

Gestación ectópica ovárica. Una infrecuente presentación de gestación extrauterina

Paula Hernández Vecino*, María Jesús Ruiz Navarro*, Vanesa Souto Muras*, Blanca Grande Rubio*.

* MIR. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Paula Hernández Vecino. phernandezve@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción: Se conoce como gestación ectópica aquella que es albergada fuera de la cavidad endometrial, cuya incidencia es del 1-2% de todas las gestaciones. La ovárica se da en un 0,5% de los casos y son factores de riesgo la endometriosis o cirugías pélvicas entre otras.

Exposición del caso: Presentamos el caso de una mujer de que acudió a urgencias por dolor abdominal no controlado con analgesia habitual. A la exploración se objetivó un abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio. Se realizó ecografía transvaginal sin visualizarse saco gestacional intrauterino. El anejo derecho era de 51.5 x 29 mm, con imagen sugestiva de cuerpo lúteo y el izquierdo de 32 x 12 mm, de aspecto normal. En Douglas se observó una imagen mal delimitada de 63.3 x 38mm hipoecoica compatible con hematosalpinx. Análítica sanguínea: Beta-hCG >10000 mUI/mL. Se practicó una laparoscopia diagnóstico-terapéutica donde se objetivó una formación sangrante en polo superior del ovario derecho, y se practicó una resección de la misma. Se realizó seguimiento en consulta tanto ecográfico como analítico hasta negativización de la Beta-hCG. La anatomía patológica confirmó vellosidades coriales en ovario.

Diagnóstico y discusión: Un 75% de los casos de gestación ectópica ovárica son diagnosticados en el primer trimestre. La sintomatología varía desde dolor abdominal, sangrado vaginal hasta síncope por shock hemorrágico, conllevando riesgo vital para la gestante. En la mayor parte de ocasiones se requiere estudio histológico para su diagnóstico. El tratamiento de elección es la cirugía laparoscópica conservadora. Debe realizarse seguimiento hasta negativización de Beta-hCG.

PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico. Gestación extrauterina. Ectópico ovárico.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

Se conoce como gestación ectópica toda aquella que es albergada fuera de la cavidad endometrial cuya incidencia oscila entre el 1-2% del total de las gestaciones. Es la causa más frecuente de mortalidad materna durante el primer trimestre de la gestación. El lugar más habitual de las mismas es la trompa de Falopio, en su porción ampular. Sin embargo, existen localizaciones no tubáricas donde pueden darse este tipo de gestaciones como el cérvix, la cavidad abdominal o el ovario, donde ocurre en un 0,5% de los casos. Para el diagnóstico además de la clínica se requieren pruebas de imagen, que generalmente se emplea la ecografía transvaginal y un ascenso en meseta (no duplica su valor cada 48 horas como ocurriría en el caso de una gestación normoevolutiva) de la hormona gonadotropina coriónica humana

El primer caso descrito de gestación ectópica ovárica fue en Francia en el siglo XVII. Desde entonces y debido a su escasa incidencia en la literatura existen descritos casos clínicos únicos o series con bajo número de casos [1, 2].

Los factores de riesgo para el desarrollo de una gestación extrauterina ovárica son las técnicas de reproducción asistida, los antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, de endometriosis o

de abdominal, las malformaciones uterinas, el síndrome de ovario poliquístico, historia previa de esterilidad o pacientes portadoras de dispositivo intrauterino (DIU) [3].

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 32 años, gestante de 6 + 4 semanas que acudió por referir dolor abdominal intermitente de una semana de evolución incrementado a lo largo de los últimos dos días hasta hacerse continuo. Había necesitado analgesia para su control sin llegar a ceder completamente. Además, comentaba escaso sangrado vaginal de un día de evolución en cantidad menor que una menstruación.

No tenía alergias medicamentosas conocidas. Entre sus antecedentes personales no destacaba nada relevante, salvo que la paciente había sido sometida a un legrado evacuador obstétrico por interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Actualmente se encontraba en tratamiento con ácido fólico 5 mg, una cápsula diaria.

A la exploración física, presentaba un abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Los genitales externos y vagina normales y el cérvix macroscópicamente normoepitelizado. Se objetivaron escasos restos hemáticos en vagina sin constatar sangrado activo en el momento de la exploración.

La ecografía transvaginal de primer nivel en urgencias mostró un útero en anteversoflexión de 74 x 36 mm, con un endometrio de 9 mm. No se visualizó saco gestacional intrauterino. El anejo derecho era de 51.5 x 29 mm y presentaba una imagen redondeada, econegativa sugestiva de cuerpo lúteo. En la zona del espacio de Douglas derecho se observó una imagen mal delimitada de 63.3 x 38 mm hipoeoica que podría corresponder con un hematosalpinx derecho. El anejo izquierdo era de 32 x 12 mm, de ecoestructura normal. Se observó escaso líquido libre.

Analítica sanguínea realizada en urgencias mostró una hemoglobina 12.3 g/dL, un hematocrito del 36.2%, con coagulación y bioquímica normal y una Beta-hCG >10000 mUI/mL.

Ante los hallazgos clínicos, ecográficos y analíticos y con la sospecha de gestación extrauterina se decidió ingresar a la paciente para su tratamiento.

Se indicó laparoscopia diagnóstico-terapéutica. Al acceder a la cavidad abdominal, se objetivaron abundantes coágulos en peritoneo y una formación ovárica derecha de aproximadamente 1 centímetro de

diámetro, sangrante en su polo superior (figuras 1a y b). Ambas trompas y el útero eran de aspecto macroscópico normal (figura 2). Se practicó resección de dicha formación ovárica, con coagulación posterior de los puntos sangrantes, lavado y aspiración de los restos sanguíneos. Se colocó una esponja hemostática sintética en el lecho de la formación extirpada (figura 3). Se envió muestra de los restos evacuados al Servicio de Anatomía Patológica para su estudio histológico.

El postoperatorio inmediato fue normal y la paciente permaneció ingresada en el centro durante dos días con una evolución favorable. Se realizó una analítica sanguínea el primer día tras la intervención donde se objetivó la existencia de anemia leve y hormona Beta-hCG en descenso.

La ecografía transvaginal mostró un útero en anteversoflexión con endometrio homogéneo, ambos anejos sin hallazgos de patología y ausencia de líquido libre en la cavidad abdominal. (figuras 4a, b y c).

La paciente finalizó su ingreso hospitalario y fue citada para seguimiento ambulatorio en consulta a la semana, donde se realizó de nuevo un estudio de imagen que observó la existencia de normalidad ecográfica del aparato genital interno sin hallazgos de patología en pelvis menor (figura 5). Se solicitó analítica sanguínea que determinó un valor de Beta-hCG de 164 mUI/mL, descendiendo a las dos semanas a 2,1 mUI/mL, por lo que la paciente fue dada definitivamente de alta.

El estudio histológico realizado por el servicio de Anatomía Patológica confirmó el diagnóstico de sospecha de gestación extrauterina, describiendo la existencia tanto en las muestras de tejido extirpadas en el polo ovárico derecho como en el material aspirado en el fondo de saco de Douglas, de vellosidades coriales englobadas entre los restos hemáticos.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

Aproximadamente el 75% de los casos de gestación ectópica ovárica son diagnosticados en el primer trimestre, un 12,5% en el segundo trimestre y en casos muy excepciones la gestación llega a término [4].

La sintomatología con la que se presenta suele ser similar a la de los embarazos ectópicos de localización tubárica, incluyendo amenorrea, dolor abdominal y sangrado vaginal en paciente con test de gestación positivo. Esto hace que su diagnóstico preoperatorio sea difícil de alcanzar, requiriendo la mayoría de las ocasiones de hallazgos histológicos para su confirmación [3, 5, 6].

En el año 1878 Spiegelberg estableció una serie de criterios diagnósticos de la gestación ectópica ovárica, siendo estos:

- Ausencia de afectación de la trompa ipsilateral.
- Saco embrionario intraovárico.
- Ovario conectado a útero por ligamento ancho.
- Demostración de tejido ovárico adyacente a la pared del saco gestacional.

Debido a la complejidad para realizar el diagnóstico clínico prequirúrgico, con frecuencia se genera un retraso del mismo, llegando incluso a infraestimar la incidencia real de la gestación ectópica. Esto ocasiona que en múltiples ocasiones y debido a la alta vascularización del tejido ovárico, pueda producirse un sangrado intraperitoneal que derive en un shock hemorrágico potencialmente mortal como consecuencia de la ruptura del saco gestacional.

Durante la cirugía se considera difícil realizar un diagnóstico diferencial entre una gestación ectópica ovárica incipiente y un cuerpo lúteo o un quiste hemorrágico roto. En la mayor parte de ocasiones se requiere un estudio histológico tanto de la pieza como del hemoperitoneo para poder obtener el diagnóstico definitivo una vez que se objetiven anatomopatológicamente las vellosidades coriales [3, 4].

En nuestro caso la sospecha diagnóstica previa a la cirugía era de un embarazo ectópico tubárico tanto por la sintomatología presentada por la paciente como por los niveles de Beta-hCG elevados en ausencia de saco gestacional intrauterino.

El tratamiento de elección en estos casos es la cirugía laparoscópica, con una recuperación más rápida, menor número de adherencias postoperatorias y menor número de días de hospitalización en comparación con la laparotomía. Aunque existen guías que aconsejaban realizar ooforectomía ipsilateral en todos los casos, en la actualidad se recomienda realizar enucleación del saco gestacional o resección en cuña para preservar la fertilidad, habiendo relegado a casos en los que el ovario se encuentre muy dañado la ooforectomía o incluso anexectomía [2, 4, 7].

En las pacientes en las que se haya realizado una cirugía más conservadora, se aconseja un seguimiento analítico posterior mediante la cuantificación de los niveles de Beta-hCG hasta su negativización.

El tratamiento de la gestación ectópica ovárica con metotrexate en la actualidad es bastante controvertido [4].

El diagnóstico diferencial más común es apendicitis; no obstante, la sintomatología puede confundirse con otras enfermedades comunes como úlcera péptica, gastroenteritis, cólico biliar, diverticulitis e incluso intolerancia a la lactosa [4].

Nuestra paciente llegó a urgencias con una clínica y una analítica (leucocitos normales y PCR alta) muy sugerente de una patología abdominal inflamatoria como puede ser la apendicitis aguda, adenitis mesentérica, diverticulitis o una gastroenteritis. La estabilidad hemodinámica de la paciente y la hemoglobina dentro de los rangos de la normalidad nos hicieron descartar hemorragia digestiva. A pesar de no tener antecedentes de intervenciones quirúrgicas abdominales, que podrían hacernos sospechar una obstrucción intestinal, se descartó la posibilidad, ya que en la radiografía abdominal previa realizada no aparecen niveles hidroaéreos y en el TAC abdomino-pelvico posterior no se evidenciaron signos de obstrucción.

En cuanto al diagnóstico, la prueba más precisa es gammagrafía con pertecnetado de Tc-99 m captado por las células mucinosas de la mucosa gástrica, teniendo una sensibilidad del 80-90% y una especificidad del 95%, pero en adultos las cifras descienden a 62 y 9% respectivamente [5,6]. Otros procedimientos diagnósticos sugeridos son las pruebas baritadas (preferentemente el enema opaco) y la angiografía, aunque esta última es ineficaz a menos que el sangrado supere los 0,5 ml por minuto [5].

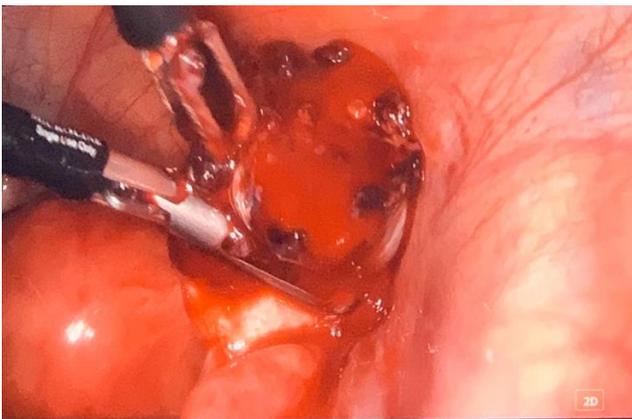
El tratamiento del divertículo de Meckel sintomático se basa preferiblemente la resección intestinal por vía laparoscópica, en conjunto con el divertículo, en lugar de la diverticulectomía simple. Existe controversia en relación con la resección de divertículos encontrados casualmente. No obstante, algunos consideran que la diverticulectomía es una opción, e incluso afirman, que la escisión simple es suficiente [6].

BIBLIOGRAFÍA

1. Wang Y, Chen H, Zhao M, Fadare O, Zheng W. Primary Ovarian Pregnancy: A Case Series and Analysis. *Int J Gynecol Pathol.* enero de 2019; 38(1): 85-91.
2. Le AW, Wang ZH, Shan L, Dai XY, Xiao TH, Li XR. Clinical analysis of 95 cases with ovarian pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2016; 43(6): 871-4.

3. Pato Mosquera M, Castro Vilar L, Borrajo Hernández E, Araújo Fernández JE. Embarazo ectópico ovárico. Prog Obstet Ginecol. 2013; 56(5): 266-9.
4. Shao M, Wang X, Zhou X. Case Report: Ovarian pregnancy, a rare but lethal condition: An analysis of 112 cases. Front Surg. 2023; 10: 10622-28.
5. Chiapponi C, Trifoglio O, Chiapponi R. Complex ovarian pregnancy. Obstet Gynecol. 2012; 119: 478-9.
6. Togas Tulandi, MD, A Schreiber C, Chakrabarti A. Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites - UpToDate [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-epidemiology-risk-factors-and-anatomic-sites?search=Togas%20Tulandi,%20MD,%20A%20Schreiber%20C,%20Chakrabarti%20A.%20Ectopic%20pregnancy:%20Epidemiology,%20risk%20factors,%20and%20anatomic%20sites&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
7. Tinelli A, Hudelist G, Malvasi A, Tinelli R. Laparoscopic Management of Ovarian Pregnancy. JSLS. 2008; 12(2): 169-72.

TABLAS Y FIGURAS



Figuras 1a y b: Laparoscopia. Formación ovárica derecha sangrante.

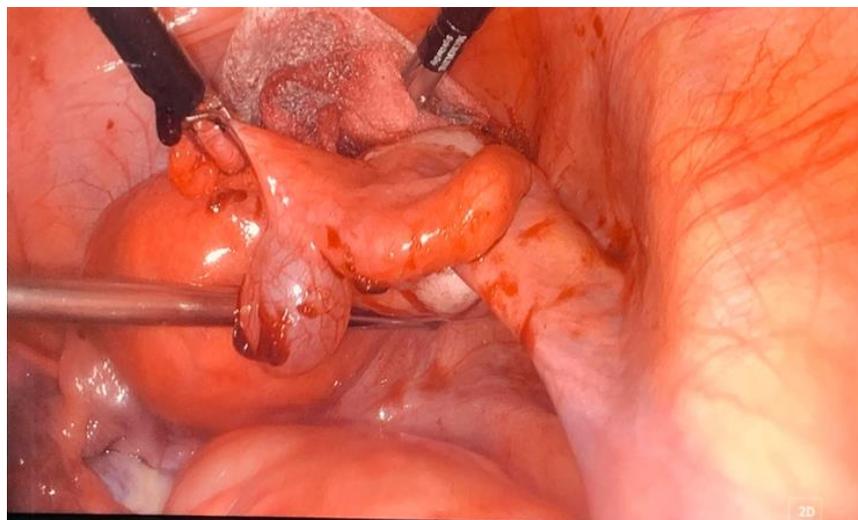


Figura 2: Laparoscopia: Trompa derecha de aspecto macroscópico normal.



Figura 3: Laparoscopia: Hemostático en zona de lecho sangrante de ovario derecho.



Figuras 4a, b y c: Ecografía transvaginal al alta de la hospitalización: útero y anejos.



Figura 5: Ecografía transvaginal en consulta: ovario derecho con cuerpo lúteo en su interior.