

Casos Clínicos

EMBARAZO ECTÓPICO MOLAR CORNUAL. CASO CLÍNICO

Clara del Carmen Flores Acosta ¹, Oralia Barboza Quintana ², Oscar Vidal Gutiérrez ¹, Felipe Morales Martínez ¹.

¹ Departamento de Ginecología y Obstetricia, ² Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León, México.

RESUMEN

Antecedentes: La incidencia de embarazo ectópico es 20/1000 embarazos y en la región cornual se presentan en el 2-4%. La mola hidatiforme ocurre en 1/1000 embarazos en EEUU y 1/500 en México. La presentación simultánea es muy rara. Se han descrito solamente 40 casos en la literatura médica, con una incidencia estimada de 0,04% de localización cornual. *Caso clínico:* Primigesta de 30 años, que cursando un embarazo de 8 semanas, acude de urgencia por presentar náuseas y vómitos de 1 día de evolución, con dolor abdominal y sangrado vaginal. Prueba de embarazo positiva. A la exploración física presenta dolor abdominal difuso y signos de irritación peritoneal. El ultrasonido transvaginal mostró imagen ecogénica multiquística intrauterina cercana a la región cornual, por lo que se sospecha embarazo molar. En la laparotomía exploradora se realizó resección cornual y posteriormente dilatación y curetaje de la cavidad uterina. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico. Negativizó β -hGC a las 7 semanas después de la cirugía.

PALABRAS CLAVE: *Embarazo ectópico, embarazo molar, embarazo cornual*

SUMMARY

Background: The incidence of ectopic pregnancy is 20 per 1,000 pregnancies. The cornual ectopic pregnancy is found in 2-4%. Hydatidiform moles occur in 1 per 1000 pregnancies in USA and 1 per 500 in Mexico. Thus, the incidence of the two occurring together is very rare. Only 40 cases have been reported in the medical literature, the incidence estimate is 0.04%. *Clinic case:* We analyzed a 30 year old woman patient case, gravida 1, with 8 weeks' gestation by last menstrual period, came at the Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León, with complaints of nausea and vomiting for 1 day and abdominal pain, and transvaginal bleeding. A qualitative pregnancy test was positive. Physical examination revealed diffuse abdominal tenderness and peritoneal signs. The transvaginal ultrasonography showed a multicystic echogenic mass within the uterus near cornual region consistent with a molar pregnancy. A cornual resection was performed followed by dilation and curettage. Pathologic diagnosis was confirmed. The monitoring of β -hGC titers was negative 7 weeks after surgery.

KEY WORDS: *Ectopic pregnancy, molar pregnancy, corneal pregnancy*

INTRODUCCIÓN

La incidencia de embarazo ectópico se estima en 20 de cada 1000 embarazos. El embarazo ectópico cornual es una entidad rara que se reporta en el 2-4% de todos los embarazos ectópicos, y representa una mortalidad materna de hasta el 2,2% debido a que se puede presentar la ruptura de la zona de implantación en edades gestacionales avanzadas, ocasionando una descompensación hemodinámica severa (1). La mola hidatidiforme ocurre en 1 de cada 1000 embarazos en Estados Unidos y Europa (2); en México se reporta 1 caso de cada 500 embarazos.

La incidencia de que ambos ocurran simultáneamente es muy infrecuente. Se han descrito solamente 40 casos en la literatura médica de embarazos ectópicos molares y solamente 4 de ellos en la región cornual (3). Por lo tanto se estima que el embarazo ectópico molar cornual tendría una incidencia del 0,04% o aproximadamente 1,5 casos en un millón de embarazos (4,5).

El objetivo de esta comunicación es analizar el caso de una paciente con diagnóstico de embarazo ectópico molar cornual y comentar sobre la incidencia, diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico

Paciente de 30 años de edad sin antecedentes de importancia. Menarca a los 12 años, ciclos menstruales regulares, sin método de planificación familiar. Cursa su primer embarazo de 8 semanas de gestación por amenorrea, sin control prenatal. Inicia cuadro de un día de evolución con náusea, vómito de contenido gástrico, acompañado de dolor abdominal tipo cólico en fosa iliaca izquierda incapacitante, sin irradiaciones, y sangrado transvaginal de escasa cantidad. Acude de urgencia al Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", donde a la exploración física se encuentra hemodinámicamente estable, con signos de irritación peritoneal, peristalsis disminuida. A la especuloscopia se observa huellas de sangrado, cérvix posterior de superficie lisa, sin sangrado activo, fondo de saco posterior abombado, al tacto bimanual se palpa anexo derecho normal y en anexo izquierdo se palpa masa dolorosa de aproximadamente 4 x 4 cm. Se solicita ultrasonido transvaginal que reporta útero vacío, masa ecogénica multiquística sugerente de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) hacia región cornual izquierda. La determinación de β -hGC es de 60.860 mUI/ml. Se decide realizar

laparotomía exploradora por diagnóstico de embarazo ectópico a descartar ETG. Se observa útero de 8x4x4 cm con tumoración de 3x3 cm a nivel de cuerno izquierdo, por lo que se realiza resección tumoral en cuña de cuerno uterino izquierdo, posteriormente se realiza dilatación y curetaje de cavidad uterina. (Figuras 1 y 2). La determinación de β -hGC posterior a la cirugía es de 21.604 mUI/ml.



Figura 1. Resección tumoral en cuña de cuerno uterino izquierdo.



Figura 2. Cuerno uterino en el extremo superior derecho cubierto por serosa despolida.

El informe de anatomía patológica fue mola hidatidiforme completa del cuerno uterino, en la muestra del curetaje reportó endometrio secretor, sin vellosidades coriales o presencia de trofoblasto (Figuras 3, 4, 5). La paciente continuó en seguimiento con determinaciones semanales de β -hGC que negativizó a las 6 semanas, continuando con anticonceptivos orales y seguimiento con determinaciones seriadas de β -hGC.

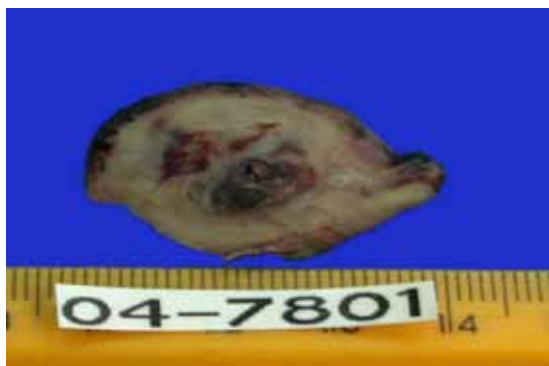


Figura 3. Superficie de corte con tejido friable y violáceo al centro.

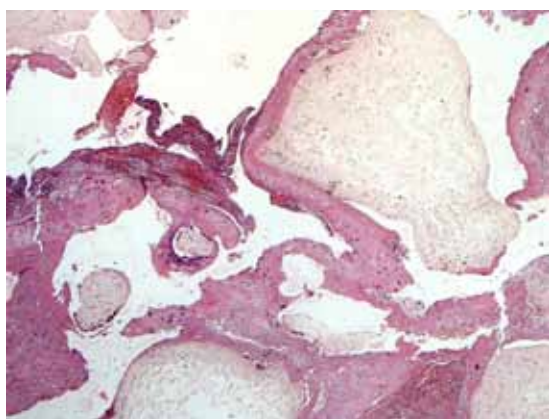


Figura 4. HYE. 5x. Marcada dilatación de las vellosidades, con importante edema del estroma (lado superior-derecho).

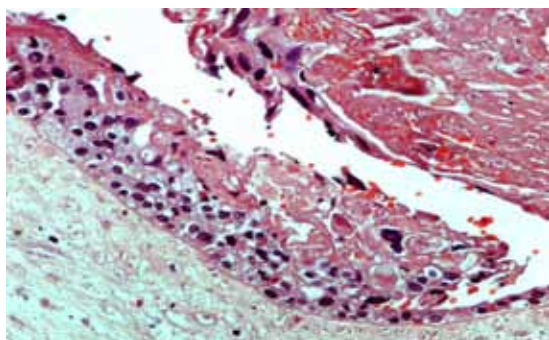


Figura 5. HYE. 10x. Proliferación hiperplásica del trofoblasto en arreglo circunferencial al azar.

DISCUSIÓN

El presente caso es de gran importancia ya que el embarazo ectópico molar cornual es una entidad rara y de difícil diagnóstico, lo cual implica un reto tanto para el médico ginecólogo como para el patólogo.

La mola hidatidiforme surge de una fertilización anormal. Puede ser de dos tipos: completa y parcial. La mola completa se reconoce histológicamente por la presencia de proliferación trofoblástica, degeneración hidrópica y no se identifica tejido embrionario. En el 90% de las molas completas está presente un cariotipo 46XX ocasionado por la fertilización de un huevo vacío por un espermatozoide haploide, el cual duplica su información genética. En raras ocasiones el huevo vacío puede ser fertilizado por dos espermatozoides. En contraste con la mola parcial la cual surge de fertilización dispérmica, de un óvulo haploide, originando un cariotipo triploide, se identifica feto o tejido embrionario.

El embarazo molar es una gestación anormal caracterizada por la presencia de cambios hidrópicos que afectan las vellosidades placentarias, así como hiperplasia trofoblástica. Es importante distinguir entre cambios hidrópicos no molares y los ocasionados por el embarazo molar, entre los criterios diagnósticos de cambios hidrópicos no molares destaca la licuefacción y edema del estroma vellosos, o la ausencia de vascularización en las vellosidades o proliferación trofoblástica.

La ocurrencia simultánea de embarazo ectópico y gestación molar es rara. El primero en reportar una mola tubaria fue Otto en 1871. Cerca de 40 casos han sido reportados en la literatura médica de embarazos ectópicos molares y solamente 4 de ellos en la región cornual (4,5). Por lo tanto se estima que el embarazo ectópico molar cornual tenga una incidencia del 0,04% o aproximadamente 1,5 casos en un millón de embarazos (6,7).

En cuanto al tratamiento recomendado para el embarazo ectópico molar cornual se ha reportado la resección cornual, como la realizada en nuestro caso, o salpingotomía en caso de presentarse en la región ampular, y posteriormente se recomienda la dilatación y curetaje, para confirmación diagnóstica (8,9,10).

Algunos autores recomiendan la administración de quimioterapia como manejo complementario, en caso que las determinaciones de β -hGC presenten elevación o meseta, por sospechar la presencia de enfermedad molar persistente, mola invasora o coriocarcinoma (11).

CONCLUSIÓN

El embarazo ectópico molar cornual es una entidad rara. Se puede tratar con resección cornual o salpingotomía en caso de presentarse en la región ampular, mas dilatación y curetaje, para confirmación diagnóstica. Generalmente tiene un pronóstico favorable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chauhan S, Diamond MP, Johns DA. A case of molar ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2004;81:1140-1.
2. Bonfante Ramírez E, Bolaños Ancona R, Juárez García L, Pereira LS, Quesnel García-Benitez C. Cornual pregnancy. *Ginecol Obstet Mex* 1998;66:81-3.
3. Newcomer JR. Ampullary tubal hydatidiform mole treated with linear salpingotomy. *J Reprod Med* 1998;43:913-5.
4. Venturini PL, Gorlero F, Ferraiolo A, Valenzano M. Gestational choriocarcinoma arising in a cornual pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;96:116-8.
5. Feltmate CM, Batorfi J, Fulop V, Goldstein DP, Doszpod J, Berkowitz RS. Human chorionic gonadotropin follow-up in patients with molar pregnancy: a time for reevaluation. *Obstet Gynecol* 2003;101:732-6.
6. Rees HC, Paradinas FJ. The diagnosis of hydatidiform mole in early tubal ectopic pregnancy. *Histopathology* 2001;39:320-1.
7. Zite NB, Lipscomb GH, Merrill K. Molar cornual ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002;99:891-2.
8. Bhatia K, Bentick B. Intramural molar pregnancy: a case report. *J Reprod Med* 2004;49:689-92.
9. Depypere HT, Dhont M, Verschraegen-Spae MR, Coppens M. Tubal hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol* 1993 ;169:209-10.
10. Gillespie AM, Lidbury EA, Tidy JA, Hancock BW. The clinical presentation, treatment, and outcome of patients diagnosed with possible ectopic molar gestation. *Int J Gynecol Cancer* 2004;14:366-9.
11. Smith RP. Tubal hydatidiform mole. *IMJ Ill Med J* 1980;158:173-5.