

EMBARAZO ECTÓPICO INTERSTICIAL: DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y TRATAMIENTO

Aldo César Benel-Chamaya^{1,a}, Pedro M. Arango-Ochante^{1,a}, Juan Loayza-Breña¹,
Kyra Siguenza-Vasquez^{1,2}, Nicola Remy-Paredes^{1,2}.

RESUMEN

El embarazo ectópico intersticial es un tipo raro de embarazo tubarico que plantea un desafío diagnóstico y de tratamiento. Se asocia con un mayor riesgo de sangrado masivo e incontrolable. Este es un caso raro de embarazo ectópico intersticial diagnosticado en el primer trimestre del embarazo por ecografía y tratado quirúrgicamente con incisión longitudinal del miometrio y posterior resección cornual.

Palabras clave. Embarazo ectópico; Embarazo cornual; Embarazo intersticial (Fuente: DeCS BIREME).

ECTÓPICO INTERSTICIAL PREGNANCY: CLINICAL DIAGNOSIS AND TREATMENT

ABSTRACT

Interstitial ectopic pregnancy is a rare type of tubal pregnancy that poses a diagnostic and treatment challenge. It is associated with an increased risk of massive and uncontrollable bleeding. This is a rare case of interstitial ectopic pregnancy diagnosed in the first trimester of pregnancy by ultrasound and surgically treated with longitudinal incision of the myometrium and subsequent cornual resection.

Key words: Ectopic pregnancy; Cornual pregnancy; Interstitial pregnancy (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la implantación de un óvulo fertilizado fuera de la cavidad uterina y se cree que afecta al 1-2% de los embarazos. El 93-97% de los embarazos ectópicos son tubáricos y el tipo intersticial constituye solo el 3-4%. Esto demuestra que el embarazo ectópico intersticial es raro. Se asocia con una alta tasa de complicaciones y desafío diagnóstico^{1,2}. Este es un caso raro de embarazo ectópico intersticial no fracturado que se diagnosticó mediante ecografía y se manejó mediante tratamiento quirúrgico.

REPORTE DE CASO

Una mujer G2 P1001 de 37 años con síntomas de hemorragia irregular durante 2 semanas después de un retraso menstrual de 4 semanas, con edad gestacional según última regla de 8 semanas acude a nuestra Emergencia por dolor pélvico agudo no quirúrgico, se realiza una ecografía transvaginal observándose en

la región intersticial derecha un saco gestacional con embrión activo de 4 cm de diámetro (Figuras 1 y 2). El saco gestacional reveló bandas finas de tejido miometrial presente superior e inferior pero no lateralmente. Esto planteó la posibilidad de un embarazo ectópico intersticial o un embarazo ectópico tubárico extrauterino adyacente al útero.

Tenía antecedentes de ciclos prolongados en el pasado, pero ninguno de embarazo ectópico anterior, de enfermedad inflamatoria pélvica o utilización de técnicas de reproducción asistida.

Nuestra paciente fue tratada mediante cirugía abierta, donde el saco ectópico de gestación ubicado en la porción intersticial de la trompa de Falopio derecha intacta se extrajo a través de una incisión longitudinal en la superficie miometrial con resección de la porción del tubo (Figuras 3 y 4). Se usó una inyección local de oxitocina para controlar el sangrado durante la escisión del saco de gestación ectópico durante la laparotomía. La terapia con metotrexato no se consideró como una opción

¹ Hospital de Vitarte. Ministerio de Salud. Lima-Perú.

^a Médico GinecoObstetra.

² Médico Residente de Ginecología y Obstetricia



Figura 1. Imagen ecográfica. Saco gestacional con embrión activo.

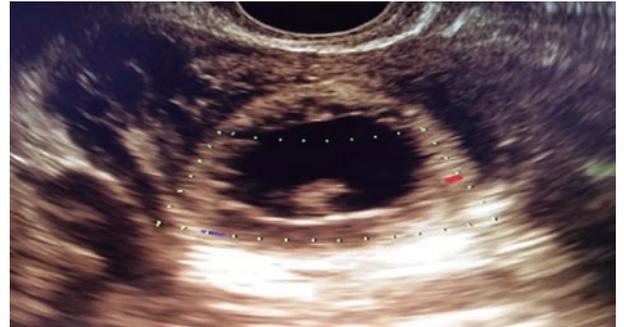


Figura 2. Imagen ecográfica. Saco gestacional ubicación intersticial.

de tratamiento en nuestro caso debido a la presencia de latidos cardiacos y falta de experiencia de nuestro centro con la misma.

DISCUSIÓN

Los factores de riesgo asociados con la mayor incidencia de embarazo ectópico intersticial incluyen anomalías uterinas congénitas, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico previo o salpingectomía previa, fertilización *in vitro* y inducción de la ovulación. Sin embargo, en nuestro caso no se observó ninguno de los factores de riesgo anteriores, lo que sugiere también el papel de las causas naturales.

El embarazo ectópico intersticial se asocia con un mayor riesgo de shock y hemoperitoneo que otras formas de embarazo ectópico, así como con un mayor riesgo de mortalidad materna debido al retraso en el diagnóstico y la alta vascularidad del miometrio³.

Ocurre dentro de la porción intersticial de la trompa de Falopio y, por lo tanto, tiene el potencial de crecer a tamaños más grandes en comparación con otros tipos de embarazos de trompas en el momento de la

presentación. El embarazo ectópico intersticial en este caso fue un hallazgo incidental en el caso de una supuesta amenaza de aborto, de ahí la presentación temprana.

Los rasgos característicos de un embarazo ectópico intersticial incluyen un saco gestacional ubicado de manera excéntrica fuera de la cavidad endometrial del útero, en la región del fondo sin tejido miometrial identificable o mínima en su aspecto lateral. El saco gestacional con tejido miometrial incompleto o asimétrico, con un espesor <5 mm, es un indicador altamente sugerente pero no específico de embarazo intersticial. La presencia de esta línea ecogénica entre el saco de gestación y la cavidad endometrial, también conocida como línea intersticial, es un signo altamente sensible y específico para el embarazo ectópico intersticial⁴.

Las opciones de tratamiento para el embarazo ectópico intersticial incluyen inyección local o terapia sistémica con metotrexato, inyección local de cloruro de potasio, cirugía laparoscópica conservadora y embolia de la arteria uterina y, en situaciones de emergencia, cornuectomía o histerectomía^{5,6}.

Para concluir, el diagnóstico de un embarazo ectópico intersticial suele ser difícil y retrasado, lo que resulta en

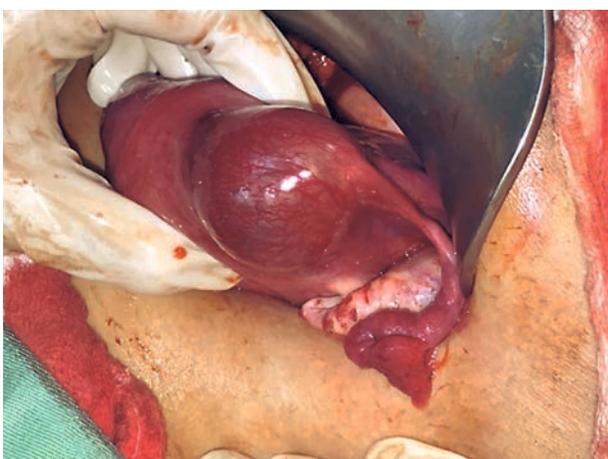


Figura 3. Imagen macroscópica de embarazo ectópico intersticial.

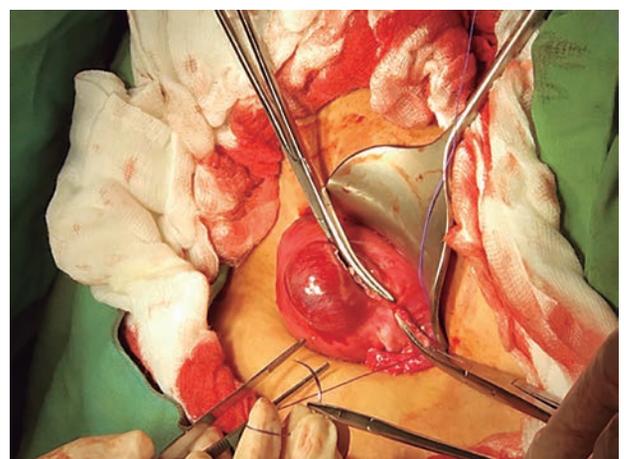


Figura 4. Imagen macroscópica de resección quirúrgica.

una alta morbilidad y mortalidad. En el presente caso, se sugirió el diagnóstico de un embarazo ectópico intersticial sobre la base de una ecografía transvaginal antes del desarrollo de cualquier complicación, lo que resultó en un manejo quirúrgico temprano con un resultado favorable. Por lo tanto, este caso resalta el papel de la ecografía en casos de sangrado irregular o sospecha de embarazo precoz y el tratamiento quirúrgico temprano, para diagnosticar o descartar sitios inusuales de embarazo ectópico para un manejo seguro.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kirsch JD, Scoutt LM. Imaging of ectopic pregnancy. Applied Radiology. March. 2010; 10-25.
2. Trabert B, Holt VI, Yu O, et al. Population-based ectopic pregnancy trends, 1993-2007. Am J Prev Med. 2011; 40(5):556-560.
3. Moawad NS, Mahajan ST, Moniz MH, Taylor SE, Hurd WW. Current diagnosis and treatment of Interstitial pregnancy. Am J Obstet Gynaecol. 2010; 202(1): 15-19.
4. Grindler NM, Ng J, Tocce K, Alvero R. Considerations for management of interstitial ectopic pregnancies: two case reports. Journal of Medical Case Reports. 2016;10:106.
5. Lin EP, Bhatt S, Dogra VS. Diagnostic clues to ectopic pregnancy. Radiographics. 2008; 28(6): 1661-1671.
6. Ackerman TE, Levi CS, Dashefsky SM. interstitial line: Sonographic finding in interstitial (cornual) ectopic pregnancy. Radiology. 1993; 189(1): 83-87.

Correspondencia: Aldo Benel Chamaya.
Correo electrónico: aldoesarbenel@yahoo.es.
Teléfono: +51932109272