

MANEJO CONSERVADOR DEL EMBARAZO ECTOPICO CORNUAL.

PRESENTACION DE UN CASO

Autor: Dr. Christian Unda R.

Co Autor: Dr. Jaime Peñafiel G.

Resumen: Se presenta el caso clínico de un embarazo Cornual derecho, diagnosticado por ecografía transvaginal, se realizó una laparotomía con cuernostomía, extracción del saco más embrión y sutura con puntos continuos, se discute su cuadro clínico y tratamiento.

Palabras claves: Embarazo Cornual

Summary: The clinical case of right a Cornual pregnancy appears, diagnosed by transvaginal ultrasonography, in which a laparotomía with cuernostomía is made, extraction of the coat more embryo and suture with continued points, discusses its clinical picture and treatment.

Key words: Cornual pregnancy

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la implantación del blastocisto en cualquier lugar fuera de la cavidad endometrial, su causa principal es una lesión en la luz del oviducto debida a la destrucción del epitelio y la formación de microadherencias.

Entre los factores predisponentes constan 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 del dispositivo intrauterino.

Su localización más frecuente es la tubaria, 96 a 99% de los casos; más de 60% se localiza en la ampolla, seguida por la zona ístmica (25%) y la intersticial o cornual (2%).

El embarazo cornual, es un padecimiento obstétrico raro pero de localización peligrosa. El blastocisto se implanta dentro del segmento de la trompa que penetra en la pared uterina o entre el ostium tubario y la porción proximal del segmento ístmico. La estructura de esta región permite alojar al embarazo hasta etapas avanzadas (octava y décima semana), la hemorragia suele ser catastrófica por lo cercano de las arterias uterinas.

CASO CLÍNICO

Una paciente de 22 años que acudió al servicio de urgencias del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, presentar dolor pélvico de moderada intensidad de 4hs de evolución. El interrogatorio dirigido dio como datos relevantes: 2 partos por cesárea y un aborto; amenorrea de 11 semanas. La exploración física evidenció palidez generalizada signos sugestivos de irritación peritoneal, el examen ultrasonográfico sugirió probable líquido libre en fondo de saco de Douglas, hacia el lado derecho del útero se observa un saco gestacional con embrión vivo de aproximadamente de 11,6 semanas, con presunción diagnóstica de embarazo en un cuerno de útero bicorne. Se sometió a laparotomía exploradora con diagnóstico provisional de embarazo ectópico roto, que se confirmó en el cuerno derecho con hemoperitoneo de 4000 cc. Se realizó resección del cuerno izquierdo, sutura y hemostasia con sutura crómica; se lavó la cavidad abdominal, y se cerró por planos hasta la piel. Se dio de alta por mejoría a los 5 días después de la operación.

TÉCNICA QUIRÚRGICA Y HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS

Se procede, a la infiltración del miometrio adyacente al cuerno con adrenalina o vasopresina, posterior a esto se realiza incisión longitudinal de 3 cm. en cuerno derecho, a través del miometrio, hasta llegar al saco gestacional, removiéndose fácilmente el tejido trofoblástico con pinza de agarre, procediéndose posteriormente a la irrigación y aspiración con suero fisiológico. Se procede a la colocación de puntos continuos con catgut cromico 0.

DIAGNOSTICO

La manifestación clínica puede ir desde la forma asintomática hasta el cuadro de shock hemorrágico de hemorragia, y debe pensarse en este diagnóstico en mujeres en edad fértil, amenorrea, dolor pélvico y metrorragias. El dolor abdominal es el síntoma que predomina (88.7%), pudiendo presentar sangrado transvaginal y amenorrea.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

El examen físico y los estudios complementarios como cuantificación de la BHCG y biometría hemática son muy útiles para el diagnóstico.

La ultrasonografía es uno de los métodos más oportunos en especial la transvaginal tiene gran especificidad y establece el diagnóstico hasta en un 90% de los casos. Existen tres criterios sonográficos para el diagnóstico de embarazo cornual: a) cavidad uterina vacía; b) saco coriónico a una distancia de por lo menos 1 cm. del borde más lateral de la cavidad uterina, y c) lecho miometrial delgado alrededor del saco coriónico

Una de las técnicas auxiliares más conocidas es la culdocentesis, que permite encontrar sangre no coagulada en el saco de Douglas.

TRATAMIENTO

El manejo tradicional del embarazo cornual ha sido la resección cornual (salpingectomía) y/o histerectomía (de acuerdo a la extensión en la pared uterina) por laparotomía, pero gracias a los métodos de diagnóstico y al avance de la cirugía laparoscópica, se ha logrado realizar diagnósticos precoces, lo que ha permitido manejar los casos de forma conservadora.

CONCLUSIÓN

La ecografía permite llegar a un diagnóstico precoz que permite un manejo conservador con cornuostomía.

El embarazo ectópico cornual por su ubicación, entre el óstium y la porción ístmica de la trompa, tiene mayor masa muscular, con gran irrigación sanguínea proveniente de las ramas de las arterias uterina y ovárica, lo que conlleva a hemorragias catastróficas cuando este se accidenta.

La cuernostomía a diferencia de la resección cornual, es una cirugía menos agresiva, más conservadora, presenta menor volumen de sangrado, pero se debe realizar en pacientes que tengan un aumento del volumen cornual menor a 4 cm. de diámetro, con esta técnica la probabilidad de rotura uterina es significativamente menor.

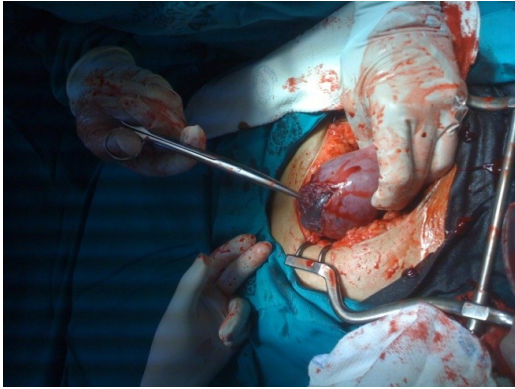


FIG.1 INCISION SOBRE EL CUERNO UTERINO

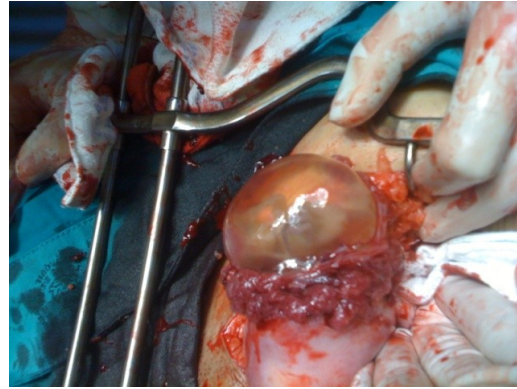


FIG.2 DISECCION DEL SACO GESTACIONAL



FIG.3. CUERNOSTOMIA

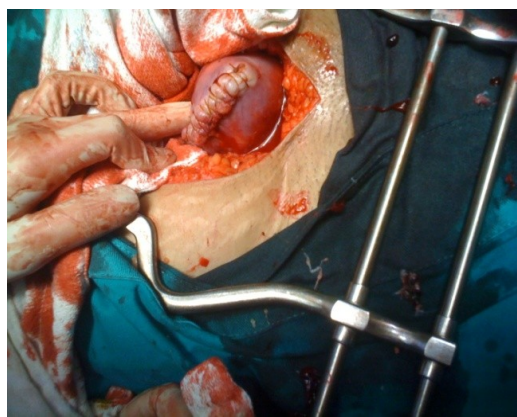


FIG 4. RAFIA DE CUERNO DERECHO

Bibliografía

1. Arun J, Solima E, Luciano A: Embarazo ectópico. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1997; 4(4).
2. Clinical gynecology endocrinology and infertility. Speroff. Capítulo 32.
3. Cenicerós 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.
4. Vorhies RW, Waswick WA, Delmore JE, Dort JM, et al. Blunt abdominal trauma with ruptured 16-week cornual ectopic pregnancy. Am Surg 2004;70(6):559-60.
5. Dubuisson JB, Aubriot FX, Cardone V. Laparoscopic salpingectomy for tubal pregnancy. Fertil and steril 1987;47:89 225-8.
6. Feichtinger W, Kemeter P. Conservative treatment of ectopic pregnancy by transvaginal aspiration under sonographic control and methotrexate injection. Lancet 1987;i:381-2.

7. Gordon AG, Lewis BV, Decherney AH. Atlas of Gynecologic endoscopy 2nd edn ? Mosby-Wolfe. 1995:98- 106. 10.Ahmed A, Lumb M, Williamson J: Laparoscopic ultrasonography in the management of ectopic pregnancy: is there a possible role. Gynecol Endosc 2000; 9: 305-8.
 8. Lau S, Tulandi T: Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. Fertil Steril 2000; 73(5): 1063-4.
-

<http://www.ginecoguayas.com>