

Embarazo ectópico ovárico:

reporte de un caso y revisión de la literatura

Ovarian ectopic pregnancy: a case report and literature review

 Tapia Ávila, Marco;  Méndez Pilco, Héctor;  Inca Paredes, Danny;  Cruz, Zurita;  Osorio Espin, Silvana;  Romero Aguirre, Carlos;  Vargas Caiza, Gabriela

*Autor de correspondencia: Marco Tapia Ávila, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Centro Latinoamericano de Estudios Epidemiológicos y Salud Social.

Departamento de Investigaciones "Dr. Carlos J. Finlay y de Barré". CLEESS- Sede Ecuador. Teléfono: 593 995867760 Correo electrónico: marcotapia_27@hotmail.com

Recibido: 28/05/2020

Aceptado: 15/06/2020

Publicado: 07/07/2020

Resumen

El embarazo ovárico es una forma infrecuente de presentación de embarazo ectópico y representa alrededor del 3% de los casos. El diagnóstico del embarazo ectópico ovárico se basa en las manifestaciones clínicas, ecografía vaginal y determinación seriada de β -Gonadotropina Coriónica Humana (β -HCG), mientras que el diagnóstico específico puede realizarse en caso de identificarse el embrión o actividad cardíaca fetal extrauterina. Se presenta el caso de una paciente de 32 años de edad, que ingresó al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga, realizándose un diagnóstico temprano, con una evolución satisfactoria en 48 horas.

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

Abstract

Ovarian pregnancy is an infrequent form of ectopic pregnancy presentation and it represents about 3% of the cases. The diagnosis of ovarian ectopic pregnancy is based on the clinical manifestations, vaginal ultrasound, and serial determination of Human Chorionic β -Gonadotropin (β -HCG), while the specific diagnosis can be made only if the embryo or cardiac activity outside the uterus is identified. The case of a 32-year-old patient attended at the Gynecology and Obstetrics Service of the Hospital Provincial General de Latacunga is presented, making an early diagnosis, with a satisfactory evolution in 48 hours.

Keywords: ectopic pregnancy, ovary, laparotomy, oophorectomy.

Introducción

El embarazo ectópico complica alrededor del 2% de todos los embarazos y constituye una emergencia médica debido a la alta morbilidad materno – fetal, la localización ovárica es una forma infrecuente de presentación de embarazo ectópico y representa alrededor del 3% de todos los casos. Fisiopatológicamente, se ha planteado que es debido a una falla de extrusión folicular donde el óvulo es fecundado antes de su liberación del folículo ovárico o por en implantación secundaria cuando el óvulo fecundado migra y se implanta en el tejido ovárico¹.

El diagnóstico del Embarazo Ectópico Ovárico (EEO) puede representar un reto para el médico de atención primaria, incluso para el obstetra ya que los signos y síntomas producidos por el mismo son parecidos al embarazo tubárico y al quiste de cuerpo lúteo roto². Se presenta un caso clínico de EEO, que fue diagnosticado oportunamente por el personal del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga, y se realiza una revisión de la literatura de esta rara condición clínica.

Caso clínico

Paciente femenina de 32 años de edad, de raza mestiza, soltera, con instrucción secundaria completa, quien acude al área de emergencia del Hospital General de Latacunga, referida desde otro centro de salud por presentar cuadro de dolor abdominal de aparición súbita, tipo contracción, localizado en hipogastrio que se irradia a región lumbar, de gran intensidad, con periodos de crisis y acalmias cada 30 minutos.

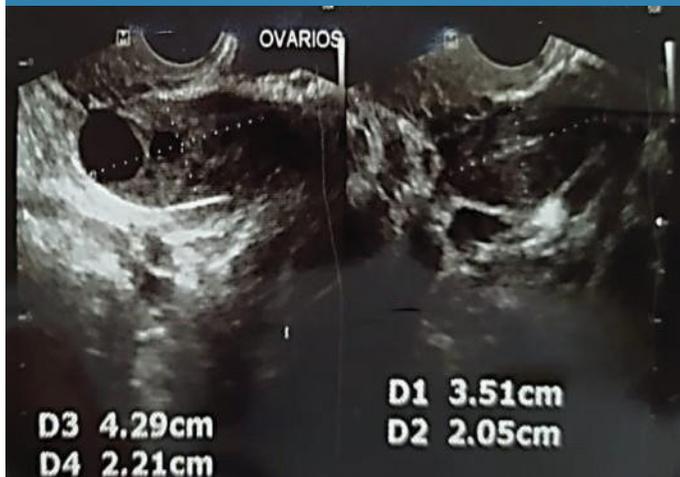
Los antecedentes gineco-obstétricos de la paciente eran: menarquia a los 14 años, ciclos regulares de 3 días de duración, inicio de vida sexual a los 18 años, fecha de última menstruación 13/10/2019 (3 semanas desde la consulta), gestas:

4, partos: 1, cesáreas: 1 (por macrosomía fetal), abortos: 1, hijos vivos: 2. Niega otros antecedentes personales.

Al examen físico: paciente vigil, hidratada, álgica, temperatura: 36.8°C; frecuencia cardíaca: 65 latidos por minuto; frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto; tensión arterial: 118/70 mm Hg; saturación de oxígeno: 95% al aire ambiente. Examen cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen: globoso doloroso a la palpación con discreta reacción peritoneal a nivel de hipogastrio, no se palpan tumoraciones a ese nivel, ruidos hidroaéreos presentes. Región inguinal: no se identifica sangrado; tacto vaginal: cérvix posterior, leve dolor a la lateralización, no se identifica sangrado.

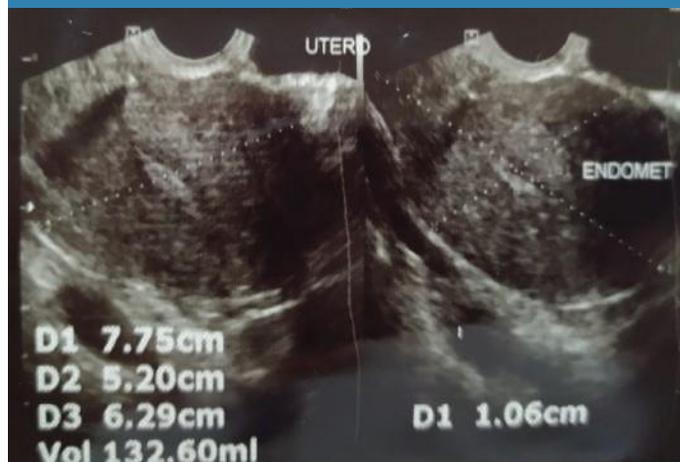
Se indican estudios de laboratorio: ante la sospecha clínica de embarazo se solicita β -HCG cualitativa la cual resulta positiva y cuantitativa que reporta resultado de 323 UI/L, grupo sanguíneo O Rh (+). Se realiza ecografía transvaginal (Figuras 1,1; 1,2; 1,3) que reporta útero en anteversión de contornos regulares, diámetros 7,7 x 5,2 x 6,2cm con un volumen estimado de 132cc, la ecogenicidad de su miometrio está afectada por una lesión hiperecogénica en relación a mioma que mide 1,9 cm en pared anterior, ovario derecho aumentado de volumen doloroso a la exploración de 4,2 x 2,2cm con imagen de pseudo saco con líquido en su interior y una imagen folicular de 1 cm en el mismo anexo, ovario izquierdo normal, espacio de Douglas luce libre; lo cual sugiere embarazo ectópico accidentado de ovario derecho.

Figura.1.1. Ecografía transvaginal: ovario derecho aumentado de volumen de 4.2 x 2.2 cm de diámetro, con imagen de pseudo saco con líquido en su interior.



Fuente: Archivo Hospital Provincial General de Latacunga.

Figura.1.2. Ecografía transvaginal: útero en anteversión de 7,7 x 5,2 x 6,2 cm de diámetro con un volumen estimado de 132 cc.



Fuente: Archivo Hospital Provincial General de Latacunga.

Figura. 1.3 Ecografía transvaginal: imágenes sugestivas de embarazo ectópico accidentado de ovario derecho, edad gestacional 5,5 semanas más/menos 10 días.



Fuente: Archivo Hospital Provincial General de Latacunga

A las 24 horas se evidencia aumento de valores de β -HCG cuantitativa con resultado de 417 UI/L, por lo que se decide realizar intervención quirúrgica.

Se programa cirugía con diagnóstico de embarazo ectópico de ovario derecho, teniendo como plan realizar laparotomía exploratoria más anexectomía derecha. Durante la cirugía se encontraron los siguientes hallazgos: cicatriz de cesárea anterior, fibrosis músculo aponeurótica importante, escaso líquido libre en cavidad con contenido serohemático, anexo izquierdo normal, anexo derecho a nivel de ovario se evidencia saco amniótico incrustado en ovario de más o menos 4 cm de diámetro, sangrado aproximado de 100 mililitros durante la intervención. Al confirmar el diagnóstico de embarazo ectópico ovárico derecho durante la intervención, se procede a realizar anexectomía derecha, sin complicaciones durante la misma. (Figura 2,1; 2,2 y 2,3).

Figura. 2.1. Identificación y extracción de ovario derecho



Fuente: Archivo Hospital Provincial General de Latacunga

Figura.2.2. Ovario derecho



Fuente: Archivo Hospital Provincial General de Latacunga

Figura. 2.3. Ovario derecho con saco amniótico



Fuente: Archivo Hospital Provincial General de Latacunga

Discusión

El EEO se produce cuando el saco gestacional se implanta en uno de los dos ovarios, con una baja frecuencia de alrededor del 1,3% de las gestaciones reportadas, por lo que la localización ovárica es una localización poco común. La incidencia de este tipo de gestación ectópica ha mostrado un aumento en los últimos años por el uso de técnicas de reproducción asistida, las cuales constituyen el factor de riesgo más importante, con una incidencia de 0,3% por embarazo. Otros factores asociados son el uso de dispositivos intrauterinos, enfermedad pélvica inflamatoria, cirugías pélvicas previas, multiparidad, entre otras^{3,4}.

El diagnóstico del EEO se basa en la sintomatología clínica, la ecografía vaginal y la determinación seriada de β -HCG. Sin embargo, el diagnóstico de certeza del embarazo ectópico puede realizarse sólo si se identifica el embrión o la actividad cardíaca fuera del útero, situación que sucede sólo en el 3,7% de los casos. Clínicamente, el 89% de los casos cursa con dolor abdominal, sangrado genital y hasta hemoperitoneo por aumento de la vascularización ovárica y rotura posterior si existe retraso en el diagnóstico⁵.

En cuanto a los signos ecográficos indirectos se encuentra: ausencia de saco gestacional intraútero visible con valores de β -HCG superiores a 1.000-1.500 U/l, masa anexial próxima al ovario por fuera del contorno lateral del útero con ecogenicidad aumentada, masa anexial heterogénea en caso de hematosálpinx o la presencia de líquido libre en el saco de Douglas en cantidad variable. Específicamente en caso de EEO se produce un engrosamiento del ovario asociado a un anillo hiperecogénico con un área hipoeoica en su interior como hallazgo más frecuente, o la presencia de actividad cardíaca detectable⁶. Aunque esta evidencia no es definitiva de EEO, las manifestaciones clínicas y ecográficas deben generar un alto índice de sospecha en el personal de salud.

Históricamente, el tratamiento del embarazo ectópico se limitaba a la cirugía, con una experiencia en evolución con metotrexato cuyo uso puede considerarse si se cumplen los siguientes criterios: (a) no existir signos de compromiso hemodinámico; (b) sin evidencia de sangre en la pelvis; (c) el tamaño del embarazo debe ser $<3,5\text{cm}$ sin actividad cardíaca fetal; y (d) el nivel de β -HCG debe ser $<3.500\text{ UI/L}$. El régimen más popular hoy en día es la inyección de dosis única, que implica la inyección de metotrexato de $50\text{ mg/m}^2\text{IM}$ en una sola inyección o como una dosis dividida inyectada en cada glúteo, aunque una inyección de metotrexato es menos invasiva que la cirugía, se han observado tasas más altas de fracaso del tratamiento y riesgo de hemorragia ovárica con el uso de este fármaco⁷. No obstante, una revisión sistemática realizada por Menon et al., confirmó que hay un aumento sustancial en el fracaso del tratamiento médico del embarazo ectópico con una dosis única de metotrexato cuando la β -HCG inicial es superior a 5.000 UI/L ⁸.

Si el nivel de β -HCG no desciende un 15% para el día 4, se puede administrar una segunda dosis de metotrexato (50 mg/m^2) el día 7, si no ha habido descenso para el día 14,

se indica la terapia quirúrgica². La laparoscopia se considera el estándar de oro para el diagnóstico definitivo con confirmación histopatológica, esta estrategia ha demostrado un menor tiempo operatorio, menor pérdida hemática intraoperatoria, menor estancia intrahospitalaria y menor necesidad de analgésicos⁹. Para distinguir embarazos ectópicos ováricos de los localizados en las trompas uterinas se utilizan criterios histopatológicos, los postulados por Spielberg en 1878 describen: a) la trompa uterina del lado afectado debe estar indemne; b) el saco gestacional debe estar posicionado en el ovario; c) el ovario debe estar conectado al útero por el ligamento uteroovárico; d) debe demostrarse tejido ovárico en el saco gestacional extirpado¹⁰.

El manejo quirúrgico consiste en realizar una enucleación del saco gestacional y si esto no es posible una resección en cuña versus ooforectomía, la cual se reserva para las pacientes que se encuentran inestables hemodinámicamente, cuando la gestación ocupe gran extensión del ovario o que éste presente signos de necrosis¹.

Finalmente es importante resaltar que entre los diagnósticos diferenciales del EEO, deben considerarse embarazos ectópicos en otras localizaciones, quiste de ovario hemorrágico, quiste de cuerpo lúteo, entre otras patologías ováricas; que deben ser descartados de acuerdo a las condiciones clínicas que presente la paciente y con un seguimiento estrecho desde el punto de vista hormonal y ecográfico¹¹.

En nuestro caso clínico se describió la presentación de un EEO, que fue abordado como tal dado el alto índice de sospecha clínica y paraclínica. Los hallazgos ecográficos fueron compatibles con EEO y tras el seguimiento de 24 horas de los valores de β -HCG se procedió a realizar laparotomía con anexectomía derecha, debido al compromiso casi total del ovario. El diagnóstico y manejo oportuno son esenciales en la prevención de complicaciones y morbimortalidad materna.

Declaración de conflictos

Ninguno.

Referencias

1. Birge O, Erkan MM, Ozbey EG, Arslan D. Medical management of an ovarian ectopic pregnancy: a case report. *J Med Case Rep.* 2015;9(290):1-4.
2. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy: a committee opinion. *Fertility and Sterility.* 2013;100(3):638-44.
3. Zhu Q, Li C, Zhao WH, et al. Risk factors and clinical features of ovarian pregnancy: a case-control study. *BMJ Open.* 2014; 4(12): e006447.
4. Samara N, Bentov Y. Case Report of Ectopic Ovarian Pregnancy Following Fresh Embryo Transfer. *Clin Med Insights Reprod Health.* 2016; 10: 29-32.
5. Raziel A, Schachter M, Mordechai E, Friedler S, Panski M. Ovarian pregnancy: a 12 year experience of 19 cases in one institution. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;114:92-6.
6. Gómez-Rey FA, Trejos-Ramírez CA. Embarazo ectópico ovárico: reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2015;66(4): 306-311.
7. Hassan S, Arora R, Bhatia K. Primary ovarian pregnancy: case report and review of literature. *BMJ Case Rep.* 2012;2012:bcr2012007112.
8. Menon S, Colins J, Barnhart KT. Establishing a human chorionic gonadotropin cutoff to guide methotrexate treatment of ectopic pregnancy: a systematic review. *Fertil Steril.* 2007; 87(3):481-4.
9. Sotelo C. Ovarian Ectopic Pregnancy: A Clinical Analysis. *The Journal for Nurse Practitioners.* 2019;15:224e227
10. Spiegelberg O. The causes of ovarian pregnancy. *Arch Gynaekol.* 1878;13:73.
11. Foroughi E, Ahmed MH, Omoruyi P, et al. Successful Surgical Management of Ovarian Ectopic Pregnancy. *The journal of minimally invasive gynecology.* 2017;24(7):S184.