

Embarazo ectópico cornual en el tercer trimestre

Cornual ectopic pregnancy in the third quarter

MsC. Serge Ricardo Velázquez Arjona,¹ MsC. Manuel Corrales Campo,² MsC. Meidys María Macías Navarro³

¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster Atención Integral a la Mujer. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de II Grado en Bioestadística. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Auxiliar. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una paciente de 34 años de edad, procedencia rural y nivel escolar bajo, con antecedentes de buena salud y trastornos menstruales por defecto, que acudió al Cuerpo de Guardia del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, por presentar dolor abdominal intenso en epigastrio que se extendía hasta la espalda y se intensificaba con los movimientos fetales. Se realizaron exámenes complementarios, específicamente la ecografía, que mostraron la presencia de un embarazo ectópico cornual en el tercer trimestre, por lo cual se decidió efectuar laparotomía exploradora, extraer al producto de la concepción y practicar histerectomía subtotal, luego de lo cual, la paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos de la institución.

Palabras clave: embarazada, embarazo ectópico cornual, dolor abdominal intenso, histerectomía subtotal, ecografía, atención secundaria de salud

ABSTRACT

The case report of a 34-year-old patient from a rural area with low educational status and history of good health and menstrual disorders by default was described, who went to the Emergency Room at "Dr. Juan Bruno Zayas" General Teaching Hospital of Santiago de Cuba, due to severe abdominal pain in epigastrium, which was extended to the back and intensified by fetal movement. Complementary tests, specifically ultrasound, were performed and showed the presence of a cornual ectopic pregnancy in the third quarter, reason why it is decided to make a laparotomy, remove the product of conception and perform subtotal hysterectomy, after that the patient was transferred to the Intensive Care Unit of the institution.

Key words: pregnant woman, cornual ectopic pregnancy, severe abdominal pain, subtotal hysterectomy, ultrasound, secondary health care

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se define como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial, cuya causa principal es una lesión en la luz del oviducto debido a la destrucción del epitelio y la formación de microadherencias. También, puede ser causado por la endosalpingitis, la enfermedad pélvica inflamatoria, un embarazo ectópico previo, la alteración de la movilidad tubaria por uso de estrógenos y progesterona, el tabaquismo y el uso de algún dispositivo intrauterino.^{1, 2}

La incidencia de embarazo ectópico es de 20 por cada 1 000 embarazos, aunque existe un aumento importante debido, sobre todo, al inicio de la vida sexual activa en edades tempranas y su relación con la enfermedad pélvica inflamatoria. Su localización más frecuente se da en el conducto tubárico, con 96-99 % de los casos, seguida de los que se ubican en la ampolla (más de 60 %) y la zona ístmica (25 %). Los que se encuentran en la zona intersticial o cornual (solo en 2-4 %) son menos usuales.³⁻⁵

Dicho embarazo intersticial, también llamado cornual, es un padecimiento obstétrico raro, con disposición peligrosa. El blastocisto se implanta dentro del segmento de la trompa que penetra en la pared de útero o entre el ostium tubario y la porción proximal del segmento ístmico. La porción intersticial de la trompa uterina mide casi un centímetro de longitud y la estructura de esta región permite alojar adecuadamente al embarazo, lo que ocasiona asimetría variable debido a una mayor distensibilidad del miometrio que recubre esta área. La rotura puede ser más tardía, entre la octava y décima semanas, pero la hemorragia puede ser mortal por la cercanía de las arterias uterinas en su rama ascendente.⁴⁻⁶

Al respecto, el tratamiento tradicional del embarazo ectópico cornual es la salpingectomía, con resección cornual o sin esta, y la histerectomía, en algunos casos, según la extensión de la lesión en la pared uterina. La terapia laparoscópica es discutible, pues aunque es menos invasora, puede causar inestabilidad hemodinámica.^{7,8}

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una paciente de 34 años de edad, procedencia rural y nivel escolar bajo, con antecedentes de aparente buena salud e historia de trastornos menstruales por defecto, no bien precisados, lo cual imposibilitó determinar la fecha de la última menstruación, que acudió al Cuerpo de Guardia del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba por presentar dolor abdominal intenso que se originaba en el epigastrio, se extendía hacia la espalda e intensifica con los movimientos fetales.

La gestante refirió que no tenía otros síntomas y en su historia obstétrica se detallaban 3 embarazos (un parto, un aborto provocado y la gravidez que dio lugar a la descripción de este caso clínico).

Examen físico

- Abdomen aumentado de volumen por útero grávido, doloroso a la palpación, con cierta defensa abdominal hacia el flanco izquierdo
- Altura uterina de 29 cm
- Presentación pelviana
- Situación longitudinal
- Presencia de movimientos fetales
- Frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por minutos
- Dinámica uterina 0/10 minutos
- Tono uterino normal

Examen físico con espéculo

Se observó un cuello posterior, de múltipara, con 1,5 cm de longitud y orificio cervical entreabierto; además, leucorrea blanca, grumosa y adherente, que dejó una superficie sanguinolenta al ser removida.

Ecografía obstétrica y abdominal

- Vesícula biliar con litiasis única de aproximadamente 1 cm de diámetro
- Pared abdominal de 2 mm de grosor
- Sin signos de complicación
- Feto único en presentación pelviana y con latidos cardíacos
- Placenta de inserción baja, aparentemente oclusiva total
- Orificio cervical interno cerrado

La paciente fue ingresada en la sala de cuidados perinatales con embarazo de 29 semanas, diagnosticado precozmente por ecografía, que presentaba placenta previa oclusiva total. Asimismo, se describió litiasis vesicular no complicada, colpitis por monilias y dolor abdominal, cuya causa debía ser determinada mediante otros exámenes.

Transcurrido un día, la gestante refirió aumento de la intensidad del dolor en el epigastrio, con extensión hacia la región lumbar y la espalda, que se incrementaba durante los movimientos fetales. Tuvo otros síntomas como náuseas, vómitos (3 en total), sudoración copiosa y malestar general. Por otra parte, los parámetros vitales eran normales, presentaba abdomen depresible con defensa abdominal y no mostraba dinámica uterina y sangrado vaginal.

Se sospechó la posibilidad de una complicación obstétrica, por lo cual se decidió reevaluar con la comisión para el análisis de casos graves y repetir la ecografía en presencia de expertos. Esta última mostró un útero aumentado de tamaño, según el tiempo de embarazo descrito, y con la cavidad vacía. Hacia el cuerno izquierdo del útero, se observó una imagen ecogénica extensa de aproximadamente 10 cm de longitud y contornos irregulares, que parecía corresponder con la solución de continuidad, así como placenta fúndica y posterior (**figura 1**). Pudo distinguirse un embrión en posición ectópica, de localización abdominal, ubicado hacia epigastrio, transversal, con latidos cardíacos, diámetro biparietal de 76 mm, circunferencia del abdomen de 277 mm, longitud del fémur de 54 mm, para un peso estimado de 1 465 gramos.

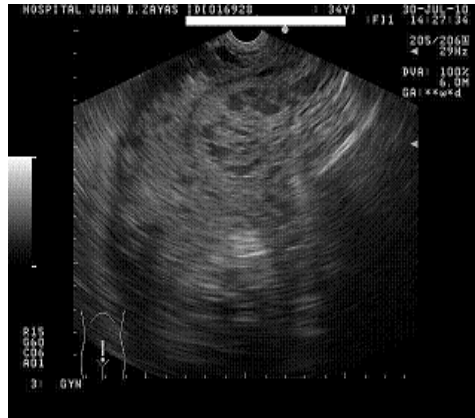


Figura 1. *Repetición de la ecografía*

Con el diagnóstico de embarazo ectópico abdominal, le fue realizada laparotomía de urgencia a la gestante y se constató un embarazo ectópico cornual secundariamente abdominal. Se observó, además, solución de continuidad en el cuerno izquierdo y la cara posterior del útero de aproximadamente 12 cm, por donde se produjo la salida del feto a cavidad abdominal, y placenta que invadía el músculo uterino hasta la membrana serosa de este.

Mediante una histerectomía subtotal se extrajo al recién nacido, que venía acompañado de un seudোসaco amniótico y pH del cordón umbilical de 7,08 (**figura 2**). Se repusieron las pérdidas hemáticas de la paciente y fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos.

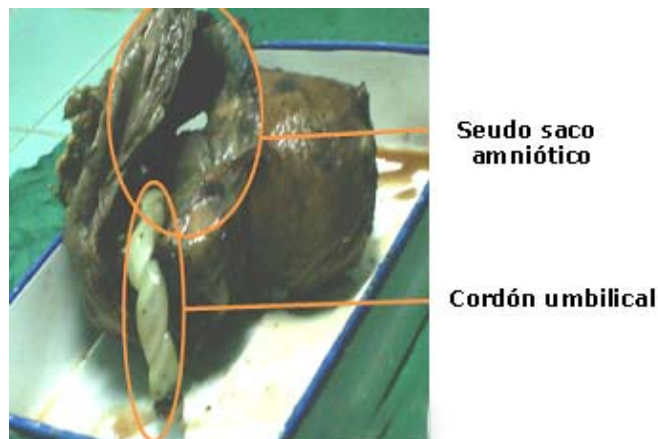


Figura 2. *Saco amniótico incompleto*

Al recién nacido se le realizaron maniobras de reanimación y fue posteriormente remitido a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por presentar muy bajo peso al nacer (1 362 g), acorde con la edad gestacional (**figura 3**), así como grave depresión neonatal, con un índice de Apgar de 2/4, síndrome de dificultad respiratoria

debido a enfermedad grave de la membrana hialina y malformación congénita esquelética (asimetría facial y pie equino varo).



Figura 3. *Recién nacido acorde con la edad gestacional (pluripatológico)*

Falleció a las 26 horas de nacido y se concluyó: recién nacido pretérmino de muy bajo peso (adecuado para la edad gestacional), enfermedad de la membrana hialina de grado IV, hipoxemia grave y multimalformación congénita esquelética. El informe de anatomía patológica contempló:

- Causa básica de muerte: recién nacido pretérmino de bajo peso
- Causa directa de muerte: enfermedad de la membrana hialina
- Causa causal: hemorragia subaracnoidea
- Otros: pie varo-equino y congestión visceral generalizada

COMENTARIOS

El embarazo ectópico cornual es una de las localizaciones más raras del embarazo tubárico y constituye un gran peligro por la cercanía con los vasos uterinos en su trayecto ascendente. Su tratamiento supone mayor riesgo de histerectomía y elevado índice de complicaciones hemorrágicas.¹

De hecho, el sistema de salud cubano garantiza la atención a la mujer desde el período preconcepcional hasta el parto; pero esta paciente no se benefició de tales ventajas, puesto que le fue diagnosticado tardíamente el embarazo ectópico, lo cual aumentó los riesgos de morbilidad y mortalidad maternoperinatal.

Por otro lado, pudo apreciarse que este diagnóstico continúa siendo el mayor "impostor" de las entidades médicas, pues su cuadro clínico puede "simular" otras enfermedades. Aunque la posibilidad de errar en este pronóstico es alta (50-90 %), el hecho de que se efectúe correctamente depende de la destreza del médico ultrasonidista y un elevado grado de sospecha clínica.²

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iglesias BJL, Sordia HLH, Rosales TE, Salazar MAC. Embarazo ectópico. Experiencia de cinco años en el Hospital Universitario Dr. José E. González de la UANL. Med Univer 2003; 5(20):144-8.

2. Enríquez DB, Fuentes GL, Gutiérrez GN, León BM. Clínicas y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2003; 29(3).
3. Flores CA, Barboza O. Manejo laparoscópico conservador del embarazo ectópico cornual. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010; 75(2):133-36.
4. Ceniceros FLG, Rojas PG, Molina VP, Aldaco SF. Estudio retrospectivo del embarazo tubario ectópico en el Centro Médico ABC. Experiencia de cinco años. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2003; 48(2):102-6.
5. Vorhies RW, Waswick WA, Delmore JE, Dort JM. Blunt abdominal trauma with ruptured 16-week cornual ectopic pregnancy. *Am Surg* 2004; 70(6):559-60.
6. Cortés AA, García LE, Audifred SJ, González RPA. Embarazo cornual. Manejo laparoscópico y presentación de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 1999; 67(7):300-1.
7. Inovay J, Marton T, Urbancsek J, Kadar Z. Spontaneous bilateral cornual uterine dehiscence early in the second trimester after bilateral laparoscopic salpingectomy and in vitro fertilization: case report. *Hum Reprod* 1999; 14(10):2471-3.
8. Zarhi TJ, Campaña EC, Brito MR, Stuardo AP. Manejo laparoscópico conservador de embarazo cornual. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003; 68(1):36-41.

Recibido: 16 de marzo de 2011

Aprobado: 26 de marzo de 2011

MSc. Serge Ricardo Velázquez Arjona. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba.
Dirección electrónica: sergerva@hospclin.scu.sld.cu