

Abdomen agudo como complicación de un embarazo molar

Luis Fernando Escobar-Ponce,¹ Ana Cristina Arteaga-Gómez,² Andrea Alicia Olguín-Ortega¹

RESUMEN

Se reporta el caso clínico de una paciente de 18 años de edad, primigesta, admitida al hospital por embarazo molar de siete semanas de gestación. Una semana después de la evacuación uterina la paciente reingresó al Instituto debido a un cuadro de abdomen agudo. La laparotomía exploradora reveló la torsión y necrosis de ambos anexos, motivo de la salpingo-ooforectomía bilateral. El estudio anatomo-patológico confirmó, en ambos ovarios, la hiperreacción luteínica e infarto hemorrágico. El abdomen agudo secundario a la torsión y necrosis de quistes teca-luteínicos puede ser una complicación asociada con el embarazo molar.

Palabras clave: mola hidatiforme, complicaciones de quiste de ovario, abdomen agudo, complicaciones quirúrgicas del embarazo.

ABSTRACT

To report a case of bilateral ovarian torsion after a molar pregnancy. Clinical case: An 18 year old female was admitted for a 7 week molar pregnancy. A week after uterine evacuation the patient was readmitted to the emergency room with acute abdomen. Exploratory laparotomy revealed torsion and necrosis of both ovaries. A bilateral salpingo-oophorectomy was performed. The anatomopathology study confirms both ovaries with hyperrectio luteinalis and hemorrhagic infarct. Acute abdomen secondary to torsion and necrosis of theca-lutein cysts can be a molar pregnancy-related complication.

Key words: Hydatiform Mole, ovarian cysts/complication, acute abdomen, Pregnancy Complications-surgery

RÉSUMÉ

Nous rapportons le cas d'un patient 18 ans, la première grossesse, la grossesse à l'hôpital pendant sept semaines de grossesse molaire. Une semaine après l'évacuation utérine de la patiente a été réadmis à l'Institut en raison d'un abdomen aigu. Une laparotomie exploratrice a révélé torsion et une nécrose des deux annexes, la raison salpingo-ovariectomie. L'étude a confirmé que la réaction à la fois lutéale et de l'ovaire hémorragique infarctus. Abdomen aigu secondaire à une torsion et une nécrose thèque kystes lutéale peut être une complication liée à la grossesse molaire.

Mots-clés: môle hydatiforme, les complications de kyste de l'ovaire, de l'abdomen aigu, complications chirurgicales de la grossesse.

RESUMO

Relatamos o caso de uma paciente de 18 anos, primeira gravidez, gravidez internado no hospital por sete semanas de gravidez molar. Uma semana após a evacuação uterina da paciente foi readmitido no Instituto devido a um quadro de abdome agudo. Laparotomia exploradora revelou torção e necrose dos dois anexos, razão salpingo-ooforectomia bilateral. O estudo histopatológico confirmou a reação em ambas lútea do ovário e enfarte hemorrágico. Abdómen aguda secundária à torção e à necrose de cistos teca-lútea pode ser uma complicação associada com a gravidez molar.

Palavras-chave: mola hidatiforme, as complicações de cisto de ovário, abdome agudo, complicações cirúrgicas da gravidez.

¹ Médico adscrito al departamento de Ginecología.
² Jefa del departamento de Ginecología.
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México DF.

Correspondencia: Dr. Luis Fernando Escobar-Ponce
Departamento de Ginecología
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes
Montes Urales 800,
11000 México DF
ezcovarmd@hotmail.com

Recibido: enero 2013
Aceptado: agosto 2013

Este artículo debe citarse como: Escobar-Ponce LF, Arteaga-Gómez AC, Olguín-Ortega AA. Abdomen agudo como complicación de un embarazo molar. Ginecol Obstet Mex 2013;81:541-544.

www.femecog.org.mx

El embarazo molar es la consecuencia de la concepción anormal entre el óvulo y el espermatozoide. Es una proliferación anormal del trofoblasto caracterizada por la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales. La enfermedad trofoblástica gestacional se clasifica en: mola completa, mola invasora, coriocarcinoma y tumor del sitio placentario. El embarazo molar produce concentraciones anormalmente elevadas de hormona gonadotropina coriónica humana. Este estado hormonal ocasiona diferentes alteraciones en las pacientes, como: hipertiroidismo transitorio, hiperemesis gravídica, preeclampsia o quistes teca-luteínicos.¹ Una mola hidatidiforme es una complicación poco frecuente del embarazo, pero con potencial para evolucionar a formas que requieren tratamiento sistémico y puede ser mortal.² Se reporta un caso de abdomen agudo debido a la torsión, necrosis y ruptura de quistes teca-luteínicos asociados con embarazo molar.

CASO CLÍNICO

Paciente de 18 años de edad, primigesta, enviada a un hospital de tercer nivel con embarazo espontáneo de siete semanas de gestación y sangrado vaginal. En la evaluación médica se encontró un embarazo molar y en el examen ultrasonográfico quistes teca-luteínicos. El útero media 16 x 8 cm, con imágenes intrauterinas sugerentes de embarazo molar. Se reportaron: una masa anexial derecha de tipo multiquística de 9 cm y una izquierda de 6 cm. Las concentraciones de hormona gonadotropina coriónica fracción beta humana eran de 376,000 UI/L. La biometría hemática reveló que la hemoglobina era de 11.8 g/dL, con hematocrito de 34.9%. Por esto se programó a la paciente para un legrado uterino por aspiración. Luego de la evacuación uterina la paciente fue dada de alta del Instituto sin complicaciones.

El estudio histopatológico confirmó la mola completa. Una semana después de la evacuación la paciente reingresó al servicio de Urgencias debido a un dolor abdominal severo, náusea y vómito. A la exploración física el abdomen se encontró distendido, doloroso a la palpación superficial y con prueba de rebote positiva. El ultrasonido reportó que el útero media 10 x 7 x 6 cm con eco endometrial de 5 mm. También se observaron masas anexiales bilaterales. El ovario derecho midió 14 cm de diámetro, con volumen de 799 cc y el izquierdo 11 cm con 477 cc de volumen

(Figura 1). Además, había abundante líquido libre en la cavidad abdominal. El examen con ultrasonido doppler mostró disminución de los flujos en ambos anexos.

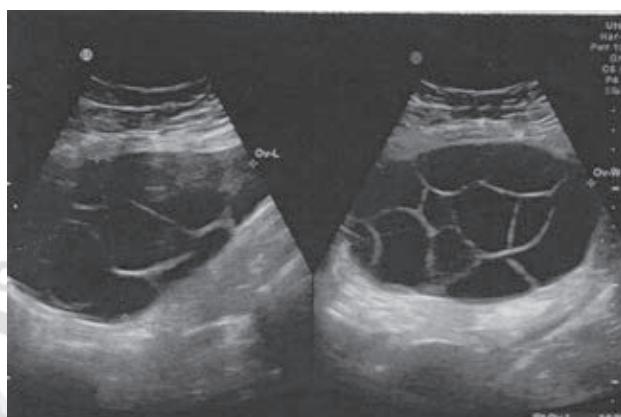


Figura 1. Útero de 10 x 7 x 6 cm con eco endometrial de 5 mm. El ovario derecho mide 14 cm de diámetro con volumen de 799 cc y el ovario izquierdo 11 cm con 477 cc de volumen.

La biometría hemática reveló hemoglobina de 7.8 g /dL con hematocrito de 22.9%. Las concentraciones de hormona gonadotropina coriónica humana fracción beta fueron de 15,000 UI/L. Debido al cuadro de abdomen agudo la paciente ingresó al quirófano para realizarle una laparotomía exploradora. Durante la cirugía se aspiró un hemoperitoneo de 1000 cc. El ovario izquierdo se observó con torsión, necrótico y roto. El ovario derecho también tenía torsión y aspecto necrótico pero no estaba roto (Figura 2). Se realizó una salpingo-ovarectomía bilateral (Figura 3) y el procedimiento quirúrgico terminó sin eventualidades. El reporte de patología indicó que ambos ovarios tenían hiperreacción luteína, torsión e infarto hemorrágico. El periodo postoperatorio evolucionó sin eventualidad y al tercer día postquirúrgico la paciente salió del hospital.

DISCUSIÓN

Una de las características del embarazo molar es el incremento de la producción de hormona gonadotropina coriónica humana. Estas concentraciones anormalmente elevadas de la hormona gonadotropina coriónica humana se deben a la hiperplasia del trofoblasto que acompaña a esta condición. La mayor parte de los síntomas asociados con el embarazo molar, como los vómitos, hipertensión o proteinuria se deben a los títulos elevados de la hormona



Figura 2. Durante la cirugía se aspira un hemoperitoneo de 1000 cc. El ovario izquierdo se observa con torsión, necrótico y roto. El ovario derecho también tiene torsión y un aspecto necrótico pero no está roto.



Figura 3. Salpingo-ovorectomía bilateral debida a los hallazgos.

gonadotropina coriónica humana.³ Se cree que la estimulación exagerada de esta hormona, más la mayor sensibilidad del ovario a la misma, produce quistes teca-luteínicos. Este fenómeno se conoce como *hiperreactio luteinalis* y se caracteriza por el crecimiento de grandes y múltiples quistes en los ovarios. Por lo general son bilaterales, multiloculados y con líquido claro en su interior. En la histología se observan quistes foliculares con prominente luteinización de las células de la teca interna.

El embarazo molar puede tener diferentes complicaciones asociadas con las concentraciones aumentadas de hormona gonadotropina coriónica humana. El abdomen agudo provocado por la torsión de quistes teca-luteínicos no se ha relacionado claramente. La frecuencia de éstos

en un embarazo molar varía según diferentes autores, se reporta incluso 50% en la enfermedad trofoblástica gestacional.⁴

Por lo general, los quistes teca-luteínicos se diagnostican como hallazgo incidental en el ultrasonido pélvico. Las pacientes no suelen tener síntomas, salvo que suceda un “accidente de quistes”, que son la torsión, isquemia y necrosis del anexo que ocasiona su ruptura y sangrado.⁵

La conducta médica ante los quistes teca-luteínicos es de vigilancia porque su regresión es espontánea. Sin embargo, en 6.9 a 11% de los casos los quistes causan torsión del anexo y producen los síntomas clásicos de abdomen agudo.^{6,7}

Los estudios de laboratorio o gabinete disponibles para el diagnóstico de torsión del anexo son limitados. El ultrasonido doppler no ha demostrado tener una adecuada sensibilidad ni especificidad para corroborar el diagnóstico; por esto la evaluación clínica es el mejor parámetro para sospechar esta afección⁸ porque se ha comprobado, en una tercera parte de los casos de torsión ovárica, que no muestran disminución del flujo Doppler.⁹

El tratamiento de la torsión anexial es, indiscutiblemente, quirúrgico mediante cirugía abierta o laparoscópica. En cualquiera de estas opciones el cirujano decidirá entre resear el anexo o revertir la torsión para, entonces, resear los quistes y conservar el tejido ovárico. Esta decisión se toma, la mayor parte de las veces, sólo con la inspección visual que realiza el cirujano durante el procedimiento quirúrgico.¹⁰ Cuando la necrosis ovárica es evidente la decisión resulta fácil de tomar; sin embargo, cuando la necrosis no es franca el cirujano se enfrenta a una situación más complicada. Si la torsión y necrosis afectan ambos ovarios, el resultado reproductivo es devastador para la paciente y más si se encuentra en una etapa reproductiva temprana.

En el caso aquí reportado una joven de 18 años, primigesta, terminó en ooforectomía bilateral secundaria a la torsión y necrosis de ambos anexos como consecuencia de un embarazo molar.

CONCLUSIÓN

Las pacientes con embarazo molar y quistes teca-luteínicos deben ser advertidas de las complicaciones a las que están expuestas si los quistes causan torsión del anexo, y de las repercusiones reproductivas que resultan de la misma.

REFERENCIAS

1. Soper JT. Gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol* 2006;108:176-187.
2. De Andrade JM. Hydatidiform mole and gestational trophoblastic disease. *Rev Bras Ginecol e Obstetricia* 2009;31:94-101.
3. Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. *Lancet* 2010;376:717-729.
4. Gatongi DK, Madhvi G, Tydeman G, Hasan A. A case of hyperreaction luteinalis presenting with eclampsia. *J Obstet Gynaecol J* 2006;26:465-467.
5. Özdemir S, Balci O, Gorkemli H, Koyuncu T, Turan G. Bilateral adnexal torsión due to postmenopausal hydatidiform mole. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37:359-362.
6. Lee CH, Raman S, Sivanesaratnam V. Torsión of ovarian tumors: a clinicopathological study. *Int J Gynaecol Obstet* 1989;28:21-25.
7. Sommerville M, Grimes DA, Koonings PP, Campbell K. Ovarian neoplasms and the risk of adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:577-578.
8. Bottomley C, Bourne T. Diagnosis and management of ovarian cyst accidents. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009;23:711-724.
9. Andreotti RF, Lee SI, Dejesus Allison SO, Bennett GL, Brown DL, Dubinsky T, et al. ACR Appropriateness Criteria Acute Pelvic Pain in the Reproductive Age Group. *Ultrasound Q* 2011;27:205-210.
10. Tobiume T, Shiota M, Umemoto M, Kotani Y, Hoshiai H. Predictive factors for ovarian necrosis in torsion of ovarian tumor. *Tohoku J Exp Med* 2011;225:211-214.

