Casos Clínicos

EMBARAZO ECTÓPICO INTERSTICIAL COMPLICADO: URGENCIA GINECOLÓGICA

Fabiola Gallegos G.^a, Carolina Pavéz O.^a, Marcelo Jara M.^a, Cristián Jesam G.¹, Juan Carlos Montero C.¹, Juan Carlos Bustos V.¹

¹Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Juan de Dios.

^aInterno de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

Se presenta un caso de embarazo cornual complicado; se hace énfasis en el diagnóstico y manejo quirúrgico oportuno e importancia del cuadro clínico. Se describe la complicación de tromboembolismo pulmonar bilateral durante el post operatorio.

PALABRAS CLAVES: *Embarazo cornual, urgencia ginecológica*

SUMMARY

A case is presented of a complicated interstitial pregnancy. It is emphasized in the opportune diagnosis and treatment and the relevance of the clinic. In addition it is described the appearance of pulmonary embolism during the postoperative period.

KEY WORDS: *Interstitial pregnancy, gynecologic emergency*

INTRODUCCIÓN

El embarazo intersticial también conocido como embarazo cornual, es una forma poco frecuente de embarazo ectópico; se localiza en las trompas de Falopio en la porción que éstas atraviesan la pared uterina. La mayor parte del saco gestacional se encuentra ubicado fuera de la cavidad uterina (1). Corresponde al 2 a 4% de los embarazos ectópicos (2), con mortalidad 2 veces mayor que las otras localizaciones (1).

El objetivo de esta comunicación es presentar un caso clínico de embarazo cornual, diagnosticado y manejado en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios.

CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años, multípara de 2, sin antecedentes mórbidos de importancia. Sin uso de método anticonceptivo. Cursando embarazo de 17 semanas según amenorrea, presenta cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por dolor cólico intenso, localizado en hipogastrio, metrorragia escasa no cuantificada y lipotimia recuperada. Consulta en Centro de Referencia de Salud desde donde es derivada al Policlínico Urgencia de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Juan de Dios. La paciente ingresa conciente, orientada, hipotensa (PA: 40/20). Al examen físico destacan mucosas pálidas, abdomen sensible en

flanco izquierdo. Signo de Blumberg (–), puño percusión lumbar (–), hipotensión ortostática sintomática, evaluación cardiopulmonar normal. Al examen ginecológico se observa cuello uterino sin alteraciones, útero en anteversoflexión, aumentado de tamaño como embarazo de 18 semanas y dolor en relación a la palpación de anexo izquierdo. Se le aporta volumen con lo que sus cifras tensionales llegan a 80/40. La ecografía realizada muestra: útero con endometrio engrosado y saco gestacional en cuerno izquierdo con feto vivo, LCN de 42 mm (biometría para 12 semanas), se observa escaso líquido libre en cavidad abdominal (Figuras 1 y 2).

Con los diagnósticos de embarazo cornual izquierdo complicado y shock hipovolémico, se efectúa laparotomía media infraumbilical, hemo-peritoneo de aproximadamente 1.000 cc, útero deformado por embarazo ectópico con cuerno izquierdo roto. Se extrae feto sin actividad cardíaca, de 4 cm de longitud y placenta. Resección de cuerno izquierdo, hemostasia satisfactoria, ovario y trompa derecha sin alteraciones. La biopsia muestra un embrión completo, vellosidades coriales de 2º trimestre gestacional, algunas de ellas desvitalizadas con proliferación exagerada de trofoblasto intermedio.

Durante el postoperatorio la paciente recibió transfusión de 2 U de glóbulos rojos por persistencia de presión arterial baja y hematocrito de 24%. Al segundo día post cirugía, presenta disnea aguda importante, acompañada de tos, polipnea, taquicardia, saturación de 90% con O₂ ambiental. Se efectúa diagnóstico de insuficiencia respiratoria

aguda (PAFI: 197, con una gradiente alveolo-arterial de oxígeno de 128, e imágenes de sobrecarga derecha al electrocardiograma: onda Q en D III y onda T (–) en D III), probablemente secundario a tromboembolismo pulmonar (TEP). Es trasladada a la Unidad de Cuidados Intermedios para manejo con heparina endovenosa. Se confirma diagnóstico con angioTAC de tórax, que revela TEP bilateral de ramas subsegmentarias. La paciente presenta buena evolución clínica, sin disnea, hemodinámicamente estable, afebril, siendo dada de alta al quinto día con tratamiento anticoagulante oral.

DISCUSIÓN

La porción intersticial de la trompa de Fallopio se ubica, entre el óstium y la porción ístmica de ésta, posee una importante masa muscular, con gran irrigación sanguínea proveniente de las ramas de las arterias uterinas y ovárica (3). Este sitio de implantación es complaciente y se dilata en forma indolora; por su alta vascularización el embarazo puede llegar hasta una edad gestacional avanzada (entre las 8 y 16 semanas), siendo más susceptible a la rotura. Esta complicación alcanza una frecuencia de 50% (87% después del primer trimestre), las consecuencias son catastróficas, la hemorragia intraperitoneal masiva puede resultar fatal si el diagnóstico no es oportuno (1, 2).

Los factores de riesgo para embarazo cornual, son similares a los del embarazo tubario (enfermedad inflamatoria pélvica, dispositivo intrauterino, cirugía tubaria previa), sin embargo, se agre-

Figura 1. Fondo uterino con endometrio engrosado, ausencia de gestación intracavitaria, cuerno uterino izquierdo ocupado por saco gestacional con embrión presente.

Figura 2. Cuerno uterino izquierdo con saco gestacional y embrión presente.

gan otros factores como anastomosis cornual (1) y en técnicas de reproducción asistida; en este último grupo alcanza cifras de 1 a 2,9% (6) dada la asociación de patología tubárica y ovulación múltiple en el tratamiento de la mujer infértil. La paciente de este caso clínico no tenía ninguno de estos antecedentes en su historia clínica.

La clínica del embarazo cornual tiene un amplio espectro de manifestaciones: desde cuadros asintomáticos hasta shock hipovolémico. Los síntomas y signos tienden a ser similares a otros embarazos ectópicos, con historia de amenorrea, alteración de flujo rojo, dolor abdominal (1, 4, 5). Los signos clínicos que la paciente presentó fueron, un importante compromiso hemodinámico, reflejado en sus bajas cifras tensionales, lipotimia, ortostatismo y sangrado genital escaso, que presentó días previos a su consulta. Siendo este último, uno de los síntomas más documentados dentro de las manifestaciones de embarazo ectópico (5).

La ecotomografía tiene un papel fundamental en el diagnóstico de los embarazos ectópicos. Los signos ecográficos del embarazo cornual, muestran la localización de la gestación en la porción intramural de la trompa. Típicamente el saco gestacional se encuentra muy cercano al útero, rodeado de miometrio o localizado en la periferia uterina. Los embarazos ectópicos intersticiales frecuentemente se manifiestan con sacos gestacionales grandes y la mayoría de las veces, con embriones vivos, esto se debe a que esta zona cuenta con un alto flujo sanguíneo en comparación a otras porciones de la trompa (6).

Existen tres criterios ecográficos para el diagnóstico de embarazo cornual: 1) cavidad uterina vacía; 2) saco gestacional localizado lateral o excéntrico en relación a la cavidad uterina (distancia de por lo menos 1 cm del borde más lateral), y 3) lecho miometrial delgado, asimétrico o incompleto, alrededor del saco coriónico (1, 3). En ocasiones se plantea el diagnóstico diferencial ecográfico de dos cavidades uterinas y hay que diferenciar entre útero septado, útero didelfo y útero bicornual con o sin cuernos comunicantes (2).

La ecografía de urgencia realizada al ingreso de la paciente, cumplió con estos tres criterios pero, llama la atención la observación de escaso líquido libre, ante el evidente compromiso hemodinámico de la paciente y la magnitud del hemoperitoneo encontrado durante la laparotomía exploradora. Una vez más queda demostrado que la clínica es mandatoria frente a casos críticos.

El diagnóstico de embarazo intersticial requie-

re un alto nivel de sospecha y debe contar con una detallada anamnesis y examen físico, más una ultrasonografía de calidad, realizada por una persona capacitada, por ser un método altamente operador dependiente (1). El diagnóstico del caso presentado, no tardó en realizarse, la paciente estaba en riesgo vital y la oportuna intervención evitó un desenlace fatal.

El manejo tradicional de este tipo de embarazo ectópico ha sido la cirugía. Sin embargo, dentro de las opciones terapéuticas se describen el manejo expectante, el tratamiento médico y el quirúrgico (7, 8, 9). Se han reportados casos de manejo expectante en embarazos heterotópicos cornuales, debido a que los pacientes estaban libres de síntomas, estables y ultrasonográficamente se comprobó muerte fetal de la gestación cornual (7). El manejo médico consiste en la aplicación de metotrexato, de preferencia sistémico, vía intramuscular por el peligro que implica la vía local en una región tan vascularizada como la intersticial. La dosis empleada en los distintos estudios es de 50 mg/m² (4, 6, 8). El uso de cloruro de potasio directo en el saco cornual o corazón fetal sólo ha sido reportado en embarazos heterotópicos (7). La embolización de la arteria uterina ha sido publicada como otra forma de manejo médico exitoso en el embarazo intersticial (10, 11). El tratamiento quirúrgico se puede realizar con resección laparoscópica, laparotomía con resección cornual, —que ha sido, clásicamente, el tratamiento de elección—, o incluso realizar una histerectomía, según el daño uterino (12, 13). En el caso presentado se optó por laparotomía y resección cornual dada la condición de urgencia de la paciente.

Finalmente, queremos destacar que la revisión de la literatura no encontró casos reportados, ni relación entre embarazo intersticial y tromboembolismo pulmonar agudo. Creemos que el estado de hipercoagulabilidad que se da en todo embarazo puede explicar la complicación presentada.

CONCLUSIONES

El embarazo cornual a pesar de su rara frecuencia, es una forma de gestación ectópica de difícil diagnóstico y alta mortalidad materna. Principalmente en las etapas iniciales puede ser confundido con una gestación intrauterina, donde la sub unidad β de la hormona coriónica humana (β -hCG) cuantitativa puede ser adecuada a la edad gestacional; incluso con exploración laparoscópica pueden encontrarse resultados falsos negativos (1, 3).

El manejo convencional del embarazo intersticial resulta en resección cornual o histerectomía (13). En ausencia de rotura, el manejo médico es una opción que elimina el riesgo de la cirugía y anestesia; esta modalidad tiene un resultado similar a la cirugía (4, 7). La cirugía radical (resección cornual, histerectomía total abdominal o ambas) limitan la función y la capacidad reproductora futura, por lo tanto, ante el diagnóstico de un embarazo cornual el manejo conservador debiese ser una alternativa, frente a una paciente con deseo de fertilidad y sin signos de compromiso hemodinámico. Actualmente, hay insuficiente evidencia para recomendar una sola modalidad de tratamiento y la decisión debe basarse en la presentación clínica, la experiencia del cirujano, la razón costo/beneficio y la opinión de la paciente.

Con el apoyo de métodos diagnósticos de alta sensibilidad, como la ecotomografía transvaginal y la β -hCG, hoy en día, se diagnostican embarazos ectópicos en etapas más precoces (14), contribuyendo de esta forma a mejorar la morbilidad y mortalidad materna asociada a esta causa (15).

BIBLIOGRAFÍA

1. DeWitt C, Abbott J. Interstitial pregnancy: a potential for misdiagnosis of ectopic pregnancy with emergency department ultrasonography. *Ann Emerg Med* 2002; 40(1): 106-9.
2. Edelman AB, Jensen JT, Lee DM, Nichols MD. Successful medical abortion of a pregnancy within a noncommunicating rudimentary uterine horn. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(3): 886-7.
3. Zarhi J, Campaña C, Brito R, Stuardo P, Schalper J. Manejo laparoscópico conservador de embarazo cornual. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2003; 68(1): 36-41.
4. Jermy K, Thomas J, Doo A, Bourne T. The conservative management of interstitial pregnancy. *BJOG* 2004; (111): 1283-8.
5. Bustos JC, Espinoza R, Fernández C, Fuentes L. Diagnóstico y manejo actual del embarazo ectópico. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 1987; 52(5): 311-7.
6. Sánchez J, Hernández L, Villalobos M, Risco R. Tratamiento conservador del embarazo ectópico intersticial y endometriosis con metotrexato y cloruro de potasio por vía laparoscópica y manejo complementario con narfalina nasal. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex* 2000; 68(1): 35-8.
7. Habana A, Dokras A, Giraldo J, Ervin E. Cornual heterotopic pregnancy: Contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 1246-70.
8. Troncoso JL, Alba F, Fuentes A, Devoto L, Vantman D. Embarazo ectópico: alternativas no quirúrgicas. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 1996; 61(1): 108-15.
9. Bueno F, Sáez J, Ocaranza M, y cols. Tratamiento médico del embarazo ectópico. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2002; 67(3): 173-9.
10. Ophir E, Singer-Jordan M, Oettinger M, Odeh M, Tendler R, Feldman Y. Uterine artery embolization for management of interstitial twin ectopic pregnancy: Case report. *Europ Soc Hum Reprod Embriol* 2004; 19: 1774-7.
11. Deruelle P, Lucot JP, Lions C, Robert Y. Management of interstitial pregnancy using selective uterine artery embolization. *Obstet Gynecol* 2005; 106(5): 1165-7.
12. Katz D, Barret J, Sanfilippo J, Badway D. Combined hysteroscopy and laparoscopy in the treatment of interstitial pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1113-4.
13. Bravo E, Bennett C, Cubillos A. Embarazo cornual. Tratamiento quirúrgico laparoscópico. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2000; 65(4): 290-1.
14. Zarhi J, Castillo J. Embarazo cornual. Diagnóstico precoz y tratamiento. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 1997; 62(6): 448-52.
15. Nahum GG. Rudimentary uterine horn pregnancy. The 20th-century worldwide experience of 588 cases. *J Reprod Med* 2002; 47(2): 151-63.