

Artículo original

Embarazo ectópico ovárico. Presentación de un caso

Jorge Antonio Inclán Bernal,¹ José María Mojarra Estrada,² Roberto de León Caballero,³ Guillermo López Cervantes⁴

¹Departamento Ginecología y Obstetricia, ²Departamento de Biología Reproducción Humana, ³Departamento de Patología Hospital CIMA,

⁴Departamento de Patología, Hospital Infantil del Estado de Sonora

Resumen

El embarazo ectópico de localización en el ovario (EEO) se presenta en 1:7000-40000 embarazos y corresponde al 0.5% y 6% de los embarazos ectópicos en general. En la actualidad el diagnóstico temprano permite utilizar laparoscopia quirúrgica con excelentes pronósticos: menor estancia hospitalaria, recuperación posoperatoria temprana, menor formación de adherencias y mejor pronóstico reproductivo. Se presenta el caso de mujer de 29 años con EEO de 5.2 semanas de gestación en la que mediante laparoscopia se extrajo el embarazo, lográndose una evolución satisfactoria ya que la paciente, 8 meses después del procedimiento endoscópico tuvo nuevo embarazo.

Palabras clave: *Embarazo ectópico ovárico, laparoscopia.*

Summary

Ovarian ectopic pregnancy have been reported to occur in 1-7000 to 40000 pregnancies and represents 0.5% to 6% of global ectopic pregnancy. Early diagnosis is now possible and improvements in operative laparoscopy have led many surgeons to perform conservative ovarian surgery. Laparoscopy allows a short hospital stay, less physical stress and allows the patient to resume normal activities, furthermore the low risk of adhesion formation is important with regard to reproductive prognosis. We report a case of an ovarian ectopic pregnancy in a 29-year-old woman with 5.2 gestational weeks. Its endoscopic management was so satisfactory that 8 months later she became pregnant again.

Key words: *Ovarian ectopic pregnancy, laparoscopy.*

Introducción

El EEO es una presentación poco común de gestación ectópica, la cual es difícil de diagnosticar; la incidencia de embarazos ectópicos ováricos rotos ha disminuido al realizar un monitoreo adecuado con cuantificación de la hormona gonadotropina coriónica y ultrasonido transvaginal. El manejo es quirúrgico

y los avances en cirugía laparoscópica han permitido la realización de procedimientos conservadores ya que generalmente se trata de pacientes jóvenes que desean preservar la fertilidad, y para ello la laparoscopia ofrece un manejo seguro y efectivo.

Informe del caso

Paciente femenina de 29 años de edad, cuyos antecedentes ginecoobstétricos son: menarca a los 12 años, ritmo 28x4, eumenorreica, IVSA a los 22 años, gesta tres, cesárea una. Método anticonceptivo ninguno, fecha de última menstrual hace 39 días, con fracción beta positiva y retraso menstrual de 5.2 semanas. Resto de antecedentes sin importancia.

Inició con dolor abdominal de cuatro días de evolución antes de su ingreso, tipo cólico localizado en hipogastrio y acompañado de sangrado transvaginal en mínima cantidad.

Se realizó ultrasonido endovaginal el cual mostró útero vacío, endometrio de 7 mm de grosor y homogéneo, ovario izquierdo de 23 mm, masa anexial derecha de 48 mm x 37 mm y líquido libre en fondo de saco posterior.

La hormona gonadotropina coriónica sérica seriada fue: la primera en 2800 mul/mL y 72 horas después disminuyó a 1500 mul/mL. Al poco tiempo la paciente presentó dolor abdominal intenso con datos de irritación peritoneal y sangrado transvaginal. Se realizó laparoscopia diagnóstica: encontrando complejo adherencial pélvico pronunciado; el ovario derecho estaba aumentado de tamaño y a tensión (figura 1), las trompas de falopio sin evidencia de gestación ectópica, y el fondo de saco con bolsa peritoneal y adherencias. Ovario izquierdo sin alteraciones. Se realizó incisión sobre la cápsula en el sitio abombado del ovario derecho y se extrajo un coágulo organizado y resistente a la manipulación (figura 2); se electrofulguró la cápsula y se extrajo la masa en una endobolsa (figura 3). Se seccionaron adherencias del fondo de saco, se irrigó y se aspiró la cavidad pélvica. Posteriormente se realizó legrado uterino. El anexo izquierdo era normal.

El estudio histopatológico de la masa ovárica identificó vellosidades coriales en el coágulo removido de la cortical ovárica, con doble fila de células trofoblásticas, lo cual las identifica como del primer trimestre de la gestación; además tenía algunas célu-

las sinciotrofoblásticas y edema intersticial (figura 4). El tejido obtenido por el legrado uterino mostró endometrio hipersecretor con glándulas amplias revestidas por epitelio columnar de núcleo basal y citoplasma claro y en el estroma, vasos de pared gruesa. No se identificó tejido ovárico por histología.

Se realizó seguimiento de la paciente con cuantificación de hormona gonadotropina coriónica al quinto día de posoperatorio, informando 13.0 mul/mL.

Actualmente ocho meses después del procedimiento endoscópico, presenta embarazo de 18 semanas de evolución normal.

Comentario

El embarazo ectópico, según el país que se trate, tiene incidencia de 1:4 a 1:400 embarazos, siendo para México de 1:312 y para Sonora⁸ de 1:242. Maurice S (1862) publicó el primer caso de EEO y en la actualidad, se considera su presentación de 1:7000 a 40000 embarazos y corresponde al 0.5 y 6% de todos los EE.^{1,17} El caso que estamos mostrando, es el segundo EEO que se ha observado en la ciudad de Hermosillo en menos de dos años y el primero en ser diagnosticado y manejado por laparoscopia. Fue un EEO primario ya que la implantación se realizó de primera instancia en la gónada, siendo secundario si la fecundación se efectúa en la trompa y después se hace la implantación ovárica, como si fuera un aborto tubario; por otro lado el primero debe cumplir los criterios de Spiegelberg: 1) la salpinx del lado afectado debe estar intacta, 2) el saco gestacional debe ocupar la posición anatómica normal del ovario, 3) el ovario debe estar unido al útero por el ligamento uteroovárico y 4) demostrar tejido ovárico en las paredes del saco gestacional en el estudio histopatológico.²

Se han postulado algunas teorías para el embarazo ectópico ovárico, una de ellas corresponde a la implantación del blastocito en el cuerpo lúteo, otra es la del impedimento de la transportación del óvulo por adherencias;³ otras posibilidades como la de cambios en la superficie ovárica por deciduización que favorece la implantación,⁴ y por último la presencia de un foco endometriósico que facilita el implante.^{5,6}

Los factores de riesgo que las pacientes muestran para la presencia de EEO son similares a los del embarazo ectópico tubario, pero con mayor incremento relativo de seis veces más en el embarazo ectópico ovárico para la paciente usuaria de dispositivo intrauterino;^{7,8} por otro lado, también las pacientes sometidas a técnicas de fertilización *in vitro* con transferencia de embriones, tienen mayor incidencia de EEO del 3-11%.⁹

El cuadro clínico es comúnmente indistinguible del embarazo tubárico¹⁰ excepto que el EEO es más propenso a la ruptura en etapas tempranas, por lo que frecuentemente el primer signo clínico es el choque hipovolémico.¹¹

Sin embargo, utilizando la combinación del ultrasonido y los marcadores séricos de embarazo como la hormona gona-

dotropina coriónica subunidad B, da una sensibilidad diagnóstica de 96% y especificidad de 100% y por lo tanto el diagnóstico de EEO se puede realizar en etapas tempranas.^{12,13}

Durante la cirugía es difícil diferenciar entre embarazo ectópico ovárico con ruptura del cuerpo lúteo, porque la evaluación macroscópica es insuficiente y el diagnóstico de certeza es mediante el estudio histopatológico; sin embargo, lograr detecciones tempranas de embarazos ováricos permite encontrar el saco gestacional no roto, ausencia de sangrado durante la cirugía laparoscópica, y realizar cistectomía con técnica quirúrgica cuidadosa, disecando la superficie ovárica y utilizar electrocoagulación para lograr una adecuada hemostasia. Evidentemente en este procedimiento es difícil demostrar microscópicamente el tejido ovárico en la pared del saco gestacional, por ello no es necesario para el diagnóstico ya que en varios casos informados no se cumple con el cuarto criterio de Spiegelberg,^{14,15} porque no se extrae tejido ovárico.

El tratamiento de EEO siempre es quirúrgico, pero más conservador con laparoscopia ya que tradicionalmente el tratamiento del embarazo ectópico ovárico era laparotomía con ooforectomía;⁸ actualmente si la paciente se encuentra hemodinámicamente estable se realiza cistectomía como tratamiento de elección para obtener en el 75 a 80% de los casos la conservación ovárica y por lo tanto la preservación de la fertilidad.¹⁴⁻¹⁶ Por otro lado permite un nuevo embarazo a corto plazo si la paciente lo desea, tal como sucedió con el caso que se reporta que va en la semana 18 de preñez con evolución normal.

El tejido ovárico es sensible al trauma, sin embargo, se ha observado mínima destrucción de las unidades foliculares al utilizar electrocoagulación, lo cual no compromete la función ovárica.¹⁵

Teóricamente puede existir la persistencia de tejido trofoblástico por lo que a las pacientes se les solicita como control, la cuantificación de fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica.

En conclusión, realizar el diagnóstico temprano de EEO permite la utilización de la laparoscopia quirúrgica como la técnica más segura, la cual ofrece varias ventajas: menor estancia hospitalaria, menor tiempo de recuperación posoperatoria, menor riesgo de formación de adherencias y mejor pronóstico reproductivo.

Referencias

1. Hallat J. Primary ovarian pregnancy: A report of twenty five cases. Am J Obstet Gynecol 1982; 143: 55-60.
2. Spiegelberg O. Casuistik der ovarialschwangerschaft. Arch Gynaekol 1878; 13: 73-77.
3. Pratt-Thomas HR, White L, Messer HH. Primary ovarian pregnancy: Presentation of ten cases, including one full-term pregnancy. South Med J 1974; 67: 929-925.
4. Boronow RC, McElin TW, West RH. Ovarian pregnancy: Report of four cases and a thirteen year survey of the English literature. Am J Obstet Gynecol 1965; 91: 1095-1098.



Figura 1. En el estudio laparoscópico se encontró ovario derecho aumentado de tamaño y a tensión. Nótese la salpinx sin evidencia de gestación ectópica.

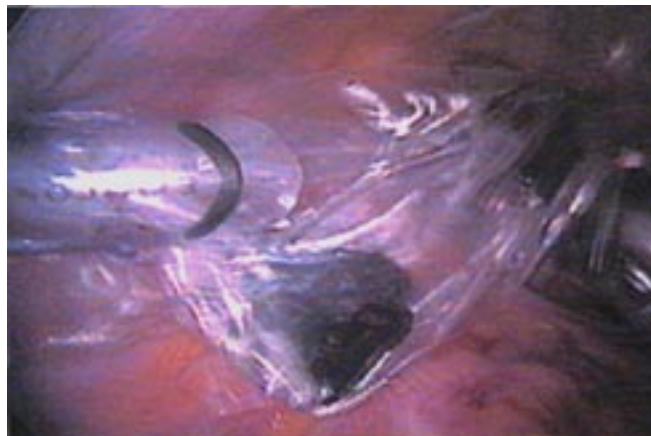


Figura 3. El coágulo se coloca en endobolsa.



Figura 2. Durante la laparoscopia se realizó incisión sobre la cápsula ovárica y se extrajo coágulo, posteriormente se electrocoaguló la cápsula.

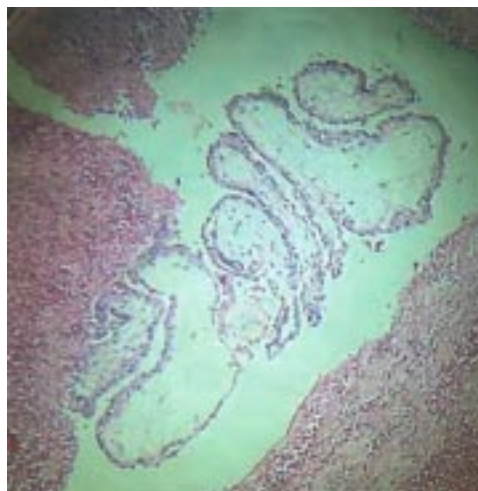


Figura 4. Microfotografía que muestra vellosidades coriales con algunas células sincitiotrofoblásticas y edema en su estroma.

5. Serreyn R, Kermnans G, Cuvelier C. Unruptured primary ovarian pregnancy. Arch Gynecol 1982; 143: 55-58.
6. Modawi O. Primary twin pregnancy with ovarian endometriosis. J Obstet Gynecol Br Emp 1962; 69: 655-658.
7. Sandvei R, Sandstad E, Steier JA. Ovarian pregnancy associated with the intra-uterine contraceptive device. Acta Obstet Gynecol Scand 1987; 66: 137-140.
8. Montoya C, López-Cervantes G, Vega Ruiz F et al. Embarazo ovárico: informe de un caso. Ginecol Obstet Mex 1999; 67: 527-530.
9. Marcus SF. Analysis of the incidence and risk factors associated with ectopic pregnancy following *in vitro* fertilization and embryo transfer. Hum Reprod 1995; 10: 199-204.
10. Grimes HG, Nosal RA, Gallagher JC. Ovarian pregnancy: A Series of 24 cases. Obstet Gynecol 1983; 61: 174-178.

11. Vasilev SA, Sauer MV. Diagnosis and modern surgical management of ovarian pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1990; 170: 395-399.
12. Russell JB, Cutler LR. Transvaginal ultrasonographic detection of primary ovarian pregnancy with laparoscopic removal: A case report. Fertil Steril 1989; 51: 1055-1059.
13. Honigl W, Reich O. Vaginal ultrasound in ovarian pregnancy. Ultrachall Med 1999; 18: 233-236.
14. Carter J, Ekuan J, Kallins GJ. Laparoscopic diagnosis and excision of an intact ovarian pregnancy. J Rep Med 1993; 962-965.
15. Seineira P, Di Gregorio A, Arisio R et al. Ovarian pregnancy and operative laparoscopic: Report of eight cases. Human Repr 1997; 12: 608-701.
16. Raziel A, Golan A, Pansky M. Ovarian pregnancy: A report of twenty cases in one institution. Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 1182-1186.
17. Riethmuller D, Sautiere JL, Bernois S et al. Sonographic diagnosis and laparoscopic treatment of ovarian pregnancy. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1996; 25/4: 378-383.