

Embarazo ectópico ovárico

Ovarian ectopic pregnancy

Carlos Moya Toneut¹

Orlando Antonio Rodríguez Alemán^{1*}

Idania Rangel Roque¹

Alexis Méndez Rodríguez¹

Jorge Luis Arechavaleta Machado²

Néstor Moya Arechavaleta³

¹ Hospital Universitario “Mártires del 9 de abril”. Sagua la Grande. Villa Clara. Cuba.

² Policlínico General Docente “7 de diciembre”. Jagüey Grande. Matanzas. Cuba.

³ Policlínico General Docente “Idalberto Revuelta”. Sagua la Grande. Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: carlosmt@infomed.sld.cu

RESUMEN

El embarazo ectópico es en la actualidad un problema de salud a nivel mundial atribuido al aumento de su incidencia y la morbimortalidad que crea. La localización ovárica del embarazo ectópico es un evento raro pero posible y también en ascenso. Presentamos el caso de una paciente que acude al cuerpo de guardia con escasa sintomatología. Se le realizó el diagnóstico ultrasonográfico de la entidad y apoyado en una prueba de embarazo positiva. Luego le practicaron laparotomía de urgencia en la que se comprobó el embarazo ovárico derecho no complicado. También se efectuó una salpingooforectomía y la paciente tiene una evolución satisfactoria trans-posoperatoria.

Palabras clave: embarazo ectópico ovárico.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is currently a global health problem due to the increase in its incidence and morbidity and mortality. The ovarian location of ectopic pregnancy is a rare but possible event and on the rise. We present the case of a patient who comes in with little symptoms. The ultrasound diagnosis of the entity was made and supported by a positive pregnancy test. Then emergency laparotomy was performed, which proved that the right ovarian pregnancy was not complicated. Salpingo-oophorectomy was also performed and the patient has a satisfactory trans and postoperative evolution.

Keywords: ectopic ovarian pregnancy.

Recibido: 5/06/2018

Aprobado: 13/07/2018

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) es, por definición, la implantación del producto de la concepción fuera de la cavidad endometrial.^(1,2) Un embarazo es eutópico o intrauterino cuando el huevo anida y se desarrolla en su lugar habitual: el endometrio de revestimiento de la cavidad uterina. La anidación en cualquier otro lugar resulta en un embarazo ectópico.⁽¹⁾

La incidencia de EE ha aumentado considerablemente en la población general durante los últimos años, principalmente en los países desarrollados. Actualmente se presenta entre el 0,8 y 2,0 % de todos los embarazos. Este incremento se debe, por un lado, a la mejoría de los métodos de diagnóstico y por otro, al aumento en los factores de riesgo relacionados con EE.⁽²⁾

Tamayo Lien y otros señalan que el embarazo ectópico constituye una de las principales causas de muerte materna en el primer trimestre del embarazo a nivel mundial. Ocurre en el

2 % de ellos y su incidencia aumentó durante la segunda mitad del siglo xx, hasta seis veces en los últimos 25 años, y hasta cinco veces más cuando se compara con la década de los años setenta.⁽³⁾

Marcerus es el primero en sugerir la probabilidad de un embarazo ectópico ovárico en 1641 y es publicado el primero de estos casos en 1682 por *Saint Maurice* en *Pergol*, Francia. Desde entonces, se postulan diferentes teorías para explicar el embarazo ovárico: presencia de adherencias que impiden el transporte del óvulo, cambios en la superficie del ovario por decidualización, e incluso hasta la presencia de un foco endometriósico que facilite la implantación.⁽⁴⁾

El embarazo ectópico ovárico es uno de los menos frecuentes (0,5 %). La fecundación y la implantación se producen en el mismo ovario:

a) Puede ser superficial o profundo: el ovárico profundo cuando se desarrolla en su folículo de origen, y el ovárico superficial cuando el óvulo fue fecundado después de su expulsión y se alojó en el estroma ovárico. Otros autores, como *Spiegelberg*, en 1978 los dividió en primarios y secundarios, y brindó los criterios siguientes para la identificación histológica del embarazo ovárico primario:

- Las fimbrias deben estar intactas.
- El saco gestacional debe ocupar una posición normal en el ovario y estar conectado al útero por el ligamento uteroovárico.
- Alrededor del saco debe haber tejido ovárico. Los embarazos ectópicos ováricos se clasifican en:
 - Primarios: cuando se producen por falta de extrusión folicular y el óvulo es fecundado en el interior del folículo, lo que se debe a una disfunción de la ovulación. En este caso la incidencia es de 1-25 000/40 000 gestaciones.
 - Secundarios: se produce una implantación secundaria en el tejido ovárico, que a su vez puede ser intersticial, cortical, superficial o yuxtafolicular.⁽¹⁾

PRESENTACIÓN DE CASO

Motivo de ingreso: molestias en bajo vientre y amenorrea.

Paciente de 24 años de edad, mestiza. Antecedentes de salud anterior, paciente con 3 gestaciones, no partos transpelvianos, una cesárea a término con recién nacido vivo y un aborto provocado. No hace uso de planificación familiar. La paciente desconoce la fecha de última menstruación. La 1ra fue por amenorrea; la 2da fue por amenorrea y molestias en bajo vientre, en esta ocasión interpretada como una dismenorrea secundaria y se le impuso tratamiento como tal. En esta 3ra ocasión acudió nuevamente por presentar amenorrea y molestias en bajo vientre y negó otros síntomas generales o ginecológicos. Fue valorada en cuerpo de guardia interpretándose como un embarazo eutópico y se le indicó ultrasonido de urgencia para corroborar diagnóstico y precisar edad gestacional, ya que el tamaño del útero no se correspondía con la amenorrea referida por la paciente. Refirió que en ocasiones ha presentado constipación y disquecia. Niega sangramiento genital.

Se realizó un ultrasonido ginecológico que informó útero en retroversoflexión que mide 9×5 cm con endometrio ligeramente engrosado. Hacia la proyección del anejo derecho y fondo de saco posterior se observa imagen ecolúcida que impresiona corresponder con saco gestacional con polo embrionario en su interior de aproximadamente 8 a 9 semanas de edad gestacional con latido cardiaco ausente. No se observa líquido libre en fondo de saco posterior ni cavidad abdominal. No se observa saco gestacional intraútero (Fig. 1)



Fig. 1 – Útero sin saco gestacional en su interior. Se observa saco gestacional con polo embrionario.

- Antecedentes patológicos personales:
 - No patologías
 - No alergia a medicamentos
 - No operaciones
 - No transfusiones
- Antecedentes patológicos familiares: Nada a señalar
- Datos al examen físico:
 - Estado general conservado
 - Piel y mucosas húmedas, normocoloreadas
 - Murmullo vesicular conservado, no se auscultan estertores. FR: 16/min
 - Ruidos cardíacos, rítmicos, bien golpeados, no se auscultan soplos
 - TA: 110/70 mmHg FC: 76 lat/min Temp.: 36,0 °C.
 - Abdomen: No hubo cambio de coloración, sigue los movimientos respiratorios. Suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio. No existieron signos de reacción peritoneal ni hemoperitoneo. No hubo visceromegalia.
 - Tacto vaginal (previa embrocación vaginal): vagina húmeda, elástica, útero que impresiona discretamente aumentado de tamaño, consistencia disminuida, rechazado hacia la pared anterior del abdomen, formando cuerpo con gruesa T de $\pm 8 - 9$ cm que se ubica en la cara posterior del útero y fondo de saco, blanda. El útero es doloroso a la movilización del cérvix, el cual está cerrado y blando que recuerda a la reacción gravídica. Imposible definir otros datos por el dolor que experimenta la paciente.
 - Paciente consciente y orientada, sensorio presente, motilidad conservada.
 - Tejido celular subcutáneo: no infiltrado.
- Datos a los exámenes complementarios:
 - Hemoglobina: 120 g/L,
 - Hematocrito: 036 L/L,
 - Tiempo de coagulación: 7 min,
 - Tiempo de sangramiento: 1 min,
 - Conteo de plaquetas: $250 \times 10^9/L$,
 - Grupo sanguíneo y Rh: A positivo.
 - Prueba de embarazo en orina: positiva.

Impresión diagnóstica

Embarazo ectópico no complicado: Planteado por la amenorrea (no precisada), algunos síntomas subjetivos de embarazo, la disquecia ocasional, además, por tener una prueba de embarazo positiva y ultrasonido de urgencia que plantea la posibilidad diagnóstica de embarazo ectópico por imagen de saco gestacional con polo embrionario extrauterino. La paciente tiene estabilidad hemodinámica y está oligosintomática.

Conducta: La paciente fue llevada al cuerpo de guardia en camillas, en ese momento se le tomó la muestra de sangre para los complementarios de urgencia, se preparó para laparotomizar de urgencia y fue trasladada al salón de operaciones.

Transoperatorio: Previa anestesia espinal con lidocaína hiperbárica, se realiza celiotomía media suprapúbica, se libera gran cantidad de adherencias intraabdominales, se constata la presencia de útero discretamente aumentado de tamaño y embarazo ovárico derecho adosado a la cara posterior del útero y fondo de saco posterior, fue liberado (Fig. 2) y se realizó salpingooforectomía derecha con la que se logró buena hemostasia. La trompa no estaba comprometida en el proceso y se quitó por el estado anatómico de la misma (adherencias peritubáricas) para evitar un nuevo ectópico tubario. La paciente se mantuvo hemodinámicamente estable durante todo el transoperatorio y con diuresis amplia. Salió recuperada del salón de operaciones con orinas claras y abundantes.

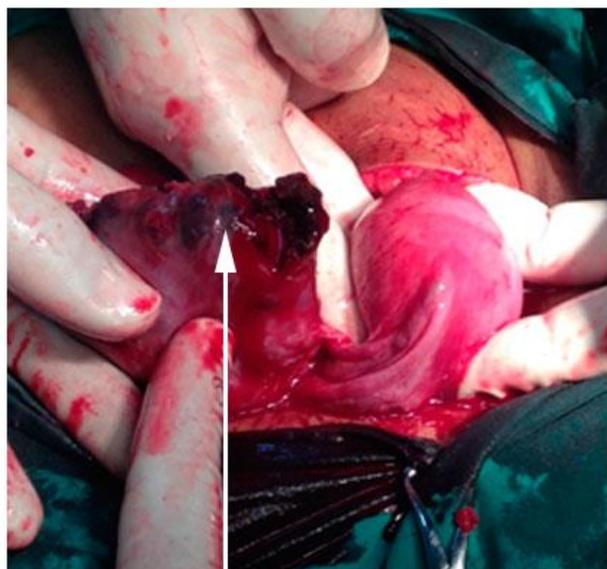


Fig. 2 – Obsérvese útero, trompa de Falopio y ovario derecho roto por embarazo ectópico.

Anatomía patológica

Macroscópico: ovario que mide 6,5 x 6,4 cm, dislacerado, de color pardo oscuro, con áreas de hemorragia y presencia en su interior de tejido de aspecto afelpado que ocupa la mayoría del fragmento a nivel de la pared, se observan cuerpos amarillos y quistes foliculares. Presencia de un tejido de aspecto membranoso que parece corresponder con membranas ovulares 9F. Segmento de trompa de Falopio que mide 3,3 x 0,6 cm que no muestra alteraciones macroscópicas 2F. Total 11 c/r. (Fig. 3).



Fig. 3 – Tejido ovárico en el que se observan restos de membrana ovular y cordón umbilical.

Conclusión diagnóstica: Embarazo ectópico ovárico. Cuerpo lúteo y quistes foliculares en la vecindad. Trompa de Falopio sin alteraciones histológicas significativas.

DISCUSIÓN

En el caso presentado la paciente estuvo oligosintomática todo el tiempo, lo que coincide con lo planteado por la mayoría de los autores de que en las etapas iniciales la paciente se comporta como un embarazo normal, asintomática o con escasos síntomas.^(1,5,6,7,8,9) La paciente como antecedentes ginecobstétricos tenía una cesárea anterior y una interrupción de embarazo instrumental. Es bueno recordar que aproximadamente la mitad de las pacientes con embarazo ectópico no tienen antecedentes ni factores de riesgo para la entidad.⁽¹⁾

Del total de pacientes, 45 % con gestación ectópica se presenta con la clásica tríada clínica de dolor, sangrado vaginal y masa anexial palpable. No obstante, signos y síntomas como amenorrea, dolor ante la excitación cervical y sensibilidad ovárica también deben tenerse en cuenta.^(1,10)

La ecografía transvaginal es el mejor método diagnóstico para la evaluación de mujeres con sospecha de embarazo ectópico. La presencia de dolor abdominal o sangrado vaginal durante el primer trimestre debe impulsar la realización de una ecografía y un test de subunidad β HCG cuantitativa.^(11,12)

La relevancia clínica asociada al embarazo ovárico radica en la rareza de la presentación, y se trata de una complicación obstétrica de alto riesgo, por lo que su diagnóstico y manejo deben ser conocidos por los médicos generales y obstetras.

En la actualidad, se considera como causas frecuentes de embarazo ectópico la enfermedad inflamatoria pélvica, la aplicación de técnicas de reproducción asistida, uso de inductores de la ovulación y de DIU, incremento del hábito de fumar, entre otras.⁽⁴⁾

Varios autores señalan que la fertilización *in vitro* incrementa la posibilidad de embarazo ectópico y que influyen de forma determinante en la presencia de los embarazos ováricos.^(12,13)

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 un quiste ovárico roto. Incluso en el transoperatorio puede ser difícil diferenciar macroscópicamente un quiste ovárico hemorrágico, de un embarazo ovárico.⁽¹⁴⁾

Es criterio de los autores que el embarazo ectópico ovárico es una entidad rara, pero en ascenso, y que ante cualquier mujer con amenorrea y dolor pélvico hay que pensar en esta posibilidad diagnóstica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moya Toneut C. Embarazo ectópico. Editorial Ciencias Médicas: La Habana; 2017. [citado 26 dic 2017]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros/embarazo_ectopico/embarazo%20ectopico_completo.pdf

2. Colectivo de autores. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en mujeres de edad reproductiva en segundo y tercer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 2013. [Internet]. [citado 2017 jun 26]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/ISSSTE_681_13_Embarazo_ectopico/GER681.pdf
3. Tamayo Lien TG, Couret Cabrera MP, García Sánchez I, Olazábal Alonso J. Embarazo cervical: un reto para el ginecologista cubano. Rev Cubana Ginecol Obst. 2015;41(3). [Internet]. [citado 2017 jun 26]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2015/cog153f.pdf>
4. Sánchez Pérez L, Matos Domínguez JC, Córdova Velázquez NY, Leyva Despeaza A, Liy Rodríguez YM. Presentation of a patient with ovarian ectopic pregnancy. CCM [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Ene 29];21(2):591-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200026&lng=es
5. Vargas Hernández VM, Hernández Fierro MJR, Ventura Quintana V, Tovar Rodríguez JM. Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 [citado 2018 Ene 16];82(3):338-44. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000300338&lng=es
6. Santana Pedraza T, Estepa Pérez J, Rafael Truy B. Embarazo ectópico abdominal. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2012 Oct [citado 2018 Ene 16];10(5):429-33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500017&lng=es
7. Botella Llusía J, Clavero Núñez JA. Tratado de Ginecología: fisiología, obstetricia, perinatología, ginecología, reproducción. Edición Díaz de Santos, 14ta. edición. Cap. 31. Embarazo ectópico; 1993:391-400.
8. Cabezas Cruz, E. Embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2013 [citado 2 de julio de 2014];39(3):314-5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v39n4/gin01413.pdf>
9. Virelles Pacheco A, Bonet Fonseca R, Santiesteban Vázquez R. Factores relacionados con el embarazo ectópico. Multimed. 2017[citado 2018 Ene 17];21(2). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/486>

10. Capristo CE, Cassino MP, Sisu Di Pizio MF. Signo del anillo tubario. Rev Arget Radiol. 2017[citado 2018 Ene 17];81(1):59-61. [Internet]. Disponible en:
<https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0048761916300023>
11. Vázquez L. Diagnóstico de embarazo ectópico: utilidad de la clínica y de las imágenes Evid Act Pract Ambul. 2013;16(4):137. Comentado de: Crochet JR y col Does this woman have an ectopic pregnancy? The Rational clinical examination systematic review. JAMA. 2013;309(16):1722-1729 PMID: 23613077.
12. Verdecia Silva EE, Lima López N, García Díaz MC, Matos García S. Embarazo heterotópico en una paciente infértil con síndrome de ovarios poliquísticos. CCM. 2015 [citado 4 nov 2016];19(1):180-7. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812015000100021&lng=es
13. Gómez Rey FA, Trejos Ramírez CA. Embarazo ectópico ovárico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2015[citado 2018 Ene 29];66(4):306-11. Disponible en:
<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/296/295>
14. Bustamante A, Castillo C, Alarcón F, Venegas M, Zuñiga L. Embarazo ectópico ovárico, reporte de un caso y revisión bibliográfica. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2015[citado 2018 Ene 29];26:57-62. Disponible en:
<https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/731.pdf>

Conflictos de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.