



## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



### CASO CLÍNICO

## Opciones terapéuticas en el embarazo intersticial

Jennifer Rovira Pampalona\*, Laura Cusiné López, Isabel Aznar García, Tamara García Grandal, J. Carlos Mateu Pruñonosa, Irene Mora Hervás y Pere Brescó Torras

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Igualada, Barcelona, España

Recibido el 15 de noviembre de 2010; aceptado el 9 de junio de 2011

Accesible en línea el 21 de septiembre de 2011

#### PALABRAS CLAVE

Gestación cornual;  
Histeroscopia;  
Laparoscopia;  
Metotrexato

#### KEYWORDS

Cornual pregnancy;  
Hysteroscopy;  
Laparoscopy;  
Methotrexate

**Resumen** El embarazo cornual es un hecho muy poco frecuente, con una incidencia entre un 2-4% de las gestaciones ectópicas. Al igual que el embarazo tubárico, las opciones terapéuticas incluyen la cirugía, la terapia médica o la combinación de ambas. Actualmente, existen otras opciones terapéuticas también eficaces. Presentamos un caso de gestación cornual tratado a través de resección histeroscópica con posterior revisión laparoscópica como opción terapéutica eficaz.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### Therapeutic options in interstitial pregnancy

**Abstract** Cornual pregnancy is very rare, with an incidence of 2-4% of ectopic pregnancies. As with tubal pregnancy, treatment options include surgery, medical therapy or a combination of both. Currently, there are also other treatment options that are effective. We report a case of cornual pregnancy treated with hysteroscopic resection followed by laparoscopic review, which can be an effective treatment option.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Introducción

El embarazo cornual se define como la implantación y desarrollo de la gestación entre la porción proximal intramural de la trompa de Falopio y la musculatura uterina, siendo recubierto por miometrio<sup>1</sup>. Es muy poco frecuente, teniendo una incidencia entre un 2-4% de las gestaciones ectópicas<sup>2</sup>.

Presenta una tasa de mortalidad materna que alcanza del 2,0% al 2,5% en las gestaciones confirmadas. La tríada clínica se caracteriza por dolor abdomino-pélvico, amenorrea y metrorragia<sup>3</sup>.

Al igual que el embarazo tubárico, las opciones terapéuticas incluyen la cirugía, la terapia médica o la combinación de ambas. El tratamiento quirúrgico tradicional implica la resección cornual o histerectomía por laparotomía o más recientemente por laparoscopia<sup>4-7</sup>. El metotrexato se utiliza como terapia médica, pudiendo ser inyectado localmente en el saco gestacional o ser administrado sistémicamente<sup>8</sup>. Actualmente, existen otras opciones terapéuticas también

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jrovira@csa.cat (J. Rovira Pampalona).

eficaces. En el caso presentado se realizó una resección histeroscópica con posterior revisión laparoscópica.

## Descripción del caso

Nulípara de 27 años de edad gestante de 5,2 semanas, sin antecedentes médico-patológicos de interés ni intervenciones quirúrgicas previas. Presenta como único síntoma dolor abdominal cólico a nivel de fosa iliaca derecha de intensidad ascendente de 48 h de evolución. No presenta metrorragia ni otros signos de gravedad. La exploración física es anodina. La ecografía transvaginal muestra un útero en posición intermedia, de tamaño normal y de aspecto subarcuato, endometrio de 20 mm de espesor sin presencia de saco gestacional. A nivel de cuerno izquierdo, se visualiza imagen ovoide subserosa de 1,4 cm de diámetro con halo hiperecogénico altamente vascularizado. No se observan alteraciones a nivel anexial ni presencia de líquido libre a nivel del saco de Douglas. La determinación de beta hormona gonadotrofina coriónica ( $\beta$ -hCG) fue de 19.802,0 mU/l. Confirmándose la sospecha de gestación ectópica cornual, se procede al ingreso de la paciente para tratamiento médico con metotrexato por vía intramuscular a dosis única (1 mg/kg peso) como primera opción. En los controles hormonales (tercer y quinto días) y ecográficos realizados posteriormente se obtuvieron unos resultados de 33.210 mU/l y 29.935 mU/l, respectivamente, con una imagen ecográfica que aumentó a 1,8 cm. Consensuado con la paciente, se decidió realizar la resección quirúrgica del saco gestacional con histeroscopia quirúrgica (morcelador histeroscópico) y posterior revisión laparoscópica de la cavidad abdominal, según la técnica habitual. La histeroscopia se realizó con solución de suero fisiológico como medio de distensión, mostrando dilatación proximal del ostium tubárico derecho, con una masa miometrial alrededor. Se procedió a la resección histeroscópica de la masa hasta la serosa uterina. Laparoscópicamente, la pared del cuerno uterino se visualizó normal después del procedimiento y la revisión de la cavidad abdominal mostró endometriosis de grado III. El postoperatorio cursó sin incidencias, con un estudio ecográfico dentro de la normalidad y una determinación hormonal de  $\beta$ -hCG de 192 mU/l a los 15 días. El examen histológico confirmó el embarazo extrauterino. La paciente se quedó gestante con embarazo intrauterino 8 meses después de la intervención.

## Discusión

El embarazo cornual es un tipo de gestación ectópica poco frecuente, potencialmente peligroso y con unas opciones terapéuticas poca establecidas. Debido a la importante vascularización de la zona por ramas de las arterias uterina y ovárica, existe un riesgo elevado de hemorragia que condiciona, en los casos hemodinámicamente inestables, la realización de una histerectomía. Es crucial realizar un diagnóstico precoz para conseguir un tratamiento eficiente, que no comprometa la fertilidad o incremente el riesgo de rotura uterina en futuras gestaciones.

Los criterios ecográficos diagnósticos descritos por Timor-Tritch que se cumplen en un 87-92% de las gestaciones intersticiales son: cavidad uterina vacía, discreto saco

gestacional localizada a menos de 1 cm de la cavidad uterina y capa delgada de miometrio alrededor del saco<sup>7</sup>.

Respecto del tratamiento médico, el metotrexato sistémico administrado en dosis única o múltiple por vía intravenosa es una alternativa eficaz en aquellas pacientes diagnosticadas en estadios iniciales, sin evidencia de rotura y con función renal y hepática normal. Como inconveniente, presenta una tasa de fracaso, según la literatura, del 35%, un mayor tiempo de hospitalización y la posible formación de adherencias tubáricas<sup>9</sup>. Otros tratamientos farmacológicos utilizados con éxito incluyen la inyección directa dentro del saco gestacional de cloruro de potasio más etopósido (VP-16) y metotrexato a través de la visualización ecográfica, histeroscópica o laparoscópica<sup>8</sup>.

Dentro de las técnicas quirúrgicas, anteriormente se realizaba la laparotomía con histerectomía o resección cornual. Con los años, la importancia de realizar cirugía conservadora con preservación de la fertilidad, siempre que las condiciones de la paciente lo permitan, ha hecho que técnicas como la laparoscopia o la histeroscopia resulten las opciones más escogidas por su seguridad, eficacia y eficiencia. La primera cuernostomía con posterior sutura de la incisión<sup>4,10</sup> realizada por laparoscopia en una gestación cornual se realizó en 1989. Desde entonces, la mejoría de las técnicas y de las habilidades quirúrgicas han hecho posibles otros tratamientos mínimamente invasivos, como la histeroscopia con o sin control ecográfico o laparoscópico<sup>3,11,12</sup>, salpingotomía por laparoscopia<sup>13</sup>, legrado guiado por histeroscopia y laparoscopia<sup>14</sup>, entre otras opciones combinadas, individualizadas para cada paciente. Los últimos avances en el tratamiento del embarazo cornual son la embolización selectiva de la arteria uterina, con posterior resección cornual por laparoscopia<sup>15</sup>.

En el caso de nuestra paciente, la gestación cornual fue manejada con éxito mediante la realización de una resección histeroscópica con posterior revisión abdominal por vía laparoscópica. El procedimiento fue simple, sin complicaciones y mínimamente invasivo. La técnica puede utilizarse en pacientes hemodinámicamente estables, sin signos de rotura uterina. La histeroscopia proporciona una visualización directa de la cavidad uterina, que permite realizar el tratamiento de la porción afectada y la posterior confirmación de la evacuación. El uso de la laparoscopia es importante en este procedimiento para poder evaluar la integridad de la pared uterina, con posibilidad de reparación en caso de rotura y hacer una revisión de la cavidad abdominal.

Existe una gran variedad de tratamientos utilizados en el embarazo cornual, presentando cada uno de ellos ventajas e inconvenientes, pero con la finalidad común de una cirugía conservadora eficaz y con mínimos efectos secundarios para la paciente.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10-years population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod.* 2002;17:3224–30.

2. Akrivis Ch, Varras M, Kyparos J, Demos A, Stefanaki S, Antoniou N. Early ultrasonographic diagnosis of unruptured interstitial pregnancy: a case report and review of literature. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2003;3:60–4.
3. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 1999; 207–15.
4. Matsuzaki S, Fukaya T, Murakami T, Yajima A. Laparoscopic cornuostomy for interstitial pregnancy: a case report. *J Reprod Med.* 1999;44:981–2.
5. Katz DL, Barrett JP, Sanfilippo JS, Badway DM. Combined hysteroscopy and laparoscopy in the treatment of interstitial pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188:1113–4.
6. Yoo EH, Chun SH, Kim JI. Endoscopic treatment of interstitial pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:189–91.
7. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Matera C, Veit CR. Sonographic evolution of cornual pregnancies treated without surgery. *Obstet Gynecol.* 1992;79:1044–9.
8. Klemm P, Koehler C, Eichhorn KH, Hillemanns P, Schneider A. Sonographic monitoring of systemic and local methotrexate (MTX) therapy in patients with intact interstitial pregnancies. *J Perinat Med.* 2006;34:149–57.
9. Tang A, Baartz D, Khoo SKA. Medical management of interstitial ectopic pregnancy: a 5-year clinical study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2006;46:107–11.
10. Ross R, Lindheim SR, Olive DL, Pritts EA. Cornual gestation: a systematic literature review and two case reports of a novel treatment regimen. *J Min Inv Gynecol.* 2006;13:74.
11. Pal B, Akinfenwa O, Harrington K. Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy. *BJOG.* 2003;110:879–80.
12. Sanz LE, Verosko J. Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2002;99:941–4.
13. Fujishita A, Masuzaki H, Khan KN, Kitajima M, Hiraki K, Ishimaru T. Laparoscopic salpingotomy for tubal pregnancy: comparison of linear salpingotomy with and without suturing. *Human Reprod.* 2004;19:1195–200.
14. Cai Z, Wang F, Cao H, Xia Q. Transcervical suction of interstitial pregnancy under laparoscopic and hysteroscopic guidance. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16:761–4.
15. Takeda A, Koyama K, Imoto S, Mori M, Sakai K, Nakamura H. Successful management of interstitial pregnancy with fetal cardiac activity by laparoscopic-assisted cornual resection with preoperative transcatheter uterine artery embolization. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;280:305–8.