

---

## CASOS CLÍNICOS

---

350

**A. Martín  
M. Cabrera  
A. Alonso  
M. Claver\***

Servicios de Obstetricia y Ginecología  
y \*Anatomía Patológica.  
Hospital General Yagüe. Burgos.

**Correspondencia:**  
Dr. A. Martín García.  
Soria, 1, 9.<sup>o</sup> D. 09004 Burgos.  
Correo electrónico: Adrian\_Martin@hispavista.com

Fecha de recepción: 9/5/01  
Aceptado para su publicación: 4/7/01

El embarazo ectópico ovárico es una forma poco frecuente de presentación, cuya incidencia oscila entre el 0,5 y el 3% de las gestaciones extrauterina<sup>1-4</sup>, si bien ésta parece ir en aumento. Se describen como factores de riesgo importantes: la utilización del dispositivo intrauterino (DIU), el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y la cirugía pelvicoabdominal previa, factores también presentes en el ectópico tubárico<sup>1,5-7</sup>; algunos autores comienzan a citar la fecundación *in vitro*-transferencia embrionaria como factor de riesgo<sup>1</sup>. La presentación clínica también es similar, por lo que el diagnóstico diferencial entre ambos cuadros en ocasiones es difícil a pesar de disponer de la ultrasonografía con sonda vaginal. En 1978 Spiegelberg postuló unos criterios que se utilizan hoy día para el diagnóstico diferencial y que son los siguientes<sup>8</sup>:

1. Trompa homolateral intacta.
2. Saco fetal que ocupa la posición del ovario.
3. Tejido ovárico presente en la pared del saco fetal.
4. Ovario que contacta con el útero a través del ligamento útero-ovárico.

### **Embarazo ectópico ovárico postsalpingiectomía parcial por gestación ectópica ipsolateral**

*Ovarian ectopic pregnancy after  
partial salpingectomy for  
ipsilateral ectopic pregnancy*

*A. Martín, M. Cabrera, A. Alonso, M. Claver. Embarazo ectópico ovárico postsalpingiectomía parcial por gestación ectópica ipsolateral. Prog Obstet Ginecol 2001;44:350-353.*

---

Con la introducción de la laparoscopia podemos realizar un diagnóstico definitivo y a la vez tenemos la posibilidad de efectuar un tratamiento quirúrgico<sup>9</sup>. Sin embargo, en muchas ocasiones es preciso recurrir a la vía laparotómica debido a la situación clínica de los pacientes.

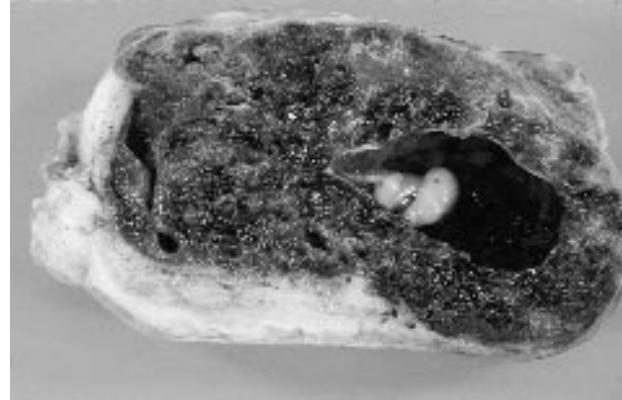
Hay que destacar también que se precisa de la confirmación histológica<sup>10</sup> para etiquetar una gestación ectópica como de localización ovárica.

#### **CASO CLÍNICO**

Se trata de una mujer de 33 años de edad que ingresó procedente de urgencias por dolor en hipogastrio de 6 días de evolución y amenorrea de 7 semanas. El único antecedente personal de interés fue una nefrolitiasis derecha. Los antecedentes obstétricos fueron un embarazo con parto por cesárea, un aborto y un embarazo ectópico tubárico derecho con salpingiectomía parcial. La menarquía fue a los 10 años y la fórmula menstrual era eumenorréica.



**Figura 1.** Ultrasonografía vaginal: masa anexial de  $65 \times 75$  mm con imagen econegativa en el interior de 23 mm que contiene polo hiperecogénico de 12 mm.



**Figura 2.** Corte sagital de ovario derecho donde se identifican cortical ovárica, cavidad amniótica y embrión.

En la exploración se evidenció dolor a las palpaciones superficial y profunda en hemiabdomen inferior, siendo el signo de Blumberg positivo. En la exploración ginecológica destacó una movilización cervical muy dolorosa.

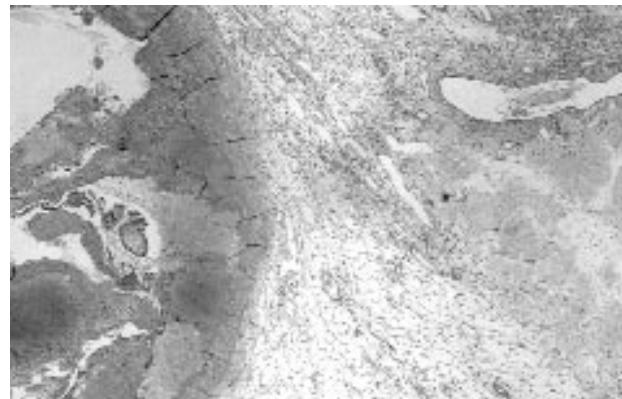
Desde el punto de vista hemodinámico, la paciente presentaba presión arterial de 100/65 mmHg y frecuencia cardíaca de 90 lat/min. Los datos analíticos estaban dentro de la normalidad (hematócrito del 34,7%; hemoglobina de 11,9 g/dl).

Ecográficamente se observó un útero no gestante y un engrosamiento anexial de  $65 \times 75$  mm (fig. 1) con imagen anecoica en su interior de 23 mm que contenía polo hiperecogénico. También se apreció moderada cantidad de líquido libre en el fondo del saco de Douglas.

El título de  $\beta$ HCG en el momento del ingreso fue de 34.455 mUI/ml.

Ante el diagnóstico de abdomen agudo ginecológico y con la sospecha de embarazo ectópico se realizó laparoscopia de urgencia y se halló un hemoperitoneo importante por un embarazo ovárico derecho de  $7 \times 6$  cm, sanguíneo. Se procedió a realizar laparotomía debido a la hemorragia activa, que empeoró rápidamente el estado hemodinámico de la paciente. Se practicó ovariectomía derecha y salpingiectomía parcial izquierda por expreso deseo de la paciente.

Durante el acto quirúrgico la paciente precisó la transfusión de dos unidades de concentrado de hematíes, ya que la analítica objetivó un descenso del



**Figura 3.** Parénquima ovárico con folículos en diversos estadios en contacto con el trofoblasto y las vellosidades coriales.

hematócrito al 24,9% y de la hemoglobina a 8,7 g/dl. El postoperatorio evolucionó satisfactoriamente con un descenso de la  $\beta$ HCG hasta un título de 4.802 mUI/ml a las 48 h.

Macroscópicamente se identificó el ovario derecho de  $7,5 \times 6 \times 4$  cm con áreas edematosas y una zona periférica que podría corresponder a la cortical ovárica. Se evidenció también la presencia de una cavidad amniótica de  $3,2 \times 2$  cm dentro de la cual había un embrión de 12 mm (fig. 2).

Microscópicamente se confirmó la presencia de una placenta en contacto con parénquima ovárico con células del citio y sincitiotrofoblasto (fig. 3) formando nidos que progresaban hacia los vasos, encontrándose invadidos por los mismos. Aparecía un cuerpo lúteo en el parénquima ovárico. También se

352 localizaban membranas ovulares y un embrión con un avanzado estado de autólisis. La trompa izquierda no presentaba alteraciones histológicas.

## DISCUSIÓN

Nos encontramos ante un caso muy peculiar de embarazo ectópico ovárico debido a los antecedentes obstétricos de la paciente. El hecho de haber sido intervenida por embarazo ectópico tubárico previo nos hizo pensar, en primer lugar, en un embarazo ectópico contralateral. Son múltiples los casos en los que se destaca la utilidad de la ultrasonografía vaginal como herramienta para poder establecer un diagnóstico<sup>10-13</sup>. En nuestro caso, no fue concluyente, probablemente debido a los antecedentes de la paciente.

El diagnóstico de certeza de la localización se obtuvo a través de la laparoscopia: embarazo ectópico ovárico del lado salpingiectomizado.

No está clara la vía por la que se produjo la fecundación. Intraoperatoriamente se reconoció un fragmento de trompa que pudo repermeabilizarse. La otra posibilidad es que la fecundación se produjera a través de la trompa contralateral. Entre los artículos revisados no se ha encontrado un caso similar al nuestro en el cual apoyar nuestras hipótesis.

Respecto a los factores de riesgo descritos en la bibliografía<sup>1,5-8</sup>, vemos que en nuestro caso se cumple el antecedente de cirugía abdominal previa, siendo ésta doble: parto por cesárea y salpingiectomía parcial por gestación tubárica. Nunca fue portadora de DIU ni presentó antecedentes de EPI.

Respecto a los criterios diagnósticos de Spielgeler<sup>8</sup>, publicados en 1978 para identificar las verda-

deras implantaciones sobre el ovario de un ectópico, vemos que no se cumplen íntegramente, puesto que la "trompa ipsolateral no estaba intacta" por la peculiaridad de nuestro caso (salpingiectomía parcial previa), aunque sí se cumple el resto y en la descripción microscópica se identifica claramente como un embarazo dentro del parénquima ovárico.

El diagnóstico clínico de la gestación ovárica es difícil de establecer, ya que la sintomatología y los datos de la exploración no difieren de los obtenidos en el embarazo tubárico. Incluso con la utilización de la sonda transvaginal localizar el embarazo como ovárico es complicado, siendo la laparoscopia el método definitivo de diagnóstico.

Son varios los autores que destacan la utilidad de la titulación de  $\beta$ HCG<sup>10-12</sup> como adyuvante a la ecografía en el diagnóstico de la gestación ectópica. En nuestro caso, un valor de 34.455 mUI/ml, junto con la imagen ecográfica, permitió establecer el diagnóstico de embarazo ectópico. En cualquier caso el diagnóstico definitivo se efectúa a través de la laparoscopia<sup>10</sup>.

Desde el punto de vista terapéutico, la tendencia actual viene a ser conservadora debido a las características de estas pacientes, mujeres jóvenes y muchas veces con deseos genésicos no cumplidos. Se ha descrito incluso la utilización de metotrexato en algunos casos seleccionados<sup>13,14</sup> con buenos resultados. Hoy día, con la introducción de la laparoscopia contamos con una medida terapéutica eficaz y a la vez conservadora<sup>10,15</sup>.

En nuestro caso, debido a la situación clínica de la paciente se procedió a realizar laparoscopia que confirmó el diagnóstico. Hubo que efectuar reconversión laparotómica debido a que se encontró un ectópico accidentado con hemorragia abundante que fue imposible de controlar por laparoscopia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Marcus SY, Brindsen PR. Primary ovarian pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: report of seven cases. *Fertil Steril* 1993; 60: 167-169.
2. Martínez J, Guerrero M, Berzosa J, Lázaro R, Castaño L, Bodega A et al. Embarazo ovárico: nuestra casuística. *Clin Invest Gin Obst* 1995; 22: 294-297.
3. Salas JS, Reyero MP, González MA, García M, Nieves C. Embarazo ectópico ovárico. *An Med Interna* 1995; 12: 192-194.
4. Vasilier SA, Sauer MV. Diagnosis and surgical management of ovarian pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 170: 395-398.
5. De Vries K, Shapiro I, Degani S, Levitan Z, Mitrani A, Sharf M. Ovarian pregnancy in association with an intrauterine device. *Int J Gynecol Obstet* 1983; 21: 65-70.
6. Ercal T, Cinar O, Mumcu A, Lacin S, Ozer E. Ovarian pregnancy: relationship to an intrauterine device. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1997; 37: 362-364.
7. Reichman J, Goldman JA, Feldberg D. Ovarian pregnancy: association with IUD, pelvic pathology and recurrent abortion. *Eur J Obstet Gynecol Biol Reprod* 1980; 12: 333-337.
8. Spiegelberg O. Zur casuistic der ovarial schwang erschaft. *Arch Gynak* 1978; 13: 73.
9. Seinera P, Di Gregorio A, Arisio R, Decko A, Crana F. Ovarian pregnancy and operative laparoscopy: report of eight cases. *Hum Reprod* 1997; 12: 608-610.
10. Mall AK. A case report emphasizing the need for careful histologic review. *J Reprod Med* 1996; 41: 453-454.
11. Cacciatore B, Stenman UH, Ylostalo P. Diagnosis of ectopic pregnancy by vaginal ultrasonography in combination with a discriminatory serum hCG level of 1000 UI/l; *Br Obstet Gynecol* 1990; 47: 904-908.
12. Marret H, Hamamah S, Alonso AM, Pierre F. Case report and review of the literature: primary twin ovarian pregnancy. *Hum Reprod* 1997; 12: 1813-1815.
13. Kudo M, Tanaka T, Fujimoto S. A successful treatment of ovarian pregnancy with methotrexate. *Nippon Sanka Fujinka* 1988; 40: 811-813.
14. Shamma N, Schwartz L. Primary ovarian pregnancy successfully treated with methotrexate. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 1307-1308.
15. Russell JB, Cutter RL. Transvaginal ultrasonographic detection of primary ovarian pregnancy with laparoscopic removal: a case report. *Fertil Steril* 1989; 51: 1055-1056.