukovsky I, Golan A, Raziel A, Caspi E. Conservative management of interstitial pregnancy using operative laparoscopy. *Surg Endosc.* 1995;9:515-6.
12. Minelli L, Landi S, Trivella G, Fiaccavento A, Barbieri F. Cornual pregnancy successfully treated by suction curettage and operative hysteroscopy. *BJOG* 2003;110:1132-4.