



Embarazo ectópico ovárico con presentación clínica poco común. Reporte de caso y revisión de la bibliografía

RESUMEN

El embarazo ectópico ovárico representa 3% de todos los ectópicos, con una incidencia de 1:7000-40,000. En los últimos 10 años se ha visto un repunte de su incidencia. La mayoría de las pacientes tiene: sangrado transvaginal, dolor abdominal y datos de choque. En la actualidad la bibliografía reporta de 300-400 casos.

Caso clínico: paciente multigesta con embarazo ectópico ovárico de 12 semanas de gestación, sin datos clínicos sugerentes y diagnóstico fortuito, no obstante el control prenatal regular con ultrasonidos.

Conclusión: el embarazo ovárico es una presentación excepcional, de diagnóstico complejo y casi siempre sugerido por la clínica; cuando ésta falla se requieren estudios complementarios para integrar el diagnóstico.

Palabras clave: embarazo ectópico, embarazo ovárico, diagnóstico, laparotomía.

Mercedes del Pilar Álvarez-Goris¹
Juan Manuel Mendoza-Moreno²
Ricardo Sánchez-Zamora³
Raysa Alelí Torres-Rivera⁴
Ana Karen Galicia-Pedraza⁴

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia, Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle, Hospital Ángeles del Pedregal, Ginecología y Obstetricia-Alta especialidad en Medicina Crítica en Obstetricia, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

² Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Cuautla doctor Mauro Belaunzarán Tapia.

³ Ginecología y Obstetricia, Medicina Crítica en Obstetricia, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

⁴ Médico interno de pregrado UPAEP, Hospital General de Cuautla doctor Mauro Belaunzarán Tapia.

Ovarian ectopic pregnancy with little common clinical presentation. A case report and bibliographical review

ABSTRACT

Ovarian ectopic pregnancy is only 3% of all ectopic, with an incidence of 1:7,000-40,000. In the last 10 years, it has been a rise in incidence. Most patients have vaginal bleeding, abdominal pain and shock data. Less than 300-400 cases are reported in the literature.

Case: We present the case of a woman with ovarian ectopic pregnancy of 12 weeks of gestation, who have not suggestive clinical signs and whose diagnosis was incidental despite having a regular prenatal ultrasound.

Conclusion: Ovarian pregnancy is a rare presentation; diagnosis is difficult and often suggested by clinical data, when clinical data fail, more studies are needed to integrate the diagnosis.

Key words: ectopic pregnancy, ovarian pregnancy, diagnosis, laparotomy

Recibido: junio 2015

Aceptado: julio 2015

Correspondencia

Dra. Mercedes del Pilar Álvarez Goris
Unidad de Terapia Intensiva de Ginecología y Obstetricia
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga
Dr. Balmis 148
06726 México DF
goris14@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

Álvarez-Goris MP, Mendoza-Moreno JM, Sánchez-Zamora R, Torres-Rivera RA, Galicia-Pedraza AK. Embarazo ectópico ovárico con presentación clínica poco común. Reporte de caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2015;83:545-550.

ANTECEDENTES

La incidencia de embarazos ectópicos es de 1-2% de todos los embarazos y la localización en el ovario es solo de 3% de todos los ectópicos; su incidencia es de 1:7000-40,000.¹⁻⁷ En la bibliografía hay reportados 300-400 casos.^{7,8} El embarazo ectópico ovárico es una condición que puede poner en peligro la vida de la mujer si no se diagnostica tempranamente, por el riesgo de hemorragia y choque.

La sospecha clínica se activa con la triada del embarazo ectópico: amenorrea, dolor abdominal y metrorragia.^{5,6,8} Muchas veces el diagnóstico clínico no se manifiesta en la forma típica y requiere de gran sospecha diagnóstica para confirmarlo, con la cuantificación de HGC-β y un ultrasonido transvaginal.⁵ Puede haber situaciones en las que ni la clínica ni los complementos diagnósticos serán de ayuda.

Por su baja incidencia, por lo poco común de su presentación clínica y como contribución al escaso número de casos descritos en la bibliografía, se reporta el caso de un embarazo ovárico ectópico de 12 semanas de gestación, que cursó asintomático y ultrasonidos obstétricos de control sin reporte anómalo; el diagnóstico se estableció posterior a las semanas de detección habituales.

CASO CLINICO

Paciente de 38 años de edad, sin alergias o antecedentes personales patológicos relevantes, con ciclos menstruales irregulares y amenorrea de seis meses, con fecha de la última menstruación no confiable. Su historial obstétrico es de 4 embarazos: 1 aborto con legrado uterino instrumentado, 2 partos eutócicos y el embarazo actual, corroborado en el primer trimestre por prueba cualitativa y ultrasonido 2 meses previos al internamiento. El ultrasonido reportó: útero

en normo-versión, gestante, con un saco gestacional regular, con diámetro anterior de 50 mm que corresponde a 12.4 semanas de gestación, con frecuencia cardíaca fetal de 167 latidos por minuto, visibles a la aplicación Doppler color. La longitud céfalo caudal fue de 48 mm, correspondiente a 11.5 semanas de gestación. Se observó un saco vitelino de 33 mm de diámetro, anterior, sin alteraciones, como dato indirecto de viabilidad. Esbozo placentario en forma de anillo hiperecogénico con grado 0 de madurez en la escala de Granum insertada en la cara fúnica posterior, sin alteraciones. El índice de líquido amniótico era normal. El canal vaginal estaba libre de ecos de sangrado en su interior. Todos los datos eran compatibles con embarazo de 12 semanas de gestación por fetometría promedio (Figura 1).

La paciente ingresó a urgencias para vigilancia y estudio porque en su último ultrasonido obstétrico abdominal se reportó una imagen en “panal de abejas”, sugerente de embarazo trofoblástico molar, con pérdida de la actitud fetal y ausencia de latido cardíaco de un embarazo de 11.2 semanas de gestación, con ecos de sangrado en el interior del canal vaginal (Figura 2). El único antecedente clínico referido fue: manchado hemático escaso transvaginal en una ocasión acompañado de dolor en el hipogastrio, tipo cólico 5 meses antes, que cedieron espontáneamente. A su ingreso se encontraba asintomática. En la exploración física se la encontró: consciente

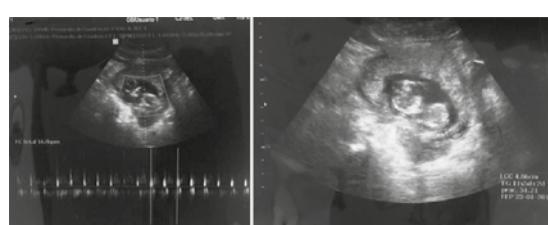


Figura 1. Ultrasonido obstétrico.



Figura 2. Ultrasonido sugerente de embarazo trofoblastico molar, con perdida de la actitud fetal.

te, orientada, con posición libremente escogida, sin fascias características, tegumentos de buena coloración, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, dolor leve a la compresión profunda en la fosa iliaca derecha, sin rebote, sin signos que sugirieran abdomen agudo. Se auscultó peristalsis. El tacto vaginal con guante limpio, sin cambios cervicales. Signos vitales dentro de la normalidad. Los reportes de la radiografía, biometría hemática y perfil hepático fueron normales. El ultrasonido informó: útero en anteversión, central, con dimensiones de 74x31x39 mm, con contornos lisos y regulares bien delimitados, endometrio ecogénico regular con diámetro de 5 mm; se observó un DIU traslocado en torno al istmo cervical. El cérvix estaba formado y cerrado. Se observó una masa compleja, adyacente al útero y al anexo derecho de 78x74 mm, con ecos irregulares y áreas anecoicas. En el centro se observaron restos embrionarios con diámetro biparietal de 21 mm, que correspondían a 12 semanas de gestación. No se escuchó frecuencia cardíaca fetal y no se observó flujo periférico superior con el Doppler color. No se visualizó el ovario derecho. El fondo de saco estaba libre de colecciones. Se concluyó que se trataba de una masa compleja, con restos

embrionarios adyacentes al útero sugerentes de embarazo ectópico no roto, de 12 semanas de gestación, con muerte del embrión, rodeado de coágulos, quizás interligamentario o cornual izquierdo. (Figura 3)

Por todo lo anterior se decidió realizar una laparotomía operatoria, con incisión media, con anestesia regional. Se efectuó salpingoofrectomía izquierda, con sangrado de 350 cc. El procedimiento se terminó sin complicaciones y se encontró un embarazo ectópico, dependiente del ovario izquierdo, con afectación interligamentaria. (Figura 4) La paciente evolucionó favorablemente y se dio de alta del hospital a los dos días del posoperatorio.



Figura 3. Masa compleja con restos embrionarios adyacentes.



Figura 4. Embarazo ectópico, dependiente del ovario izquierdo.

DISCUSIÓN

El primer caso de embarazo ectópico ovárico se reportó en 1682 por San Maurice, en Francia.^{2,7-10} Esta anomalía del embarazo se observa más en pacientes fértiles, a diferencia del embarazo tubario, que se asocia con problemas de fertilidad.^{5,11} Aunque las causas de esta implantación anómala permanecen inciertas se han establecido múltiples teorías que lo explican: el embarazo en el ovario puede ser el resultado de la implantación secundaria o de falla en la extrusión folicular. Otra teoría propone que la causa es secundaria al reflujo del ovocito fecundado de la cavidad uterina o de la trompa hacia el ovario. La última sugiere que varias alteraciones en la liberación de óvulos son las responsables de la implantación en el ovario.^{1,2,5,10,12,13} También se han asociado factores de riesgo para la aparición de esta ubicación anómala del embarazo, como: dispositivos intrauterinos (DIU), técnicas de fertilidad asistida, fertilización *in vitro* con transferencia de embriones; síndrome de ovario poliquístico, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía laparoscópica o laparotomía previa, anomalías uterinas (ectópicos previos o mutilación quirúrgica).^{1,2,6,7,10,14,15} El factor asociado en nuestro caso clínico fue, quizás, el dispositivo intrauterino que impidió la implantación en la cavidad uterina pero no en otras localizaciones anatómicas, como fue el caso del ovario.¹⁰ El dispositivo intrauterino fue la causa de 43% de los embarazos ectópicos en la serie de pacientes de Raziel¹⁸ y Zhu¹³ en su estudio de casos y controles. Estos autores establecieron que el riesgo de embarazo ectópico en pacientes con dispositivo intrauterino es mayor que en las usuarias de cualquier otro anticonceptivo (razón de momios 9.60 e IC 95%: 1.76 a 42.20).

En los estudios, la proporción de relación de pacientes con dispositivo intrauterino y embarazo ovárico es muy variada, con límites de 16 a 68%, quizás debido a que las muestras de pacientes son diferentes y a la prevalencia de uso del método.^{6,8}

La enfermedad pélvica inflamatoria es una de las principales causas de embarazos ectópicos y el antecedente de un ectópico aumenta el riesgo en 10 a 25%.⁴ En cuanto a las terapias de fertilización, Fernández¹⁶ informa que la inducción de la ovulación incrementa el riesgo (RM 3.98 e IC95%: 1.10-14.30) y muchos otros estudios apoyan esta aseveración.^{10,17}

El primer caso relacionado con fertilización *in vitro* y transferencia de embriones se reportó en 1989, por Rein, y en los últimos 10 años se ha observado un aumento en la incidencia que coincide con la popularidad de la técnica.^{7,10,12,15,18-20}

En nuestra revisión de la bibliografía encontramos tres artículos de reporte de caso en los que se describe a la salpingectomía u oclusión tubaria bilateral como probable factor desencadenante de la mala implantación del embarazo.^{15,18,21} El embarazo ectópico postligadura de trompas es muy raro, sobre todo cuando se acompaña de salpingectomía, la incidencia es de 0.12%.²²

Después de un embarazo ectópico se incrementan 7 a 13 veces las probabilidades de tener otro; 50 a 80% de los embarazos tienen la posibilidad de ser intrauterinos y el resto pueden cursar con problemas de fertilidad. A pesar del alto rango de recurrencia, hasta la fecha no se ha descrito un caso de embarazo ovárico subsiguiente.²³ Puesto que todas estas teorías y factores de riesgo siguen generando polémica y discusión aún no puede asumirse la relevancia que jueguen en la causa.^{7,8,10,14}

Para establecer el diagnóstico de embarazo ectópico, aparte de la triada universal, Spiegelberg describió cuatro criterios quirúrgicos: 1) las trompas de Falopio deben estar intactas y separadas del ovario; 2) el embarazo debe ocupar la posición del ovario; 3) el ovario debe conectarse al útero a través del ligamento útero-ovárico; 4) en la muestra debe haber tejido ovárico unido al



embarazo;^{2,3,4,7} todos estos criterios se cumplieron en la muestra obtenida en la laparotomía, con lo que se confirmó el diagnóstico presuntivo. El ultrasonido no siempre es determinante para poder establecer diagnóstico de embarazo ovárico porque en embarazos tempranos puede simular la apariencia del cuerpo lúteo y cuando se examina en tiempo real el embrión se mueve junto con el ovario;⁴ esto explica la dificultad para establecer el diagnóstico con los primeros dos ultrasonidos.

El embarazo ovárico suele resolverse mediante laparotomía con ooforectomía, aunque en los casos de diagnóstico temprano puede realizarse resección ovárica mediante laparoscopia.^{6,9} En el caso aquí reportado se recurrió a la laparotomía porque se desconocían las condiciones de la cavidad peritoneal, la edad gestacional exacta del feto y en el hospital no se contaba con personal adiestrado para efectuar un procedimiento laparoscópico.

CONCLUSIÓN

La incidencia del embarazo ectópico ha tenido un repunte en los últimos diez años como consecuencia del aumento de los factores de riesgo; a pesar de ello sigue siendo una anomalía poco común que plantea un desafío clínico. El diagnóstico y tratamiento tempranos son determinantes para reducir el índice de morbilidad-mortalidad. La disminución en los errores diagnósticos se logrará siempre y cuando se establezca una correlación entre la clínica y los auxiliares diagnósticos, con ayuda de la atención multidisciplinaria.

REFERENCIAS

1. Kraemer B, Kraemer E, Guengoer E, Juhasz-Boess I, Solomayer EF, Wallwiener D, et al. Ovarian ectopic pregnancy: diagnosis, treatment, correlation to Carnegie stage 16 and review based on a clinical case. Fertil Steril 2009;92:392.
2. 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.
3. Herndon C, Garner E. Out of place. Am J Obstet Gynecol 2008;199:324-326.
4. Chandrasekhar C. Ectopic pregnancy: a pictorial review. Clin Imaging 2008;32:468-473.
5. Jena SK, Kar G, Samal S, Behera BK. Ovarian Pregnancy: Uncommon Mode of Presentation. Case Report J Clin Diagn Res 2014;8:6-7.
6. Ferrero A, Argüelles S, Suárez B, Orillea V, Salasb JS, González-García C. Embarazo ectópico ovárico. Casos clínicos. Clin Invest Gin Obst 2008;35:147-150.
7. Alkatout I, Stuhlmann-Laeisz C, Mettler L, Jonat W, Schollmeyer T. Organ-preserving management of ovarian pregnancies by laparoscopic approach. Fertil Steril 2011; 95:2467-2470.
8. Raziel A, Schachter M, Mordechai E, Friedler S, Panski M, Ron-El R. Ovarian pregnancy-a 12-year experience of 19 cases in one institution. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004;114:92-97.
9. 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.
10. Ko PC, Lo LM, Hsieh TT, Cheng PJ. Clinical article Twenty-one years of experience with ovarian ectopic pregnancy at one institution in Taiwan. Int J Gynaecol Obstet 2012;119:154-58.
11. Seinera P, Di Gregorio A, Arisio R, Decko A, Crana F. Ovarian pregnancy and operative laparoscopy: report of eight cases. Hum Reprod 1997;12:608-10.
12. Pope CS, Cook EK, Arny M, Novak A, Grow DR. Influence of embryo transfer depth on in vitro fertilization and embryo transfer outcomes. Fertil Steril 2004;81:51-58.
13. Zhu Q, Li C, Zhao WH, Yuan JJ, Yan MX, Qin GJ, Zhang J. Risk factors and clinical features of ovarian pregnancy: a case-control study. BMJ Open 2014;4:1-7.
14. Shiau CS, Hsieh CL, Chang MY. Primary ovarian pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 2007;96:127-29.
15. Martín A, Cabrera M, Alonso A, Claver M. Embarazo ectópico ovárico postsalpingectomía parcial por gestación ectópica ipsilateral. Prog Obstet Ginecol 2001;44:350-53.
16. Fernandez H, Coste J, Job-Spira N. Controlled ovarian hyperstimulation as a risk factor for ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 1991;78:656-59.
17. Bayrak A, Fogle RH, Paulson RJ. Clomiphene citrate-induced follicular development in the presence of an ovarian ectopic pregnancy. Fertil Steril 2008;89:456-58.
18. Feit H, Leibovitz Z, Kerner R, Keidar R, Sagiv R. Ovarian pregnancy following IVF, in a woman after bilateral salpingectomy. A case report and review of the literature. J Minim Invasive Gynecol 2015;22:675-77.

19. Plotti F, Di Giovanni A, Oliva C, Battaglia F, Plotti G. Bilateral ovarian pregnancy after intrauterine insemination and controlled ovarian stimulation. *Fertil Steril* 2008;90:2013-15.
20. Priya S, Kamala S, Gunjan S. Two interesting cases of ovarian pregnancy after in vitro fertilization-embryo transfer and its successful laparoscopic management. *Fertil Steril* 2009;92:394-95.
21. Senzan Hsu, Dah-Ching Ding. Ovarian pregnancy in a woman after postpartum tubal ligation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;124:121-22.
22. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. *N Engl J Med* 1997;336:762-67.
23. Koo YJ, Choi HJ, Im KS, Jung HJ, Kwon YS. Pregnancy outcomes after surgical treatment of ovarian pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;114:97-100.

AVISO PARA LOS AUTORES

Ginecología y Obstetricia de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.