

## EMBARAZO ECTÓPICO INTERSTICIAL. REPORTE DE CASO

### INTERSTITIAL ECTOPIC PREGNANCY. A CASE REPORT

Silvana Medrano-Záciga<sup>1a</sup>, Luis Alberto Carpio-Guzmán<sup>1b</sup>

#### RESUMEN

El embarazo ectópico intersticial, mal llamado cornual, es una patología poco frecuente, pero que implica una alta morbilidad si es que no es diagnosticado y tratado a tiempo. Presentamos el caso de una paciente de años de edad que acudió a emergencia por dolor, sangrado vía vaginal y un tiempo de amenorrea de 9 semanas. Durante la evaluación ultrasonográfica se evidenció un saco gestacional con embrión activo a nivel de cuerno uterino derecho por lo que se planteó el diagnóstico de embarazo ectópico cornual y procediendo a realizar una histerectomía abdominal. El mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad, así como un diagnóstico precoz y oportuno, es la clave para el manejo conservador de esta enfermedad.

**Palabras clave:** embarazo ectópico intersticial, embarazo cornual, ecografía (Fuente: DeCS BIREME)

#### ABSTRACT

Interstitial ectopic pregnancy, misnamed cornual, is a rare pathology, but it implies a high morbidity and mortality if it is not diagnosed and treated on time. We present the case of a one-year-old patient who attended the emergency room due to pain, vaginal bleeding, and a 9-week period of amenorrhea. During the ultrasonographic evaluation, a gestational sac with an active embryo was evidenced at the level of the right uterine horn, for which the diagnosis of cornual ectopic pregnancy was considered and proceeding to perform an abdominal hysterectomy. The best knowledge of the natural history of the disease, as well as an early and timely diagnosis, is the key to the conservative management of this disease.

**Keywords:** interstitial ectopic pregnancy, cornual pregnancy, ultrasound (Source: MeSH-NLM).

#### INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico intersticial, a menudo incorrectamente denominado como cornual, se caracteriza por su localización en la porción intersticial de la trompa de Falopio, adyacente al cuerno uterino<sup>1</sup>. Aunque es una entidad clínica infrecuente, conlleva un significativo riesgo de morbilidad si no se identifica y maneja de manera oportuna. La incidencia del embarazo ectópico ha experimentado un incremento en los últimos años, atribuido parcialmente al aumento en la realización de procedimientos quirúrgicos obstétricos y a la prevalencia de técnicas de reproducción asistida<sup>2</sup>. Esto sugiere que los embarazos ectópicos, incluidos aquellos de localización no tubárica, podrían estar presentándose con mayor frecuencia.

La importancia de presentar este caso radica en la revisión de los criterios diagnósticos, tanto clínicos como ultrasonográficos, de esta patología. El objetivo es destacar la relevancia de un diagnóstico temprano que permita la implementación de tratamientos conservadores y mínimamente invasivos. Estos enfoques terapéuticos no solo buscan preservar la integridad uterina sino también mantener el potencial reproductivo de la paciente.

#### CASO CLÍNICO


Se presenta el caso de una paciente mujer de 23 años natural y procedente de Lima con antecedente de dos cesáreas previas y un aborto temprano por el que se le realizó un legrado uterino. Acudió a emergencia refiriendo amenorrea de 9 semanas y un tiempo de enfermedad de

<sup>1</sup> Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médica residente de Ginecología y Obstetricia

<sup>b</sup> Jefe del Servicio de Medicina Reproductiva

 ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3011-8743>, Silvana Medrano Záciga

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1279-3189>, Luis Alberto Carpio Guzmán

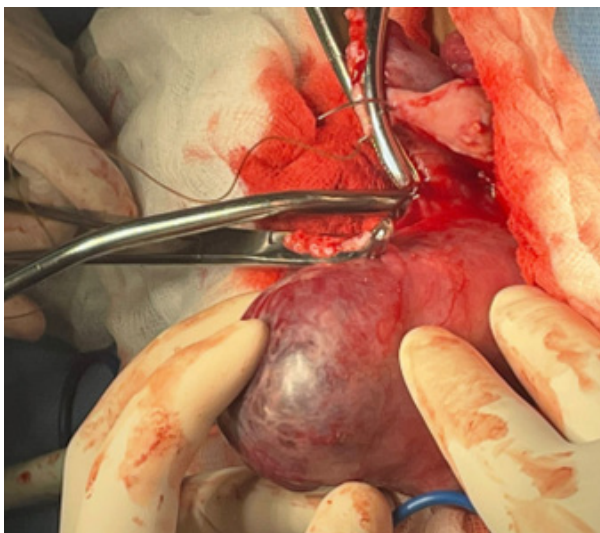
**Citar como:** Medrano-Záciga S, Carpio-Guzmán LA. Embarazo ectópico intersticial. Reporte de caso. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2023; 12(3): 45-48.

**DOI** <https://doi.org/10.33421/inmp.2023368>

4 días caracterizado por sangrado vaginal escaso y dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior. Las funciones vitales al ingreso fueron estables, al examen físico dirigido el abdomen era blando con dolor a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho, pero sin signos peritoneales y al tacto vaginal un útero de aproximadamente 10 centímetros con escaso sangrado vaginal.

En los exámenes auxiliares de ingreso se encontró hemoglobina 12 mg/dl, un examen de orina patológico y en la evaluación ultrasonográfica se encontró un útero de 10 cm y endometrio lineal, a nivel de cuerno uterino derecho una imagen compatible con saco gestacional de 4.6 cm conteniendo un feto activo de 10 semanas 5 días por longitud cefalo-caudal (LCN), sin líquido libre en fondo de saco vaginal.

Ante el diagnóstico planteado de embarazo ectópico "cornual", se optó por una conducta quirúrgica, con posibilidad de resección en cuña versus histerectomía



**Figura 1.** Obsérvese la presencia de abombamiento violáceo del cuerno derecho al momento de la cirugía

## DISCUSIÓN

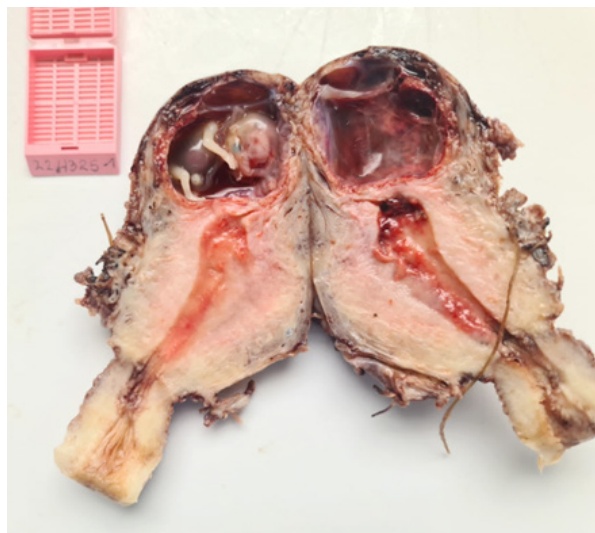
Reportamos el caso de una paciente de 23 años con el diagnóstico de un embarazo ectópico cornual de 10 semanas a quien se le realizó una histerectomía abdominal tomando en cuenta el tamaño de la masa encontrada y la paridad de la paciente, finalmente logrando la resolución del cuadro sin mayores complicaciones.

A diferencia de otro caso reportado en una paciente con 19 semanas de amenorrea, se observa un embarazo avanzado complicado por una ruptura uterina, un evento raro y extremadamente grave. La paciente, con antecedentes de partos previos, llega en mal estado con signos de choque hipovolémico, evidenciado por

abdominal total considerando la paridad de la paciente y la posibilidad de síndrome adherencial por sus antecedentes quirúrgicos, finalmente se realizó la histerectomía abdominal total. Dentro de los hallazgos intraoperatorios se encontró una masa a nivel cornual con vasos de aspecto neofornativo y síndrome adherencial, la pérdida sanguínea intraoperatoria estimada fue de 500 ml. (Figura 1)

La paciente se mantuvo hemodinámicamente estable, durante y después del acto quirúrgico, siendo dada de alta al tercer día posterior a la cirugía.

En el estudio anatómico patológico se describió una masa de 5 x 4.5 cm a nivel de cuerno uterino derecho con un feto de 5 cm de largo en su interior, se identificaron vellosidades coriales inmaduras en la porción cornual, un 5% de ellas en contacto directo con el miometrio. (Figura 2)



**Figura 2.** Corte longitudinal de la pieza operatoria (útero) en el que se aprecia la presencia de feto a nivel intersticial de la trompa totalmente dilatada

un hemoperitoneo masivo. La solución de continuidad en el útero y la presencia de un feto sin signos vitales confirman el diagnóstico. El manejo quirúrgico optado fue realizar una histerectomía subtotal y resección de anexos afectados, indicando la severidad de la ruptura y la necesidad de controlar la hemorragia<sup>3</sup>. Estos casos subrayan la diversidad y complejidad en el manejo de embarazos ectópicos y sus complicaciones.

Se denomina embarazo ectópico a cualquier gestación implantada fuera de la cavidad endometrial siendo la localización más frecuente es la tubárica en un 95% de casos y el resto comprende aquellas de origen no tubárico. Dentro de los primeros se encuentran los embarazos ectópicos intersticiales, aquellos implantados

en la porción tubárica intramiometrial la cual mide 1-2 cm de largo y 0.7 mm de ancho<sup>4,5</sup>.

Tienen una incidencia entre el 2 al 6% de todos los embarazos ectópicos con una mortalidad que alcanza el 2.5% ya que el intersticio tubárico se rodea de una gran irrigación vascular y hasta un 20% de casos que llegan más allá de las 20 semanas de edad gestacional terminarán en ruptura<sup>6</sup>.

Los factores de riesgo son similares a los descritos para otros tipos de embarazo ectópico: gestación ectópica previa, enfermedad pélvica inflamatoria, fertilización in vitro, patología tubárica o salpinguectomía previa, enfermedades de transmisión sexual, dispositivos intrauterinos, tabaquismo, entre otros<sup>7</sup>.

Es importante recalcar que la definición de embarazo ectópico intersticial siempre ha sido objetivo de controversia dado que existen también los términos “cornual” y “angular”. Históricamente la definición de embarazo ectópico cornual hacía referencia a aquella gestación implantada en un cuerno uterino en el contexto de un útero con malformaciones de tipo bicorne o didelfo. Posteriormente se utilizó el término cornual de forma indistinta a intersticial<sup>8,9</sup> y en los últimos años se ha utilizado el término de gestación “angular” para definir aquella gestación intrauterina implantada excéntricamente a nivel del ángulo lateral de la cavidad uterina, medial a la unión útero tubárica y el ligamento redondo. Esto finalmente sería diferente a un embarazo ectópico intersticial en el que el embrión se encuentra implantado lateral al ligamento redondo<sup>10</sup>.

El diagnóstico representa también un desafío habitual en el caso de este tipo de gestación extrauterina. En 1992 Timor-Tristch definió criterios ecográficos para el embarazo ectópico intersticial que se han continuado usando hasta la actualidad: 1. Cavidad uterina vacía, 2. Saco gestacional separado a >1cm del borde más lateral de la cavidad uterina o productos de la gestación localizados fuera de la cavidad endometrial, y 3. Capa miometrial < 5 mm que rodea el saco gestación o los productos de la gestación. Sin embargo, al comparar el diagnóstico quirúrgico y los hallazgos histopatológico, la aplicación de estos criterios tenía una especificidad del 90%, pero solo una sensibilidad del 40%<sup>5,14</sup>.

Es así como posteriormente se describió la aparición del “signo de la línea intersticial”, que es una línea ecogénica delgada que se extiende desde el centro de la cavidad uterina hacia el borde del saco gestacional de localización excéntrica. El uso de este signo en la ecografía tiene una sensibilidad del 80% y especificidad del 90% para el diagnóstico de este tipo de gestación ectópica<sup>8</sup>. Adicionalmente, se ha descrito el uso de la ecografía 3D o resonancia magnética para tener una mejor visualización de la zona de unión entre la cavidad endometrial y el intersticio tubárico, pero su aplicación se encuentra limitada a la disponibilidad de dichos recursos.

Al igual que en el resto de los embarazos ectópicos, el tratamiento a elegir puede ser de tipo expectante, médico o quirúrgico según las características de cada paciente. Para aquellos casos en los que la paciente se encuentre clínicamente estable, el manejo conservador o no quirúrgico es una opción. Dentro de este se puede considerar un manejo expectante, en aquellos casos en los que se tiene niveles de b-HCG bajos o en descenso, o el manejo médico con la administración local o sistémica de metotrexate<sup>1,2</sup>.

El manejo quirúrgico a través de laparoscopia con una resección cornual, salpingostomía (cornuostomía) o salpinguectomía es una opción efectiva y que ha cobrado peso para dejar de lado el tratamiento convencional a través de la cirugía abierta (laparotomía) o incluso un abordaje aún más radical cómo lo es la histerectomía<sup>9</sup>. Dentro de las técnicas laparoscópicas, la cornuostomía permite retirar la gestación ectópica sin afectar el miometrio circundante y se recomienda para masas menores a 3.5 cm, a diferencia de la resección cornual que remueve todo el tejido a nivel de la unión útero tubárica y se prefiere para masas mayores de 4 cm.

La cirugía laparoscópica ofrece menor tiempo de recuperación y dolor post operatorio para la paciente, además de considerarse un abordaje que preserva la fertilidad al ser menos invasiva que las técnicas quirúrgicas abdominales convencionalmente descritas. Sin embargo, se ha descrito que este tipo de cirugías endoscópicas pueden llevar a la persistencia del embarazo ectópico en aquellos casos en los que no se logró una adecuada resección del tejido trofoblástico intersticial, este riesgo es del 5 al 20% y suele estar asociado a masas intersticiales < 2cm o pacientes con niveles de b-HCG que se elevan rápidamente<sup>4</sup>. De igual manera, en caso se haya optado por una resección cornual, existe mayor riesgo de ruptura uterina a dicho nivel en futuras gestaciones<sup>10</sup>.

La cirugía abierta sigue siendo una opción válida, aunque cada vez es menos recomendada sobre todo si se cuenta con un diagnóstico temprano que permita un manejo conservador oportuno, pero además implica posibles complicaciones post operatorias mayores: una pérdida sanguínea intraoperatoria mayor y una recuperación post quirúrgica más dolorosa para la paciente. Adicionalmente resulta en la afección de la fertilidad parcial o totalmente según se decida por una resección parcial o histerectomía abdominal<sup>10</sup>.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El embarazo ectópico intersticial muchas veces llamado cornual, sigue siendo un reto tanto para el diagnóstico como para el manejo. Entonces es menester conocer y afinar los criterios diagnósticos ultrasonográficos que son la clave para un manejo precoz y oportuno de esta patología, que de ser diagnosticada tardíamente

terminara inexorablemente en una histerectomía de emergencia con la morbilidad inherente al procedimiento quirúrgico.

Con el desarrollo del ultrasonido transvaginal de alta resolución (más de 7 Mhz) y el ultrasonido volumétrico que nos permite observar el corte coronal, se ha hecho más fácil y preciso discernir entre un embarazo intersticial, de uno angular (intrauterino ubicado en la porción del cuerno) o de aquellos ubicados en algunas malformaciones müllerianas como úteros bicornos o cuernos no comunicantes. De lo que se deduce la importancia de formar unidades de ultrasonido con ultrasonografistas con la experiencia necesaria para realizar un diagnóstico certero y oportuno.

**Declaración de conflictos de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de interés.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Surbone A, Cottier O, Vial Y, Francini K, Hohlfeld P, Ahtari C. La gestión del embarazo ectópico intersticial representa un desafío diagnóstico y terapéutico significativo debido a su potencial de morbimortalidad materna. Este estudio enfatiza la importancia de un diagnóstico precoz para permitir tratamientos conservadores, destacando el papel fundamental del seguimiento del nivel de beta-HCG. *Swiss Medical Weekly*. 2013;143:w13736. DOI: 10.4414/smw.2013.13736
2. Stabile G, Romano F, Zinicola G, Topouzova GA, Di Lorenzo G, Mangino FP, Ricci G. En casos seleccionados de embarazo ectópico intersticial, un régimen de tratamiento combinado que incluye Metotrexato en múltiples dosis y una dosis única oral de Mifepristona ha demostrado ser una opción viable, incluso en presencia de altos niveles de  $\beta$ -hCG sérico. *Biomed Research International*. 2020;2020:8703496. doi: 10.1155/2020/8703496.
3. Seco M, Nonsalve N, Contreras J. Embarazo ectópico cornual. A propósito de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2023;83(1): 112-117. DOI: <http://dx.doi.org/10.51288/00830114>
4. Cobo T, Escura S, Ferrero S, Creus M, López M, Palacio M. Protocolo: gestación ectópica tubárica y no tubárica. *Protocols medicina maternofetal Hospital Clínic Barcelona*. 2018. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/gestacion-ectopica.pdf>
5. Grandelis A, Shaffer R, Tonick S. Uncommon Presentations of Ectopic Pregnancy. *Journal of Gynecologic Surgery*. [Internet] Jun 2022;185-192. DOI: <http://doi.org/10.1089/gyn.2022.0016>
6. Dhanju, G, Goubran A, Zimolag L, Chartrand R, Matthew F, Breddam A. Distinguishing between cornual, angular and interstitial ectopic pregnancy: A case report and a brief literature review. *Radiology case reports [Internet]* 2023; 18(7), 2531–2544. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2023.04.028>
7. Brincat M, Bryant-Smith A, Holland TK. The diagnosis and management of interstitial ectopic pregnancies: a review. *Gynecol Surg [Internet]*. 2019;16(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s10397-018-1054-4>
8. Toma HV, Bank TC, Hoffman MK. Care for women with ectopic pregnancies during the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Obstet Gynecol [Internet]*. 2021;137(6):1041–2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000004392>
9. Casadio P, Youssef A, Arena A, Gamal N, Pilu G, Seracchioli R. Increased rate of ruptured ectopic pregnancy in COVID-19 pandemic: analysis from the North of Italy. *Ultrasound Obstet Gynecol [Internet]*. 2020;56(2):289. DOI: 10.1002/uog.22126
10. Mittal S, Shekhar B. Large Interstitial Ectopic Pregnancy: Management by Laparoscopic Cornuostomy Following Initial Misdiagnosis. *Cureus [Internet]*. 2021 Nov 5;13(11):e19280. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.19280>
11. Finlinson AR, Bollig KJ, Schust DJ. Differentiating pregnancies near the uterotubal junction (angular, cornual, and interstitial): a review and recommendations. *Fertil Res Pract [Internet]*. 2020;6(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s40738-020-00077-0>
12. Khoiwal K, Kumari O, Gaurav A, Kapur D, Chaturvedi J. Interstitial tubal ectopic pregnancy: Case report and review of the literature. *J Gynecol Surg [Internet]*. 2019;35(5):311–3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/gyn.2019.0023>
13. Di Tizio L, Spina MR, Gustapane S, D'Antonio F, Liberati M. Interstitial pregnancy: From medical to surgical approach-report of three cases. *Case Rep Obstet Gynecol [Internet]*. 2018;2815871. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2018/2815871>
14. Carpio Guzman LA. Criterios Ultrasonográficos del embarazo ectópico. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. 2021;10(3):42-46. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2021242>

---

## Correspondencia:

Silvana Del Rocío Medrano Záciga  
 Dirección: Av. Miró Quesada 941, Lima. Lima, Perú.  
 Teléfono: (+51) 996005278  
 Correo electrónico: sil.medrano@hotmail.com