



Embarazo ectópico ovárico complicado en el segundo trimestre de la gestación: a propósito de un caso

RESUMEN

Antecedentes: el embarazo ectópico es una anomalía que incrementa la mortalidad materna en 10 a 15% de los casos y el ectópico ovárico es uno de los casos infrecuentes, representa solo 3% de los embarazos ectópicos.

Caso clínico: paciente de 33 años de edad, con dolor en el hemiabdomen inferior y palidez. La ecografía transvaginal reportó un feto único vivo, de 15 semanas de gestación, ubicado en el ovario izquierdo y hemoperitoneo moderado. Se realizó laparotomía exploradora y salpingooforectomía izquierda; la evolución postoperatoria fue satisfactoria y la paciente salió del hospital al cuarto día del posoperatorio.

Conclusiones: la gestación ovárica es una forma de presentación excepcional. El diagnóstico clínico preoperatorio es complejo y debe tenerse un alto nivel de sospecha diagnóstica con exploración física y estudios de imágenes. El tratamiento depende del cuadro clínico y de la oportunidad en que se haya establecido el diagnóstico.

Palabras claves: embarazo ectópico, ovario, laparotomía, ooforectomía.

Complicated ovarian ectopic pregnancy in the second trimester of pregnancy: report of a case

ABSTRACT

Background: Ectopic pregnancy is one of the gynecobstetric conditions that contribute to increased maternal mortality by 10 to 15% of cases. Ovarian ectopic pregnancy is one of the rare cases and represents up to 3% of ectopic pregnancies.

Case: Female with 33 years old with lower abdominal pain, and pallor. Transvaginal ultrasound showed a live product with 15.3 weeks in left ovary and moderate hemoperitoneum. Exploratory laparotomy was performed with left salpingo-oophorectomy; postoperative course was satisfactory, discharged on the fourth day.

Conclusion: Ovarian pregnancy is a rare form of presentation. Preoperative diagnosis is difficult and must have a high level of diagnostic suspicion with physical examination and imaging studies. Treatment will vary according to clinical and diagnostic precocity.

Key words: Ectopic pregnancy, ovarian, laparotomy, oophorectomy.

Susy Bazán-Ruiz¹
Joe Anchayhua-Cucchi²
Muchín Ruiz-Leud³
Paúl Castillo-Pulido⁴

¹ Médico cirujano, Escuela de Medicina, Universidad César Vallejo, Piura, Perú.

² Médico cirujano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica, Perú.

³ Anatomopatóloga, Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2, Santa Rosa, Piura, Perú.

⁴ Residente de Ginecología, Hospital Essalud III José Cayetano Heredia, Piura, Perú.

Recibido: mayo 2015

Aceptado: junio 2015

Correspondencia

Dra. Susy Bazán Ruiz
susybr23@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Bazán-Ruiz S, Anchayhua-Cucchi J, Ruiz-Leud M, Castillo-Pulido P. Embarazo ectópico ovárico complicado en el segundo trimestre de la gestación: a propósito de un caso. Ginecol Obstet Mex 2015;83:494-498.



ANTECEDENTES

El embarazo ectópico es la implantación del cigoto en una ubicación fuera de la cavidad endometrial.¹ La localización tubárica representa 95% y de los embarazos extratubáricos y el ovárico 0.5%.^{1,2} En otro estudio, la ubicación ovárica representó 1 a 3% de todos los embarazos ectópicos.³ En el Perú, la prevalencia de embarazo ectópico es de 0.55-1.2% y la ubicación tubárica ocupó 95% de ellos.^{4,5} La localización ovárica representa 1.4% de los casos reportados.⁴

El embarazo ectópico ovárico es una variedad rara de embarazo ectópico. El primer caso fue descrito por San Maurice, en Francia, en 1682.⁶ Su incidencia varía de 1 caso por cada 2000 a 1 caso por cada 60,000 nacimientos,⁷ con incremento en los últimos 20 años como consecuencia de la aplicación de técnicas de reproducción asistida, de dispositivos intrauterinos, endometriosis, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y cirugías ginecológicas previas,^{3,5,8,9} y al uso creciente de pruebas de ayuda diagnóstica, como la ecografía transvaginal y la beta-HCG.⁹ Los síntomas de las mujeres afectadas son: dolor abdominal bajo, sangrado vaginal y masa anexial palpable. En la actualidad, la cirugía laparoscópica es el mejor tratamiento porque implica menores tiempo operatorio, pérdida de sangre y estancia hospitalaria.^{8,10}

El embarazo ectópico es un problema de salud pública en varios países del mundo, y una causa importante de morbilidad y mortalidad materna del primer trimestre de gestación en el Perú.^{5,11} El objetivo de este caso clínico es reportar la rotura de un embarazo ectópico ovárico complicado, de 15 semanas de gestación, por su hallazgo incidental y por el aumento en el número de casos de esta anomalía.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años de edad, que ingresó referida de un hospital de menor complejidad, por el hallazgo incidental, mediante ecografía transvaginal, de un feto vivo en el ovario izquierdo. El cuadro clínico se inició 3 días antes del ingreso, con dolor en la región suprapública, con irradiación al cuadrante inferior izquierdo asociado con sangrado transvaginal, de color rojo oscuro en escasa cantidad, astenia y palidez marcada.

La paciente había tenido tres embarazos previos, dos de ellos terminaron en aborto. Refirió ooforectomía derecha a los 23 años, por un tumor en el ovario, fue tratada con medroxiprogesterona hasta 6 meses previos al embarazo; los últimos períodos menstruales fueron escasos y de color rojo oscuro.

La paciente se encontraba en regular estado general de salud, con presión arterial de 80-50 mmHg, frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto. Las mucosas eran pálidas y secas. En la exploración abdominal se evidenció aumento de volumen, resistencia abdominal, dolor a la palpación superficial y profunda en la región suprapública, Blumberg (+). En la evaluación del tacto vaginal se encontró: escaso sangrado oscuro a dedo de guante, cérvix posterior cerrado y Douglas (+). Se hospitalizó con diagnóstico de embarazo ectópico ovárico, abdomen agudo ginecológico y choque hipovolémico. En la ecografía transvaginal realizada en el Hospital Jorge Reátegui Delgado se encontró al útero en anteverosflexión de 91 x 45 x 56 mm, bordes regulares y línea endometrial de 3 mm de grosor, sin evidencia de saco gestacional en su interior. El anejo derecho no era visible y en el izquierdo se encontró un feto vivo de 17 mm de longitud del fémur, 29 mm de diámetro biparietal y 111 mm de perímetro cefálico, con actividad

cardiaca de 132 latidos por minuto; además, líquido libre en el fondo de saco de Douglas, con hemoperitoneo de moderada cantidad. En los exámenes de laboratorio solicitados en el hospital se encontró: hemoglobina de 5.5 g/dL, hematocrito de 16.7%, 7,800 leucocitos por mL³; 167,000 plaquetas por mL³. Antes de la intervención quirúrgica se le transfundieron dos paquetes globulares.

En la laparotomía exploradora se encontró hemoperitoneo de aproximadamente 4 litros, un feto dentro del saco amniótico en el ovario izquierdo, de aproximadamente 15 cm de longitud y múltiples focos sangrantes; por esto se le realizó salpingooforectomía izquierda. En el segundo día posoperatorio se le transfundieron dos paquetes globulares más y la hemoglobina de control fue de 8.6 g/dL. Fue dada de alta al cuarto día postoperatorio sin complicación alguna. Posteriormente, el diagnóstico se confirmó por anatomía patológica; se estudiaron los tejidos uterino y ovárico. Se encontró un saco embrionario de 9 x 6 x 2 cm con un feto de 8 cm de longitud céfalo-caudal. Al examen microscópico se encontró: trompa uterina con múltiples cavidades y contenido sanguíneo; el ovario izquierdo con coágulos sanguíneos y vellosidades coriónicas deciduales; tejido trofoblástico y el ovario con vellosidades coriónicas y estroma ovárico de aspecto congestivo y hemorrágico (Figura 1), compatible con embarazo ectópico ovárico roto de 15 semanas de gestación (Figura 2 y 3).

DISCUSIÓN

El hallazgo inicial y fortuito de un embarazo ectópico ovárico de 15 semanas, con feto viable, es excepcional. El embarazo ectópico roto es una emergencia médica y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna⁵ por lo que debe considerarse parte de los posibles diagnósticos en una mujer con abdomen agudo y

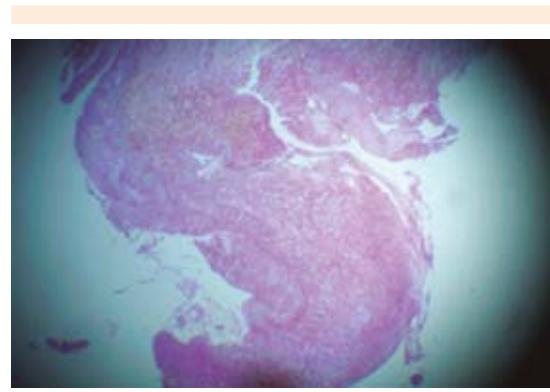


Figura 1. Corte histológico del embarazo ectópico de ovario. Se puede observar tejido trofoblástico sobre un fondo de estroma ovárico.



Figura 2. Feto de 15 semanas de gestación dentro del saco gestacional. Tejido ovárico con zonas de necrosis.



Figura 3. Feto de 15 semanas de gestación con ovario izquierdo roto.



choque hipovolémico. Existe la tendencia a creer que el embarazo ectópico solo sucede en mujeres multigestas y, al mismo tiempo, nulíparas y primíparas, con antecedente de aborto y cirugía abdominal o pélvica y uso de dispositivo intrauterino.⁵ En el caso de la paciente aquí reportado el antecedente de cirugía ginecológica por tumor ovárico pudo haber influido en su crecimiento, lo mismo que los dos abortos previos. En el Perú, la edad media de embarazo ectópico es de 29.2 ± 6.5 años^{5,9,10,12} y nuestra paciente tenía 33 años de edad, choque hipovolémico y ciclos menstruales irregulares, escasos y de color rojo oscuro, antecedentes suficientes para embarazo ectópico.

Por lo que se refiere a la edad gestacional en el embarazo ectópico ovárico 91% de los casos se diagnostican en el primer trimestre de la gestación,^{13,14} 5.3% en el segundo trimestre y 3.7% en el tercero.¹³ En una serie de casos, la edad media fue de 6.8 semanas de gestación.¹⁰ En el caso aquí comunicado, la edad gestacional fue de 15 semanas en la ecografía transvaginal y confirmada por anatomía patológica; es decir, en el segundo trimestre de la gestación.

El embarazo ectópico ovárico debido a la alta vascularización de la zona afectada tiende a evolucionar a una rotura de ovario y hemoperitoneo^{2,14} que, en promedio, es de 806.25 ± 561.64 mL.¹⁰ En este caso fue de 4 litros, aproximadamente, hallazgo inusual con respecto a lo reportado¹⁵

En cuanto al tratamiento, el quirúrgico es hoy día el más indicado. El método laparoscópico para atender esta patología se ha incrementado en los últimos años, en detrimento de la laparotomía. Lo más recomendable es remover el embarazo ectópico y mantener el tejido ovárico ipsilateral para preservar la fertilidad; la ooforectomía se reserva para los casos con complicaciones.^{2,3,8,10} En este caso se optó por la laparotomía para

evacuar el hemoperitoneo moderado detectado en la ecografía y se realizó luego la salpingooforectomía, por la existencia de focos sangrantes en el tejido adyacente al ovario afectado.

El diagnóstico de embarazo ectópico ovárico se establece siguiendo los cuatro criterios de Spiegelberg:^{2,8} 1) la integridad del tubo y de las fimbrias del lado afectado, separados del ovario; 2) el saco gestacional debe ocupar el ovario; 3) el ovario debe estar conectado al útero a través del ligamento ovárico; y 4) el tejido ovárico debe encontrarse en la pared del saco (vellosidades coriónicas en el ovario). De los mencionados, se pudo comprobar el cumplimiento del último criterio de Spiegelberg: existencia de vellosidades coriónicas en el ovario; sin que se hubieran cumplido los tres criterios restantes por la rotura antes del acto operatorio.

Aunque sigue siendo poco frecuente, el embarazo ectópico es una afección de prevalencia creciente. La identificación de los signos y síntomas, factores de riesgo, diagnósticos diferenciales y pruebas diagnósticas de apoyo, son importantes y necesarias.

REFERENCIAS

1. López-Luque P, Begal-Mateo G, López-Olivares M. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. Semergen, 2014 [Publicación electrónica antes de impresión].
2. Pato M, Castro L, Borrajo E, Araujo J. Embarazo ectópico ovárico. Prog Obstet Ginecol 2013; 56(5):266-269.
3. Molinaro T, Barnhart K. Ectopic Pregnancy in unusual locations. Semin Reprod Med 2007;25:123-130.
4. Luglio J, Ledesma L, Cáceres E. Características clínico-patológicas de los pacientes con diagnósticos de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002. Rev Med Hered 2005;16:26-30.
5. Yglesias E. Embarazo ectópico en el Hospital Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú 2008-2010. Rev Perú Epidemiol 2011;15(3):6.
6. Lurie S. The history of the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy: a medical adventure. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1992;43:1-7.

7. Odejinmi F, Rizzoto M, MacRae R, Olowu O, Hussain M. Diagnosis and laparoscopy management of 12 consecutive cases of ovarian pregnancy and review of literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2009;16(3):354-359.
8. Joseph R, Irvine L. Ovarian ectopic pregnancy: aetiology, diagnosis, and challenges in surgical management. *J Obstet Gynaecol* 2012; 32:472-474.
9. Choi HJ, Im KS, Jung HJ, Lim KT, Mok JE, Kwon YS. Clinical analysis of ovarian pregnancy: a report of 49 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;158:87-89.
10. Po-Chun K, Liang-Ming L, T'sang-T'sang H, Po-Jen Ch. Twenty-one years of experience with ovarian ectopic pregnancy at one institution in Taiwan. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;119:154-158.
11. Naranjo M, Lazo M, Flores M, Saona L. Tratamiento médico del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2007-2008. *Rev Peru Ginecol Obstet* 2013;59:49-53.
12. Martínez A, Mascaro Y, Méjico W, Mere J. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Per Ginecol Obstet* 2013;59: 177-186.
13. Thapa M, Rawal S, Jha R, Singh M. Ovarian pregnancy: a rare ectopic pregnancy. *J Nepal Med Assoc* 2010; 49:52-5.
14. González C, Salas P, Hernández A, Santiago J. Embarazo ectópico ovárico: experiencia en 10 años del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012;77:50-54
15. Odejinmi F, Rizzoto M, MacRae R, Olowu O, Hussain M. Diagnosis and laparoscopy management of 12 consecutive cases of ovarian pregnancy and review of literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2009;16:354-359.