

Embarazo ectópico ovárico, reporte de un caso y revisión bibliográfica

Emilio Bustamante A.⁽¹⁾, Carlos Castillo M.⁽¹⁾, Felipe Alarcón V.⁽¹⁾, Marcia Venegas N.⁽²⁾, Leonardo Zuñiga I.⁽²⁾

⁽¹⁾Estudiantes de Medicina, Facultad de Medicina, Campus Oriente, Universidad de Chile.

⁽²⁾Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Campus Oriente, Universidad de Chile.

SUMMARY Ovarian pregnancy is a rare event. Its prevalence varies from one in 2100 to one in 60000 pregnancies, corresponding to 1-3% of ectopic pregnancies. The diagnosis is a challenge for the clinician, and without adequate resources can be a surgical finding. This article reports the case of a 30 years old woman attended in our hospital with pregnancy as diagnosis, who consulted because of three days of vaginal bleeding and abdominal pain. Ultrasonography showed a tubaric ring with a gestational sac inside, and an embryo with detectable heartbeats. A laparotomy was performed and an embryo around 6 weeks old located in the right ovary was extracted. The patient was discharged from the hospital 2 days after the surgery with a satisfactory evolution.

Fecha recepción: septiembre 2015 | Fecha aceptación: octubre 2015

INTRODUCCIÓN

Un embarazo ectópico corresponde a la implantación y desarrollo del blastocisto fuera de la cavidad endometrial. La mayoría (98%) ocurre en la tuba uterina⁽¹⁾, pero existen otros sitios posibles de implantación.

Su prevalencia es baja y corresponden al 1 a 3% de los embarazos ectópicos⁽²⁾. Desde el primer caso reportado en 1689 por St. Maurice⁽³⁾ se han publicado varios casos en la literatura⁽³⁻⁸⁾, incluyendo embarazos ováricos gemelares⁽⁹⁾ y de término^(10,11).

Los embarazos ováricos pueden clasificarse como extrafoliculares o intrafoliculares, siendo los primeros los casos más frecuentes^(7-9,12).

El embarazo ectópico ovárico es un evento raro, convirtiéndose en un desafío diagnóstico para los clínicos.

A continuación presentamos un caso de embarazo ectópico ovárico con diagnóstico intraoperatorio.

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años, multípara de 2, ambos partos vaginales, con antecedente de apendicectomía en 2011. Consulta en el Servicio de Urgencia del Hospital Santiago Oriente por sangrado genital de tres días de evolución, asociado a dolor abdominal difuso, tipo cólico, que alcanza intensidad 5/10. Al interrogatorio refiere fecha de última regla hace dos meses, sin especificar exactamente el día, con un

test de embarazo positivo. En el examen físico del ingreso se describe a la paciente en buenas condiciones generales, afebril, hemodinámicamente estable, abdomen blando, depresible, indoloro, sin signos de irritación peritoneal. Mediante tacto vaginal se objetiva útero en anteversoflexión, sin modificaciones cervicales, sin dolor a la movilización cervical, con sangrado escaso, no lográndose palpar anexos. Se realiza ecografía transvaginal en box de urgencia que muestra endometrio de 5 mm, anexo izquierdo normal, anexo derecho con masa paraovárica de 23x26 mm con imagen ecogénica de 13 mm que en el centro contiene embrión de 7 mm con latidos cardíofetales presentes, sin líquido libre en fondo de saco posterior. Se solicitan exámenes de laboratorio donde destaca hematocrito de 41,1%, hemoglobina de 13 g/dL, plaquetas 182.000 cel/uL, TTPA y tiempo de protrombina dentro de rango normal, beta-hCG de 41,5 mUI/mL.

Se decide hospitalizar en el Servicio de Ginecología con el diagnóstico de embarazo ectópico tubario derecho no complicado. El día siguiente se realiza ecografía que describe útero en anteversoflexión, anexo izquierdo normal, anexo derecho de aspecto sólido-quístico, que mide 50x37x37 mm,

con anillo tubario de 18 mm, saco gestacional de 9x13 mm, con saco vitelino de 4,6 mm, embrión de 6 mm (Figura 1) con latidos cardíofetales presentes (Figura 2) y fondo de saco posterior sin líquido libre.

Se decide realizar laparotomía exploradora: se realiza incisión de Pfannenstiel. Se visualiza útero pequeño, se examinan ambas trompas, sin hallazgos patológicos, ovario izquierdo normal. Se observa ovario derecho con lesión quística hemorrágica de aproximadamente 2 cm de diámetro que en una primera instancia se interpreta como un cuerpo lúteo hemorrágico. Por sospecha de embarazo ectópico ovárico se decide seccionar, dando salida a tejido trofoblástico más un embrión completo con latidos cardíofetales presentes visibles macroscópicamente. Se realiza fulguración del lecho ovárico y sutura invaginante, se realiza aseo de la cavidad y cierre por planos. Se envían tejidos a anatomía patológica, quien informa “restos ovulares”.

La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio, sin complicaciones. Se decide el alta médica 48 horas después de la cirugía.



Figura 1. Ecografía transvaginal.

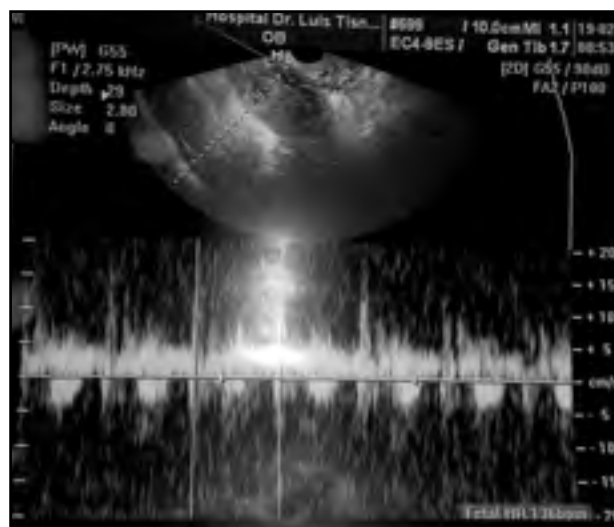


Figura 2. Latidos cardíofetales presentes en la ecografía transvaginal.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico ovárico es un evento extremadamente raro⁽¹²⁾. Los reportes varían de 1/2.100 a 1/60.000 embarazos y corresponden al 1 a 3% de los embarazos ectópicos⁽²⁾.

El diagnóstico representa un desafío en la práctica clínica^(4,7). Los signos y síntomas como dolor abdominal, atraso menstrual, genitorragia, masa anexial palpable y *shock* hipovolémico, son indistinguibles de otras situaciones clínicas tales como embarazo tubario, cuerpo lúteo hemorrágico o quiste ovárico roto⁽⁷⁾. La triada clásica descrita para embarazo ectópico, atraso menstrual, sangrado vaginal y dolor abdominal estuvo presente en el caso presentado, concordando con la clínica reportada en la literatura⁽²⁾; no obstante, no se encontró masa anexial palpable probablemente por el tamaño reducido del embrión.

La etiología de este tipo de embarazo permanece indeterminada. Sin embargo, algunas hipótesis han sugerido interferencia en la liberación del óvulo desde el folículo roto, asociado a disfunción tubaria y engrosamiento inflamatorio de la túnica albugínea^(3,8) lo cual se podría observar en embarazos concurrentes al uso de DIU^(3,8) y al antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica⁽⁸⁾. También se ha reportado asociación a técnicas de fecundación *in vitro* (FIV), transferencia embrionaria y a técnicas de transferencia gamética intratubaria (GIFT)⁽⁷⁾. Al respecto, Marcus *et al* reportaron que pacientes sometidas a FIV que cursaron con embarazos ectópicos, presentaron una incidencia de embarazo ovárico de un 6%⁽¹³⁾, mientras que en embarazos ectópicos ocurridos luego de una concepción natural, el embarazo ovárico se presenta solo entre un 1 y 3% del total de las veces⁽⁴⁾. Además muchos de estos casos se han asociado como factor común al aumento de tamaño ovárico derivado de la estimulación gonadotrófica, lo que frecuentemente se acompañó de la presencia de un cuerpo lúteo

hemorrágico⁽⁷⁾. Huang⁽¹⁰⁾ propone como factores de riesgo la enfermedad inflamatoria pélvica, el uso de DIU, técnicas de reproducción asistida y posiblemente la presencia de endometriosis^(2,7-9,14), ninguno de los cuales se presentó en el caso expuesto. Cabe destacar que no se han reportado recurrencias en el diagnóstico de embarazo ovárico, por lo que no representa una condición de riesgo para futuros embarazos ectópicos^(3,15).

El diagnóstico del embarazo ectópico se basa en la sospecha clínica, asociada a la ausencia de gestación intrauterina a la ecografía transvaginal con una bHCG en rango superior a la zona de discriminación (o inferior, pero con un aumento menor al 66% en 48-72 horas) o con una evidencia ecográfica de un saco gestacional fuera de la cavidad uterina^(8,16).

Pese a los avances en el campo ultrasonográfico, aún es difícil diferenciar en el preoperatorio la ubicación de un embarazo ectópico o incluso diferenciarlo de un quiste del cuerpo lúteo o de un quiste ovárico roto^(4,8,12,17). Incluso en el intraoperatorio puede ser difícil diferenciar macroscópicamente un quiste ovárico hemorrágico, de un embarazo ovarico⁽⁴⁾. Ghi sugiere la ecografía tridimensional como exámen útil para el diagnóstico diferencial⁽¹²⁾. La utilidad de la flujometría Doppler en el diagnóstico diferencial es controversial⁽²⁾. También sería útil disponer de ecografía intraoperatoria para distinguir un embarazo ovárico de un quiste ovárico⁽⁷⁾.

Comstock reportó 6 casos de embarazo ovárico en un periodo de 13 años de estudio. En todos ellos se evidenció una masa quística sobre o dentro del ovario. En 5 de los casos identificó un anillo ecogénico ancho con áreas interiores ecolúcidas, de los cuales uno contenía un saco vitelino y en otro se podían observar latidos cardiofetales. Sin embargo, en el caso que reportamos, la ecografía preoperatoria no fue satisfactoria para localizar el

embarazo ectópico, lográndose finalmente el diagnóstico en el intraoperatorio. Los 6 embarazos ováricos seguidos por Comstock tenían la apariencia de un quiste ovárico hemorrágico en el acto quirúrgico, concordante con lo observado en este caso.

En 1878 Spiegelberg describió cuatro criterios para el diagnóstico anatomopatológico de un embarazo ovárico primario (Tabla 1), estableciendo que el embarazo se encuentra limitado al ovario y no involucra a la tuba uterina⁽¹⁸⁾. Estos han sido sometidos a revisión crítica en la actualidad, ya que se estima que tiene poca utilidad clínica diferenciar entre un embarazo ovárico primario y secundario^(4,15).

Tabla 1. Criterios de Spiegelberg para el diagnóstico de embarazo ovárico⁽¹⁸⁾

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. La trompa del lado afectado debe estar intacta.2. El saco gestacional debe ocupar la posición del ovario.3. El ovario debe estar conectado al útero por el ligamento ovárico.4. Demostración inequívoca del tejido ovárico en la pared del saco gestacional, que se logra a través de la biopsia. |
|---|

El tratamiento de un embarazo ectópico ovárico usualmente es quirúrgico; sin embargo, se describen algunos casos en que es posible realizar tratamiento médico con resultados satisfactorios, ya sea como tratamiento primario^(3,6) o como terapia coadyuvante posterior a una resección incompleta con persistencia de trofoblasto⁽⁷⁾. El abordaje quirúrgico de elección ha variado en los últimos años desde la laparotomía a la laparoscopia, con resultados satisfactorios^(4,5,7,14). Generalmente el tratamiento requiere de ooforectomía o resección en cuña del ovario⁽⁴⁾. Seinera reportó ocho casos

tratados con cirugía ovárica conservadora sin persistencia de embarazo. La ooforectomía total sería necesaria sólo en casos de gestación avanzada⁽⁴⁾. En el caso presentado se realizó laparotomía con ooforectomía parcial con buen resultado intraoperatorio y en el postoperatorio inmediato.

Las complicaciones asociadas a esta entidad nosológica son infrecuentes, pero pueden ser potencialmente graves y mortales⁽⁴⁾. Se describe que entre un 75-90% de los embarazos ováricos se rompen durante el primer trimestre de gestación⁽⁷⁾. Se ha reportado un caso de torsión anexial, lo que se asocia a la diferencia de densidad intraovárica evidenciada en el embarazo ovárico. La cirugía de emergencia, asociada a una detección temprana puede evitar la ooforectomía y de esta manera preservar la fertilidad y la función ovárica⁽¹⁹⁾.

Existen reportes de embarazos ováricos de término con fetos vivos^(10,11) los cuales se han asociado a un deficiente control prenatal del embarazo, evidenciándose en todos ellos la dificultad del diagnóstico ultrasonográfico certero a mayor edad gestacional.

Finalmente, es relevante destacar que a pesar de ser una patología poco frecuente y de que no existen grandes estudios al respecto, el embarazo ectópico ovárico es una patología a tener en consideración dentro del diagnóstico diferencial de metrorragia del primer trimestre de embarazo, por su elevado riesgo de complicaciones. Es necesario un elevado índice de sospecha para lograr el diagnóstico correcto e intervenir de forma precoz para preservar el ovario afectado, tal como ocurrió en el caso descrito.

REFERENCIAS

1. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002;17:3224.
2. Comstock C, Huston K, Lee W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol* 2005;105:42-6.
3. Panda S, Darlong LM, Singh S, Borah T. Case report of a primary ovarian pregnancy in a primigravida. *Hum Reprod* 2009;2:90-2.
4. Seiner P, DiGregorio A, Arisio R, Decko A, Crana F. Ovarian pregnancy and operative laparoscopy: report of eight cases. *Hum Reprod* 1997;12:608-10.
5. Odejinmi F, Rizzuto MI, MacRae R, Olowu O, Hussain M. Diagnosis and Laparoscopic Management of 12 Consecutive Cases of Ovarian Pregnancy and Review of Literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2009;16:354-9.
6. Shamma FN, Schwartz LB. Primary ovarian pregnancy successfully treated with methotrexate. *Am J Obstetrics and Gynecology* 1992;167:1307-8.
7. Einkenkel J, Baier D, Horn L-C, Alexander H. Laparoscopic therapy of an intact primary ovarian pregnancy with ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Reprod* 2000;15:2037-40.
8. Bontis J, Grimbizis G, Tarlatzis B C. Miliaris D, Bili H. Intrafollicular ovarian pregnancy after ovulation induction/intrauterine insemination: pathophysiological aspects and diagnostic problems. *Hum Reprod* 1997;12:376-8.
9. Marret H, Hamamah S, Alonso A M, Pierre F. Case report and review of the literature: primary twin ovarian pregnancy. *Hum Reprod* 1997;12:1813-5.
10. Huang J, Jing X, Fan S, Fufan Z, Yiling D, Pixiang P *et al.* Primary unruptured full term ovarian pregnancy with live female infant: case report. *Arch Gynecol Obstet* 2011;283:31-3.
11. Lee ML, Li BC, Robins D, Tillmanns TD. Live full-term ovarian ectopic pregnancy: a case report. *J Reprod Med* 2014;59:607-10.
12. Ghi T, Banfi A, Marconi R Iaco PD, Pilu G, Aloysio DD *et al.* Three-dimensional sonographic diagnosis of ovarian pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;26:102-4.
13. Marcus SF, Brinsden PR. Analysis of the incidence and risk factors associated with ectopic pregnancy following in-vitro fertilization and embryo transfer. *Hum Reprod* 1995;10:199-203.
14. Raziel A, Mordechai E, Schachter M, Friedler S, Pansky M, Ron-El R. A comparison of the incidence, presentation, and management of ovarian pregnancies between two periods of time. *J Amer Assoc Gynecol Laparosc* 2004;11:191-4.
15. Salas Valien JS, Reyero Alvarez MP, Gonzalez Moran MA, Garcia Merayo M, Nieves Diez C. Ectopic ovarian pregnancy. *An Med Intern* 1995;12:192-4.
16. Condous G, Kirk E, Lu C, et al. Diagnostic accuracy of varying discriminatory zones for the prediction of ectopic pregnancy in women with a pregnancy of unknown location. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;26:770.
17. Chang F W, Chen C H, Liu J Y. Early diagnosis of ovarian pregnancy by ultrasound. *Int J Gynaecol Obstet* 2004;85:186-7.

18. Spiegelberg O. Zur Cosuistik der Ovarialschwangerschaft. Arch Gynaekol 1878;13:73–6.
19. Pan HS, Huang LW, Lee CY, Hwang JL, Chang JZ. Ovarian pregnancy torsion. Arch Gynecol Obstet 2004;270:119–21.



CORRESPONDENCIA

Emilio Bustamante Álvarez
Av. Las Torres 5100, Peñalolén, Santiago, Chile
E-mail: ejbustamantea@gmail.com