

V. Trabajos de investigación básica o clínica presentados por escrito
"Carlos Espinosa Flores"

Embarazo ectópico cornual con tratamiento quirúrgico preservador de fertilidad.

Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 23 " Dr. Ignacio Morones Prieto"

Dra. Adriana Berenice Ruiz Limón, Dra. Martha Irene Badillo Ordaz *, Dr. Luis Oswaldo De La O Perez **, Dra. Marisela Castañeda Diaz ***

*Residente de 1er año de Biología de la Reproducción Humana. **Médico adscrito del departamento de Biología de la Reproducción ***Médica adscrita del departamento de Biología de la Reproducción

ANTECEDENTES

El embarazo ectópico ocurre cuando un blastocisto en desarrollo se implanta en cualquier sitio que no sea la cavidad uterina, se presenta entre el 1 y el 2% de las gestaciones. La implantación cornual tiene una incidencia del 2.6%, con riesgo cinco veces mayor de fatalidad materna. El tratamiento clásico por el riesgo de mortalidad materna es la histerectomía, sin embargo en aquellas pacientes con deseo de fertilidad futura se puede ofrecer tratamiento conservador médico con metotrexato si la bHCG inicial tiene un valor <5000 UI/ml, con una tasa de éxito del 94% o quirúrgico en casos de vitalidad fetal con cornuostomía por laparoscopia dirigido a conservar el tejido uterino, evitando daño tisular por electrocirugía y por escisión mínima del tejido cornual.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de embarazo implantado en cuerno izquierdo no roto, resuelto por histeroscopia y aspiración manual endouterina como cirugía preservadora de fertilidad.

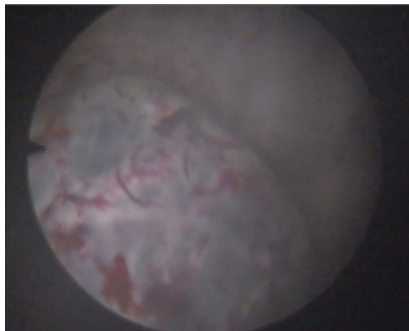


Imagen 2 Saco gestacional visto por histeroscopia

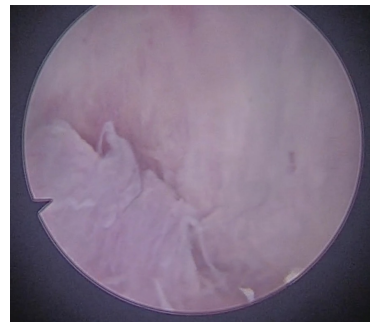


Imagen 3 Histeroscopia posterior a la aspiración manual endouterina

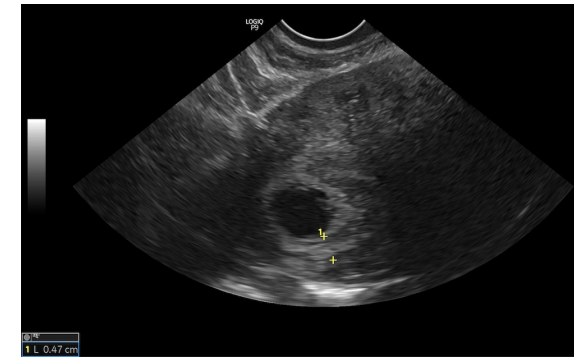


Imagen 1. Saco gestacional de 10x 10 mm en cuerno izquierdo

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 24 años, primigesta, con embarazo de 6.6 semanas, cuantificación de gonadotropina coriónica humana de 8270 mU/ml, hallazgo ultrasonográfico útero en anteversoflexión de 71 x 40 mm, línea endometrial 12 mm, saco gestacional en cuerno izquierdo de 10 x 10 mm, sin evidencia de embrión, anexos normales, hemodinámicamente estable. Se integra diagnóstico de embarazo ectópico cornual izquierdo no roto, se decide realizar tratamiento quirúrgico de mínima invasión por deseo gestacional a futuro. Se realiza histeroscopia visualizando saco gestacional de 10 x 10 mm, con implantación en ostium izquierdo, se realiza aspiración manual endouterina guiada por ultrasonido evidenciando colapso de saco gestacional y extracción completa de restos corioidéciduales. Paciente evoluciona postquirúrgicamente sin complicaciones, se egresa 24 horas posteriores a evento quirúrgico, con b-HCG en 2831mU/ml, hemodinámicamente estable. Seguimiento ambulatorio en día 7 y 14 posterior a cirugía, con descenso de b-HCG completa, hallazgos ultrasonográficos de control útero en anteversoflexión, línea endometrial 7mm homogénea, anexos normales. Reporte histopatológico vellosidades coriales de primer trimestre, endometrio con reacción de arías stella, decidualización estromal acentuada.

CONCLUSIONES

El embarazo ectópico cornual representa un reto diagnóstico y terapéutico, los tratamientos quirúrgicos de mínima invasión disminuyen la morbi-mortalidad materna así como sus complicaciones. El tratamiento exitoso del embarazo ectópico cornual involucra una combinación de varios enfoques, así como de los recursos y la experiencia disponible del lugar de atención. Las opciones de tratamiento dependerán de la edad gestacional al momento del diagnóstico, si se ha producido ruptura y los deseos de la paciente de fertilidad futura. En el caso de nuestra paciente, el embarazo ectópico cornual no roto se pudo resolver con éxito mediante cirugía mínimamente invasiva, logrando una estancia hospitalaria corta, una recuperación con mínimo dolor y con preservación de útero.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Dagar, M., Srivastava, M., Ganguli, I., Bhardwaj, P., Sharma, N., & Chawla, D. Interstitial and Cornual Ectopic Pregnancy: Conservative Surgical and Medical Management. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 2017; 68(6):471-476.
2. Uludag, S. Z., Kutuk, M. S., Dolanbay, M., Ozgun, M. T., Eliyeva, G., & Altun, O. Conservative management of interstitial pregnancies: experience of a single centre. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2018;38(6), 848-853.
3. Di Tizio L, Spina MR, Gustapane S, D'Antonio F, Liberati IM. Interstitial pregnancy: from medical to surgical approach-report of three cases. Case Rep Obstet Gynecol 2018 Oct 15 [Epub]. <https://doi.org/10.1155/2018/2815871>.
4. Masoud A, Galitsky A, Azadi A, Ware K, Management of interstitial pregnancy in the era of laparoscopy: a meta-analysis of 855 case studies compared with traditional techniques. Obstet Gynecol Sci 2021;64(2):156-173
5. Chen PL, Lin HH, Hsiao SM. Predictors of subsequent pregnancy in women who underwent laparoscopic cornuostomy or laparoscopic wedge resection for interstitial pregnancy. J Chin Med Assoc 2019;82:138- 42.