

PRESENTACIÓN DE CASO

Embarazo ectópico cornual en paciente con anemia drepanocítica Cornual pregnancy in a patient suffering from sickle cell anemia

Dra. Onilda Labrada Silva*, Dra. Yamila del Carmen Castellanos Fernández**, Dr. Jorge Luis Hernández Alfonso***

*Especialista de Primer Grado en Imagenología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Asistente. **Especialista de Primer Grado en Imagenología. ***Residente de Primer año de Medicina Interna. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dra. Onilda Labrada Silva, correo electrónico: onilda@ltu.sld.cu.

Recibido: 12 de septiembre de 2015

Aprobado: 7 de octubre de 2015

RESUMEN

El embarazo ectópico constituye una entidad patológica de gran incidencia en la actualidad, potenciada entre otras causas por el inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales. El embarazo cornual se debe a la implantación del blastocisto dentro del segmento de la trompa que penetra en la pared del útero o entre el ostium tubario y la porción proximal del segmento ístmico. Se presenta un caso de embarazo ectópico cornual, donde la ultrasonografía jugó un papel preponderante en su diagnóstico, ya que se trataba de una paciente con anemia drepanocítica, donde clínicamente no se podía descartar como causa de dolor abdominal una crisis vasooclusiva. Se realiza histerectomía parcial del cuerno derecho. La paciente evoluciona satisfactoriamente.

Palabras clave: EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL O INTERSTICIAL; ANEMIA DREPANOCÍTICA; ULTRASONOGRAFÍA.

Descriptor: EMBARAZO ECTÓPICO; EMBARAZO CORNUAL; EMBARAZO INTERSTICIAL; ANEMIA; ULTRASONOGRAFÍA.

SUMMARY

Nowadays, ectopic pregnancy is a pathological entity of great incidence, which is increased, among other things, by each time earlier sexual relations. Cornual pregnancy is as a result of the implantation of the blastocyst within the segment of the fallopian tube that goes into the uterus wall or between the tubal ostium and the proximal portion of the isthmus. This is a case of a cornual pregnancy in which the use of ultrasonography played an essential role for its diagnosis, since it is about a patient suffering from sickle cell anemia, where it was not possible to clinically eliminate the possibility of an occlusive vessel crisis as the cause of abdominal pain. Subtotal hysterectomy of the right tube was performed. The patient's evolution is satisfactory.

Key words: CORNUAL O INTERSTITIAL ECTOPIC PREGNANCY; DREPANOCYTIC ANEMIA; ULTRASONOGRAPHY.

Descriptors: PREGNANCY, ECTOPIC; PREGNANCY, CORNUAL; PREGNANCY, INTERSTITIAL; ANEMIA; ULTRASONOGRAPHY.

INTRODUCCIÓN

Se define embarazo ectópico como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial. Se describe como principal causa, desde el punto de

vista fisiopatológico, la lesión de la luz del oviducto, debido a la destrucción del epitelio y la formación de microadherencias. Dentro de las principales causas de embarazo ectópico se puede encontrar a la

Citar como: Labrada Silva O, Castellanos Fernández Yd, Hernández Alfonso JL. Embarazo ectópico cornual en paciente con anemia drepanocítica. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2015; 40(11). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/362>.



salpingitis, infecciones de transmisión sexual, cirugías abdomino-pélvicas, embarazos ectópicos previos y tabaquismo, entre otras. (1, 2)

Esta entidad patológica tiene una incidencia de 20 por cada 1000 embarazos, aunque se ha venido observando un aumento, debido al inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales y junto a ello de la enfermedad inflamatoria pélvica. (1) Las localizaciones ectópicas más frecuentes son en el conducto tubárico (96-99 %), ampolla (aproximadamente 60 %), istmo (25 %) e intersticial o cornual (1,1-6,3 %), produciendo este último una mortalidad materna de hasta el 2,2 %. (1, 2, 3) En las últimas tres décadas el aumento del uso de las técnicas de reproducción asistida ha generado un aumento, paralelo de la incidencia de embarazo ectópico de 1,3 a 4,5 %. (4)

El embarazo intersticial o cornual se debe a la implantación del blastocisto dentro del segmento de la trompa, que penetra en la pared del útero o entre el ostium tubario y la porción proximal del segmento ístmico. Dicha zona mide aproximadamente un centímetro de longitud, permitiendo que el embarazo se aloje adecuadamente, produciéndose por lo general una ruptura tardía (entre la octava y décima semanas), causando una hemorragia, que puede resultar mortal por la proximidad de las arterias uterinas en su rama ascendente. (1)

El objetivo de esta presentación es mostrar el caso de una paciente con sickleimia, con un embarazo ectópico cornual, donde la ultrasonografía abdominal jugó un papel preponderante en el proceso de diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 21 años de edad, con antecedentes de anemia drepanocítica

IMAGEN 1. Embarazo ectópico, cuerno derecho



(sickleimia), la cual acude a cuerpo de guardia por dolor abdominal, de tres días de evolución en hemiabdomen inferior, principalmente en la fosa ilíaca derecha, de características poco precisas y acompañado de vómitos escasos, precedidos de náuseas. Se ingresa por presentar el dolor abdominal.

Antecedentes ginecobstétricos de interés: menarquia a los 11 años de edad, inicio de la vida sexual activa a los 15 años de edad. Retraso menstrual en esos momentos de aproximadamente un mes.

Datos de interés al examen físico

Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones/minuto.

Frecuencia cardiaca: 81 latidos/minuto. Tensión arterial: 120/70 mmHg.

Abdomen: plano, blando, doloroso a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior, principalmente en fosa ilíaca derecha. Ruidos hidroaéreos: presentes y normales.

Examen ginecológico: tacto vaginal ligeramente doloroso hacia el anejo derecho, no aumento de volumen detectable.

Estudios complementarios

1. Hemograma completo: hemoglobina: 80g/L, conteo global de leucocitos 10,2x10⁹/L, conteo de plaquetas 260x10⁹/L.

2. Ultrasonido endovaginal: útero aumentado de tamaño, que mide 45x35x60 mm, grávido, con tiempo de gestación de 5 a 6 semanas y saco gestacional ubicado ectópico en cuerno derecho, de 20x18 mm, sin estructura embrionaria en su interior; cavidad endometrial normal, miometrio homogéneo. Ovarios sin alteraciones. No líquido libre en cavidad constatable por este estudio.

3. Laparoscopia: útero aumentado de tamaño, con red vascular fina en la superficie, que recuerda útero grávido. Ovario derecho que mide 8 cm de color blanquecino y ovario izquierdo mide 10 cm, ligera cantidad de líquido en fondo de saco de Douglas. Conclusión: útero grávido.

4. Test de embarazo por orina: positivo.

Pese a que el diagnóstico ultrasonográfico resultó ser embarazo ectópico cornual, debido a los antecedentes de la paciente de anemia de células falciformes, se decidió realizar laparoscopia, la cual informó útero grávido. El test de embarazo por orina resultó positivo, reforzando este diagnóstico. Ante estos hallazgos se decide realizar laparotomía exploradora, informándose embarazo cornual derecho, tratándose con histerectomía parcial del cuerno derecho.

DISCUSIÓN

Resumen sindrómico: al no existir elementos para plantear un síndrome que aglutine todos los síntomas, se discutirá el dolor abdominal como síntoma capital.

Diagnóstico diferencial: en este caso, donde el dolor abdominal es el síntoma que domina el cuadro clínico, se debe realizar el diagnóstico diferencial con apendicitis aguda, quiste de ovario torcido, enfermedad inflamatoria pélvica, entre otras entidades que generen abdomen agudo. (2) En este caso, debido a que la paciente padecía de una anemia drepanocítica, es fundamental tener en cuenta las complicaciones propias de dicha enfermedad, principalmente la crisis vasoclusiva abdominal.

Se debe tener en cuenta que las apendicitis agudas tienen los síntomas parecidos. En este caso, el dolor abdominal era principalmente en fosa ilíaca derecha, la paciente no presentó dolor epigástrico con posterior ubicación en fosa ilíaca derecha, no presentó fiebre ni taquicardia. Las pacientes que presentan quiste de ovario torcido aquejan dolor de comienzo súbito, ubicado en la zona correspondiente al ovario afectado, aumentando a la descompresión del abdomen en dicha zona; pueden referir el antecedente de quiste de ovario o desconocerlo. La enfermedad inflamatoria pélvica cursa, por lo general, con fiebre elevada, dolor en hemiabdomen inferior, dispareunia, dolor a la movilización de los anejos en el tacto vaginal. Las crisis vasoclusivas dolorosas son complicaciones propias del paciente con anemia de células falciformes, junto con la

anemia aplástica y las crisis de secuestro. En el caso de las crisis vasoclusivas abdominales (hepáticas, renales, entre otras) se caracterizan por dolor abdominal intenso, el cual puede llegar a ser difuso. (2, 5)

Diagnóstico nosológico: en este caso se obtuvo por medio de la ecografía endovaginal. El embarazo ectópico puede tener un comportamiento que va desde asintomático, hasta un cuadro catastrófico de hemorragia interna con choque hipovolémico. Debe pensarse en esta entidad ante una mujer en edad fértil con retraso menstrual, dolor pélvico, el cual puede acompañarse de hemorragia transvaginal escasa o no. El dolor abdominal es el síntoma que más se recoge en la literatura (88,7 %), seguido del retraso menstrual (72,5 %) y el sangrado transvaginal (70 %). (6, 7)

Conducta investigativa

Ultrasonido transvaginal: puede observarse el llamado "signo de la línea intersticial", el cual se produce cuando el embarazo está situado en la zona intersticial, registrándose en la ecografía como un saco gestacional que interrumpe la llamada línea intersticial, que corresponde a la unión del endometrio decidualizado con la mucosa tubárica. (8) Varios autores coinciden en los siguientes criterios ultrasonográficos: cavidad uterina vacía; saco gestacional localizado lateral o excéntrico en relación a la cavidad uterina (distancia de por lo menos 1 cm del borde más lateral) y lecho miometrial delgado, asimétrico o incompleto, alrededor del saco coriónico. (9, 10)

En algunos casos debe plantearse el diagnóstico diferencial ecográfico de dos cavidades uterinas y hay que diferenciar entre el útero septado, didelfo o bicornual con o sin cuernos comunicantes. (9)

Otros medios diagnósticos incluyen: la determinación de la gonadotropina coriónica humana en suero o en orina y la laparoscopia. (10)

Conducta terapéutica

En los estudios realizados no se encontró consenso para el tratamiento más adecuado en este tipo de embarazo ectópico. Puede ser quirúrgico, no quirúrgico o mixto. Dentro de los quirúrgicos están: resección del cuerno por laparotomía o laparoscopia, cuernostomía con legrado cornual, incisión miometrial con aspiración del trofoblasto y la evacuación guiada por histeroscopia. Dentro de los tratamientos combinados se encuentra la inyección intrasacular de metotrexato o de cloruro de sodio, guiado por histeroscopia y/o ultrasonido. (8, 9, 10)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Velázquez Arjona, S.R, Corrales Campo, M, Macias Navarro, M.M. Embarazo ectópico cornual en el tercer trimestre. MEDISAN [revista en internet]. 2011 [citado 26 de octubre 2015]; 15(5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_5_11/san17511.pdf.

2. Delgado Nuñez KM, Delgadillo Céspedes M, Pardo Novak A, Roque Orihuela E. Embarazo ectópico cornual: reporte de un caso. *Revista Científica Ciencia Médica* [revista en internet]. 2012 [citado 26 de octubre 2015]; 15(1): 33-36. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-74332012000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
3. Flores Acosta CC, Barboza Quintana O, Vidal Gutiérrez O, Morales Martínez F. Embarazo ectópico molar cornual. Caso clínico. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [revista en internet]. 2010 [citado 26 de octubre 2015]; 75(2): 133-136. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S071775262010000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
4. Espitia De La Hoz F, Osorio Chica GE, Orozco Santiago L. Embarazo ectópico cornual. Reporte de tres casos. *Arch Med (Manizales)* [revista en internet]. 2014 [citado 26 de octubre 2015]; 14(2): 297-3. Disponible en: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/300/794>.
5. Svarch E, Marcheco-Teruel B, Machín-García S, Menéndez-Veitía A, Nordet-Carrera I, Arencibia-Núñez A, et al. La drepanocitosis en Cuba. Estudio en niños: Study in children. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [revista en internet]. 2011 [citado 26 de octubre 2015]; 27(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892011000100005&lng=es.
6. Ramírez Arreola L, Nieto Galicia LA, Escobar Valencia A, Cerón Saldaña MA. Embarazo ectópico cornual. Comunicación de un caso y revisión retrospectiva de cinco años. *Ginecol Obstet Mex* [revista en internet]. 2007 [citado 26 de octubre 2015]; 75: 219-23. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom074h.pdf>.
7. Rodríguez Morales Y, Altunaga Palacio M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en internet]. 2010, Mar [citado 26 de octubre 2015]; 36(1): 36-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100006&lng=es.
8. Paolo Ricci A, José Luis Troncoso J, Guillermo Avilés L, Raimundo Avilés D. Embarazo ectópico: tratamiento médico con dosis única de metrotexato. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [revista en internet]. 2013 [citado 26 de octubre 2015]; 78(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0717-75262013000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
9. Fabiola Gallegos, G, Carolina Pavéz, O, Marcelo Jara, M, Cristián Jesam, G, Juan Carlos Montero, C, Juan Carlos Bustos V. Embarazo ectópico intersticial complicado: urgencia ginecológica. *Revista chilena de ginecología y obstetricia* [revista en internet]. 2005 [citado 26 de octubre 2015]; 70(6): 414-417. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000600012.
10. Carazo Hernández, B, Rojas Pérez-Ezquerria, B, Sanz López, A, Garcés Valenzuela, M. Rotura uterina de un embarazo cornual: una urgencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex* [revista en internet]. 2012 [citado 26 de octubre 2015]; 80(7): 491-494. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom127i.pdf>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.