



CASO CLÍNICO

Embarazo ectópico cornual. Tratamiento eficaz con dosis única de metotrexato

Á. Luengo-Taberner^{a,*}, V. Zornoza-García^a, S. Luengo-Harto^b y J. Antonio Lajas-Susaño^b

^aServicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Asistencial de León, León, España

^bServicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

Recibido el 21 de abril de 2008; aceptado el 2 de junio de 2008

Disponible en Internet el 29 de abril de 2009

PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico;
Metotrexato;
Diagnóstico ecográfico

KEYWORDS

Ectopic pregnancy;
Methotrexate;
Ultrasound diagnosis

Resumen

Describimos un caso de embarazo cornual en una paciente sin factores de riesgo. El diagnóstico se realizó mediante ecografía transvaginal. El tratamiento con metotrexato unidosis permitió la resolución sin complicaciones. Este tipo de embarazos ectópicos, por su mayor tamaño en el momento de accidentarse, son especialmente peligrosos para la salud de la madre.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Interstitial ectopic pregnancy. Successful treatment using a single dose of methotrexate

Abstract

We describe an interstitial ectopic pregnancy in a patient with no risk factors. Diagnosis was achieved through transvaginal ultrasound. Resolution was achieved by medical treatment with a single dose of methotrexate, without complications. This type of ectopic pregnancy is particularly dangerous to the mother due to its larger size at rupture.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El embarazo cornual (EC) es una rara variedad (2–4%) de gestación ectópica. Su incidencia es de 1 por cada

2.500–5.000 recién nacidos vivos. Se produce por la implantación del saco gestacional en el cuerno uterino, en la porción intersticial de la trompa de Falopio, adyacente al ligamento redondo. La distensibilidad del miometrio y la intensa vascularización de la zona, a expensas de la rama ascendente de la arteria uterina, provoca que la ruptura sea más tardía, con frecuencia en el segundo trimestre y generalmente considerable. La

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a_luengo@yahoo.com (A Luengo-Taberner).



Figura 1 Ecografía transvaginal. Corte oblicuo. Se observa el miometrio adelgazado (flechas) que rodea el embarazo ectópico cornual.

mortalidad es del 2–5%, 2–3 veces mayor que en el embarazo tubárico¹.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 32 años, primigesta de 12 semanas de amenorrea. Acude a urgencias por abdominalgia y metrorragia. No presentaba antecedentes patológicos relevantes, no refirió historia anterior de enfermedad pélvica inflamatoria, uso de dispositivo intrauterino, tratamiento hormonal o cirugía. La exploración mostró hemorragia vaginal escasa, cérvix cerrado y un útero de contorno irregular, aumentado hacia el lado izquierdo. No había defensa abdominal, ni signos de irritación peritoneal. La ecografía vaginal mostró un saco gestacional en el cuerno izquierdo de 2,8 × 2,6 cm; en su interior se observó un polo embrionario sin actividad cardíaca, de longitud cráneo-caudal 18 mm, acorde a 8 semanas de edad gestacional. No se observó líquido libre (fig. 1). La determinación de beta gonadotropina coriónica (β -HCG) en suero fue 11.866 mIU/ml. Dada la estabilidad hemodinámica de la paciente y la ausencia de hemoperitoneo, se decidió tratamiento médico con unidosis de 50 mg de metotrexato intramuscular y metilergometrina vía oral. Seis horas después del inicio del tratamiento, se produjo la expulsión por vía vaginal de los restos abortivos. La ecografía transvaginal confirmó la vacuidad uterina. Tuvo una buena evolución. Se le dio de alta con β -HCG 340 mIU/ml, que en controles posteriores se hizo negativa.

Discusión

Si bien el diagnóstico del EC es difícil, la ecografía transvaginal permite localizar el saco gestacional de forma excéntrica rodeado de miometrio adelgazado. La línea intersticial que corresponde a la unión del endometrio decidualizado, con la mucosa tubárica interrumpida por el saco gestacional, parece ser el mejor signo ecográfico¹. La mejor implantación del EC respecto a las otras variedades

de ectópico puede hacer que el ritmo de ascenso de β -HCG se asemeje al del embarazo intrauterino².

A pesar del aumento reciente en la incidencia de embarazo ectópico (1–2% de las gestaciones) y de sus localizaciones atípicas, no hay protocolos de actuación ante el EC y hay pocas publicaciones que permitan establecer claras opciones de tratamiento. De forma clásica, la solución ha sido quirúrgica. Se realizaba resección laparotómica del cuerno afectado, e incluso histerectomía³.

En los últimos años se han publicado otras técnicas:

- Resección cornual laparoscópica: electrocoagulación, Endoloop⁴ o EndoGIA⁵.
- Salpingostomía y posterior legrado cornual⁶.
- Incisión miometrial y aspiración del trofoblasto².
- Evacuación guiada por histeroscopia⁷.

Respecto a embarazos posteriores, no hay estudios sobre la solidez de la cicatriz después de la resección cornual, y se han descrito roturas uterinas en el segundo y tercer trimestres. También hay dudas sobre la calidad del miometrio después del tratamiento con metotrexato local. Se recomienda cesárea electiva antes de iniciar el trabajo de parto².

En el caso de diagnóstico temprano y estabilidad hemodinámica, puede optarse por el tratamiento médico. La actitud expectante se desaconseja por el pronóstico de ruptura y hemorragia masiva. El empleo de metotrexato, en dosis única o múltiple, sistémico o por inyección intrasacular, no está exento del riesgo de hemorragia, y sus efectos secundarios incluyen alopecia areata, dermatitis y vómitos⁸. En el caso de embarazo heterotópico, se sustituye por inyección local de cloruro potásico para evitar la teratogenia del metotrexato.

La embolización de las arterias uterinas es una alternativa ante el fallo del tratamiento médico. La obstrucción de la arteria uterina ascendente provoca la necrosis del trofoblasto. La vascularización colateral puede prevenir la insuficiencia uteroplacentaria y conservar la función reproductiva⁸.

Con este caso, se demuestra la posibilidad de tratamiento médico, seguro y eficaz del EC, como opción de primera línea frente a alternativas de más complejidad técnica y con una morbilidad mayor asociada.

Bibliografía

1. Ackerman TE, Levi CS, Dashefsky SM, Holt SC, Lindsay DJ. Interstitial line: sonographic finding in interstitial (cornual) ectopic pregnancy. *Radiology*. 1993;189:83–7.
2. Jourdain O, Fontanges M, Schiano A, Rauch F, Gonnet JM. Prise en charge des autres ectopies annexielles (cornuale, interstitielle, angulaire, ovarienne). *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2003;32:93–100.
3. Grobman WA, Milad MP. Conservative laparoscopic management of a large cornual ectopic pregnancy. *Hum Reprod*. 1998;13:2002–4.
4. Moon HS, Choi YJ, Park YH, Kim SG. New simple endoscopic operations for interstitial pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182:114–21.
5. Sergent F, Le Cornec JB, Meilhaud MF, Marpeau L. Excision cornuale coelioscopique à la pince automatique des grossesses

- interstitielles rompues. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2003;32:426–30.
6. Ayoubi JM, Fanchin R, Olivennes F, Fernandez H, Pons JC. Tubal curettage: a new conservative treatment for haemorrhagic interstitial pregnancies. *Hum Reprod.* 2001;16:780–1.
 7. Sanz LE, Verosko J. Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2002;99:941–4.
 8. Ophir E, Singer-Jordan J, Oettinger M, Odeh M, Tendler R, Feldman Y, et al. Uterine artery embolization for management of interstitial twin ectopic pregnancy: case report. *Hum Reprod.* 2004;19:1774–7.