



I. Concurso de Trabajos de Investigación básica presentados por escrito

CORNUOSTOMIA LAPAROSCOPICA EN EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Dra. Vázquez Jiménez, Norma Sharey⁽¹⁾; Dra Castañeda Díaz, Marisela⁽²⁾; Dr. De la O Pérez, Luis Oswaldo.⁽³⁾

INTRODUCCIÓN. El embarazo ectópico cornual es la implantación del óvulo fecundado en cuerno uterino⁽¹⁾, representa 2-4% de embarazos ectópicos pero con una alta morbi-mortalidad hasta del 2%⁽²⁾. La sintomatología clínica que presentan, es la tríada clásica de amenorrea, sangrado vaginal y dolor abdominal⁽³⁾. El diagnóstico se sospecha con la clínica, β -HGC(+) y ultrasonido. Depende de las características de las pacientes el tratamiento puede ser médico, quirúrgico o médico-quirúrgico. El tratamiento médico comprende la indicación de Metotrexate intramuscular, en cambio el tratamiento quirúrgico se basa en cornuostomía o histerectomía,⁽⁴⁾ ya sea por laparotomía o laparoscopia siendo esta última utilizada por equipos entrenados y pacientes hemodinámicamente estables⁽⁵⁾.

CASO. Paciente 30 años, gesta 2 aborto 1, asintomática, con ultrasonido vaginal que reporta embarazo ectópico cornual (Imagen 1) y Hormona Gonadotropina Corionica Humana fracción-B 60,575mUI/mL. Cuenta con antecedentes de amenorrea de 9.3 semanas de gestación. Se realiza ultrasonido vaginal en su valoración por toco cirugía, Ultrasonido a su ingreso que reporta embarazo cornual izquierdo, embrión con Longitud corona-rabadilla 6 mm= 6.1 semanas de gestación, frecuencia cardiaca fetal presente. (Imagen 2) **Impresión diagnóstica.** Embarazo Ectópico cornual 6.1 semanas de gestación. Ingresa a hospitalización donde se indica tratamiento quirúrgico con preservación de la fertilidad, iniciando con inducción de asistolia embrionaria con 6 mEq de KCL intrasacular guiado por histeroscopia (Imagen 3), posteriormente se realiza ultrasonido que reporta línea endometrial engrosada, cuerno izquierdo imagen heterogénea 12x14mm. Hormona Gonadotropina Corionica Humana fracción-B 72hrs posteriores 55,927mUI/mL. En segundo acto quirúrgico se realiza laparoscopia con cornuoplastia, histeroscopia y aspiración manual endouterina complementario 10 días después, con los siguientes hallazgos relevantes: Útero de 12x10cm, cuerno uterino izquierdo aumentado de volumen, se observa saco gestacional a 5mm de la pared miometrial, se realiza cornuostomía se extrae moderato tejido coriodesidual, sangrado 100cc, sin complicaciones. Finalmente en el seguimiento de la paciente se realizó ultrasonido vaginal y hormona gonadotropina coriónica humana fracción B hasta negativizar.

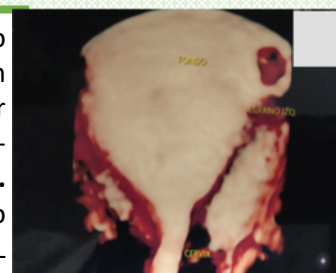


Imagen 1. Ultrasonido 3D con embarazo ectópico cornual izquierdo.



Imagen 2. Ultrasonido vaginal con saco gestacional en cuerno uterino izquierdo con embrión en su interior con LCR de 16.1mm.

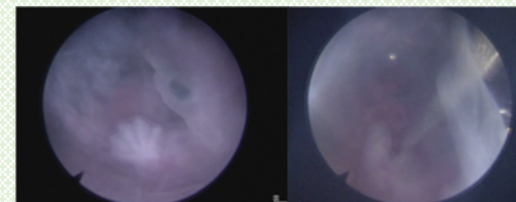


Imagen 3. KCL intrasacular por histeroscopia.

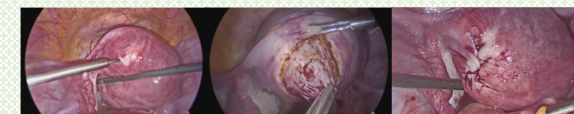


Imagen 4. Cornuostomía laparoscópica.

CONCLUSIONES. El embarazo ectópico cornual tiene los mismos factores de riesgo que el embarazo tubárico. USG y β -HGC permiten diagnóstico temprano, lo que da la oportunidad de realizar tratamiento conservador laparoscópico.

DISCUSIÓN. El embarazo ectópico cornual es infrecuente y representa el 3% de todos los embarazos ectópicos, representando un desafío el diagnóstico así como el tratamiento. El alto riesgo de morbilidad y mortalidad hace fundamental establecer diagnóstico temprano para evitar complicaciones mayores, es así como por este motivo es relevante presentar información y casos clínicos relacionados al mismo. Con respecto al término de embarazo cornual, se hace referencia a la implantación y desarrollo de saco gestacional en la porción latero-superior del útero, en los cuernos. Con respecto a la paciente, al hacer resección del cuerno se verifico que en su interior estuviera presente el saco gestacional. La zona posee una importante masa muscular y gran irrigación sanguínea proveniente de ramas de las arterias uterinas y ovárica. Puede dilatarse asintómicamente hasta llegar a embarazos de 16 a 18 semanas, siendo susceptible a la rotura, que ocurre la mayoría de las veces de forma espontánea, también se ha descrito después del coito o un tacto bimanual. Esta complicación alcanza una frecuencia de 50% (87% después del primer trimestre), con consecuencias catastróficas, ya que el hemoperitoneo puede resultar mortal si el diagnóstico no se hace oportunamente. Al momento no existe tratamiento específico para tratar a pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico cornual, sin embargo existen diferentes opciones de tratamiento tanto médico como quirúrgico.

REFERENCIAS.
(1) Bertin V. F.; Montecinos O. M.; Torres V. P.; Pinto M. P. Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura. REV CHIL OBSTET GINECOL 2019;84(1):55-63.
(2) Neha V. Elahi; Abhinav J. Cornuoleptic pregnancy: laparoscopic management step by step. Varun N, et al. BMI Case Rep 2018.
(3) Monzón C. P.; Tejada M. G.; Oliva G. A.; Gutiérrez S. N. Cornual pregnancy. A case report of unusual evolution with a single dose of methotrexate. Rev Peru Ginecol Obstet. 2020;66(1):83.
(4) Lee MH, Im SY, Kim MK, Shin SY, Park WI. Comparison of Laparoscopic Cornual Resection and Cornuotomy for Interstitial Pregnancy. J Minim Invasive Gynecol. 2017;24(3):397.
(5) Ilker K. Z. Hasan, T. Aslihan, U.; Abdullah, T. Management options for interstitial ectopic pregnancies: A case series. Pak J Med Sci. Mar-Apr 2017;33(2):476-482.



INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Los abajo firmantes estamos conformes con lo mencionado en los incisos previos, como en el tipo de crédito asignado en este artículo:

• **TÍTULO DEL ARTÍCULO:** CORNIOSTOMA LAPAROSCÓPICA EN EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL
PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

• **NOMBRE COMPLETO DEL AUTOR O AUTORES:** NORMA SHAREY VAZQUEZ JIMENEZ
MARISELA CASTAÑEDA DÍAZ
LUIS OSWALDO DE LA O PEREZ

• **LOS AUTORES CERTIFICAN QUE SE TRATA DE UN TRABAJO ORIGINAL, QUE NO HA SIDO PREVIAMENTE PUBLICADO NI ENVIADO PARA SU PUBLICACIÓN A OTRA REVISTA, MANTENIENDO QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS CON OTRAS INSTITUCIONES.**

• **TAMBIÉN ACEPTAN QUE, EN CASO DE SER ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO, LOS DERECHOS DE AUTOR SERÁN TRANSFERIDOS A LA REVISTA.**

• **NOMBRE Y FIRMA DE TODOS LOS AUTORES:**

<u>NOMBRE FIRMA</u>	
<u>NORMA SHAREY VAZQUEZ JIMENEZ</u>	
<u>MARISELA CASTAÑEDA DÍAZ</u>	
<u>LUIS OSWALDO DE LA O PEREZ</u>	

• **VISTO BUENO (NOMBRE Y FIRMA) DE AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO:**

<u>NOMBRE FIRMA</u>	
<u>JESUS ALBERTO GARZA RODRIGUEZ</u>	