



Embarazo cornual de 31 semanas con ruptura uterina. Reporte de caso

31-week cornual pregnancy with uterine rupture. A case report.

Mariana Ivonne Ibáñez García,¹ Rebeca Sarahí Jasso-Gaona,² María Fernanda Pérez-Torres,² Diego González-Oropeza³

Resumen

ANTECEDENTES: El embarazo cornual es un reto diagnóstico debido a que la capacidad de estiramiento del miometrio hace que la manifestación sea tardía y con alta mortalidad debido al riesgo de choque hemorrágico que llega a suceder, incluso, hasta en un tercio de las pacientes.

OBJETIVO: Hacer hincapié en la importancia del adecuado control prenatal para el diagnóstico oportuno de embarazo ectópico y la consecuente disminución de complicaciones asociadas.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta, de 20 años de edad, originaria y residente de Guadalupe, Nuevo León. Sin antecedentes heredofamiliares o personales médicos o quirúrgicos relevantes. Ingresó a la sala de urgencias de Obstetricia con un cuadro de choque hipovolémico y 31 semanas de embarazo. En la revisión la cavidad abdominal se encontró con un embarazo cornual izquierdo, con ruptura uterina y acretismo placentario. Por lo anterior, se procedió a la histerectomía obstétrica, salpingectomía bilateral y ooforectomía izquierda, con reporte de 1000 mL de hemoperitoneo. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria.

CONCLUSIONES: El embarazo cornual debe sospecharse en toda mujer con amenorrea, dolor abdominal y sangrado transvaginal, con búsqueda intencionada de los hallazgos ultrasonográficos de cavidad uterina vacía, saco coriónico separado por lo menos 1 cm desde el borde lateral de la cavidad uterina, capa del miometrio delgada (menos de 5 mm) que rodea el saco gestacional y signo de la línea intersticial (visualización de una línea ecogénica que se extiende desde la cavidad endometrial hasta la región cornual, contigua al saco gestacional). El diagnóstico temprano de estos embarazos evita complicaciones y afectaciones al futuro obstétrico.

PALABRAS CLAVE: Embarazo cornual; embarazo; ectópico cornual; ruptura uterina.

Abstract

BACKGROUND: Cornual pregnancy is a diagnostic challenge because the stretching capacity of the myometrium makes the manifestation late and with high mortality due to the risk of hemorrhagic shock that occurs in up to one third of patients.

OBJECTIVE: To emphasize the importance of adequate prenatal care for the timely diagnosis of ectopic pregnancy and the consequent reduction of associated complications.

CLINICAL CASE: Primigestation patient, 20 years old, native, and resident of Guadalupe, Nuevo Leon. No relevant heredofamilial or personal medical or surgical history. She was admitted to the obstetrics emergency room with hypovolemic shock and 31 weeks of pregnancy. On examination the abdominal cavity was found to have a left cornual pregnancy, with uterine rupture and placental accretion. Therefore, obstetric hysterectomy, bilateral salpingectomy and left oophorectomy were performed, with a report of 1000 mL of hemoperitoneum. The postoperative evolution was satisfactory.

CONCLUSIONS: Cornual pregnancy should be suspected in any woman with amenorrhea, abdominal pain and transvaginal bleeding, with purposeful search for

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia, Hospital Christus Muguerza Conchita, Universidad de Monterrey, Monterrey, Nuevo León.

² Residente de Ginecología y Obstetricia, Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas ITESM-SSNL, Monterrey, Nuevo León.

³ Jefatura de Obstetricia, Hospital Regional Materno Infantil, Servicios de Salud, Nuevo León.

Recibido: noviembre 2021

Aceptado: enero 2022

Correspondencia

Mariana Ivonne Ibáñez García
marianaig_92@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

Ibáñez García MI, Jasso-Gaona RS, Pérez-Torres MF, González-Oropeza D. Embarazo cornual de 31 semanas con ruptura uterina. Reporte de caso. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (8): 695-700.

ultrasonographic findings of empty uterine cavity, chorionic sac separated at least 1 cm from the lateral border of the uterine cavity, thin myometrial layer (less than 5 mm) surrounding the gestational sac, and interstitial line sign (the visualization of an echogenic line extending from the endometrial cavity to the cornual region, contiguous with the gestational sac). The early diagnosis of these pregnancies avoids complications and affects the future obstetrician.

KEYWORDS: Cornual pregnancies; Cornual pregnancy; Pregnancies; Cornual ectopic pregnancy; Uterine rupture.

ANTECEDENTES

La incidencia de embarazo ectópico es de 1:40 hasta 1:100 gestaciones; su recurrencia es de 15 al 20%.¹ Entre los casos de embarazo ectópico, el cornual es uno de los más raros y difíciles de diagnosticar. Su incidencia es de 2 a 4% en el mundo, con elevada mortalidad comparada con los otros sitios de implantación ectópica: 2 al 2.5%.² Son los embarazos ectópicos con presentación más tardía debido a la capacidad miometrial de estiramiento,² en la mayoría de los casos llega a suceder entre las 7 y 12 semanas.³ El caso de ruptura de un embarazo cornual de más semanas encontrado en la investigación bibliográfica para la presentación de este caso, fue de 20.3 semanas de amenorrea y se describió en México en el 2019.⁴

El objetivo de este reporte de caso fue: insistir en la importancia del adecuado control prenatal para el diagnóstico oportuno del embarazo ectópico cornual y la consecuente disminución de complicaciones asociadas.

CASO CLÍNICO

Paciente primigesta, de 20 años de edad, originaria y residente de Guadalupe, Nuevo León.

Sin antecedentes heredofamiliares o personales médicos o quirúrgicos relevantes.

Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 12 años, con ritmo menstrual regular de 28 x 3 días de sangrado, la vida sexual activa la inició a los 16 años y ha tenido tres parejas sexuales, sin algún tipo método anticonceptivo; ingresó con 31.6 semanas de embarazo por fecha de la última menstruación confiable.

El control prenatal se inició a las 12 semanas de embarazo, tuvo tres consultas en centros de salud, con mal apego, sin ultrasonidos, un episodio de sangrado transvaginal escaso un mes antes de haber acudido a Urgencias.

La paciente acudió al servicio de Urgencias del Hospital Regional Materno Infantil luego de dos horas previas con mareo, debilidad, dolor abdominal tipo cólico en una escala de 6 a 10 e hipomotilidad fetal, acompañada de episodios de lipotimia.

A su ingreso, la tensión arterial se encontró en 57-26 mmHg, frecuencia cardiaca de 159 lpm, frecuencia respiratoria de 18 rpm, temperatura de 36 °C, saturación de oxígeno de 99%, peso 80 kg y talla 1.50 m. A la exploración física se



identificaron: dolor abdominal a la palpación con aumento del tono, globoso a expensas del útero grávido, sin sangrado transvaginal.

El ultrasonido practicado en Urgencias reportó la existencia de un feto óbito, en presentación cefálica, de 1798 g, 31.4 semanas de gestación, placenta con área de desprendimiento y coágulo retrocorial a nivel del istmo uterino, de grandes dimensiones cuantificado en 500 cc, aproximadamente. La gasometría arterial de urgencia reportó: pH de 7.39, lactato de 7.5 y hematocrito menor a 15%.

Se ingresó con el diagnóstico de primigesta, con 31 semanas de gestación, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, feto óbito y choque hipovolémico. Se procedió a la cesárea de urgencia.

El procedimiento se inició con una incisión media infraumbilical y disección por planos. En la cavidad abdominal se observaron abundantes coágulos y sangrado rojo vino, de aproximadamente 1000 mL. El útero se observó gestante, dextrorrotado e infiltrado. Para la histerotomía se incidió sobre la placenta, y se extrajo un feto femenino en presentación cefálica, sin frecuencia cardiaca, sin malformaciones aparentes, con espasticidad, lividez e hipostasis, con peso de 1420 g. Se observó un embarazo cornual izquierdo, con ruptura uterina y placenta con datos de acretismo. Se practicaron: histerectomía obstétrica, salpingectomía bilateral y ooforectomía izquierda (**Figuras 1 a 4**). Previo al cierre de la cavidad se observaron adherencias laxas, en forma de cuerdas de violín de epíplón, adheridas a la pared abdominal. Debido a la friabilidad de los tejidos y el sangrado en capa se colocó un drenaje Jackson. Durante el procedimiento se le trasfundió un paquete globular. El sangrado aproximado fue de 1500 cc. El procedimiento tuvo una duración de 1 hora 50 minutos.

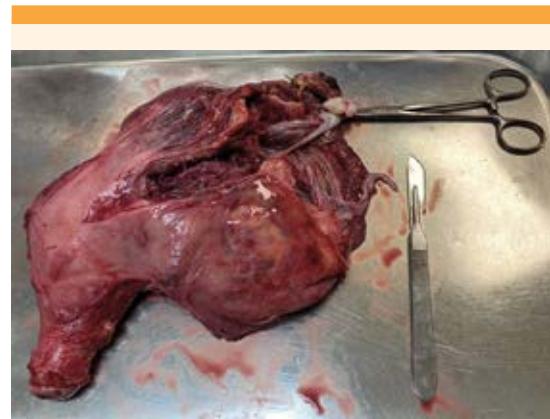


Figura 1. Cara anterior del útero con embarazo cornual izquierdo, placenta con datos de acretismo.



Figura 2. Cara posterior del útero, con embarazo cornual izquierdo, placenta con datos de acretismo; ovario y trompa de Falopio izquierda involucrados.

Se dejó el doble esquema de antibiótico concefalotina y clindamicina y se le transfundieron dos paquetes globulares más durante su recuperación. La biometría hemática reportó: hemoglobina de 9.1 mg/dL y hematocrito de 26.3%. Durante la estancia intrahospitalaria la paciente evolucionó favorablemente con presiones arteriales medias mayores a 70 mmHg.



Figura 3. Placenta con hematoma retrocorial.

A las 48 horas posteriores al procedimiento quirúrgico la hemoglobina se reportó en 9.1 mg/dL y el hematocrito en 27%. Fue dada de alta del hospital a los cinco días con adecuada evolución, posterior al retiro del drenaje Jackson, con escaso gasto serohemático.

El diagnóstico anatopatológico fue de embarazo ectópico cornual roto, con placenta del segundo trimestre, que infiltraba a la serosa uterina y al miometrio a nivel del cuerpo uterino. El endometrio se encontró con deciduallización del estroma.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico es la principal causa de muerte materna en el primer trimestre.⁵ El emba-



Figura 4. Inserción velamentosa del cordón.

razo cornual es uno de los embarazos ectópicos más peligrosos; por ello su diagnóstico oportuno es relevante. Los factores de riesgo asociados con el embarazo ectópico cornual son: antecedente de cirugía pélvica, enfermedad pélvica inflamatoria, anomalías estructurales uterinas, técnicas de reproducción asistida,⁶ embarazos ectópicos previos y enfermedades de transmisión sexual.² En la paciente del caso solo hubo el hallazgo transquirúrgico de adherencias en forma de cuerdas de violín, dato indirecto de enfermedad pélvica inflamatoria.

Las manifestaciones iniciales del embarazo ectópico son muy variables: amenorrea, dolor



abdominal y sangrado transvaginal.⁶ Las del embarazo cornual, por lo general, alcanzan más semanas y se inicián con ruptura y choque hemorrágico, al menos en 25% de las pacientes, de ahí la alta tasa de mortalidad de pacientes con embarazo cornual.² Shan y colaboradores condujeron un análisis retrospectivo de mil casos de embarazos anormales de los que el 3% eran cornuales, 36.8% de las pacientes tuvieron choque hemorrágico debido a ruptura, 68.4% sangrado transvaginal en ausencia de ruptura uterina y 94.7% dolor abdominal.⁷ La ruptura uterina sucede, por lo general, entre las semanas 12 a 16 de embarazo en la unión de los vasos uterinos y ováricos que provoca una descompensación hemodinámica importante que pone en riesgo la vida.⁴ La paciente del caso fue diagnosticada en el transoperatorio por la inestabilidad hemodinámica ocasionada por el choque hemorrágico.

El diagnóstico temprano es, por demás, importante y puede establecerse con base en criterios ultrasonográficos,² como los descritos por Timor-Trisch:⁸ 1) cavidad uterina vacía, 2) saco coriónico separado por al menos 1 cm desde el borde lateral de la cavidad uterina y 3) capa del miometrio delgada (menos de 5 mm) que rodea el saco gestacional. Estos criterios tienen una especificidad de 88 a 93% y sensibilidad del 40%. Ackerman⁹ detalló el signo de la línea intersticial (visualización de una línea ecogénica que se extiende desde la cavidad endometrial hasta la región cornual, contigua al saco gestacional) que tiene una sensibilidad del 80% y especificidad del 98% para establecer el diagnóstico de embarazo cornual. Bañuelos y su grupo⁴ delinearon las dificultades para establecer el diagnóstico debido a la baja sensibilidad radiológica que ofrece la mayor cantidad de semanas de gestación. La paciente del caso cursaba las 31 semanas de embarazo, circunstancia que representó un obstáculo para el diagnóstico prequirúrgico adecuado.

El diagnóstico temprano permite optar por un tratamiento conservador y evitar las complicaciones. El tratamiento tradicional ha sido la resección cornual o la histerectomía por laparotomía. Sin embargo, esta vía de acceso se asocia con más morbilidad y efectos perjudiciales para la fertilidad. En la actualidad puede recurrirse a nuevas técnicas quirúrgicas, como la resección cornual por laparoscopia, salpingostomía con posterior legrado cornual, incisión miometrial con ulterior aspiración del trofoblasto y evacuación guiada por histeroscopia. También es posible el tratamiento médico con metotrexato o cloruro de potasio directo.⁷ Si bien hay muchas opciones de tratamiento conservador se carece de estudios concluyentes del estado de la cicatriz y de evaluación de la probabilidad de ruptura uterina. La recomendación actual es la cesárea electiva, como intervención en futuros embarazos.⁶ En la paciente del caso el diagnóstico avanzado y el cuadro clínico hicieron necesaria la histerectomía por laparotomía. Es importante tener dominio de las herramientas diagnósticas actuales, lo mismo que de los diversos tratamientos dirigidos a evitar complicaciones y preservar la fertilidad.

CONCLUSIONES

El embarazo cornual es un reto diagnóstico debido a su variedad de síntomas y dificultad ecográfica para identificarlo en gestaciones avanzadas. El embarazo cornual inicial debe sospecharse en toda mujer con amenorrea de 12 a 16 semanas de gestación, dolor abdominal y sangrado transvaginal que haga predecir choque hemorrágico. Es importante la búsqueda intencionada de los hallazgos ultrasonográficos: cavidad uterina vacía, saco coriónico separado por lo menos 1 cm desde el borde lateral de la cavidad uterina, capa del miometrio delgada (menos de 5 mm) que rodea el saco gestacional y signo de la línea intersticial (la visualización de una línea ecogénica que se extiende desde

la cavidad endometrial hasta la región cornual, contigua al saco gestacional). Su diagnóstico temprano es decisivo para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y fetal y sus complicaciones.

REFERENCIAS

1. Guerrero-Martínez E, Rivas-López R, Martínez-Escudero IS. Algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico. *Ginecol Obstet Mex* 2014; 82: 83-92. PMID: 24779264
2. Surekha S M, Chamaraja T, Nabakishore-Singh N, Bimolchandra-Singh L, Neeraja T S. A Ruptured Left Cornual Pregnancy: A Case Report. *J Clin of Diagn Res* 2013; 7 (7): 1455-56. doi:10.7860/jcdr/2013/5644.3154
3. Martingano D, Martingano F. Intact cornual ectopic pregnancy and dermoid cyst with intraoperative rupture. *J Osteopath Med* 2016; 116 (5): 316-19. https://doi.org/10.7556/jaoa.2016.062
4. Bañuelos-Vizcarra E, López-Quintana R, Fernández-Carreño AJ, Rascón-Alcantar A, Huerta-Peña KM, Camarena-Pulido EE, Mendoza-Andazola RI. Ruptura uterina secundaria a embarazo ectópico cornual del segundo trimestre. *Ginecol Obstet Mex* 2019; 87 (1): 67-73. <https://doi.org/10.24245/gom.v87i1.2096>
5. Ramírez AL, Nieto GLA, Escobar VA, Cerón SMA. Embarazo ectópico cornual. Comunicación de un caso y revisión retrospectiva de cinco años. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75: 219-23. PMID: 17849802
6. Carazo-Hernández B, Rojas-Pérez-Esquerra B, Sanz-López A, Gárces-Valenzuela M. Rotura uterina de un embarazo cornual: una urgencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80 (7): 491-94. PMID: 22916644
7. Shan N, Dong D, Deng W, Fu Y. Unusual ectopic pregnancies: A retrospective analysis of 65 cases. *J Obstet Gynaecol Res* 2013; 40 (1): 147-54. <https://doi.org/10.1111/jog.12146>
8. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Matera C, Veit CR. Sonographic evolution of cornual pregnancies treated without surgery. *Obstet Gynecol* 1992; 79 (6): 1044-49. PMID: 1579304
9. Ackerman TE, Levi CS, Dashefsky SM, Holt SC, Lindsay DJ. Interstitial line: sonographic finding in interstitial (cornual) ectopic pregnancy. *Radiology* 1993; 189 (1): 83-7. <https://doi.org/10.1148/radiology.189.1.8372223>

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 la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Guo ZW, Deng CJ, Liang X, Tan GJ, Jiang J, Zhong ZX. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;25(11):239-42. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015>*

* El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).