

## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



### CASO CLÍNICO

## Embarazo ectópico intersticial: tratamiento laparoscópico

Belén Moliner Renau\*, Víctor Martín González, Lorena Camps Selva, Ana Martínez Aspas, Rosa Sánchez García y Fernando Bonilla-Musoles

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, España

Recibido el 30 de septiembre de 2008; aceptado el 24 de noviembre de 2008  
Accesible en línea el 29 de diciembre de 2009

#### PALABRAS CLAVE

Embarazo intersticial;  
Ectópico cornual;  
Tratamiento

#### KEYWORDS

Interstitial pregnancy;  
Cornual ectopic;  
Treatment

**Resumen** El embarazo ectópico intersticial es una entidad rara, que representa el 2-4% de los embarazos ectópicos. Es de difícil diagnóstico tanto por su ubicación como por su rareza. El tratamiento de elección es la laparoscopia.

Presentamos un caso de embarazo ectópico intersticial en el que la laparoscopia nos sirvió tanto de diagnóstico como de tratamiento.

© 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### Interstitial ectopic pregnancy: Laparoscopic treatment

**Abstract** The interstitial ectopic pregnancy is a rare condition, accounting for 2-4% of all ectopic pregnancies. It is difficult to diagnose both for its location and for its rarity. The treatment of choice is laparoscopic management. We present a case of interstitial ectopic pregnancy in which laparoscopy was useful in two ways, as a diagnostic tool and for its treatment.

© 2009 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Introducción

El embarazo ectópico intersticial representa del 2 al 4% de todos los embarazos ectópicos, con una mortalidad materna del 2 al 5%<sup>1</sup>.

Sigue habiendo mucha confusión sobre el embarazo ectópico intersticial y cornual, pudiendo distinguirse por la ubicación, siendo el cornual ubicado en el cuerno uterino y el intersticial abarcando parte del cuerno, pero implantándose en la porción intramural de la trompa de Falopio<sup>2</sup>.

Los factores de riesgo para un embarazo ectópico de este tipo son el antecedente de una enfermedad inflamatoria pélvica, antecedente de una cirugía pélvica, malformaciones uterinas, el uso de técnicas de reproducción asistida y la salpinguectomía unilateral, este último factor de riesgo es específico de estos embarazos ectópicos<sup>3</sup>.

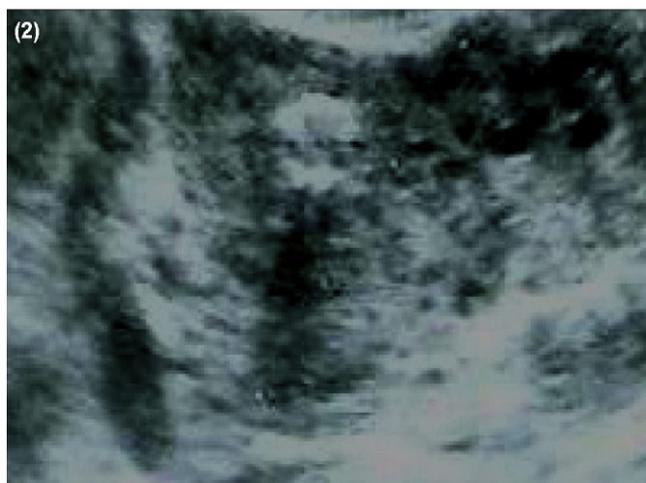
El embarazo ectópico intersticial es una de las patologías en la que mayores errores se comete en el diagnóstico, ya que, usualmente este se realiza tardíamente y con muchas dificultades<sup>2,4</sup>.

### Caso clínico

Paciente de 37 años de raza negra, con antecedentes de Hipertensión arterial, de 1 año de evolución. La paciente

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: belmolren@hotmail.com (B. Moliner Renau).



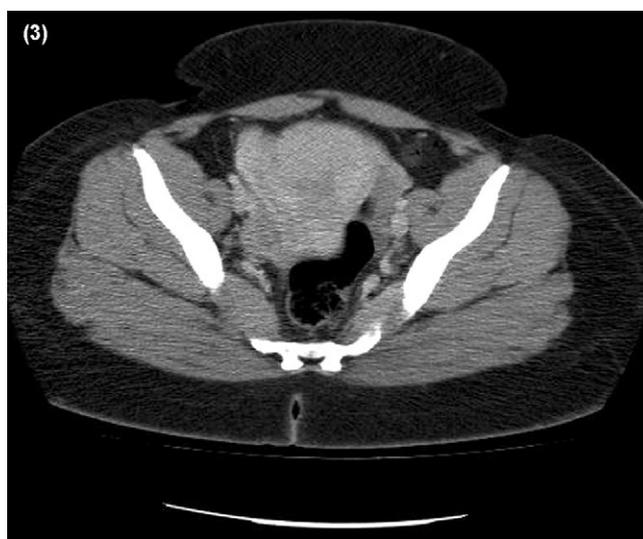
**Figuras 1 y 2** Ecografía transvaginal. Tumoración en cara posterior uterina.

acude a nuestro hospital, asintomática, por sospecha de embarazo ectópico remitida por un centro privado, en el que consultó para una interrupción voluntaria de embarazo. La paciente presenta amenorrea de 7 semanas de evolución, con una fórmula menstrual de 7/28, con antecedentes obstétricos de G3A1P1 y sin haberse realizado ninguna revisión ginecológica en los últimos 10 años.

A la exploración la paciente se encuentra asintomática, sin presentar metrorragia ni dolor abdominal. En la ecografía transvaginal (figs. 1 y 2) se observa útero en anteflexión, globuloso, con imagen ecogris de 3 cm, que hace pensar en mioma, en cara posterior y lateral derecha. LE homogénea de 20 mm. Anexo izquierdo de aspecto normal y en anexo derecho se observa imagen compatible con calcificación de 5 mm sin verse líquido libre en Douglas.

Se realiza gonadotropina coriónica humana beta ( $\beta$ -HCG) en sangre periférica que resulta de 34.300 mU/ml.

Siendo los niveles de  $\beta$ -HCG tan elevados y sin encontrar imágenes claras de ectópico, se decide realizar diagnóstico diferencial de embarazo ectópico con tumores productores de  $\beta$ -HCG como son disgerminoma, tumor de seno endodérmico, carcinoma embrionario, coriocarcinoma, tumor mixto y cáncer renal, para lo cual se realizan  $\beta$ -HCG seriadas y se



**Figuras 3, 4 y 5** TAC pélvico. Útero aumentado de tamaño, sin observar imágenes patológicas en su interior y anejos aparentemente normales.



Figura 6 Imagen laparoscópica del embarazo ectópico.

solicitan pruebas complementarias como analítica completa con marcadores tumorales y TAC toraco-abdomino-pélvico.

Las HCGs seriadas resultan con valores a las 24 h de 24.353 mU/ml y a las 72 horas de 32.163 mU/ml.

La analítica completa con los marcadores tumorales CEA, CA 12.5, CA 19.9 y AFP, resultan con valores dentro de la normalidad.

El TAC toraco-abdomino-pélvico se informa de normalidad torácica y abdominal, a excepción de discreto aumento del tamaño de la cavidad uterina con contenido hipodenso en su interior, encontrándose en situación parauterina ambos anexos de aspecto normal (figs. 3, 4 y 5).

Tras obtener todas las pruebas solicitadas y sin tener un resultado concluyente, se decide laparoscopia diagnóstica.

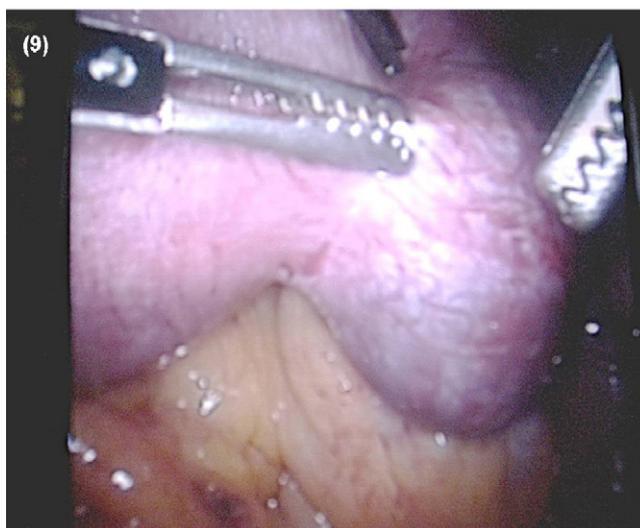
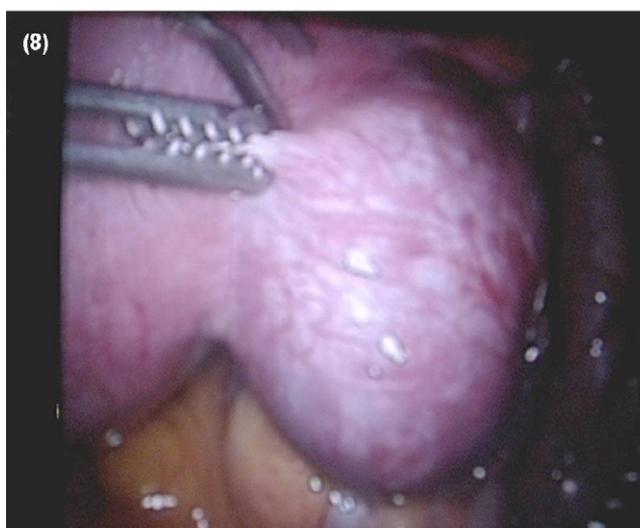
Durante la laparoscopia se observa normalidad anexial, con tumoración en zona cornual derecha, que abarca trompa derecha (fig. 6), procediéndose a su escisión quirúrgica (figs. 7, 8 y 9), y que tras ser analizada de forma intraoperatoria por el servicio de anatomía patológica informan de embarazo ectópico cornual que abarca trompa derecha (fig. 10).

## Discusión

Un embarazo ectópico intersticial puede progresar sin sintomatología hasta que exista la rotura hacia las 12-16 semanas<sup>1,3</sup>. El problema es que el segmento intramural de la trompa está muy próximo a la arteria uterina, por lo que una rotura de un embarazo ectópico a este nivel puede resultar con una hemorragia incontrolable y una alta morbilidad y mortalidad, más elevada que en embarazos ectópicos de otras localizaciones<sup>5</sup>.

Existe una dificultad diagnóstica muy evidente en esta clase de ectópicos que se pone de manifiesto en la literatura relacionada con este tema y en el caso aquí comentado<sup>2,4</sup>.

Tradicionalmente, el embarazo ectópico intersticial se ha tratado mediante salpinguectomía, resección cornual, y en algunos casos, mediante histerectomía abdominal<sup>1</sup>. En los últimos años, se ha puesto de manifiesto el tratamiento médico mediante metotrexato, que siempre se considera



Figuras 7, 8 y 9 Abordaje quirúrgico del embarazo ectópico.

de elección<sup>4,6</sup>, cuando es posible utilizarlo, la complicación de usar este tipo de tratamiento en embarazos ectópicos como éste es que ni los niveles de  $\beta$ -HCG ni el diámetro del



**Figura 10** Imagen microscópica del embarazo ectópico, incluyendo trompa derecha.

saco gestacional se pueden considerar como buenos predictores<sup>5</sup> de respuesta al tratamiento, a diferencia de los embarazos ectópicos tubáricos, ya que la rotura de estos embarazos no es dependiente de estos factores sino de la ubicación cercana a la pared uterina<sup>3</sup>. En el caso anteriormente descrito, no se planteó este tipo de tratamiento por la necesidad de realizar un diagnóstico correcto y por los niveles de  $\beta$ -HCG tan elevados que presentaba la paciente, por lo que se empleó la laparoscopia como método diagnóstico y terapéutico en nuestro caso en concreto. También se han considerado otras posibilidades terapéuticas como son el uso combinado de laparoscopia con histeroscopia, la histeroscopia con metotrexato, la laparoscopia con metotrexato, y legrado evacuador con metotrexato<sup>3,5</sup>, aunque, tanto el avance de la técnica de la laparoscopia y la seguridad de

su empleo como el diagnóstico precoz y no complicado del embarazo ectópico intersticial han hecho que esta técnica, hoy día, sea la de elección para muchos autores<sup>3,5,7,8</sup>.

Como conclusión, este caso, de presentación infrecuente, tiene que hacernos pensar en las diferentes posibilidades de embarazos ectópicos que existen y plantear siempre el mejor tratamiento, dada la situación de la paciente y la ubicación del embarazo ectópico.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Tulandi T, Al-Jaroudi D. Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons Registry. *Obstet Gynecol.* 2004;103:47–50.
2. Malinowski A, Bates SK. Semantics and pitfalls in the diagnosis of cornual/interstitial pregnancy. *Fertil Steril.* 2006;86:1764.e11–14.
3. Soriano D, Vicus D, Mashiach R, Schiff E, Seidman D, Goldenberg M. Laparoscopic treatment of cornual pregnancy: a series of 20 consecutive cases. *Fertil Steril.* 2008;90:839–43.
4. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 1999;72:207–15.
5. Ross R, Lindheim SR, Olive DL, Pritts EA. Cornual gestation: a systematic literature review and two case reports of a novel treatment regimen. *J Minim Invasive Gynecol.* 2006;13:74–8.
6. Jermy K, Thomas J, Doo A, Bourne T. The conservative management of interstitial pregnancy. *BJOG.* 2004;111:1283–8.
7. Eun DS, Choi YS, Choi J, Shin KS, Choi JH, Park HD. Laparoscopic cornuotomy using a temporary tourniquet suture and diluted vasopressin injection in interstitial pregnancy. *Fertil Steril.* 2008;2.
8. Ko ML, Jeng CJ, Chou CS, She BC, Chen SC, Tzeng CR. Laparoscopic electrodesiccation of an interstitial pregnancy. *Fertil Steril.* 2007;88:705.e19–20.