

# EMBARAZO ECTÓPICO INTERSTICIAL. EVIDENCIA EN SU DIAGNÓSTICO Y MANEJO CONSERVADOR

Autores : Gómez Carrascosa I; Pérez Vidal JR; Manzanares López J; Iniesta Albaladejo MA; Alfosea Marhuenda, E; Fernández Vivo M; Blanco Carnero JE; Delgado Marín JL.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca



## INTRODUCCIÓN

El embarazo cornual/intersticial (EC) es la gestación ectópica no tubárica más frecuente (1-11%). Su incidencia es de 1 por cada 2.500–5.000 recién nacidos vivos. Se produce por la implantación del saco gestacional en el cuerno uterino, en la porción intersticial de la trompa de Falopio, adyacente al ligamento redondo. El factor de riesgo que más se asocia a esta entidad es el antecedente de salpinguectomía previa, siendo el muñón tubárico el lugar de implante más frecuente de la gestación ectópica intersticial. La distensibilidad del miometrio y la intensa vascularización de la zona, a expensas de la rama ascendente de la arteria uterina, provoca que la ruptura sea más tardía, con frecuencia en el segundo trimestre y generalmente considerable. La mortalidad es del 2–5%, 2–3 veces mayor que en el embarazo tubárico.

## CASO CLÍNICO

**MOTIVO DE CONSULTA:** 28 años. Asintomática. Ecografía de control en ginecólogo privado.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** No AMC. IQx: herniorrafia umbilical. Salpinguectomía izquierda por EE accidentado.

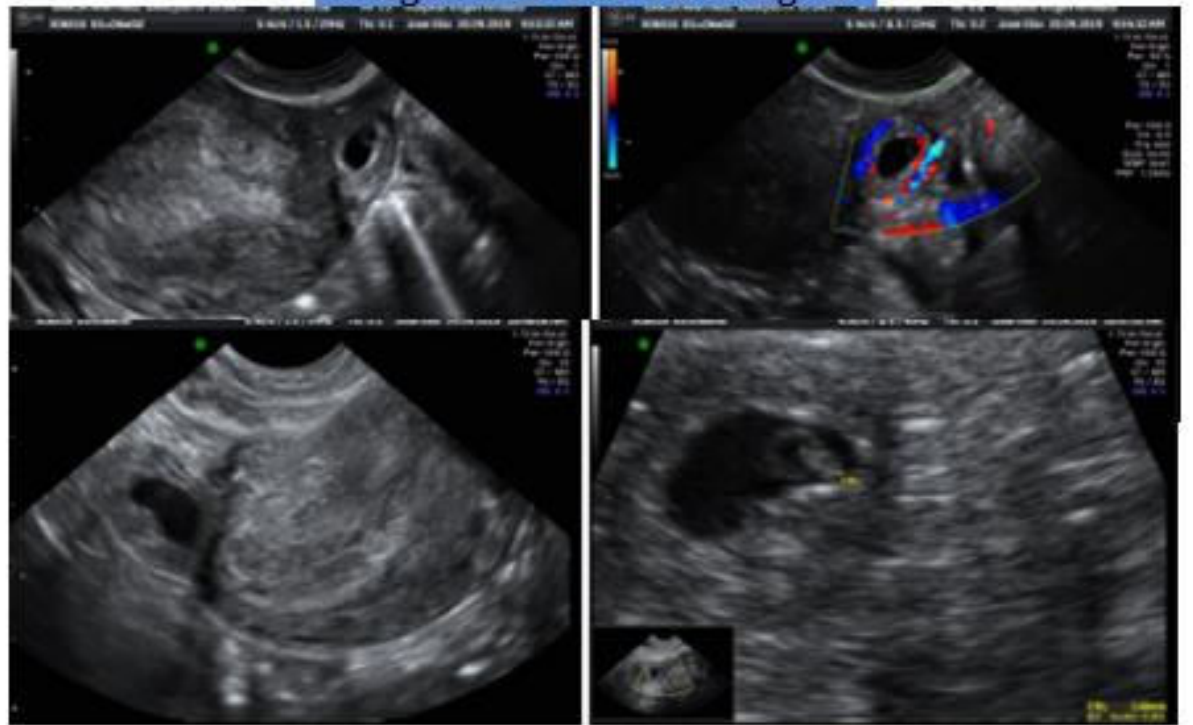
**EXPLORACIÓN FÍSICA:** BEG. Abdomen blando y depresible. No signos de peritonitis. No sangrado vaginal.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

-BHCG 18/09: 1510, BHCG 20/09: 2858

-Eco TV (imagen nº 1): Se observa endometrio decidualizado, con presencia de saco gestacional con embrión acorde a 6 SG con AC + en zona intersticial izquierda. Escasa lamina de liquido libre.

Imagen nº 1: Eco transvaginal



**JUICIO CLÍNICO:** EE intersticial izquierdo

**TRATAMIENTO:** MTX intramuscular 1mg/kg im dosis múltiples (4 dosis) + inyección KCl (2meq)

**EVOLUCIÓN:** Descenso de BHCG progresivo durante los 45 días de seguimiento hasta alcanzar BHCG de 3,6 con buena evolución ecográfica (imagen nº 2).

Imagen nº 2: Eco transvaginal



## DISCUSIÓN

El **diagnóstico** del EC es difícil, la ecografía transvaginal permite localizar el saco gestacional de forma excéntrica rodeado de miometrio adelgazado. La línea intersticial que corresponde a la unión del endometrio decidualizado, con la mucosa tubárica interrumpida por el saco gestacional, parece ser el mejor signo ecográfico.

De forma clásica, la solución ha sido quirúrgica. Actualmente muchos hospitales abogan por un **tratamiento** conservador con MTX sistémico asociado a la inyección intrasacal de cloruro potásico (en los casos de frecuencia cardíaca fetal positiva), siendo el tratamiento de elección en pacientes estables hemodinámicamente con deseo de preservación de la fertilidad. A pesar de ello, no se ha establecido un régimen protocolizado de dosis de MTX, así como tampoco los criterios de inclusión y exclusión más adecuados.

Es fundamental, sin embargo, recordar que el tratamiento con MTX exige un seguimiento estricto de la paciente mediante control de los valores de  $\beta$ -HCG y control ecográfico. Una banda miometrial alrededor del saco gestacional con un grosor < 3,5 mm podría indicar que la paciente tiene un riesgo muy alto de ruptura, y podría considerarse un criterio de exclusión para el tratamiento médico. También, como medida de seguimiento, si se comprueba que se produce disminución de flujo peritrofoblástico, esto indicaría que el embarazo intersticial se está resolviendo tras el tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

Parker VL, et al. Non-tubal ectopic pregnancy. Arch GynecolObstet (2016) 294:19–27  
Jerny K. The conservative management of interstitial pregnancy. BJOG 2004; 111: 1283- 8).