REPORTE DE CASO

EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL

Dra. Melissa Elieth Ordoñez Vásquez[1], Karla Iveth, Henriquez-Marquez[2] Luis Eduardo Aguilar Argeñal[2], Mitchel Borja[2]

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico cornual o intersticial es el resultado de la implantación del saco gestacional en el cuerno uterino, en la porción intersticial de la trompa de Falopio, adyacente al ligamento redondo.[1] es uno de los tipos de embarazos ectópicos que amenaza la vida de la madre. [2,3] Con una incidencia es de 1 por cada 2.500–5.000 recién nacidos vivos,[1] correspondiente al 1 a 4% de todos los embarazos ectópicos. La tasa de mortalidad se ha informado a ser hasta 2% [1,2,4,5] y tiene una tasa de mortalidad que es 6.7 veces mayor que la de los embarazos ectópicos en general [2 EEC-K]

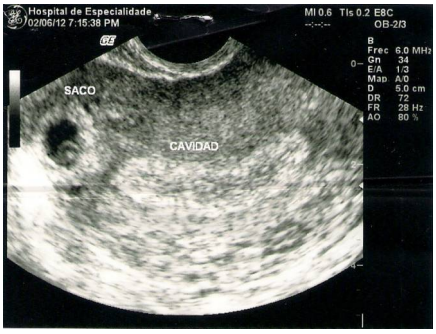
El diagnóstico y el tratamiento del embarazo intersticial temprano y rápido es importante para prevenir las complicaciones hemorrágicas catastróficas. [1EEC-K.] Según la experiencia de algunos autores la ruptura típica de estos embarazos ectópicos dentro del miometrio por lo general ocurre después de 9 semanas y tan tarde como 20 semanas. [6EEC-K]

El tratamiento que tradicionalmente se ha descrito para el embarazo intersticial es la laparotomía, la histerectomía y la resección cornual, que es asociado con altas tasas de complicaciones y aumento de la morbilidad.[4] En los embarazos avanzados con altos niveles de hCG, la terapia con metotrexato sistémico es generalmente ineficaz.[6]

REPORTE DE CASO

Se trata de paciente femenina de 36 años con historia ginecobstetrica G: 2 A: 1, Quien acude a emergencia con historia de leve dolor pélvico y con prueba de embarazo positiva, con 7.2 semanas de amenorrea quien al realizar ultrasonido se encuentra: cavidad de útero sin imagen de embrión decidua 1.7cm hacia cuerno derecho imagen de saco con embrión vivo de 0.27cm. **Impresión diagnostica**: Embarazo de 5.1 semanas Cornual.

Se ingresa para manejo conservador con metotrexate y leucovorin,



Una semana después se realizó nuevo ultrasonido control para v y reporto: saco gestacional en cuerno derecho vivo que mide 0.55cm paciente se mantuvo estable sin signos de irritación peritoneal, sin sangrado, con fracción beta de HGC aumentada. A pesar de tratamiento no había mejoría, sin embargo en vista de que paciente continuaba estable se decidió dar siguiente dosis de metrotexate y ver evolución en 3 dias. En siguiente ultrasonido se reporta: cavidad uterina vacía con aumento del grosor a nivel del cuerno derecho saco gestacional 1.6x1.4cm presencia de saco vitelino bien formado. Embarazo cornual 6.4 sem con embrión vivo.

[1.] *Profesor titular II, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.*

[2.] *Estudiantes de Medicina, Miembros Asociación Científica de Estudiantes de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (ASOCEM-UNAH)*

Por lo anterior y por los riesgos de ruptura se decide intervenir quirúrgicamente y realizar cuernostomia

CONCLUSIÓN

A pesar de la incidencia de embarazo ectópico (1–2% de las gestaciones) y de sus localizaciones atípicas, no hay protocolos de actuación ante el EEC y hay pocas publicaciones que permitan establecer claras opciones de tratamiento[1] dificultando aun más el manejo, imposibilitando la comparación con otros resultados para ofrecer mejores opciones terapéuticas.

La resección laparoscópica de cornua es un tratamiento alternativo. La dosis única o múltiples dosis de terapia con metotrexato también ha sido reportando con éxito; aunque altas tasas de fracaso se han comunicado. Situación ante la cual se debe evaluar el riesgo beneficio ofrecido y optar por una de estas opciones, disminuyendo de esta forma la morbi-mortalidad materna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luengo-Tabernero A, Zornoza-García V, Luengo-Harto S, Lajas-Susañ J.A. Embarazo ectópico cornual. Tratamiento eficaz con dosis única de metotrexato. Clin Invest Gin Obst. 2009;36(5):190–192.
2. Oral S, Kemal Akpak Y, Karaca N, Babacan A, Savan K. Cornual Heterotopic Pregnancy after Bilateral Salpingectomy and Uterine Septum Resection Resulting in Term Delivery of a Healthy Infant. Case Report. Case Reports in Obstetrics and Gynecology vol. 2014, Article ID 157030, 3 pages.
3. Maruthini D, Sharma V. A Case of Live Birth after Uterine Reconstruction for Recurrent Cornual Ectopic Pregnancy following IVF Treatment. Case Report. Case Reports in Obstetrics and Gynecology vol. 2013, Article ID 625261, 6 pages.
4. Singh N, Tripathi R, Mala Y.M, Batra A. Diagnostic Dilemma in Cornual Pregnancy- 3D Ultrasonography may Aid!!. Case Report. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015 Jan, Vol-9(1): QD12-QD13
5. Al-Kharusi L, Gowri V, Al-Sukaiti R, Al-Ghafri W, Rao K. Submyomatous Cornual Pregnancy Managed surgically after failed medical management. Case Report. SQU Med J, August 2011, Vol. 11, Iss. 3, PP. 339-402, Epub. Submitted 19 Jan 11.
6. Walid M. S, Heaton L. R. Diagnosis and laparoscopic treatment of cornual ectopic pregnancy. Case Report. GMS German Medical Science 2010, Vol. 8, ISSN 1612-3174.