



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Tang, Luis Eduardo; Krentel, Harald; Kong-Wong, Verónica Paola
Embarazo cornual después de salpingectomía: reporte de un caso inusual
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 57, núm. 4, 2011, pp. 273-276
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428202010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



CASO CLÍNICO CASE REPORT

EMBARAZO CORNUAL DESPUÉS DE SALPINGECTOMÍA: REPORTE DE UN CASO INUSUAL

Resumen

El embarazo ectópico es una patología frecuente de encontrar para el ginecoobstetra, siendo posible que dicho embarazo tenga una diversidad de lugares de desarrollo extrauterino, algunas de ellas ni sospechadas. Se presenta un caso de embarazo ectópico cornual (muñón) con ausencia de trompa, debido a salpingectomía un año antes por otro ectópico y evidencia de ovulación por el ovario contralateral (presencia de cuerpo lúteo), incluyendo la trompa de este lado intacta, que lo convierte en un embarazo abdominal. Se realizó la resección del trofoblasto por laparoscopia, corroborando la patología el diagnóstico de embarazo ectópico. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Palabras clave: Embarazo ectópico abdominal, embarazo cornual, salpingectomía, trofoblasto.

Cornual pregnancy post salpingectomy: report of an unusual case

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is a pathology often encountered in the gynecologist practice. It is possible to have diverse extra-uterine implantation sites, some of them unsuspected. A case of cornual (stump) ectopic pregnancy with absent tube due to salpingectomy performed a year earlier for ectopic pregnancy and evidence of ovulation from the contra-lateral ovary (evidence of corpus luteum) and tube intact, corresponding to abdominal pregnancy, is presented. Resection of trophoblast was performed by laparoscopy, thus corroborating the anatomic and pathologic diagnosis of ectopic pregnancy. Postoperative outcome was satisfactory.

Key words: Abdominal ectopic pregnancy, corneal pregnancy, salpingectomy, trophoblast.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico abdominal primario es aquel que se implanta directamente sobre una superficie peritoneal, mientras que el secundario es consecuencia de la rotura de un embarazo tubárico y su consecuente implantación en la cavidad, correspondiendo a los abdominales solo a 1 o 2% del total de embarazos ectópicos⁽¹⁾, siendo posible su ubicación en una diversidad de sitios, a veces no sospechados, lo cual hace muy difícil su diagnóstico y las potenciales complicaciones por la demora en el tratamiento. Este trabajo muestra uno de estos sitios inusuales de ubicación de una gestación extrauterina.

**LUIS EDUARDO TANG¹, HARALD KRENTEL²,
VERÓNICA PAOLA KONG-WONG³**

1 Médico ginecoobstetra, Clínica Santa Isabel

2 Médico ginecoobstetra, Clínica Santa Isabel y Centro de Endoscopia Ginecológica Peruano Alemán

3 Médico residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad Peruana San Martín de Porres

Financiamiento: Recursos propios

Conflictos de interés: Ninguno

Artículo presentado el 28 de setiembre de 2011 y aceptado para publicación el 16 de octubre de 2011.

Correspondencia:

Dr. Luis Eduardo Tang Ploog
Av. Guardia Civil 135, San Borja, Lima 41, Perú

Teléfonos: 475 1347 – 475 7777, Anexo 504

Correo electrónico:

ltang@clinicasantaisabel.com

Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57: 273-276

CASO CLÍNICO

Paciente MPD, de 34 años, siendo la actual la cuarta gestación: la primera en el año 2001 con legrado por gestación no evolutiva, la segunda una cesárea segmentaria en el año 2003 por macrosomía fetal y la tercera en el año 2010 con una sal-

pingectomía total izquierda por un embarazo ectópico tubárico roto. Como antecedentes, apendicectomía laparoscópica en el año 2004. Refiere fecha de última regla el 05/04/2011 y se realiza una subunidad beta el 06/05/2011: 25 mUI/mL. Se solicita repetir la prueba a los 4 días (10/05/2011), siendo el resultado 108 mUI/mL. El 20/05/2011 presenta súbitamente un dolor abdominal intenso, por lo que llega a emergencia con signos de abdomen agudo quirúrgico. Se realiza ecografía, encontrándose líquido libre, aproximadamente 300 mL, con cuerpo lúteo en ovario derecho, sin poder visualizar hallazgos patológicos en la misma trompa. Se solicitó beta-hCG de control, con un resultado de 56 750 mUI/mL.

Figura 1. Trompa y ovario derecho normales. Se aprecia lecho cruento en región cornual izquierda.



Figura 2. Embarazo ectópico cornual izquierdo (salpingectomía previa).



Se decidió realizar laparoscopia de emergencia, encontrándose hemoperitoneo de aproximadamente 500 mL, entre sangre y coágulos. El cuerpo lúteo se halló en el ovario derecho, siendo la trompa del mismo lado normal (figura 1). El ovario izquierdo también presentaba aspecto normal. En la búsqueda del embarazo ectópico, se encontró una masa hemática con áreas de aspecto trofoblástico sobre el cuerno izquierdo, como se ve en la figura 2 (trompa ausente por salpingectomía previa), que correspondía a la zona de implantación. Se procedió a remoción del tejido con hidrodissección y coagulación bipolar, encontrándose un pequeño muñón de 0,5 centímetros (figura 3), correspondiente al segmento proximal de la trompa extirpada un año antes. Se procedió finalmente la cromotubación, no habiendo pase del contraste por el referido muñón. El resultado de anatomía patológica fue compatible con embarazo ectópico, siendo la evolución postoperatoria de la paciente satisfactoria, con alta hospitalaria luego de 24 horas.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico sigue siendo una patología con alta morbimortalidad en obstetricia, con tasas que van entre 1 y 3% del total de gestaciones ^(2,3).

Los embarazos de ubicación desconocidas son una preocupación para el ginecoobstetra que encuentra una prueba positiva y no visualiza por ecografía una gestación intrauterina. Cerca de 70% de los embarazos extrauterinos presenta disminución o un aumento lento en los niveles de hCG, incluyendo incremento anormal de la subunidad beta en 15% de los embarazos normales. Con el paso de los días, se puede ver la desaparición de una gestación, la aparición de un embarazo normal o de un embarazo ectópico ⁽⁴⁾.

Entre 90 y 95% de los ectópicos corresponden a embarazos tubáricos ^(3,5,6), siendo la tasa de embarazos de implantación peritoneal o abdominal 1% del total de los ectópicos ^(1,3,7), pudiendo ser primarios o secundarios. Su presencia se asocia a condiciones médicas como enfermedad inflamatoria pélvica, uso de progestágenos, uso de dispositivos intrauterinos, endometriosis, posligadura tubárica, inducción de ovulación o fertilización in vitro y otras. Hasta un tercio de los cigotos ectópicos está asociado a alteraciones genéticas ⁽³⁾.

El embarazo abdominal es considerado muchas veces como una secuela de embarazo ectópico ⁽⁵⁾, aunque la definición de embarazo abdominal primario es el de un ectópico de implantación primaria en la superficie peritoneal, excluyendo los casos de implantación secundaria por rotura de un embarazo ectópico tubárico ⁽¹⁾. Studderford ⁽⁸⁾, en el año 1942,



Figura 2. Embarazo ectópico cornual izquierdo (salpinguectomía previa).



estableció los tres requisitos que debe cumplir un embarazo abdominal:

- Las trompas uterinas y los ovarios deben ser normales.
- No evidencia de fístulas útero-placentarias.
- El embarazo debe estar asociado exclusivamente con la superficie peritoneal, sin relación con la fimbria tubárica.

El embarazo abdominal con feto vivo se le considera como una forma muy inusual, y se asocia a una muy tasa alta de morbilidad materna (hemoperitoneo, coagulación intravascular diseminada, anemia grave, embolia pulmonar, fístulas intestinales) y neonatal (prematuridad, sepsis), como describen Ricci ⁽⁷⁾ y Falcón ⁽⁹⁾. Una revisión entre 1937 y 1999 de 26 trabajos encontró 39 casos de embarazo intra-abdominal con feto vivo, 11 de ellos con feto a término ⁽⁷⁾. Se encuentra en la literatura algunas otras presentaciones menos usuales: un caso de una mujer con cesárea histerectomía 12 años atrás y un ectó-

pico abdominal, que se comportó como una tumoración pélvica dolorosa ⁽¹⁰⁾; embarazo ectópico esplénico y cuadro de hemoperitoneo severo y variedades de otros órganos, como el epiplón, hígado, intestino delgado, intestino grueso ⁽¹⁾; e incluso embarazo ectópico cornual molar ^(6, 11), así como 40 casos en la literatura de coexistencia de embarazo ectópico cornual molar y uno intrauterino ⁽⁶⁾.

Existen descripciones de embarazos ectópicos en cicatrices de cesárea previa asociándose a factores de riesgo, como cirugía uterina previa, uso de metotrexato, corto período inter-natal e historia de infecciones uterinas como endometritis ⁽¹²⁾, incluyendo no buen pronóstico en la resolución con metotrexato en los casos recurrentes ⁽¹³⁾, y de un embarazo abdominal recurrente en una paciente con tuberculosis genital como factor condicionante ⁽⁵⁾.

El presente se trata de un caso inusual de implantación abdominal de un embarazo ectópico, ya que la mayoría de casos ocurre en fondo de saco o entre

el resto de vísceras abdominales. Con respecto al incremento inusualmente alto de la subunidad beta, no hay comentarios en la literatura, pudiendo ser el hecho de que no exista cápsula que contenga al tejido, lo que permite una gran proliferación. Se debe tener en cuenta una serie de ubicaciones inusuales en caso de dolor pélvico abdominal con tumoración, incluyendo pacientes histerectomizadas, para solicitar una prueba de descarte de embarazo como rutina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franco O, Olaya N. Embarazo ectópico esplénico: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Col Obstet Ginecol.* 2009;60(1):89-91.
2. Faneite P, Amato R, Faneite J y col. Embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2008;68(3):155-9.
3. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO)/ Protocolos y guías de actuación clínica en Ginecología y Obstetricia 2006: Embarazo Ectópico: Tratamiento Laparoscópico.
4. Sagili H, Mohamed K. Embarazo de ubicación desconocida: un enfoque basado en la evidencia de la administración. *El Obstetra y Ginecólogo.* 2008;10:224-30.
5. Bonfante E, Bolaños R, Simón L, Juárez L, García-Benitez C. El embarazo abdominal, la experiencia institucional. *Ginecol Obstet Mex.* 1998;66:287-9.
6. Flores C, Barboza O, Vidal O, Morales F. Embarazo ectópico cornual molar: caso clínico. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(2):133-6.
7. Ricci P, Peruca E, Cuellar E, Leiva J, Blanch J, Álvarez C, Aceituno R, Arancibia P, Castillo J. Embarazo abdominal complicado del primer



- trimestre. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003;68(3):64-8.
8. Studderford WE. Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1942;44:487.
 9. Falcón AR. Gestación abdominal con feto vivo. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2009;55:281-4.
 10. Brown W, Burrows L, Tood C. Ectopic pregnancy after cesarean hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2002;99(5 Part 2):933-4.
 11. Zite NB, Lipscomb GH, Merrill K. Molar corneal ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2002;99(5 Part 2):891-2.
 12. Holland M, Bienstock J. Recurrent ectopic pregnancy in a cesarean scar. *Obstet Gynecol.* 2008;111(2 Part 2):541-5.
 13. Lipscomb GH, Givens VA, Meyer NL, Bran D. Previous ectopic pregnancy as a predictor of failure of systemic methotrexate therapy. *Fertil Steril.* 2004;81(5):1221-4.