

CASOS CLÍNICOS

Embarazo ectópico ovárico: a propósito de un caso

M. Ferrando Serrano^a, M. Romeu Villarroya^a, F.J. Valero Domínguez^a, M. Jordá Cuevas^b y A. Perales Marín^a

^aServicio de Obstetricia. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

ABSTRACT

Ovarian pregnancy is an infrequent form of ectopic pregnancy, constituting 3.3% of all ectopic pregnancies. We report the case of a 28-year-old woman who presented with metrorrhagia and hypogastric pain 14 days after removal of an intrauterine device. The initial diagnosis was ectopic pregnancy. Clinical deterioration indicated the need for surgical management. Laparoscopic findings revealed a left ovarian ectopic pregnancy, which was confirmed by pathological study of the specimen. We review the literature on this uncommon localization, with special emphasis on its differential diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La localización ovárica primaria es una forma poco frecuente de embarazo ectópico y supone el 3,3% de todos ellos¹. En los últimos años se ha descrito una disminución en la incidencia del embarazo ectópico en algunos países que podría ser secundaria a la disminución de la tasa de infecciones genitales o a cambios en los métodos anticonceptivos utilizados². Otros autores, sin embargo, describen un aumento de su incidencia que podría deberse al aumento de la capacidad diagnóstica³.

Se han descrito varios factores de riesgo²: la enfermedad pélvica inflamatoria, especialmente la producida por *Chlamydia trachomatis*, fumar, antecedente de cirugía pélvica, antecedente de embarazo ectópico, uso actual o previo de dispositivos intrauterinos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años de edad, G2P1; menarquia a los 12 años y fórmula menstrual normal. La paciente había sido portadora de un dispositivo intrauterino (DIU) durante 5 años, que se retiró en su última menstruación.

Consultó en puertas de urgencias a los 14 días de la retirada de éste por metrorragia persistente y dolor hipogástrico continuo de 3 h de evolución, sin otros síntomas ni signos. La paciente presentaba buen estado general y constantes dentro de la normalidad.

En la exploración presentaba un abdomen blando y depresible, levemente doloroso a la palpación en la fosa ilíaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal. La movilización cervical era dolorosa y se apreciaba el ovario izquierdo levemente aumentado de tamaño. Presentaba un escaso sangrado de cavidad y restos hemáticos en la vagina menores que la regla.

La ecografía transvaginal mostraba un útero en anteflexión con endometrio de 6,5 mm, sin imagen de gestación en su interior. Había abundante cantidad de líquido libre en el saco de Douglas compatible con sangre y coágulos. El anexo derecho era normal, con una imagen compatible con cuerpo lúteo. El anexo izquierdo presentaba imagen redondeada heterogénea de 35 × 25 mm, con escasa vascularización periférica compatible con embarazo ectópico izquierdo.

La analítica en el momento del ingreso era normal, con una hemoglobina de 12,5 g/dl; un hematocrito del 39%; leucocitos, $9.900 \times 10^3/\mu\text{l}$, y plaquetas, $307 \times 10^9/\text{l}$. La bioquímica y la hemostasia eran normales. Presentaba unos valores séricos de gonadotropina coriónica humana beta (βhCG) de 2.766 mU/l.

A las 24 h del ingreso presentó un aumento del dolor abdominal, aunque sin alteración hemodinámica, por lo que se decidió realizar una laparoscopia diagnósticocirúrgica. Durante ésta, se visualizó un hemoperitoneo de 200 ml, con abundantes coágulos en

Aceptado para su publicación el 9 de julio de 2007.

el fondo del saco de Douglas. El útero y el anexo derecho eran normales. El anexo izquierdo presentaba una trompa normal y el ovario, una masa de 2×2 cm, de aspecto friable, con coágulos organizados que sugería un embarazo ectópico izquierdo o un cuerpo lúteo hemorrágico activo. Se practicó exéresis de la masa, y quedaron 2 cm de parénquima ovárico izquierdo sanos.

A las 24 h la paciente se encontraba asintomática y los valores séricos de β hCG habían descendido a 784,2 mU/l. Fue dada de alta 24 h después. En el seguimiento se comprobó la negativización de la β hCG a los 28 días de la intervención.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico ovárico (fig. 1).

DISCUSIÓN

Siempre que una mujer en edad reproductiva consulta por dolor abdominal hipogástrico debe considerarse el diagnóstico diferencial del embarazo ectópico. Los síntomas y los hallazgos físicos son similares para el embarazo ectópico tubárico, el cuerpo lúteo hemorrágico y la rotura de quiste ovárico.

La imagen ultrasonográfica del embarazo ectópico es variable: una masa heterogénea adyacente al ovario, una masa con anillo hiperecogénico o un saco gestacional con botón embrionario con o sin latido cardíaco. Surge, así, la polémica de si el diagnóstico del embarazo ectópico debe establecerse más bien ante la presencia de una masa anexial o ante la presencia de un test de gestación positivo y un útero vacío en la ecografía. Hay autores que afirman que en caso de útero vacío sin imagen anexial la actitud debería ser la de seriar la β hCG y la progesterona⁴. Del mismo modo, el hallazgo de un útero vacío con valores de β hCG de 1.500 U/l es prácticamente seguro, a pesar de que hay autores que establecen el límite en 1000 U/l⁵. El hallazgo de un saco intrauterino descarta el embarazo ectópico, pero hay que saber diferenciarlo de un seudosaco. El hallazgo más frecuente es un hematosálpinx que simula una masa anexial ecogénica próxima al ovario que contiene el cuerpo lúteo.

Las imágenes proporcionadas por el Doppler ayudan al diagnóstico diferencial entre el saco gestacional ectópico y el cuerpo lúteo, ya que los índices de resistencia son bajos y altos, respectivamente⁶.

La característica ultrasonográfica decisiva para diferenciar la localización ovárica de la tubárica es la imposibilidad de desplazar la masa sospechosa del ovario. La ausencia de movimiento independiente del ovario se asoció de modo consistente con la ausencia de embarazo ectópico ($p < 0,0001$)⁷.

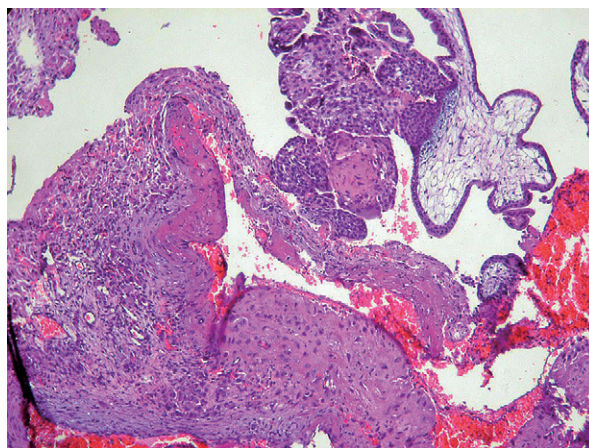


Fig. 1. Corte microscópico que muestra la presencia de tejido trofoblástico en el parénquima ovárico.

En cuanto al embarazo ectópico ovárico, habitualmente aparece sobre el parénquima ovárico o envuelto por éste, como un quiste con un ancho anillo externo. La presencia de un saco vitelino o de un botón embrionario en el interior del saco gestacional es mucho menos frecuente. El dolor abdominal precoz suele ser común en estos casos⁸.

Lo ideal sería que el diagnóstico estuviera fielmente asentado antes de emprender un tratamiento quirúrgico, aunque éste es el patrón oro del diagnóstico del embarazo ectópico. En un estudio prospectivo se ha publicado una tasa de hasta un 90,9% de pacientes que tras el diagnóstico precisaron un tratamiento quirúrgico⁹. Así, el abordaje expectante, médico o quirúrgico, del caso dependerá de la situación hemodinámica, el tamaño del saco gestacional, la presencia o ausencia de latido cardíaco, la presencia o ausencia de hemoperitoneo en el fondo de saco de Douglas y el valor sérico de β hCG.

Un embarazo ectópico debería identificarse mediante ecografía transvaginal antes de la cirugía hasta en un 90,9% de los casos⁴. Un metaanálisis que agrupó 10 estudios, con un total de 2.216 mujeres (565 con embarazo ectópico y 1.651 sin él), evaluó el rendimiento de la ecografía transvaginal en el diagnóstico del embarazo ectópico¹⁰. Estableció 4 criterios ultrasonográficos: un saco gestacional con botón embrionario con actividad cardíaca, un saco gestacional con botón embrionario sin actividad cardíaca, una masa con anillo hiperecogénico alrededor y una masa heterogénea anexial. El valor predictivo positivo de los 3 primeros fue del 97,8-100%. La mayoría de los embarazos ectópicos confirmados tenían el aspecto

ecográfico de una masa heterogénea (57,9%), como es nuestro caso; un 20,4% se describió como un anillo hiperecogénico y tan sólo un 13,2% fueron sacos gestacionales con botón embrionario (un 55% con actividad cardíaca). Todos los embarazos ectópicos que resultaron ser laparoscopias en blanco se habían clasificado ultrasonográficamente como masas heterogéneas. Los embarazos ectópicos no diagnosticados son generalmente de pequeño tamaño, y por tanto también sus valores séricos de hCG son bajos. Efectivamente, la laparoscopia sigue siendo el patrón oro en el diagnóstico del embarazo ectópico.

Una mujer con test de gestación positivo, útero vacío en la ecografía y una masa de pared engrosada en el ovario supone un dilema para el ginecólogo de puertas de urgencia. Las publicaciones en las que los autores se plantean el diagnóstico diferencial entre un embarazo ectópico ovárico y un cuerpo lúteo han sido numerosas. En concreto, Stein et al¹¹ revisaron las ecografías hechas a gestantes del primer trimestre en su servicio y hallaron 79 casos de quistes anexiales. Los signos que harían inclinarse hacia el diagnóstico de cuerpo lúteo serían una pared de ecogenicidad disminuida respecto al endometrio y una estructura anecoica.

La estimulación ovárica para desarrollo multifolicular y técnicas de inyección intracitoplasmática también se complican con el embarazo ectópico ovárico. El mecanismo por el que se da no está esclarecido, pero no se descarta que haya alguna relación con la técnica de microinyección intracitoplasmática, el cultivo embrionario prolongado y la transferencia embrionaria del blastocisto en día +5 del desarrollo¹².

Más raro todavía resulta el hallazgo de un embarazo ectópico ovárico bilateral tras técnicas de reproducción asistida. El abordaje se realizó con éxito mediante laparotomía y resección en cuña de ambos. Se trata del único caso referido en la literatura médica¹³.

RESUMEN

La localización ovárica es una forma poco frecuente de embarazo ectópico y supone el 3,3% de todos ellos. Se presenta un caso en una mujer 28 años que consultó por metrorragia y dolor hipogástrico a los 14

días de la retirada de un DIU, con la sospecha diagnóstica de embarazo ectópico. Tras empeorar clínicamente se realiza una laparoscopia en la que se aprecia un embarazo ectópico ovárico izquierdo que confirma la anatomía patológica. Se ha revisado la literatura médica respecto a esta infrecuente localización de la gestación, sobre todo desde el punto de vista del diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raziel A, Golan A, Pansky M, et al. Ovarian pregnancy: a report of twenty cases in one institution. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;163:1182-5.
2. Coste J, Bouyer J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. A population-based analytical approach to assessing patterns, determinants, and outcomes of health care with application to ectopic pregnancy. *Med Care*. 2000;38:739-49.
3. Itoh H, Ishihara A, Koita H, Hatakeyama K, Seguchi T, Akiyama Y, et al. Ovarian pregnancy: report of four cases and review of the literature. *Pathol Int*. 2003;53:806-9.
4. Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu C, Van Hufel S, Timmerman D, et al. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. *Human Reprod*. 2005;20:1404-9.
5. Sergeant F, Mauger-Tinlot F, Gravier A, Verspyck E, Marpeau L. Ovarian pregnancies: revaluation of diagnostic criteria. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2002;31:741-6.
6. Atri M. Ectopic pregnancy versus corpus luteum cyst revisited: best Doppler predictors. *J Ultrasound Med*. 2003;22:1181-4.
7. Blaivas M, Lyon M. Reliability of adnexal mass mobility in distinguishing possible ectopic pregnancy from corpus luteum cysts. *J Ultrasound Med*. 2005;24:599-603.
8. Comstock C, Huston K, Lee W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2005;105:42-5.
9. Atri M, Valenti DA, Bret PM, Gillett P. Effect of transvaginal sonography on the use of invasive procedures for evaluating patients with a clinical diagnosis of ectopic pregnancy. *J Clin Ultrasound*. 2003;31:1-8.
10. Brown DL, Doubilet PM. Transvaginal sonography for diagnosing ectopic pregnancy: positivity criteria and performance characteristics. *J Ultrasound Med*. 1994;13:259-66.
11. Stein MW, Ricci ZJ, Novak L, Roberts JH, Koenigsberg M. Sonographic comparison of the tubal ring of ectopic pregnancy with the corpus luteum. *J Ultrasound Med*. 2004;23: 57-62.
12. Atabekoglu CS, Berker B, Dunder I. Ovarian ectopic pregnancy after intracytoplasmic sperm injection. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;112:104-6.
13. Han M, Kim J, Kim H, Je G, Hwang T. Bilateral ovarian pregnancy after in Vitro fertilization and embryo transfer in a patient with tubal factor infertility. *J Assist Reprod Genet*. 2004;21:181-3.