

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

EMBARAZO ECTOPICO CORNUAL IPSILATERAL A SALPINGECTOMIA PREVIA. REPORTE DE CASO.

AUTOR: ZAPATA GONZALES JUAN FERNANDO

ASESOR: RODRIGUEZ BARBOZA HECTOR

Trujillo-Perú

2020

EMBARAZO ECTOPICO CORNUAL IPSILATERAL A SALPINGECTOMIA PREVIA. REPORTE DE CASO.

Zapata Gonzales Juan Fernando¹, Castillo Benites Mario Humberto², Rodríguez Barboza Hector³

¹ Bachiller de Medicina Humana Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO)

² Medico Ginecólogo – Obstetra del hospital II de Chocope.

³Medico Ginecólogo – Obstetra del hospital Belén de Trujillo.

RESUMEN

Antecedentes: El embarazo ectópico cornual (EEC) es infrecuente y representa el 3% de todos los embarazos ectópicos. *Objetivos:* Se presenta el caso de un embarazo ectópico cornual tratado satisfactoriamente de forma quirúrgica. *Caso clínico:* Paciente nulípara de 39 años con antecedente de salpingectomía izquierda por embarazo ectópico, objetiva por ecografía y resonancia magnética (RM) pélvica un embarazo no evolutivo en el fondo uterino, ofreciendo dudas diagnósticas por observarse además una masa en el cuerno uterino izquierdo y múltiples miomas. Se realiza nueva ecografía visualizándose saco gestacional en cuerno izquierdo y al correlacionar con valores de β HCG se diagnostica embarazo ectópico cornual en muñón de salpingectomía izquierda previa por lo que se realizó manejo quirúrgico. *Conclusión:* El diagnóstico del EEC sigue siendo un reto para el clínico, llegando a veces ser inconcluso por ecografía transvaginal y resonancia magnética, sin embargo, la sensibilidad de la ecografía es operador dependiente.

Palabras clave: embarazo ectópico, cornual.

Background: Cornual ectopic pregnancy is uncommon and represents 3% of all ectopic pregnancies. *Objectives:* A reported case of cornual ectopic pregnancy with successfully surgical treatment is presented. *Clinical case:* A 39-year-old nulliparous patient with previous left salpingectomy due to ectopic pregnancy, presents a non-viable pregnancy at the uterine fundus identified by ultrasound and pelvic magnetic resonance imaging (MRI). Furthermore, a mass in the left uterine horn and multiple myomas were observed causing diagnosis doubts. A new ultrasound was performed and the gestational sac was found in the left cornual. The result was correlate with β HCG value and it is diagnosed a cornual ectopic pregnancy in a previous left salpingectomy stump, so surgical management was performed. *Conclusion:* The diagnosis of CEP continues challenge clinicians due to transvaginal ultrasound and magnetic resonance imaging are usually non conclusive. However, ultrasound sensitivity is operator dependent.

Key words: ectopic pregnancy, cornual.

INTRODUCCION

El embarazo ectópico es la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina (1). La mayoría de los embarazos ectópicos se implantan en la trompa uterina en un 96%, involucrando a la ampolla (73%), istmo (13%) y fimbrias (3%); además de otras localizaciones no tubáricas menos frecuentes como el ovárico (3%), abdominal (1%) y cornual (3%) (2).

En este caso nos centraremos en el embarazo ectópico cornual (EEC) que se define como la implantación del blastocisto en una de las porciones superior y lateral del útero. Cabe mencionar la diferencia con el embarazo intersticial y angular debido a la sinonimia empleada de estos términos, definiendo al embarazo intersticial cuando el blastocisto se implanta medial al ligamento redondo y el embarazo angular cuando es lateral a este ligamento. Es importante distinguir entre estos términos debido a que el manejo es diferente (3)(4).

En el presente artículo se reporta un caso de embarazo ectópico cornual con dificultad en el diagnóstico por imagenología, tratado eficazmente con manejo quirúrgico por laparotomía.

CASO CLINICO

Mujer de 39 años, de nacionalidad peruana, Gesta 3- Para 0- Abortos 2- Ectópico 2. Como antecedente de importancia presenta: **1.** salpingectomía izquierda por embarazo tubárico izquierdo roto hace 8 años **2.** aborto espontáneo de embarazo ectópico tubárico derecho hace 7 años sin intervención quirúrgica **3.** miomatosis uterina **4.** displasia moderada en cérvix tratada con cono leep **5.** obesidad.

Paciente con historia de amenorrea hace 11 semanas según FUR vista en consultorio externo hace 20 días donde le indican β HCG seriadas en sangre (Tabla 1) siendo su valor inicial de 20 860 UI/L. Acude a urgencias por presentar hace 1 día ginecorragia sin coágulos y dolor abdominal en hipogastrio tipo cólico de moderada intensidad, además presento caída de β HCG a 5 910 UI/L. Al examen físico signos vitales estables, abdomen globuloso, doloroso a la palpación en hipogastrio y flancos, sin masas palpables, sin signos peritoneales. En la especuloscopia se evidencia sangrado no activo a través de orificio cervical externo cerrado.

Se realiza ecografía transvaginal donde se evidencia útero ante verso flexo de 94 x 63 mm de borde irregular, miometrio heterogéneo, en cuerno izquierdo se observa tumoración de contenido anecoico de 20 mm de diámetro, de bordes irregulares, con vascularidad periférica, no se observa embrión. Se sospecha de embarazo ectópico cornual izquierdo por lo que se refiere a hospital de mayor complejidad para toma de resonancia magnética (RM) pélvica y confirmación de hipótesis diagnóstica.

En dicho centro de salud se decidió hospitalización con toma de dos ecografías adicionales y medición de β HCG en sangre seriados, además de la RM pélvica.

La medición de β HCG se evidenció disminución progresiva según sus controles previos (Tabla 1). La primera ecografía evidenció miomatosis uterina y la segunda ecografía evidenció a nivel fúndico lateralizado a lado izquierdo imagen redondeada de 34,7 x 32 mm de contenido anecogénico llegando a la conclusión de una probable gestación no evolutiva en fondo uterino. La RM pélvica tomada no fue concluyente, evidenciando nuevamente miomatosis uterina y un embarazo no evolutivo en fondo uterino

(Figura 1). Debido a la mejoría clínica y disminución de niveles de β HCG se decide 8 días después de su hospitalización manejo en centro de origen para tratamiento de la gestación no evolutiva.

Dos días después acude a emergencia por aumento de dolor pélvico de severa intensidad, constante que aumenta con la deambulacion y con persistencia de ginecorragia escasa. Al examen físico signos vitales estables, abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio y flancos, sin signos peritoneales. Se realiza nueva ecografía evidenciándose útero con múltiples miomas e imagen anecogénica con doble halo en cuerno izquierdo de 48 x 47 mm, ausencia de embrión, con más del 50% de su volumen en serosa uterina, no se evidenció liquido libre (Figura 2). En base a los hallazgos anteriores se realizó diagnóstico de embarazo ectópico cornual izquierdo, no complicado. Dado a la sintomatología, antecedentes y tamaño de la gestación en ultima ecografía se decide en conjunto con la paciente y el equipo de ginecología realizar manejo quirúrgico.

Se lleva a cabo laparotomía, con incisión Pfannestiel y disección de planos hasta identificación de útero con

múltiples miomas, el más grande de 10 cm a nivel cervicouterino que deforman la morfología uterina y embarazo ectópico cornual izquierdo sobre muñón de salpingectomía (Figura 3-4). Se realiza extirpación de embarazo ectópico en cuña y luego cierre de base cornual con catgut crómico (Figura 5-6). Se envía la pieza quirúrgica para estudio anatómico patológico. La intervención quirúrgica duró 90 minutos con pérdida sanguínea de 400 ml aproximadamente.

Paciente fue dada de alta a los dos días por evolución favorable y signos vitales estables. Presento hemoglobina preoperatoria de 14 g/dL y 11,5 g/dL en el postoperatorio. Se realiza control a los 7 días, encontrándose asintomática y llevándose a cabo retiro de puntos de la herida quirúrgica. Se recoge resultado de β HCG control detallando 0,05 UI/L. A los 30 días se recibe informe anatómico patológico (Figura 7) detallando tejido placentario del primer trimestre y tejido liso asociado a áreas de hemorragia e infiltrado inflamatorio.

DISCUSION:

El EEC se constituye como una patología obstétrica infrecuente con una tasa de mortalidad de 2 a 5 % (5). Dicha tasa es debido a que esta zona posee una masa muscular abundante y elevada irrigación sanguínea proveniente de las arterias uterinas y ováricas, lo cual permite su dilatación que puede ser asintomática hasta las 12 semanas de gestación aumentando la susceptibilidad a una ruptura con posterior hemoperitoneo y consecuencias mortales (6).

Los factores de riesgo del EEC son similares a los otros tipos de embarazo ectópico: enfermedades pélvicas inflamatorias, cirugías previas, uso de anticonceptivos hormonales, tabaquismo, abortos producidos, tumoraciones uterinas y edad materna. Con respecto al caso, la paciente presentaba antecedente de embarazo ectópico, miomatosis uterina y la salpingectomía siendo la última un factor de riesgo específico del EEC (7, 8,9).

Es importante la clínica para la aproximación diagnóstica, presentando una tríada clásica del embarazo ectópico incluyendo al EEC, conformado por la amenorrea, dolor abdominal y sangrado vaginal,

sin embargo, ocurre <40% de los pacientes. Esto es debido a la capacidad de distensión del miometrio en la zona cornual donde la manifestación clínica puede variar desde asintomático hasta choque hipovolémico dificultando el diagnóstico temprano (10) (11).

El diagnóstico y la terapéutica del embarazo ectópico en la actualidad han hecho que el riesgo de muerte materna sea casi nulo (0,05%), sin embargo, el diagnóstico y el tratamiento no es uniforme. Con respecto al diagnóstico por ecografía transvaginal existe criterios para el EEC: cavidad uterina vacía, saco coriónico separado al menos 1 cm del borde lateral de la cavidad uterina, capa delgada del miometrio (<5 mm) que rodea el saco gestacional, dichos criterios cuentan con una especificidad de 88 - 93% y sensibilidad de 40%. Se describió además el signo de la línea intersticial, siendo una línea ecogénica que bordea la porción del saco gestacional que corresponde a la unión deciduizada con la mucosa tubárica, contando con una especificidad de 98% y sensibilidad 80% (3).

Sin embargo, en ocasiones la ecografía puede ser inconcluso debido a la falla de detección del saco

gestacional, coexistencia de masa ovárica y experiencia limitada del operador, surgiendo la necesidad de indicar imágenes por resonancia magnética dando una mejor delineación anatómica y gran precisión para localizar el sitio de implantación (12).

Es de ayuda diagnóstica determinar los valores β HCG en sangre, teniendo en cuenta que en un embarazo normal estos valores se duplican dentro de las 48 horas, mientras que en el embarazo ectópico se asocia con un aumento no más del 66% de su nivel basal. Se verifica además el nivel discriminatorio siendo de 1500 - 2000 UI/L, lo cual debería observarse un embarazo intrauterino (13).

El manejo terapéutico puede ser expectante, médico o quirúrgico, y cada opción debe ser considerado basado en las características individuales de cada paciente. El manejo expectante es posible si la paciente presenta: Buen estado general, asintomática, en ausencia de sangre en saco de Douglas, β HCG inicial <1000 UI/L además de disponibilidad para el control ambulatorio para determinación de β HCG cada 48 horas. Si se objetiva disminución > 50% respecto al valor inicial,

se realizará seguimiento semanal hasta que sea inferior a 20 UI/L. No obstante, este método no se recomienda debido a la evidencia escasa (9,14,15).

El manejo quirúrgico se realiza cuando la paciente presenta inestabilidad hemodinámica, ruptura, exacerbación de síntomas, sospecha de embarazo heterotópico y fracaso del tratamiento médico siendo el método laparoscópico el estándar de oro del tratamiento quirúrgico, guardando la laparotomía si no es posible la vía laparoscópica (15).

El fármaco de elección para el tratamiento médico es el metotrexato en monodosis de 50 mg/m² de superficie corporal, con monitorización de valores de β HCG periódicos para evaluar el éxito o fracaso del tratamiento. Las indicaciones son las siguientes: Paciente hemodinámicamente estable, ausencia de dolor abdominal severo o persistente, diámetro de embarazo ectópico < 4cm, niveles de β HCG < 5000 UI/L, sin evidencia de ruptura. Sus contraindicaciones son: hipersensibilidad al metotrexate, hemoperitoneo ecográficamente significativo, alteraciones hematológicas, renales o hepáticas, inmunodeficiencia, lactancia materna, embarazo ectópico roto y gestación

ectópico heterotópica (15). Si bien el caso describe en la paciente dolor abdominal severo y dificultad diagnóstica, se pudo optar el tratamiento médico con metotrexate como primera instancia debido a la estabilidad hemodinámica, síntomas leves inicial y disminución progresiva de los niveles de β HCG evitando los efectos secundarios del abordaje quirúrgico. Por lo que es importante realizar un diagnóstico precoz y certero dando más opciones para el manejo terapéutico. Es preciso mencionar que el tratamiento médico no es infalible, ya que se describe que puede fallar en un 22%, y la ruptura es posible incluso si los niveles de β HCG están en disminución (16).

El diagnóstico del EEC sigue siendo un reto para el clínico debido a su difícil localización. En este caso se suma la dificultad por presentar obesidad, antecedente de salpingectomía, miomas múltiples que deforman la morfología uterina dificultando el diagnóstico por ecografía días previos a la intervención quirúrgica. Si bien los valores de la paciente se encontraban por encima de los 29,000 UI/L lo cual nos podría indicar un embarazo uterino viable, esto podría deberse al

crecimiento que puede tener el saco vitelino en la zona cornual por la distensión muscular característica. Por lo tanto, la sospecha diagnóstica inicial fue un embarazo ectópico cornual, lo que motivo la referencia de la paciente a un nivel de atención superior para confirmación diagnóstica y manejo. Sin embargo, las ecografías realizadas y la RM pélvica tampoco dieron un diagnóstico definitivo. Realizándose el diagnóstico definitivo por ecografía transvaginal el día de la intervención quirúrgica con el hallazgo de imagen anecogénica con doble halo en cuerno izquierdo equivalente al signo intersticial. Como conclusión es meritorio correlacionar el cuadro clínico con los exámenes imagenológicos y laboratoriales para diagnosticar estas patologías infrecuentes, además del entrenamiento en técnicas imagenológicas operadoras dependientes como la ecografía transvaginal.

BIBLIOGRAFIA

1. Hu Liang H, Sandoval Vargas J, Hernández AG, Vargas Mora J. Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. *Revista clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*. 2018; 9(1): 28-36.
2. Kumar V, Gupta J. Tubal ectopic pregnancy. *Clinical Evidence*. 2015;11(1406): 1 – 15.
3. Kagan Arleo E, DeFilippis E. Cornual, Interstitial, and Angular Pregnancies: Clarifying the Terms and a Review of the Literature. *Journal of Clinical Imaging*. 2014; 38(6): 763-770.
4. Finlinson A, Bollig K, Schust D. Differentiating pregnancies near the uterotubal junction (angular, cornual, and interstitial): a review and recommendations. *Fertility Research and Practice*. 2020;6(8):1-7.
5. Ricci P, Troncoso JL, Avilés G, Avilés R. Embarazo cornual: tratamiento médico con dosis única de metotrexato. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013; 78(2): 129-133.
6. Adeniyi A, Enakpene CA. Non- tubal Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *IntechOen*. 2019. 10(5772);1- 18.
7. Escobar B, Pérez CA, Martínez H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017; 55(3):278-85.
8. Salinas VG, Cadena G, Tubon JA, Solis MA. Factores de riesgo en el embarazo ectópico cornual. *Mediciencias UTA*. 2020;4(2): 67-73.
9. Bertin F, Montecinos M, Torres P, Pinto P. Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de

- literatura. Rev Chil Obstet Ginecol. 2019; 84(1):55-63.
10. Ruiz E, Peinado J, Castillo AM, Paucar G, Gonzales de Merlo G. Embarazo cornual roto. ¿Por qué no debemos olvidar al embarazo como causa de dolor abdominal? Ginecol Obstet Mex. 2017; 85(9):634-639.
 11. 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. 2018; 68(6): 471- 476.
 12. Ramanathan S, Raghu V, Ladumor S, Nagadi A, Palaniappan Y, Dogra V, et al. Magnetic Resonance Imaging of Common, Uncommon, and Rare Implantation Sites in Ectopic Pregnancy. Abdom Radiol. 2018; 43(12): 3425-3435.
 13. Barash J, Buchanan E, Hillson C. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. Am Fam Physician. 2014;90(1): 34-40.
 14. Taran F, Kagan O, Hubner M, Hoopman M, Wallwiener D, Brucker S. The diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. Deutsches Ärzteblatt International. 2015;112: 693-704.
 15. Cobo T, Escura S, Ferrero S, Creus M, López M, et al. Gestación ectópica tubárica y no tubárica. CLINIC BARCELONA. 2018.1-20.
 16. Natale A, Busacca M, Candiani M, Gruft L, Izzo S, Felicetta I, et al. Human chorionic

gonadotropin patterns after a single dose of methotrexate for ectopic pregnancy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2002; 100(2):227 – 230.

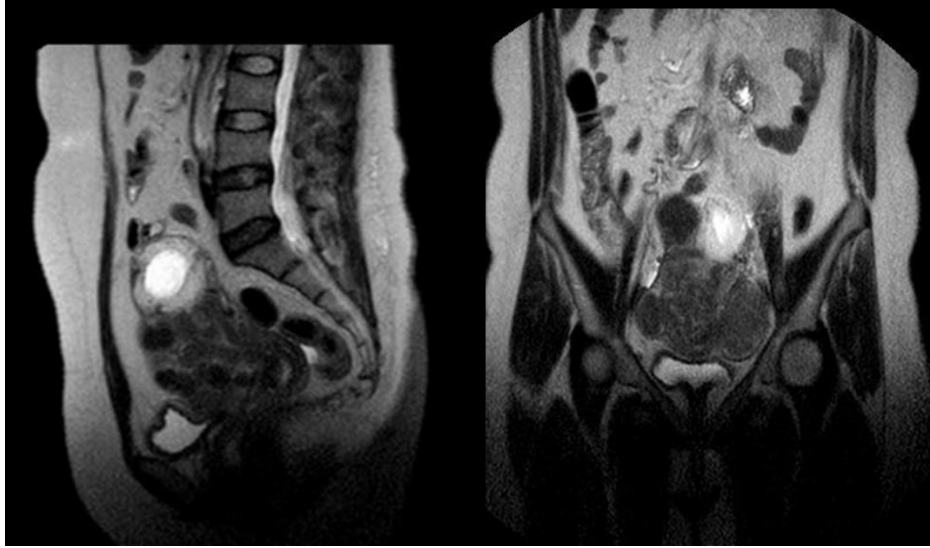


Figura 1. Imagen de RM pélvico: Se describe útero con incremento de su volumen, mide: 117 x 51 x 71 mm, hacia fondo se aprecia contenido de alta señal en T2 en forma de saco con incremento de la señal del parénquima adyacente, hallazgos en relación con probable gestación. Parénquima heterogéneo, con alteración de la morfología habitual con presencia de múltiples lesiones nodulares de baja señal en todas las secuencias, la mayor de 39 x 39 mm hacia fondo, de 31 x 32 mm en cara posterior y de 24 x 24 mm en cara anterior, hacia el cuello presencia de masa de 65 x 50 mm, no muestra restricción a la difusión. Anexos de tamaño normal, señal conservada con presencia de imágenes quísticas en su interior. No liquido libre.



Figura 2. A nivel de cuerno izquierdo se observa imagen de doble halo de contenido anecogénico sugestivo de saco gestacional.

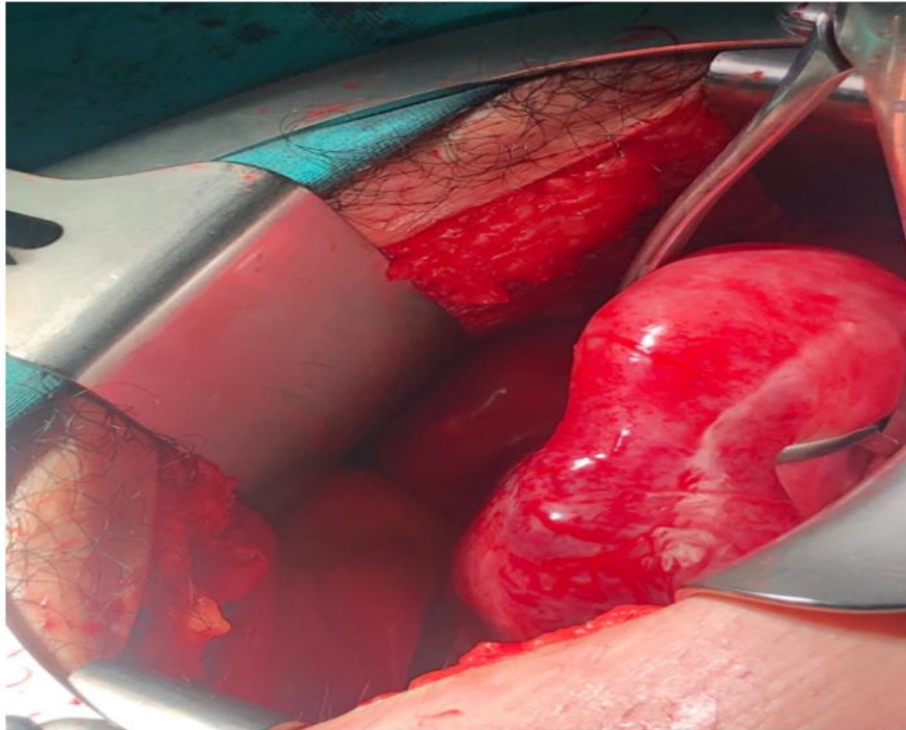


Figura 3. Hallazgo de embarazo ectópico cornual en muñón de salpingectomía previa izquierda.

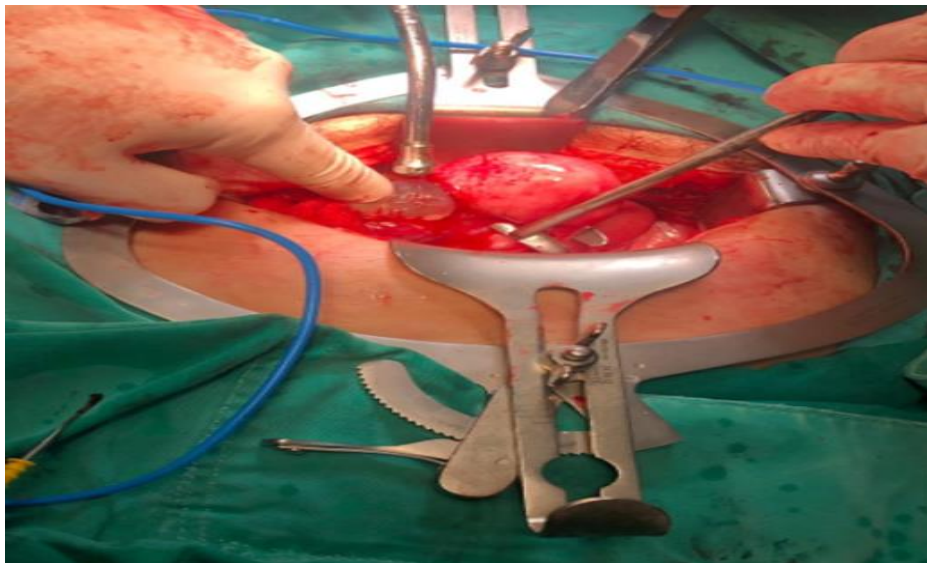


Figura 4. Hallazgo de saco gestacional en región cornual.

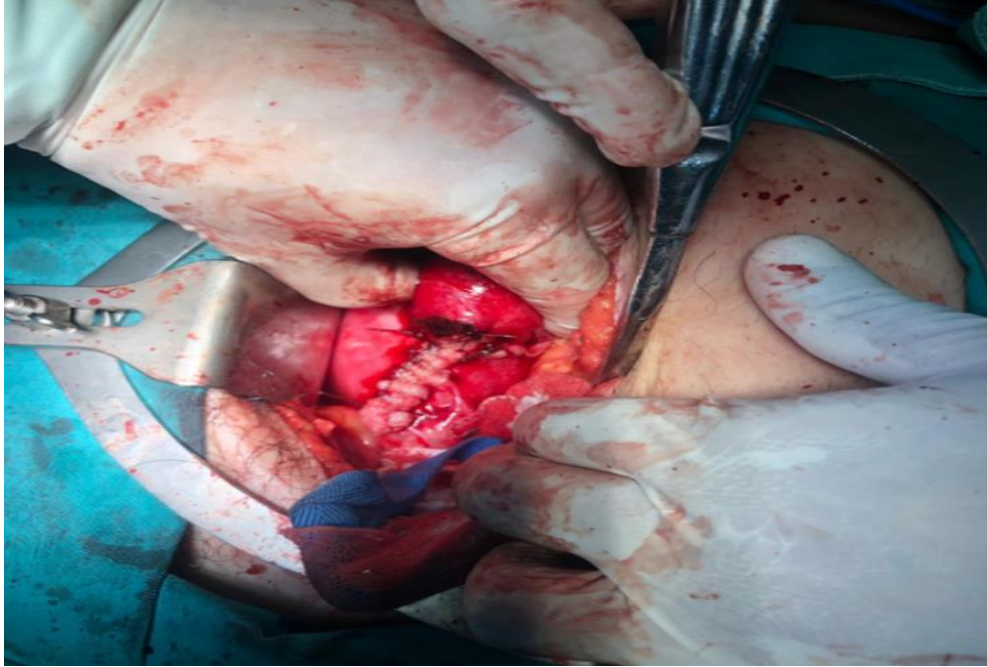


Figura 5. Cierre de base cornual con catgut crómico.

Anestesia :
Hallazgos : EMBARAZO ECTOPICO A NIVEL DE CUERNO IZQUIERDO. AUSENCIA DE TROMPA IZQUIERDA. MIOMA DE 10CM A NIVEL CERVICO UTERINO.
Incidencias en Sala : NINGUNA
Descripción del Procedimiento: AA Y CCE. INCISION PFANNSTIEL. DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD PELVICA. COLOCACION DE SEPARADOR O'SULLIVAN. IDENTIFICACION DE EMBARAZO CORNUAL IZQUIERDO. EXTIRPACION DE EMBARAZO ECTOPICO. CIERRE DE BASE CORNUAL CON CATGUT CROMICO. REVISION DE HEMOSTASIA. CONTEO DE GASAS COMPLETO. CIERRE DE PARED POR PLANOS HASTA PIEL. FASCIA C/VYCRIL, PIEL C/NYLON. PACIENTE TOLERA ACTO QX. PASA A URPA.
Pieza Quirúrgica : EMBARAZO ECTOPICO CORNUAL IZQUIERDO
Envío de muestras Patología : SI

Figura 6. Reporte operatorio.

INFORME ANATOMO PATOLOGICO**N. REGISTRO :**

Fecha: 2020

Hora:

PATOLOGÍA QUIRÚRGICA

Pag. 1 de 1

Anatomía Patológica

Apellidos y Nombres	:			
AutoGenerado	:	D.N.I.:	Solicitud Origen	: [206/336]
Edad Asegurado	:	40A	Sexo Paciente	: FEMENINO
Procedencia	:			
Servicio	:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		
Estación /Hab. /Cama	:	Piso:0 Cama:	Nro. Hist. Clínica	: 0
Médico Solicitante	:			
Espécimen Quirúrgico	:	EMBARAZO ECTOPICO CORNUAL IZQUIERDO		
Tipo de Examen	:	88305		
Diagnóstico Clínico	:	000.9 EMBARAZO ECTOPICO, NO ESPECIFICADO		
Fecha de Operación	:	2019	Fecha de Recepción	: 2019
Exámenes Anteriores	:		Fecha de Informe	: 2019

DIAGNOSTICO

MUESTRA CONSTITUIDA POR TEJIDO PLACENTARIO DEL PRIMER TRIMESTRE TEJIDO MUSCULAR LISO ASOCIADO A AREAS DE HEMORRAGIA E INFILTRADO INFLAMATORIO.

MACROSCOPIA

ROTULADO COMO EMBARAZO ECTOPICO CORNUAL IZQUIERDO:

SE RECIBE 3 FRAGMENTOS DE TEJIDO GRISACEOS, FRAGMENTO MAYOR MIDE 4X3X0.8CM Y FRAGMENTO MENOR MIDE 1.5X1X1 Y FRAGMENTO INTERMEDIO MIDE 4X2.5X1; FRAGMENTO MAYOR IMPRESIONA SER UNO FORMACION QUISTICA COLAPSADA CON SUPERFICIE EXTERNA RUGOSA. AL CORTE DEL FRAGMENTO MAYOR SUPERFICIE MEMBRANOSA GRISACEA, SIN EXCRECENCIA FRAGMENTO INTERMEDIO DE SUPERFICIE RUGOSA DE CONSISTENCIA FIRME. AL CORTE DE COLOR GRISACEO CON AREAS PARDO OSCURAS. FRAGMENTO MENOR SE SUPERFICIE GRISACEA DE CONSISTENCIA FIBROELASTICA AL CORTE DE COLOR GRISACEO.

FRAGMENTO MAYOR: 1 Y 2

FRAGMENTO INTERMEDIO: 3 Y 4

FRAGMENTO MENOR: 5 Y 6

SE INCLUYE TODO EN 12 SECCIONES Y 6 CASSETTES.

Figura 7. Informe anatómico patológico.

Pruebas de laboratorio	Resultados									
	Control en consulta externa				Hospitalización					Seguimiento
	Día 1. Valor inicial de BHCG	Día 3.	Día 8.	Día 20. Inicio de dolor pélvico	Día 21.	Día 24.	Día 25.	Día 28.	Día 30.	Día 86.
BHCG hemático (UI/L)	20 860	29 089	29 548	5 910	-	3012	2021	1232	-	0,05
Leucocitos (ml/m3)	-	-	-	-	10 390	-	-	-	10 250	-
Hemoglobina (g/dl)	-	-	-	-	14	-	-	-	11,5	-
Hematocrito (%)	-	-	-	-	44,9	-	-	-	36,3	-
Plaquetas (ml/mm3)	-	-	-	-	305 000	-	-	-	382 000	-
Abastionados (%)	-	-	-	-	00	-	-	-	00	-
Segmentados (%)	-	-	-	-	72	-	-	-	79	-
Eosinófilos (%)	-	-	-	-	01	-	-	-	01	-
Basófilos (%)	-	-	-	-	00	-	-	-	00	-
Linfocitos (%)	-	-	-	-	24	-	-	-	18	-
Monocitos (%)	-	-	-	-	03	-	-	-	02	-
Creatinina (mg/dL)	-	-	-	-	0,66	-	-	-	-	-
Urea (mg/dL)	-	-	-	-	15	-	-	-	-	-
Glucosa (mg/dL)	-	-	-	-	104	-	-	-	-	-

Tabla 1. Resultados de pruebas de laboratorio.