Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2020; 88 (10): 707-712.

Hemorragia obstétrica y rotura uterina por un embarazo intersticial. Reporte de un caso

Obstetric hemorrhage and uterine rupture due to an interstitial pregnancy. Report of a case.

Edgar Allan Villagómez-Mendoza,[1] Anabel Tamayo-Iturbe[2]

Resumen

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico intersticial ocurre en 2.4% de los casos, quizá debido a la rotura uterina, con lo que se incrementa la morbilidad y mortalidad por hemorragia obstétrica. Los factores de riesgo son los mismos que para el embarazo ectópico tubárico. El tratamiento se establece en función del escenario clínico y deseo genésico de la paciente.

CASO CLÍNICO: Paciente de 31 años, que ingresó al servicio de Urgencias por dolor abdominal severo e incapacitante en el hipogastrio, con índice de choque de 1.3 y signos de irritación peritoneal. La ecografía reportó líquido libre en el hueco pélvico y el espacio de Morrison; el saco gestacional extrauterino se encontraba en el anexo izquierdo, el feto sin latido cardiaco, con longitud craneocaudal de 11 semanas de gestación. La laparotomía exploradora evidenció: hemoperitoneo de 2800 cc, rotura uterina en el cuerno derecho, de aproximadamente 8 x 6 cm, visualización del feto e integridad de la bolsa amniótica. Puesto que la paciente manifestó no desear más embarazos se decidió efectuar la histerectomía total abdominal.

CONCLUSIONES: El embarazo ectópico intersticial comparte los mismos factores de riesgo que el embarazo tubárico. Hoy día se dispone de diversos métodos de diagnóstico; sin embargo, la detección oportuna permite implementar el tratamiento conservador a seguir y, así, disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

PALABRAS CLAVE: Embarazo ectópico; útero; rotura uterina; factores de riesgo; bolsa amniótica; laparotomía exploradora; hemoperitoneo; histerectomía total abdominal; tratamiento conservador; morbilidad materna.

Abstract

BACKGROUND: Interstitial ectopic pregnancy occurs in approximately 2.4% of all cases, this tubal portion is located in the proximal segment and shares the muscular portion of the uterus, due to its great myometrial compliance, it facilitates late diagnosis and its clinical presentation is By means of uterine rupture and with it an increase in morbidity and mortality due to obstetric hemorrhage, the risk factors are the same as for tubal ectopic pregnancy, treatment is assessed based on preserving fertility and according to the patient's clinical setting.

CLINICAL CASE: A 31-year-old patient who went to the emergency department for severe and disabling abdominal pain in the hypogastrium, shock index 1.3, with signs of peritoneal irritation, ultrasound was performed, which reported free fluid in the pelvic cavity and Morrison space, extrauterine gestational sac at the level of the left annex, embryo without heartbeat, craniocaudal length of 11 weeks of gestation, exploratory laparotomy was performed, in which hemoperitoneum of 2800 cc was observed, uterine rupture in the right cornual region of approximately 8x6cm, with fetus e integrity of the amniotic sac adjacent to the uterine rupture, the patient reported satisfied parity, and therefore a total abdominal hysterectomy was decided.

CONCLUSIONS: Interstitial ectopic pregnancy shares the same risk factors as tubal pregnancy. Today, we have various diagnostic aids, so the cornerstone is timely

[1] Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.
[2] Ginecoobstetra.
Hospital General Regional Fidel Velázquez Sánchez, Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Recibido: marzo 2020

Aceptado: abril 2020

Correspondencia
Edgar Allan Villagómez Mendoza
allan.villagomez.m@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Villagómez-Mendoza EA, Tamayo-Iturbe A. Hemorragia obstétrica y rotura uterina por un embarazo intersticial. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2020; 88 (10): 707-712.
https://doi.org/10.24245/gom.v88i10.4160

detection, which will allow conservative treatments to decrease maternal morbidity and mortality.

KEYWORDS: Ectopic pregnancy; Uterus; Uterine rupture; Risk factors; Gestacional sac; Exploratory laparotomy; Hemoperitoneum; Total abdominal hysterectomy; conservative treatment; maternal morbidity.

ANTECEDENTES

El embarazo ectópico intersticial ocurre en 2.4% de los casos, la porción tubárica de implantación se ubica en el segmento proximal y comparte la zona muscular del útero, que mide 7 mm de ancho y 10 a 20 mm de largo. El estudio ecográfico suele mostrar intumescencia gestacional, lateral a la inserción del ligamento redondo; debido a su ubicación el diagnóstico se retrasa, en promedio, 4 días respecto de las localizaciones tubáricas. Incluso, por la disposición muscular de la zona cornual puede dilatarse y no provocar síntomas hasta llegar a la semana 16 a 18 del embarazo, con lo que deviene la rotura. Algunos autores lo subdividen en angular cuando se implanta en medio de la inserción del ligamento redondo, e intersticial cuando se ubica a un lado del ligamento y sugieren el término cornual para referirse al embarazo ectópico que se implanta en el cuerno de un útero bicorne. Por desgracia, 20 a 50% de los casos se diagnostican como hallazgo durante algún procedimiento obstétrico de urgencia, relacionado con abdomen agudo por rotura uterina y hemoperitoneo, sobre todo al final del primero y durante el segundo trimestres del embarazo. Esto supone una tasa de mortalidad materna de 2-2.5% y es causa de 20% de la mortalidad por embarazo ectópico.

El embarazo ectópico intersticial acontece cuando el embrión se implanta en el cuerno uterino, junto al ostium interno de la tuba uterina; se caracteriza por intensa vascularización, debido a la cercanía de las arterias uterinas en su rama ascendente y de la arteria ovárica. De acuerdo con la gran distensibilidad del miometrio, facilita la rotura uterina tardía y con ello se incrementa la morbilidad y mortalidad por hemorragia obstétrica. Diversos estudios sugieren que la rotura uterina por embarazo ectópico ocurre en 20-35% de los casos. Los factores de riesgo asociados incluyen: alteración anatómica tubárica por infección (enfermedad pélvica inflamatoria; RR: 1.31), embarazo ectópico previo (RR: 3.04), cirugía tubárica (3-30%), métodos anticonceptivos (T de cobre con 16.4% y micropíldora con progestina 2-5%), esterilización tubárica (según la técnica quirúrgica aplicada, a 5 años el riesgo es de 1.7%), tabaquismo (2-3%), técnicas de reproducción asistida (RR: 1.6) y edad de la madre (incremento exponencial a partir de 15-19 años [12.5%] y 30-39 [25.3%]. Tulandi y su grupo reportaron que el daño de una trompa uterina supone un riesgo de embarazo ectópico previo de 40.6%, salpingectomía ipsilateral 37.5%, fertilización in vitro 34.4%, antecedente de enfermedades de transmisión sexual 25% e inducción de la ovulación 3.1%. La posibilidad de lograr un nuevo embarazo ectópico es de 50%, con recidiva de 15%; en específico, la recidiva para embarazo ectópico intersticial se desconoce.[1,4]

https://doi.org/10.24245/gom.v88i10.4160

CASO CLÍNICO

Paciente de 31 años, que acudió al servicio de Urgencias por dolor abdominal severo e incapacitante en el hipogastrio, de dos semanas de evolución, que se incrementó en intensidad en las últimas 72 horas, acompañado de lipotimias, sin pérdidas transvaginales. Entre sus antecedentes ginecoobstétricos refirió: parto eutócico y cesárea previa, no reciente, sin complicaciones; legrado uterino instrumentado 1 mes previo, practicado en el medio particular, sin contratiempos. A la exploración física se encontraron: tensión arterial 80-44 mmHg, frecuencia cardiaca 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 21 por minuto, temperatura 36 ºC; índice de choque de 1.3 y signos de irritación peritoneal. La ecografía reportó la existencia de líquido libre en el hueco pélvico y el espacio de Morrison; el saco gestacional extrauterino se encontró en el anexo izquierdo; el feto sin latido cardiaco y longitud craneocaudal coincidente con 11 semanas de gestación. La hemoglobina preoperatoria estuvo en 9.5 g/dL. Con esos datos se estableció el diagnóstico de abdomen agudo por embarazo ectópico roto. Se decidió efectuar la laparotomía exploradora donde se observó hemoperitoneo de 2800 cc (**Figura 1**), rotura uterina en la región cornual derecha, de aproximadamente 8 x 6 cm (**Figuras 2**), con feto e integridad de la bolsa amniótica adyacente a la rotura (**Figuras 3**). Con base en esas características se estableció el diagnóstico de rotura uterina por embarazo ectópico cornual y choque hipovolémico grado IV. En virtud de que la paciente refirió paridad satisfecha se decidió la histerectomía total abdominal, llevada a cabo sin complicaciones. Se estimó una pérdida hemática total de 3000 cc; durante el procedimiento quirúrgico se trasfundieron 5 concentrados eritrocitarios y 2 plasmas frescos congelados, sin complicación. Se le colocó un drenaje tipo Penrose en el hueco pélvico, que se retiró a los 2 días por pérdida serohemática escasa. La biometría de control posquirúrgico



Figura 1. Hemoperitoneo.

reportó hemoglobina de 12 g/dL. La paciente ingresó a la unidad de cuidados intensivos para tratamiento de choque hipovolémico, con protocolo de extubación. Permaneció 9 días hospitalizada (4 días en cuidados intensivos), no ameritó reintervención quirúrgica, tuvo evolución favorable, por lo que fue dada de alta del hospital satisfactoriamente.

El reporte histopatológico fue: vellosidades coriales del primer trimestre, localizadas en la serosa del útero, compatibles con embarazo ectópico intersticial.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico cornual tarda más tiempo en romperse, debido a la capacidad de distensibilidad del miometrio, lo que retrasa el diagnóstico y hace que se atienda como urgencia obstétrica. El diagnóstico se establece con la triada clínica, además de la determinación de gonadotropina coriónica humana y la visualización ecográfica del útero vacío, saco gestacional localizado en alguno de los cuernos uterinos, con una capa delgada de músculo liso mayor de

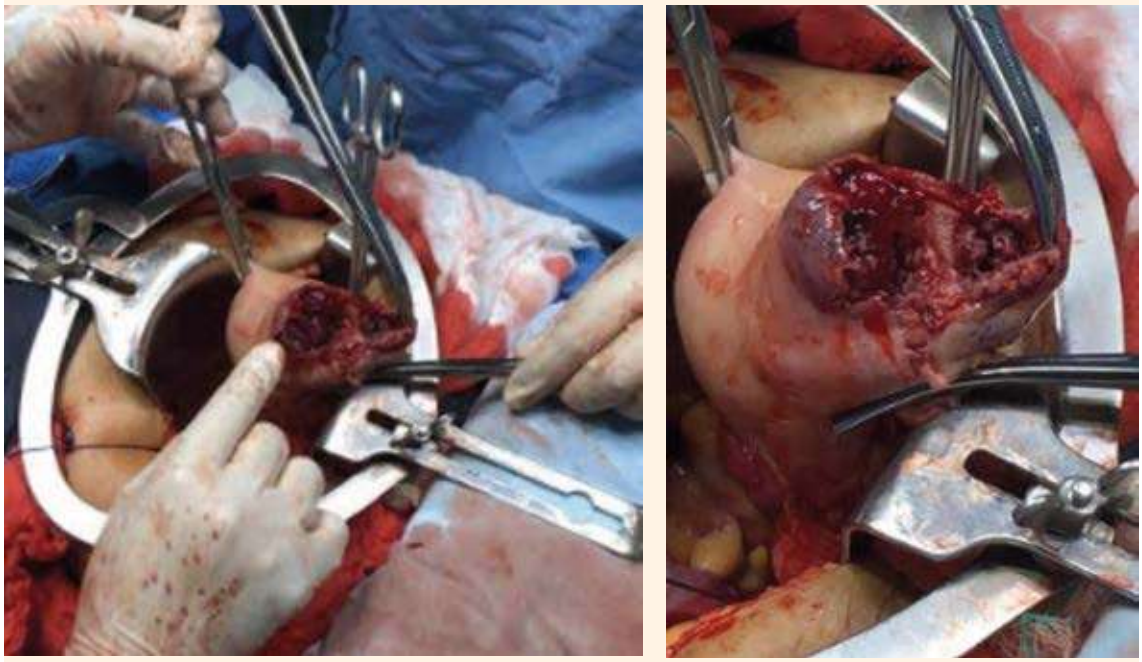


Figura 2. Rotura uterina cornual derecha.



Figura 3. Embarazo ectópico extrauterino con bolsa amniótica íntegra.

https://doi.org/10.24245/gom.v88i10.4160

5 mm, a menos de 1 cm desde el borde lateral de la cavidad uterina o, bien, el signo de la línea intersticial; es decir, una línea ecogénica que bordea el saco gestacional intramural y, además, inestabilidad hemodinámica y abdomen agudo, lo que sugiere la rotura cornual espontánea y el hemoperitoneo.

En 50% de los casos el diagnóstico se establece en el transoperatorio, sin el tratamiento quirúrgico de elección (laparoscopia) ni farmacológico (metotrexato), este último no se encuentra exento de complicaciones, sobre todo rotura subsecuente del cuerno uterino, lo que aumenta la tasa de morbilidad materna. Con base en lo anterior, el tratamiento implica, primeramente, cohibir la hemorragia obstétrica y, según el deseo genésico de la paciente, practicar histerectomía total abdominal o resección cornual. La paciente del caso tuvo antecedente de legrado uterino instrumentado 4 semanas previas, por aparente síndrome de aborto, lo que retrasó el diagnóstico. Debido a esto, es conveniente establecer el diagnóstico oportuno y ofrecer un tratamiento no cruento para disminuir la morbilidad y mortalidad materna. El tratamiento quirúrgico de primera línea es la laparoscopia y la técnica se elige en función del periodo del embarazo y el control de la hemostasia, entre las que destacan: salpingectomía y la resección en cuña.[5,7] Con el advenimiento de la cirugía de mínima invasión se han reportado casos exitosos al respecto. Por ejemplo, Thakur y su grupo reportaron 4 casos intervenidos por laparoscopia, con extracción transcervical por succión y a través del ostium tubárico con desenlaces satisfactorios (no reportaron recidiva).[8] Por su parte, Sanz y sus colaboradores informaron el tratamiento combinado con metotrexato e histeroscopia;[9] incluso puede implementarse la embolización selectiva de las arterias uterinas y metotrexato. Las ventajas de este tipo de tratamientos consisten en la preservación de la fertilidad y disminución de la morbilidad materna; sin embargo, una desventaja importante es la rotura uterina en el embarazo siguiente y la recidiva del embarazo ectópico cornual, que hasta el momento su incidencia es incierta.[10,12] En el caso aquí reportado el diagnóstico se estableció de forma tardía, en el segundo trimestre, por una complicación relacionada con choque hipovolémico por rotura cornual espontánea con hemoperitoneo, lo que provocó dolor abdominal severo y deterioro hemodinámico; se prefirió el tratamiento convencional radical, con histerectomía total abdominal, porque la paciente no deseaba volver a embarazarse.

CONCLUSIONES

El embarazo ectópico intersticial comparte los mismos factores de riesgo que el embarazo tubárico. Hoy día se dispone de diversos métodos de diagnóstico; sin embargo, la detección oportuna permite implementar el tratamiento conservador a seguir y, así, disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

REFERENCIAS

1. Tulandi T, et al. Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic site. 2020. https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-epidemiology-risk-factors-and-anatomic-sites
2. Tuland T, et al. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. 2020. https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis
3. Zaragoza J, et al. Embarazo ectópico cornual, reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Fac Med UNAM 2009; 52 (4): 182-84. www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2009/un094j.pdf
4. Delgado K, et al. Embarazo ectópico cornual: Reporte de un caso. Rev Cient Cienc Med 2012; 15 (1): 33-36. www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v15n1/v15n1_a10.pdf
5. Berlin F, et al. Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol 2019; 84 (1): 55-63. www.scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v84n1/0717-7526-rchog-84--01-0055.pdf
6. Ranjana A, et al. A rare case report of ruptured cornual ectopic pregnancy. Int J Obstet Gynaecol Res 2016; 3 (7): 400-4. www.ijogr.com/2016/a-rare-case-report-of-ruptured-cornual-ectopic-pregnancy/

7. Hernández B, et al. Rotura uterina de un embarazo cornual: una urgencia obstétrica. Ginecol Obstet Mex 2012; 80 (7): 491-94. www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom127i.pdf
8. Thakur Y, et al. Laparoscopic and ultrasound-guided transcervical evacuation of cornual ectopic pregnancy: an alternative approach. J Obstet Gynaecology 2004; 24 (7): 809-10. doi: 10.1080/001443610400009576
9. Sanz L, et al. Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 2002; 99: 941-4. doi. 10.1016/s0029-7844(02)01664-2
10. Sepúlveda J, et al. Embarazo ectópico cornual recurrente: caso clínico y revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol 2015; 80 (6): 503-9. www.scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n6/art11.pdf
11. Rizk B, et al. Challenges in the diagnosis and management of interstitial and cornual ectopic pregnancies. Middle East Fertil Soc J 2013; 18: 235-40. doi: 10.1016/j.mefs.2013.01.004
12. Radwan F, et al. Management of cornual (interstitial) pregnancy. Royal College Obstet Gynaecol 2007; 9: 249-55. doi 10.1576/toag.9.4.249.27355

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. Acta Neurol Belg. 2018;34(7):663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8.
2. Yang M, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. doi: https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015.

https://doi.org/10.24245/gom.v88i10.4160