



Embarazo ectópico esplénico: reporte de caso

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente con dolor abdominal, amenorrea y prueba de embarazo positiva. Ultrasonido abdominal y transvaginal sin evidencia de embarazo intrauterino o pélvico. Se documentó, mediante tomografía computada, lesión mal definida en bazo y líquido libre; hallazgos sugerentes de rotura esplénica que fue corroborada quirúrgicamente y tuvo resultado histopatológico de embarazo ectópico esplénico. Se han reportado 12 casos: en 4 los diagnósticos preoperatorios eran de embarazo ectópico roto; en 6 embarazo ectópico sin determinación del sitio de implantación, 1 rotura esplénica y el que nos ocupa como tumor esplénico heterogéneo más hemoperitoneo. El embarazo ectópico esplénico es la localización menos frecuente entre los embarazos ectópicos abdominales y representa menos de 2% de los casos. Es un reto diagnóstico por su baja incidencia pero debe ser considerado cuando se tenga prueba positiva de embarazo sin lograr identificar embarazo intrauterino o pélvico pues tiene altas probabilidades de rotura y mortalidad.

Palabras clave: embarazo ectópico, abdominal, esplénico, ultrasonido.

Guerrero-Amador FI¹
Sánchez-Montañón M¹
Arteaga-Yáñez JH¹
Rochin-Terán JL²

¹ Residente de Radiología.

² Jefe del Servicio de Radiología.

Hospital Civil de Culiacán. Av. Eustaquio Buelna, Tierra Blanca, 80030 Culiacán Rosales, Sinaloa.

Splenic ectopic pregnancy: a case report

ABSTRACT

We present the case of a female patient with abdominal pain, amenorrhea, and a positive pregnancy test. Abdominal and transvaginal ultrasound without evidence of intrauterine or pelvic pregnancy. Computed tomography documented a poorly defined lesion in the spleen and free fluid; findings suggestive of splenic rupture, which was surgically corroborated, and splenic ectopic pregnancy was the histopathological result. Twelve cases have been reported: in 4 the preoperative diagnoses were ruptured ectopic pregnancy; in 6 ectopic pregnancy without determining the implantation site, 1 splenic rupture, and in the case under consideration heterogeneous splenic tumor plus hemoperitoneum. Splenic ectopic pregnancy is the least common location among abdominal ectopic pregnancies and represents less than 2% of cases. It is a diagnostic challenge on account of its low incidence, but should be considered in patients who have a positive pregnancy test without confirmation of intrauterine or pelvic pregnancy, due to the high likelihood of rupture and mortality.

Key words: ectopic pregnancy, abdominal, splenic, ultrasound.

Recibido: 17 de junio 2015

Aceptado: 25 de junio 2015

Correspondencia: Francisco Iván Guerrero Amador
driguerreroa@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Guerrero-Amador FI, Sánchez-Montañón M, Arteaga-Yáñez JH, Rochin-Terán JL. Embarazo ectópico esplénico: reporte de caso. Anales de Radiología México 2015;14:350-353.

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal de 5 días de evolución, con amenorrea de 6 semanas y reporte de ultrasonido abdominal dentro de los límites normales (Figura 1). Fue positiva a la prueba del embarazo por lo que se solicitó ultrasonido transvaginal sin identificar embarazo intrauterino. Ambos ovarios presentaban cuerpos lúteos y se observó líquido libre en el fondo del saco (Figura 2). Se efectuó tomografía abdominopélvica contrastada donde se detectó una masa hipodensa en el aspecto inferior del bazo con importante reforzamiento periférico, sugestiva de rotura de embarazo ectópico esplénico (Figuras 3 y 4). Los hallazgos intraoperatorios fueron hemoperitoneo con rotura esplénica. El reporte histopatológico reveló restos coriónicos dentro del bazo (Figura 5).

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico ocurre cuando el blastocito se implanta anormalmente fuera del endometrio uterino. Corresponde aproximadamente a 2% de todos los embarazos y es la causa más común de mortalidad relacionada con el embarazo en el primer trimestre con una tasa de 9 a 14%.¹ Los

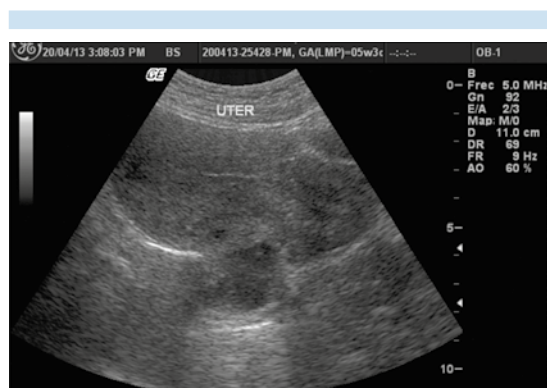


Figura 1. Ultrasonograma, escala de grises. Útero en anteversión, cavidad uterina vacía, sin evidencia de embarazo intrauterino ni alteraciones del mismo.

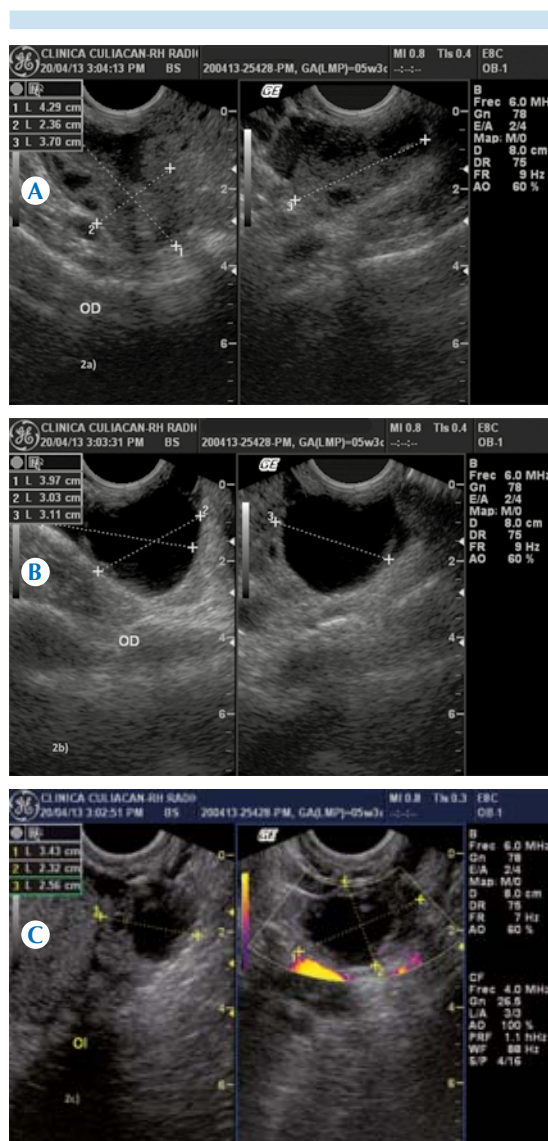


Figura 2. A-B) Ovario derecho: cuerpo lúteo sin imágenes que sugieran implantación. **C)** Ovario izquierdo: mismos hallazgos que en el derecho.

sitios más comunes de implantación ectópica, en orden de frecuencia, son: trompas de Falopio (95%) y de ellos 70% en ampulla, 12% en istmo y 11% en fimbria;^{1,2} abdomen superior (muy raros, sólo 1.3% de todos los embarazos ectópicos)^{2,3} que incluye todos aquellos que ocurren dentro de la cavidad peritoneal (excluyendo trompas

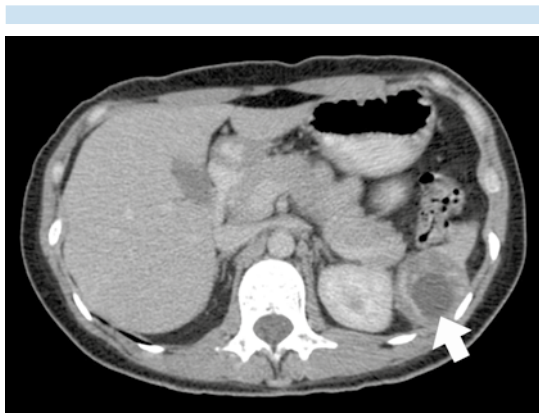


Figura 3. Tomografía contrastada, corte axial: lesión redonda irregular, vascularizada, dentro del bazo. Resto de estructuras sin evidencia de alteración estructural.



Figura 4. Tomografía contrastada. **A)** Corte coronal. **B)** Corte sagital. Lesión hipodensa irregular heterogénea hacia polo inferior del bazo (flecha) con diámetros aproximados de 7 × 5 cm, así como alteración de la grasa adyacente.

de Falopio, ovarios o embarazos intraligamentosos). Las estructuras abdominales en las que se implanta el ovocito fecundado por orden de frecuencia son: fondo de saco, omento, hígado, intestinos delgado y grueso, bazo.¹⁻³

El embarazo ectópico intraabdominal se puede clasificar en primario y secundario, este último



Figura 5. Pieza quirúrgica.

es el más común, se asocia con desplazamiento del óvulo fecundado de la cavidad endometrial o trompa de Falopio a lugares de inserción secundarios. El embarazo ectópico abdominal primario con trompas de Falopio, ovarios y útero normales es extremadamente raro.²

Entre las localizaciones dentro de la cavidad abdominal la presentación esplénica primaria es la forma menos común de embarazo extrauterino; sin embargo ser un órgano liso, rico en flujo sanguíneo y fácilmente alcanzable en posición supina lo vuelven un sitio favorable para la implantación del ovocito. A pesar de esto ninguno de los sitios descritos anteriormente, incluyendo al bazo, pueden acomodar la implantación de placenta o el crecimiento del embrión.² El diagnóstico preoperatorio de embarazo abdominal es difícil y las pacientes comúnmente se presentan con signos de choque y hemoperitoneo.^{2,3}

Los principales factores de riesgo de embarazo ectópico incluyen el antecedente de embarazo



ectópico, cirugía tubárica, enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, infertilidad y asistencia reproductiva, anomalía uterotubal, cirugía pélvica previa, uso de dispositivo intrauterino, historial de placenta previa y exposición a dietilestilbestrol.¹⁻³

Los principales indicios de embarazo ectópico son encontrarnos ante una mujer en edad reproductiva con dolor abdominal y amenorrea, con sangrado transvaginal y entre 5 y 8 semanas de gestación. De acuerdo con Studdiford los criterios para embarazo abdominal primario son: trompas de Falopio y ovario de aspecto normal, sin evidencia de lesión reciente, sin fístula uteroplacentaria y embarazo no mayor a 12 semanas de gestación con elementos trofoblásticos relacionados exclusivamente con la cavidad peritoneal.³ Otra pista diagnóstica será la ausencia de saco gestacional intrauterino en conjunto con concentraciones de gonadotropina coriónica humana (hGC, subunidad β) superiores a 1500 UI/L;^{2,1} sin embargo, desde que se tornó importante evaluar si el embarazo es intra- o extrauterino en todas las embarazadas que se presentan con dolor y sangrado, y considerado que el embarazo ectópico es una emergencia que pone en riesgo la vida, no es necesario el esperar los valores de gonadotropina para realiza la ecografía; pero el conocimiento de su concentración es útil para interpreta el estudio y determinar la clase de seguimiento a implementar.⁴

Debido a que la ecografía se utiliza para confirmar al embarazo intrauterino es probablemente la herramienta más importante en el diagnóstico de un embarazo extrauterino. La identificación final y la localización se lograrán con asistencia de la tomografía abdominal y de la ecografía transabdominal. Esto pone de relieve la importancia de las imágenes preoperatorias en la visualización de posibles lugares

de implantación de una gestación ectópica. Entre los principales hallazgos del ultrasonido transabdominal están la presencia de masa ecogénica con centro anecoico compatible con saco gestacional, en la topografía del bazo, y un anillo vascular rodeando al posible saco gestacional en el Doppler a color.³ La gonadotropina en concentraciones altas y hallazgos histológicos en un legrado uterino que no incluya vellosidades coriónicas son también indicadores importantes.

Retrospectivamente es importante pensar en esta forma rara de embarazo ectópico cuando se presenta a la sala de emergencias una mujer en edad reproductiva con cualquiera de los factores de riesgo mencionados y que sufra rotura espontánea de bazo en la que no se identifique una causa aparente. El diagnóstico de esta entidad durante el embarazo es difícil ya que comparte signos y síntomas con otras afecciones, incluyendo rotura uterina y desprendimiento de placenta, junto con embarazo ectópico. Si ocurre rotura esplénica y la paciente se encuentra hemodinámicamente estable un ultrasonido abdominal o una tomografía computada complementada con paracentesis pueden ayudar a localizar el sangrado. Sin embargo, la mayoría de los casos de rotura esplénica asociados con embarazo son diagnosticados al practicar laparotomía exploratoria.⁵

REFERENCIAS

1. EP Lin, S Bhatt. Diagnostic Clues to Ectopic Pregnancy. *Radiographics* 2008;28(6):1661-71.
2. Y Yagil, N Beck-Razi. Splenic pregnancy: The Role of abdominal imaging. *American Institute of Ultrasound in Medicine* 2007.
3. AN Kalof, B Fuller. Splenic Pregnancy: A case report and Review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 2004;128(11).
4. KT Barh. Ectopic Pregnancy. *New England Journal of Medicine* 2009;361:379-387.
5. W Li, D Yin. A Case of Spontaneous Splenic Rupture in an Ectopic Pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2013;33(1):95-96.