



ISSN: 1697-090X

Letters to the Editor / Cartas al Editor

Inicio Home

Indice del
volumen Volume
indexComité Editorial
Editorial BoardComité Científico
Scientific
CommitteeNormas para los
autores
Instruction to
AuthorsDerechos de autor
Copyright

Contacto/Contact:



EMBARAZO ECTÓPICO INTERSTICIAL

Oscar Bernárdez Hernández MD, Caridad Irene Amador De Varona MD,
Miguel Rodríguez Martínez MD, Sigfrido Valdés Dacal MD

Hospital Docente Ana Betancourt De Mora,
Camagüey. Cuba

bhoscar@finlay.cmw.sld.cu

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2013;3:63-66.

Sr. Editor:

El embarazo ectópico es la implantación de un óvulo fecundado en cualquier sitio que no sea la región superior de la cavidad uterina, incluyendo los implantes cervicales, intersticiales o cornuales, angulares, serosos, ováricos y abdominales, así como aquellos que están en un asta rudimentaria de un útero anómalo¹⁻³. Esta patología se considera una gestorragia, pues el sangramiento que ocurre es consecuencia de un trastorno o afección, propio de la gestación, pudiendo amenazar la vida de la mujer embarazada y del concepto, constituyendo una de las tres principales causas de muerte materna en el mundo⁴⁻⁶. El embarazo ectópico intersticial o cornual es una forma rara de presentación del embarazo extrauterino, fué descrito inicialmente por Kelly en 1898. La ruptura uterina se presenta en el 20% de los casos y sucede alrededor de la semana 12 de gestación⁷⁻⁹.

Se presentó una paciente femenina de 42 años, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial crónica y fibroma uterino con dos embarazos, sin partos y un aborto espontáneo. Acudió al servicio de Urgencias de Gineco-Obstetricia del Hospital Materno Provincial Ana Betancourt De Mora de la provincia de Camagüey el día 9 de marzo del 2014 con síndrome abdominal doloroso. El cuadro comenzó con dolor tipo intermitente localizado en hipogastrio, irradiado a genitales, acompañado de sintomatología vagal y refiriendo haber tenido de dos a tres desmayos en su casa.

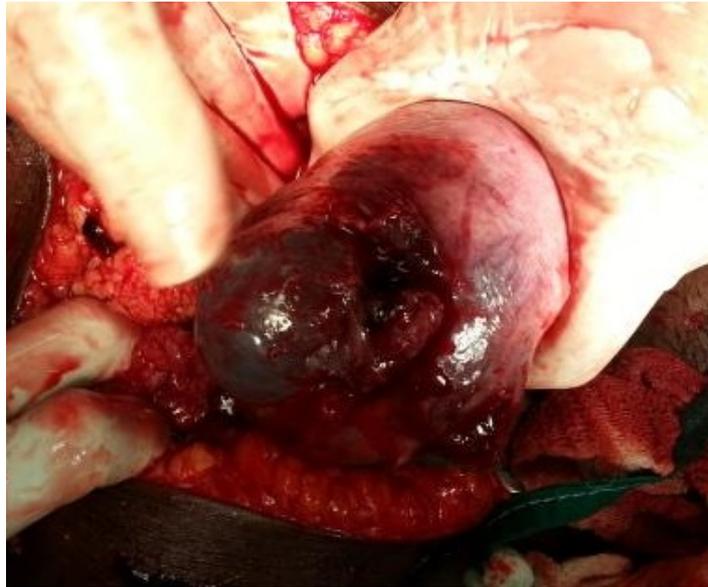
Se constató palidez cutáneo mucosa, cifras de tensión arterial de 90/50 mmHg en el brazo derecho y de 100/60 mmHg en el brazo izquierdo, frecuencia cardiaca de 100 latidos por minutos. Los exámenes complementarios mostraron anemia de 7,3 g/dL, hematocrito correspondiente a 0,26 coagulograma normal, se realizó culdosentesis extrayendo 20 ml de sangre roja que no coaguló.

Al tacto vaginal el útero estaba aumentado de tamaño indicando gravidez de alrededor de 16 semanas, con consistencia fibromatosa, lateralizado a la derecha. Se estableció el diagnóstico de abdomen agudo secundario a embarazo ectópico accidentado por el cuadro clínico y el examen ultrasonográfico que reportó un embarazo intrauterino cercano al cuerno de 14 semanas según el índice cráneo rabadilla y la longitud del fémur. Se visualizó una zona de baja ecogenicidad en el miometrio relacionada con un mioma uterino, además de un tumor anexial de 34 x 44 mm, ecolúcido y se constató líquido libre en el fondo de saco posterior y en la cavidad abdominal.

Se practicó laparotomía y se encontró ruptura uterina a nivel de la zona del cuerno izquierdo, con el feto saliendo a través de la ruptura cornual. Se evacuaron 2.000 ml de sangre libre de la cavidad abdominal. Se realizó histerectomía obstétrica total con la reposición de las pérdidas correspondientes.

A los 5 días del post operatorio la paciente presentó una trombosis venosa profunda en la pierna izquierda como complicación post quirúrgica. Esta condición fué tratada con heparina sódica a razón de 18 mg por kilogramo de peso por hora, lo que correspondió a un total de un bulbo cada ocho horas diluido en 200 ml de solución salina fisiológica a durar ocho horas durante 72 horas unido a warfarina; 5 tabletas a las 9 pm durante 72 horas y luego mantenimiento de 5 meses a razón de una tableta diaria a las nueve de la noche con vigilancia mediante coagulograma. La paciente fue dada de alta médica con evolución satisfactoria.

En el análisis anatomopatológico Se constataron signos de fibromatosis uterina. A nivel del cuerno izquierdo presentaba una ruptura con protrusión de material ovular (figura 1).



El embrión midió 13 cm, correspondiendo a un embarazo de aproximadamente 14 semanas y aparecía colgando del cordón umbilical (figura 2). El útero presentó varios miomas pequeños y uno en la cara posterior, el resto de las estructuras fueron normales.



Microscópicamente en los cortes del cuerno izquierdo se identificó tejido muscular liso en el que había zonas extensas de hemorragia, además de abundante infiltrado leucocitario. También había vellosidades coriales de diversas formas, así como tejido endometrial con reacción decidual.

El embarazo cornual o intersticial es una entidad rara, ocurre ocasionalmente en 2 a 4% de los embarazos extrauterinos, Presenta una tasa de mortalidad de 2% a 2,5% y no se relaciona como ocurre en las localizaciones tubaricas con los procedimientos de reproducción asistida constituye además una de las principales causas de muerte materna en el primer trimestre situación que se incrementa cuando este llega al segundo trimestre¹¹⁻¹². La ruptura se presenta alrededor de la semana 12 a 16 en el sitio anatómico de la unión de los vasos uterinos y ováricos condicionando una descompensación hemodinámica importante que compromete la vida de la madre y la supervivencia del feto¹³.

El tratamiento tradicional consiste en resección cornual o histerectomía obstétrica según la fertilidad de la paciente o las condiciones del daño ocasionado en el sitio de implantación anómala¹⁴. Existe una estrecha relación entre el diagnóstico precoz del embarazo ectópico y la forma clínica no complicada, lo que permite una evolución favorable tanto a corto como a largo plazo para evitar muertes y mantener la fertilidad que es uno de los atributos fundamentales de la mujer.¹² La importancia de diagnosticar precozmente el embarazo ectópico intersticial o cornual, es principalmente debido a que es la única manera de evitar la más temida de las complicaciones, como es la hemorragia masiva debido a la ruptura uterina, que puede resultar en muerte materna, que se registra entre el 2 a 5% de los casos. Lo que resulta de 2 a 3 veces más frecuente que en el embarazo tubario.

Para este diagnóstico, es indispensable la ecografía precoz, que debemos realizar en todos los embarazos, invariablemente, para detectar ubicaciones ectópicas como en este caso, registrar vitalidad embrionaria y hacer cálculos de edad gestacional. Las rupturas uterinas como complicación del embarazo cornual ocurren preferentemente en el segundo trimestre. Por esta razón es tan importante un diagnóstico precoz¹³⁻¹⁴.

La porción del cuerno uterino o intersticial de la trompa de Falopio, es la parte de esta última que se encuentra dentro de la pared muscular del útero. Es de 0,7 mm de ancho y de 1 a 2 cm de largo. Característicamente el embarazo ubicado en esta zona, se registra en la ecografía como un saco gestacional que interrumpe la llamada "línea intersticial" que corresponde a la unión del endometrio decidualizado con la mucosa tubárica. A esto se le ha llamado "signo de la línea intersticial". Además, se ve un saco gestacional rodeado de miometrio delgado¹⁵.

El crecimiento de un saco gestacional en esta zona delgada y la penetración del tejido trofoblástico, provocará la ruptura del tejido miometrial, que en este territorio es abundantemente irrigado por la rama ascendente de la arteria uterina. Por esta razón, es altamente probable que la complicación de un embarazo en esta zona, con una ruptura uterina, provoque una hemorragia masiva. Una vez realizado el diagnóstico es poco aconsejable una actitud expectante o pasiva. De esta forma lo aconsejable es un tratamiento precoz y no uno de emergencia, cuando la paciente está sangrando, con inestabilidad hemodinámica secundaria y con alto riesgo vital.

En la actualidad no existe consenso en cuanto a cuál es el tratamiento más aconsejable. Podemos dividirlos en quirúrgicos, no quirúrgicos y la combinación de ellos. Entre los primeros se han descrito desde la resección del cuerno por laparotomía o laparoscopia (electrocoagulación, cuernostomía con legrado cornual, incisión miometrial con aspiración del trofoblasto y la evacuación guiada por histeroscopia. Entre los tratamientos combinados, está la inyección intravascular de metotrexato o de cloruro de sodio, guiado por histeroscopia y/o ultrasonido^{13,16}.

Concluimos que es raro y poco frecuente encontrar que el embarazo ectópico llegue a las 14 semanas además no es frecuente en pacientes operadas de un embarazo ectópico la aparición de complicaciones como la trombosis venosa profunda.

REFERENCIAS

1. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2011 mar;37(1):84-99.
2. Altunaga Palacio M, Rodríguez Morales Y, Lugones Botell M. Manejo del embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2011 dic;37(4):513-23.
3. Álvarez Zapata D, Minaberriet Conceiro E, Puertas Álvarez D, Govín Puerto O. Caracterización de las pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Materno 10 de Octubre. Año 2011. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud [Internet]*. 2013 ene [citado 10 abr 2013];4(1). [aprox. 5 p]. Disponible en:
4. Hernández Nuñez J, Valdez Yong M, Torres Chávez AO. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. *MediSur [Internet]*. 2013 dic [citado 10 abr 2013];11(6). Disponible en:
5. López Vela SM, Pila Díaz R, Páez Jomarrón H, Pérez Expósito I. Embarazo ectópico, su comportamiento en los años 2000-2010. *Mediciego [Internet]*. 2012 abr [citado 10 abr 2013];18(2). Disponible en:
6. Rivas Llamas R, López López E, Gastélum Parra C. Hemorragia en obstetricia. *Rev Mex Med Tran*. 2010 ago. 3(1);14-20.
7. Cunningham GF, Gant NT, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Embarazo Ectópico. En: *Williams Obstetricia*. 21ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2005. p. 757-6.
8. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO. Risk factors in ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005 feb;84(2):184-8.
9. Marrero Rodríguez EA, Kinde Pickasaca T, Peraza Méndez C. Embarazo ectópico intersticial. A propósito de un caso. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]*. 2007 sept [citado 10 abr 2013];33(3)
10. Shaw JL, Dey SK, Critchley HO, Horne AW. Current knowledge of the aetiology of human tubal ectopic pregnancy. *Hum Reprod Update*. 2010 Jul-Aug; 16(4):432-44.
11. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, Jamieson DJ, Reynolds MA, Wright VC. Ectopic pregnancy risk with assisted reproductive technology procedures. *Obstet Gynecol*. 2006 Mar; 107(3):595-604.
12. Habana A, Dokras A, Giraldo J, Jones E. Cornual heterotopic pregnancy: Contemporary management options. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2000 may. 182(5):1264-1270.
13. Hoover KW. MD, Guoyu T, Charlotte K. Trends in the Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy in the United States. *Obstetrics & Gynecology*. 2010 mar. 115(3):495-502.

14. Luengo-Tabernero A, Zornoza-García V, Luengo-Harto S, Lajas-Susaño JA. Embarazo ectópico cornual. Tratamiento eficaz con dosis única de metotrexato. Clin Invest Gin Obst 2009; feb, 36:190-2.

15. Carazo Hernández B, Pérez-Ezquerria BR, Sanz López A, Garcés Valenzuela M. Uterine rupture of a cornual pregnancy: an obstetric emergency. Ginecol Obstet. 2012; ene; 80:491-4.

16. Du Bois D, Du Bois EF. A formula to estimate the approximate surface area if height and weight be known. 1916. Nutrition. 1989; sep-oct; 5(5):303-11.

CORRESPONDENCIA:

**Dr. Oscar Bernárdez Hernández. Instructor.
Hospital Docente Ginecobstetrico Ana Betancourt De Mora
Camagüey.
Cuba
Mail: [bhoscar @ finlay.cmw.sld.cu](mailto:bhoscar@finlay.cmw.sld.cu)**
