

CASO CLÍNICO

CASE REPORT

1. Médico Gineco-obstetra, Clínica Santa Isabel, Lima, Perú
2. Médico Gineco-obstetra, EsSalud, Lima, Perú
3. Médico Gineco-obstetra, Ministerio de Salud, Lima, Perú

Fuente de financiamiento: Recursos propios

Conflicto de intereses: Ninguno

Recibido: 10 octubre 2016

Evaluated: 1 diciembre 2016

Aceptado: 11 diciembre 2016

Correspondencia:

Dr. Luis E. Tang Ploog

📍 Clínica Santa Isabel - Av. Guardia Civil
135 San Borja

☎ 4174100 (504)

✉ ltang@clnicasantaisabel.com

Citar como: Tang Ploog LE, Bonilla Vargas S, Kong Wong VP. Embarazo ectópico sobre serosa uterina, ¿abdominal primario? Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(1):93-96.

Embarazo ectópico sobre serosa uterina, ¿abdominal primario?

Ectopic uterine serosal pregnancy, primary abdominal?

Luis Eduardo Tang Ploog¹, Saul Bonilla Vargas^{1,2}, Veronika Paola Kong Wong^{1,3}

RESUMEN

Se describe el caso de un embarazo ectópico de localización inusual sobre la serosa uterina, en una paciente con resección cornual previa por dos ectópicos consecutivos en dicha zona. De probable implantación abdominal primaria y sin evidencia de comunicación endometrial, fue resuelto con resección del tejido trofoblástico por vía laparoscópica.

Palabras clave. Embarazo Ectópico; Cicatriz Uterina Previa; Trofoblasto.

ABSTRACT

The case of an ectopic pregnancy with unusual location on the uterine serosa in a patient with cornual resection after two consecutive ectopic pregnancies in that area is reported. It probably had a primary abdominal implantation without endometrial communication, and was treated with trophoblastic resection by laparoscopy.

Keywords: Ectopic Pregnancy; Previous Uterine Scar; Trophoblast.



INTRODUCCIÓN

En condiciones normales, el embrión es concebido en la trompa y migra al útero. Un pequeño porcentaje de embriones no llega a completar esta migración, convirtiéndose en un embarazo ectópico, del griego *ektopos* (fuera de lugar), que se refiere a la implantación del huevo fertilizado en cualquier otro tejido fuera de la cavidad endometrial. Corresponde de 1 a 3% de las gestaciones⁽¹⁻⁴⁾. Los embarazos ectópicos suelen ser mayormente tubáricos, a veces cornuales, intersticiales, ováricos, peritoneales y en cérvix^(1,2,4,5), pero pueden sorprender por implantarse incluso fuera de los órganos reproductivos femeninos^(3,6), en aproximadamente 1 de cada 10 000 gestaciones, lo cual hace a veces difícil el diagnóstico por no ser sospechado.

Se define como embarazo abdominal primario cuando se implanta directamente sobre la superficie peritoneal, y es secundario por implantación abdominal luego de la rotura de un embarazo tubárico. Studerford (1942) estableció los tres criterios sobre embarazo ectópico abdominal: trompas y ovarios normales, no evidencia de fístulas uteroplacentarias y embarazo exclusivamente sobre la superficie peritoneal, incluidos sobre cicatrices uterinas previas⁽³⁾.

COMUNICACIÓN DEL CASO

Una paciente de 29 años llegó a emergencia con un cuadro de dolor abdominal y sangrado, y prueba de embarazo en orina positiva. Tenía antecedente de dos abortos espontáneos, uno hacía 4 años y otro 3 años, y una cesárea a las 40 semanas de gestación por dilatación estacionaria dos años atrás.

Refería adicionalmente que 5 meses antes había sido sometida a una salpinguectomía laparoscópica en otra institución por embarazo ectópico derecho, corroborado con estudio histológico. Dos meses después de esta intervención, fue hospitalizada en otro establecimiento de salud con un cuadro de hemoperitoneo de origen ginecológico y sometida a laparotomía de emergencia, con el diagnóstico de embarazo ectópico cornual derecho (recurrente), por lo cual se realizó una resección en cuña del cuerno afectado. La patología describe vellosidades coriales que infiltran parte del endometrio, catalogado como un embarazo intersticial. Se realizó control

postoperatorio con beta hCG, la cual fue negativa a los 7 y 30 días. Esta operación ocurrió tres meses antes del ingreso actual.

La paciente fue admitida por emergencia, donde se realizó una ecografía transvaginal que mostró una imagen cornual parauterina derecha con saco gestacional de 10 mm de diámetro mayor y vesícula vitelina de 4 mm de diámetro (figura 1). La hCG beta resultó 6 850 mUI/mL. Con el diagnóstico de un embarazo ectópico cornual recurrente se preparó a la paciente para laparoscopia.

En el acto operatorio se encontró una tumoración violácea redondeada de aproximadamente 4 centímetros de diámetro mayor, localizada en el cuerno derecho (ausente por cirugía previa).

Se inició la resección con electrocauterio bipolar e hidrodissección para encontrar el plano de la tumoración (figura 2). El tejido en mención era friable pero de fácil desprendimiento, logrando encontrar el plano correspondiente a la zona cicatricial cornual del útero (figura 3), respetando el plano, es decir, sin comunicación con el miometrio (figura 4). Se procedió a realizar una prueba de cromotubación, sin encontrar pasaje de la substancia, con lo cual se presumió que la forma de implantación fuera peritoneal (abdominal) y no desde la vía intrauterina.

El estudio patológico mostró “vellosidades coriales del primer trimestre con decidua necrótica y hemorrágica”. Se realizó finalmente un control de hCG a la semana, el cual fue negativo.

FIGURA 1. ECOGRAFÍA DEL EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL DERECHO.

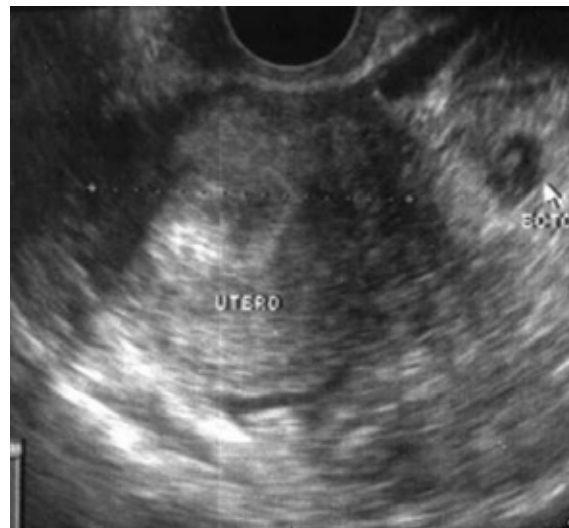




FIGURA 2. TUMORACIÓN CORNUAL DERECHA (ECTÓPICO).



FIGURA 3. IDENTIFICACIÓN DEL ECTÓPICO EN LA ZONA CORNUAL.



FIGURA 4. ZONA OPERATORIA LUEGO DE LA RESECCIÓN DEL TROFOBLASTO.



DISCUSIÓN

Se presenta un caso de embarazo ectópico de localización atípica, en una zona en la que se había extirpado previamente la trompa y realizado en segunda instancia una resección cornual por un nuevo embarazo ectópico intersticial/cornual del mismo lado. Aún cuando no es muy

clara la vía o forma de implantación del mismo, consideramos que puede tratarse de un embarazo ectópico abdominal primario sobre cicatriz uterina, sin aparente migración desde la cavidad endometrial.

El embarazo ectópico sigue siendo una situación clínica de alta morbimortalidad, lo que nos obliga a pensar siempre en su existencia. En algunos casos, el diagnóstico requiere cierta pericia, sobre todo cuando la localización es atípica.

No es raro que el embarazo busque implantarse sobre cicatrices uterinas previas, sobre todo por vía endometrial, lo que lleva en algunos casos al acretismo placentario. El tratamiento estará basado en la localización, edad gestacional, tamaño de la tumoración, deseo de fertilidad futura y otras consideraciones propias de cada caso⁽¹⁾.

El diagnóstico no siempre es fácil, requiriendo ecografías 4D volumétricas para la adecuada ubicación del ectópico⁽⁴⁾ o resonancia magnética nuclear⁽⁷⁾. Algunos comienzan siendo tubáricos o cornuales y por rotura o expulsión desarrollan como abdominales, pudiendo incluso llegar hasta avanzadas semanas de embarazo⁽⁶⁾. Hasta 40% de los embarazos ectópicos no son localizables por ecografía⁽¹⁾.

Los embarazos intersticiales representan entre 1 y 4% del total⁽⁸⁻¹⁰⁾, pero cuando se les considera embarazos ectópicos no tubáricos, 57% resultan cornuales o intersticiales, 23% están sobre cicatriz uterina previa, 15% en el cérvix uterino y 5% incluye cicatriz uterina de cesárea previa y cérvix a la vez⁽¹⁾.

La tendencia actual es cambiar la vía de abordaje de la clásica laparotomía a la vía laparoscópica, ya que con los instrumentos actuales y el entrenamiento es posible hacer resecciones y sutura intracorpórea^(2,4,10), y tratar de reemplazar la clásica histerectomía para los casos de invasión miometrial profunda^(11,12), con cornuectomía o resecciones cuneiformes^(2,9), incluso con uso de vasopresina para controlar las hemorragias^(2,5).

Por las localizaciones aberrantes de estos embarazos y su predilección por sitios vascularizados, se usa el metotrexato en casos de embarazos recurrentes o muy infiltrantes, siendo la preferencia el uso local más que el sistémico^(4,8,11,12), aunque con resultados controversiales entre los autores, algunas veces empleando dosis repetidas⁽¹⁾.



Para los casos de ectópico intersticial, algunos autores⁽¹²⁾ reportan el uso del endoscopio urológico para remover por vía transvaginal los productos persistentes de la concepción con succión y curetaje, e incluso en ubicaciones muy inusuales el bloqueo selectivo de vasos sanguíneos, combinando cirugía con radiología intervencionista⁽¹⁾. Existen descripciones de recurrencias de embarazos ectópicos luego de salpinguectomía, pudiendo tratarse de otro ectópico o de trofoblasto remanente⁽⁸⁾.

El tiempo de rotura para los casos de embarazos cornuales suele ser más tardía que en los intersticiales, 12 semanas contra 8 en promedio^(4, 10).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hunt SP, Talmor A, Vollenhover B. Management of non-tubal ectopic pregnancies at a large tertiary hospital. *Reprod Biomed Online*. 2016;33:79-84. doi: 10.1016/j.rbmo.2016.03.011.
2. Mahmoud MS. Technique for the laparoscopic management of a cornual ectopic pregnancy. *J Minim Invasive Gynaecol*. 2016 Mar-Apr;23(3):300. doi: 10.1016/j.jmig.2016.01.004.
3. Tang L, Krentel H, Kong V. Embarazo cornual después de salpinguectomía: reporte de un caso inusual. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2011;57:273-6.
4. Sargin MA, Tug N, Ayas S, Yassa M. Is interstitial pregnancy clinically different from cornual pregnancy? A case report. *J Clin Diagn Res*. 2015Apr;9(4):QD05-QD06. doi: 10.7860/JCDR/2015/12198.5836.
5. Nabeshima H, Nishimoto M, Utsunomiya H, Arai M, Ugajin T, Terada Y, Yaegashi N. Total laparoscopic conservative surgery for an intramural ectopic pregnancy. *Diagn Ther Endosc*. 2010. doi: 10.1155/2010/504062.
6. El -Agwany AS, El-badawy ES, El-habashy AE, El-gammal H, Abdelnaby M. Secondary advanced abdominal pregnancy after suspected ruptured cornual pregnancy with good maternal outcome: a case with unusual gangrenous fetal toes and ultrasound diagnoses managed by hysterectomy. *Clin Med Insights Womens Health*. 2016;9:1-5. doi: 10.4137/CMWH.S36311. eCollection 2016.
7. Takei T, Matsuoka S, Ashitani N, Makihara N, Morizane M, Ohara N. Rupture cornual pregnancy: case report. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2009;36(2):130-2. PMID: 19688960.
8. Naredi N, Sandeep K, Jamwal VD. Interstitial implantation in a setting of recurrent ectopic pregnancy; a rare combination. *Med J Armed Forces India*. 2015 Apr;71(2):194-6. doi: 10.1016/j.mjafi.2012.08.024.
9. Faioli R, Beretta R, Dall'Asta A, Di Serio M, Galli L, Monica M, Frusca T. Endoloop technique for laparoscopic cornuectomy: A safe and effective approach for the treatment of interstitial pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2016 Aug;42(8):1034-7. doi: 10.1111/jog.13005.
10. Walid MS, Heaton RL. Diagnosis and laparoscopic treatment of cornual ectopic pregnancy. *Ger Med Sci*. 2010;8 Doc 16. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.06.019.
11. Grindler NM, NGJ, Tocce K, Alvero R. Considerations for management of interstitial ectopic pregnancies: two case reports. *J Med Case Rep*. 2016 Apr 27;10(1):106. doi: 10.1186/s13256-016-0892-9.
12. Jourdain O, Fontanges M, Schiano A, Rauch F, Gonnet JM. Management of other ectopic pregnancies (cornual, interstitial, angular, ovarian). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2003 Nov;32(7 suppl):93-100. PMID: 14699323.