

Experiencias en el tratamiento del embarazo ectópico del cuerno uterino

Treatment experiences about uterine horn ectopic pregnancy

Iraisa León Cid^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-1516-1013>

Guillermo Rodríguez Iglesias¹ <https://orcid.org/0000-0002-2338-0208>

Anadys Beatriz Segura Fernández¹ <https://orcid.org/0000-0001-8640-1961>

¹Hospital Militar Central Dr. “Luis Díaz Soto”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: iraisa@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El embarazo intersticial es poco frecuente y su mortalidad es superior a otras localizaciones. Su diagnóstico cada vez más precoz, permite escoger tratamientos menos agresivos. La piedra angular, es la hemostasia.

Objetivo: Describir los resultados del tratamiento de pacientes atendidas por embarazo ectópico del cuerno.

Método: Se realizó un estudio descriptivo en 18 mujeres con embarazo ectópico intersticial, atendidas en el Hospital Militar Central “Dr. Luis Díaz Soto” del 2010 al 2019. Fueron tratadas mediante laparotomía y sutura circular del cuerno, con posterior resección cornual y extracción del material ovular. Se estudiaron las variables edad, factores de riesgo, tiempo quirúrgico, sangramiento transoperatorio, evolución (complicaciones, recuperación, fracción beta de la gonadotropina coriónica, controles ecográficos posoperatorios) y estadía hospitalaria.

Resultados: El 72 % de las pacientes estuvo entre 20 - 25 años, el 61,1 % tuvo antecedentes de abortos provocados, seguido de enfermedad inflamatoria pélvica en el 44,4 %. La media del tiempo quirúrgico fue de 36 minutos. Ninguna paciente tuvo sangramiento en el sitio de la cirugía. La fracción beta de la

gonadotropina coriónica, se negativizó a la cuarta semana y los controles ecográficos posoperatorios de todas las pacientes fueron normales el día 15. En todas las pacientes se utilizó la sutura en jareta.

Conclusiones: Los resultados en el tratamiento de las pacientes atendidas por embarazo intersticial, fueron favorables, la reparación de la pared uterina se realizó mediante un procedimiento seguro que mostró la aplicabilidad de la sutura en jareta. Se evitaron las pérdidas sanguíneas y complicaciones como la histerectomía.

Palabras clave: embarazo ectópico del cuerno; embarazo intersticial; embarazo cornual; tratamiento quirúrgico; sutura en jareta.

ABSTRACT

Introduction: Interstitial pregnancy is rare and its mortality is higher than in other locations. Its increasingly early diagnosis allows the choice of less aggressive treatments. The cornerstone is hemostasis.

Objective: To describe the results of the treatment of patients treated for ectopic horn pregnancy.

Method: A descriptive study was carried out in 18 women with interstitial ectopic pregnancy, treated at the Hospital Militar Central “Dr. Luis Díaz Soto” from 2010 to 2019. They were treated by laparotomy and circular suture of the horn, with subsequent cornual resection and extraction of ovular material. The variables age, risk factors, surgical time, intraoperative bleeding, evolution (complications, recovery, beta fraction of chorionic gonadotropin, postoperative ultrasound controls) and hospital stay were studied.

Results: 72% of the patients were between 20 - 25 years old, 61.1% had a history of induced abortions, followed by pelvic inflammatory disease in 44.4%. The mean surgical time was 36 minutes. No patient had bleeding at the surgery site. The beta fraction of chorionic gonadotropin was negative at the fourth week and postoperative ultrasound controls of all patients were normal on day 15. The drawstring suture was used in all patients.

Conclusions: The results in the treatment of the patients attended for interstitial pregnancy were favorable, the repair of the uterine wall was carried out by means of a safe procedure that showed the applicability of the drawstring suture. Blood loss and complications such as hysterectomy were avoided.

Keywords: ectopic horn pregnancy; interstitial pregnancy; cornual pregnancy; surgical treatment; drawstring suture.

Recibido: 20/03/2020

Aprobado: 03/09/2020

INTRODUCCIÓN

El embarazo intersticial o cornual, es una forma de presentación infrecuente del embarazo ectópico. Se localiza en la porción uterina, atravesada por las trompas de Falopio. La medida es de 10 a 20 mm de largo, por 7 de ancho. Representa solo del 2 al 4 % de los embarazos ectópicos, pero la mortalidad es dos veces mayor que en otras localizaciones. Dada su influencia en el aumento de la mortalidad materna (10 a 15 % de los casos), resulta más peligroso que otros tipos de embarazo ectópico.^(1,2)

Según *Sepúlveda* y otros,⁽²⁾ la porción intersticial de la trompa de Falopio se ubica entre el ostium y la porción ístmica, con una importante masa muscular y gran irrigación sanguínea. Es un sitio elástico que se dilata de forma indolora.

Los factores de riesgo para el embarazo cornual, son similares a los del embarazo tubario.^(2,3)

El cuadro clínico del embarazo ectópico intersticial, tiene varias manifestaciones, puede cursar de forma asintomática, o producir *shock* hipovolémico y muerte, de manera similar a otros tipos de embarazo ectópico, es decir, antecedentes de amenorrea, sangrado vaginal escaso y dolor abdominal.^(1,2,3)

Los criterios ecográficos para diagnóstico son: cavidad uterina vacía, saco gestacional de localización lateral o excéntrica, en relación a la cavidad uterina (por lo menos 1 cm del borde más lateral), y lecho miometrial delgado, asimétrico o incompleto, alrededor del saco coriónico.^(2,4)

Los embarazos ectópicos del cuerno incluyen dos opciones terapéuticas: tratamiento médico y el quirúrgico.

La conducta quirúrgica convencional, es la resección cornual o la histerectomía. Cuando no existe rotura, la conducta médica conservadora puede ser considerada. Ante la ausencia de evidencias concluyentes, a favor de determinado enfoque, hay que tener en cuenta, las manifestaciones clínicas, experiencia del

cirujano, la relación costo/beneficio, las posibilidades reales de tratamiento y la opinión de la paciente, según su deseo genésico.^(2,5)

El tratamiento médico es una opción, cuando la paciente está libre de síntomas, es útil hasta las 8 semanas de gestación, o menos, independientemente de los valores de la fracción β de la gonadotropina coriónica. Se han empleado diferentes tratamientos, como metotrexate sistémico, pero en más de 50 % de los casos, es necesario realizar un procedimiento secundario para la resolución del proceso.^(2,6)

Se reporta también embolización de las arterias uterinas, como terapéutica ante el fracaso del tratamiento médico. Provoca necrosis trofoblástica, pero la circulación colateral conserva la función reproductiva.⁽⁷⁾

La intervención por vía laparoscópica ha reemplazado a la laparotomía en la mayoría de las localizaciones ectópicas.^(2,8,9)

No existen evidencias claras, ni se dispone de un patrón de referencia, sobre el tratamiento más adecuado, o protocolos de actuación ante el embarazo ectópico del cuerno. La mayor parte de las publicaciones se refieren a reportes de casos aislados o pequeñas series que muestran diferentes enfoques.^(3,5,8) Todos coinciden en que el tratamiento de elección en el primer trimestre, es la interrupción de la gestación. No se recomienda el manejo expectante, por el elevado riesgo de rotura uterina y hemorragia grave.⁽¹⁰⁾

Se debe individualizar cada caso y elegir el plan terapéutico más apropiado, teniendo en cuenta el estado clínico de la paciente, la paridad, la edad gestacional y los medios disponibles en el hospital.⁽¹¹⁾

En los casos que se describen, se utilizó la técnica de sutura en jareta, lo cual aporta las experiencias en su uso, para el control hemostático y conservación del útero. Este trabajo tiene el objetivo de describir los resultados del tratamiento de pacientes atendidas por embarazo ectópico del cuerno.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo en 18 mujeres con embarazo ectópico intersticial, que fueron atendidas en el Hospital Militar Central “Dr. Luis Díaz Soto” en el periodo del año 2010 al 2019.

Se incluyeron las pacientes con embarazo del cuerno no complicado, que acudieron al Servicio de Ginecología. Se excluyeron las pacientes que acudieron con embarazos ectópicos cornuales rotos.

El diagnóstico positivo se realizó por ecografía transvaginal y abdominal, con dópler color, prueba de embarazo en orina. En 3 casos fue necesaria laparoscopia diagnóstica.

En todos los casos, la cirugía realizada fue laparotomía y sutura circular del cuerno, con posterior resección cornual y extracción del material ovular. La sutura circular o en jareta tiene el propósito de favorecer la hemostasia y formar un pedículo más estrecho. Antes de la incisión longitudinal del cuerno, se realiza una doble sutura circular, se anuda lo más cercano posible a la base del ectópico, lo cual favorece ordeñar el cuerno. Con el bisturí o el electrobisturí se procede a realizar resección del cuerno y extracción del material ovular, por encima del pedículo. El procedimiento se realiza bajo anestesia general, con estrecha vigilancia y disponibilidad de hemoderivados.

Los datos de las variables, fueron extraídos de las historias clínicas, las variables fueron: edad (agrupada en 15 – 19 años, 20 – 25 años y 26 – 30 años), factores de riesgo, tiempo quirúrgico, sangramiento transoperatorio, evolución y estadía hospitalaria.

Se analizan los valores absolutos, relativos y para el tiempo quirúrgico, la media y la desviación estándar. Con respecto a los aspectos éticos, los datos obtenidos solo se utilizan para el análisis del grupo de pacientes, se conserva su confidencialidad.

RESULTADOS

Se constató que el grupo de edad más frecuente fue el de 20 - 25 años con 13 pacientes (72,2 %) (tabla 1).

Tabla 1 – Distribución de la serie por grupos de edades

Grupos de edad (años)	n	%
15 – 19	2	11,1
20 – 25	13	72,2
26 – 30	3	16,7

Según se muestra en la tabla 2, el antecedente de abortos provocados, estuvo presente en 16 pacientes (88,8 %), seguido de la enfermedad.

Tabla 2 – Antecedentes de factores de riesgo del embarazo intersticial

Antecedentes	Grupos de edad (años)						Total	
	15 - 19		20 - 25		26 - 30			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermedad inflamatoria pélvica	1	5,6	8	44,4	3	16,7	12	66,6
Dispositivos intrauterinos	1	5,6	4	22,2	1	5,6	6	33,3
Tabaquismo	2	11,1	5	27,8	2	11,1	9	50
Aborto provocado	2	11,1	11	61,1	3	16,7	16	88,8
Embarazo ectópico anterior	-	-	1	5,6	1	5,6	2	11,1
Cirugía pélvica anterior	-	-	-	-	1	5,6	1	5,5

El tiempo quirúrgico promedio, fue de 36,31 minutos, con una desviación estándar (DS) de 5,41 minutos (IC 95 %: 34,9 – 42,7).

Ningún caso tuvo sangramiento en el sitio de la cirugía, se logró la hemostasia en el 100 % de las pacientes.

No se reportaron complicaciones transoperatorias ni posoperatorias. La recuperación fue satisfactoria en todas las pacientes.

Fue monitorizada la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana semanalmente en forma cualitativa, las que se negativizaron en la cuarta semana, los controles ecográficos postoperatorios fueron informados como normales en consulta al día 15.

En las figuras se muestra un ejemplo de embarazo ectópico del cuerno no complicado (Fig. 1), la sutura circular lo más cercano a la base del ectópico (Fig. 2), así como la expresión del material ovular por encima del pedículo hemostático.



Fig. 1 – Embarazo ectópico del cuerno, no complicado.



Fig. 2 – Sutura circular, lo más cercana posible a la base del ectópico.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico intersticial representa un desafío para el ginecoobstetra, tanto para su diagnóstico como tratamiento. El diagnóstico precoz evita la complicación más temida que es la hemorragia masiva, que lleva al *shock* y muerte de la paciente. Además, permite la conducta terapéutica no invasiva.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, dado el alto riesgo de sangrado debido a las características de esta localización, las técnicas descritas, están encaminadas a lograr un adecuado control hemostático, previo a la resección.⁽¹²⁾

La decisión de intervenir vía laparoscópica o convencional en un embarazo ectópico, sigue los protocolos cada hospital. Influye sobre todo, la estabilidad hemodinámica, aunque en los embarazos ectópicos rotos se pueden intervenir por laparoscopia, sin complicaciones, en dependencia de la experiencia y habilidad del cirujano actuante.⁽¹³⁾

El grupo de edad que predominó en este estudio, coincide con la bibliografía consultada, en la cual se hace referencia, entre otros aspectos, a los elevados índices de abortos provocados que se observan en los últimos años.^(11,14)

El embarazo ectópico cornual tiene iguales factores de riesgo, que los demás embarazos ectópicos, dentro de los cuales se mencionan, la enfermedad pélvica inflamatoria, abortos provocados, embarazo por reproducción asistida, tabaquismo, cirugías pélvicas anteriores, embarazo ectópico anterior y salpingectomía ipsilateral,^(2,15) muchos de los cuales, estuvieron presentes en las pacientes estudiadas.

A pesar de los avances en la determinación de los niveles de la fracción β de la gonadotropina coriónica y ultrasonido transvaginal, aún puede ser difícil el diagnóstico del embarazo ectópico. Se debe de diferenciar del embarazo intrauterino de posición normal y ciertas anomalías uterinas. Con la ayuda de estos medios, se realizan diagnósticos más tempranos y se pueden escoger alternativas de tratamiento menos agresivas.⁽¹⁶⁾

Es importante el diagnóstico precoz, basado en la clínica y su confirmación con medios diagnósticos. Se deben tener en cuenta los factores de riesgo, además de que no siempre estarán presentes los síntomas esperados, lo que puede llevar a error en el diagnóstico.⁽¹⁷⁾

El manejo más adecuado, debe estar basado en las características individuales de cada caso. Hasta el momento no existe un *gold standard* terapéutico. La vía quirúrgica ha demostrado ser la decisión más resolutive, aunque no obligatoria, y se han visto buenos resultados en el uso del metrotexato.⁽¹⁸⁾

En las pacientes descritas, no se tomó conducta expectante, para prevenir las hemorragias catastróficas (hemorragia cataclísmica de Barnes), que puede verse en este tipo de ectópico, debido a la irrigación de esta área anatómica.⁽¹²⁾

El tratamiento tradicional para el embarazo ectópico fue por mucho tiempo por laparotomía. Desde 1973, ha sido desplazada por la videolaparoscopia, pero aún no se ha estandarizado, debido a la necesidad de adecuadas técnicas de sutura y personal debidamente entrenado.⁽¹⁹⁾ Se debe considerar la experiencia del cirujano, para la decisión sobre cada caso y procedimiento en particular.⁽²⁰⁾

Sobre el tiempo quirúrgico, que fue como promedio 36 minutos, no existen referencias, en los casos de embarazos ectópicos del cuerno, pero puede ser considerado un resultado a tener en cuenta, junto con las demás variables analizadas, a favor de la técnica propuesta.

No hubo sangramiento en el sitio de la cirugía. Resultados similares han sido referidos en casos realizados por vía laparoscópica.^(17,21)

No se reportaron complicaciones. Igualmente la evolución según el control, clínico, ecográfico y de los niveles de gonadotropina, fue satisfactoria.

Los resultados en el tratamiento de las pacientes atendidas por embarazo intersticial, fueron favorables, la reparación de la pared uterina se realizó mediante un procedimiento seguro que mostró la aplicabilidad de la sutura en jareta. Se evitaron las pérdidas sanguíneas y complicaciones como la histerectomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pantoja-Garrido M, Cabezas-Palacios MN, Tato-Varela S. Protocolo de tratamiento multidosis con metotrexato a pacientes con embarazo ectópico cornual. *Ginecol Obstet Mex.* 2016[acceso: 16/01/2020];84(5):319-23. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=027dbaea-ab9b-47ae-8363-53754a9a1d7f%40pdc-v-sessmgr04>
2. Sepúlveda J, Torrado D. Embarazo ectópico cornual recurrente. Caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015[acceso: 16/01/2020];80(6):503-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000600011>
3. Zarama Márquez F, Buitrón García R, Córdoba Guacan E, Cortés Cortés L, Zarama Eraso MA. Embarazo ectópico cornual. Tratamiento combinado con metotrexato e hysterotomía y evacuación por laparoscopia. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex.* 2019[acceso: 16/01/2020];87(10):676-9.

Disponible en: <https://www.sanmartin.edu.co/1/wp-content/uploads/2019/10/articulo-dr.-fabio-zarama-marquez.pdf>

4. Partal Lorente AB, Oliver Díaz M, Cueva Carrascosa I, Cidraque Orraj MA, López Moreno ME, Pérez López S. Opciones terapéuticas del embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea. Prog Obstet Ginecol. 2017;60(6):586- 9.
5. Ruiz-Sánchez E. Embarazo cornual roto. ¿Por qué no debemos olvidar el embarazo con causa de dolor abdominal?. Ginecol Obstet Mex 2017[acceso: 16/01/2020];85(9):634-39. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v85i9.1410>
6. Martín de Vega R. Embarazo ectópico cornual. Caso clínico de ecografía de matrona. Rev Matronas 2018[acceso: 16/01/2020];6(2):14-17. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/140/embarazo-ectopico-cornual-casoclinico-de-ecografia-de-matrona/>
7. Ibáñez Cayón F, Soto del Pino Y, Pérez González Y, Portales Cárdenas Y. Tratamiento con metotrexate para el embarazo ectópico cornual. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2017[acceso: 07/02/2020];43(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/244/189>
8. Gador Manrique M, Redondo R, Delgado L, González V, Mauro L, Aceituno L. Rotura uterina en gestante de 13 semanas: Embarazo ectópico intersticial. Rev Chil Ginec Obstet 2015[acceso: 07/02/2020];80(5):55-9. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n1/art08.pdf>
9. Bertin F, Montecinos M, Torres P, Pinto P. Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol. 2019[acceso: 07/02/2020];84(1):55-63. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262019000100055&script=sci_arttext
10. Monzón Castillo EP, Tejada Martínez G, Oliva García AB, Gutiérrez Salas N. Embarazo cornual. Presentación de un caso de evolución inusual con dosis única de metotrexato. Rev Peru Ginecol Obstet. 2020[acceso: 07/02/2020];66(1):[Aprox. 13 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322020000100083&script=sci_arttext&tlng=en

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

11. Ruiz A. Evolución histórica de la cirugía laparoscópica. *Asoci Mex Cirg Endosc* 2016[acceso: 07/02/2020]; 17(3):93-106. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/endosco/ce-2016/ce162i.pdf>
12. Szylyt NA, Podgaec S, Traina E, Oliveira Rde C. Video laparoscopic intervention for an interstitial pregnancy after failure of clinical treatment. *Sao Paulo Med J.* 2012[acceso: 07/02/2020];130:202-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1516-31802012000300011>
13. Lee ES, Hahn HS, Park BJ, Ro DY, Kim JH, Kim Y. Single-port laparoscopic cornual resection for a spontaneous cornual ectopic pregnancy following ipsilateral salpingectomy. *Fertil Steril.* 2011[acceso: 07/02/2020];96(2):106-10. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2011.05.09
14. Alagbe OA, Adeniyi TO, Abayomi OA, Onifade EO. Interstitial ectopic pregnancy: A case report. *PanAfrican Med J.* 2017[acceso: 07/02/2020];28:2-5. DOI: 10.11604/pamj.2017.28.135.13889
15. Sargin MA, Tug N, Ayas S, Yassa M. Is interstitial pregnancy clinically different from cornual pregnancy? A case report. *J Clin Diagnostic Res.* 2015[acceso: 07/02/2020];9(4):5-6. DOI: 10.7860/JCDR/2015/12198.5836
16. Kahramanoglu I, Mammadov Z, Turan H, Urer A, Tuten A. Management options for interstitial ectopic pregnancies: a case series. *Pakistan J Med Sci.* 2017[acceso: 07/02/2020];33(2):476. DOI: 10.12669/pjms.332.12093
17. Corioni S, Perelli F, Bianchi C, Cozzolino M, Maggio L, Msini G. Interstitial pregnancy treated with a single dose of systemic methotrexate: a succesful management. *J Res Med Sci.* 2015[acceso: 07/02/2020];20:312-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4468238/>
18. Yassin A, Taha M. Interstitial Ectopic Pregnancy, Diagnosis and Management. *Ann Clin Case Reports.* 2017[acceso: 16/01/2020];2:1352. Disponible en: <http://www.anncaserep.com/full-text/accr-v2-id1352.php>
19. Wang S, Zhang Y, Zhao Y, Lu S. Cornual pregnancy in 2 cases. *Beijing Da Xue Xue Bao.* 2018[acceso: 16/01/2020];50(3):576-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000100055>
20. Álvarez Goris M, Martínez Enríquez MA. Embarazo ectópico intersticial asociado a técnicas de reproducción asistida y ligadura tubaria bilateral. Reporte de caso. *Rev Iberoam Fert Rep Hum.* 2017[acceso: 16/01/2020]; 34:18-21. Disponible en: <https://medes.com/publication/136699>

21. Grindler NM, Ng J, Tocce K, Alvero R. Considerations for management of interstitial ectopic pregnancies: two case reports. J Med Case Rep. 2016[acceso: 16/01/2020];10(1):106. DOI: 10.1186/s13256-016-0892-9

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribuciones de los autores

Iraisa León Cid: participó en el diseño, realización del trabajo y redacción del artículo.

Guillermo Rodríguez Iglesias: participó en el diseño, realización del trabajo y redacción del artículo.

Anadys Beatriz Segura Fernández: participó en el diseño, realización del trabajo y redacción del artículo.

Todos los autores se hacen individualmente responsables del contenido del artículo.