

Embarazo ectópico ovárico y abordaje quirúrgico laparoscópico. Reporte de un caso

Gral. Brig. M.C René **Gutiérrez-Bastida**,*

Tte. Cor. M.C. Juan José **Díaz-Ramírez**,** Mayor M.C. Jaime **López-Cruz*****

Clínica de Especialidades de la Mujer, Ciudad de México.

RESUMEN

El presente trabajo tiene el objetivo de compartir con el clínico lector la importancia de tener la apertura a posibilidades diagnósticas muy poco frecuentes, en este caso nos referimos a la condición obstétrica denominada embarazo ectópico ovárico. En este sentido se describe un caso en el cual los hallazgos clínicos y ultrasonográficos permitieron establecer un diagnóstico preliminar de embarazo ectópico de localización ovárica, cuyo abordaje quirúrgico se efectuó con mínima invasividad a través de laparoscopia operatoria, y para el cual el estudio histopatológico confirmó de manera definitiva el diagnóstico clínico establecido.

Se discuten y contrastan los hallazgos del presente caso clínico con otros reportes de la literatura y se enfatiza la importancia de integrar la clínica obstétrica y la imagenología, para la planificación idónea del abordaje quirúrgico, seguro y eficaz y a la vez menos invasivo, complementado por el estudio histopatológico que reafirma la práctica obstétrica.

Palabras clave: Embarazo ectópico, embarazo ovárico, laparoscopia.

Introducción

El embarazo ectópico ovárico ocurre en aproximadamente 1:7000 embarazos y la frecuencia de aparición es de 0.5 a 3% de los embarazos ectópicos.^{1,2} De cualquier manera la incidencia actual puede ser mayor de la que se ha pensado, como se ha demostrado en el examen histopatológico de masas ováricas hemorrágicas en las cuales se pensaba en quistes ováricos hemorrágicos sin otro significado clínico, en

Ovarian ectopic pregnancy and laparoscopic surgical approach. Case report

SUMMARY

This current paper has the objective of to share with a clinician reader the importance of having an aperture attitude to a very few frequent diagnostic possibilities such as the obstetric condition named ovarian ectopic pregnancy. In that sense it is described a case in which the clinical as well as the ultrasonographic features allowed to establish a preliminary diagnostic of ectopic pregnancy of ovarian location which surgical management was made with minimal invasivity thorough operator laparoscopic, and for which the histopathological study did confirm in a definitive way the established clinical diagnostic.

The clinical features of this case are discussed and be contrasted with regarding reports on gynecobstetric literature, and it is emphasized the importance of integrate the obstetric clinical as well as imagenology, in order to make an ideal planning of a secure and efficient surgical approach, and yet less invasive and complemented with the given feedback that histopathological study provides for the practice of gynecobstetrics.

Key words: Ectopic pregnancy, ovarian pregnancy, laparoscopy.

tales áreas a menudo se ha encontrado conteniendo tejido trofoblástico.³

A diferencia del embarazo tubárico, la historia de enfermedad inflamatoria pélvica o el uso de un dispositivo intrauterino no incrementa la incidencia de embarazo ovárico, parece tratarse de un evento al azar que no se asocia a historia de infertilidad o pérdida extrauterina recurrente de embarazos extrauterinos. Se utilizan criterios histopatológicos estrictos para distinguirlos de aquéllos que se originan en la trompa.³

* Director de la Clínica de Especialidades de la Mujer S.D.N. ** Jefe del Servicio de Urgencias de la Clínica de Especialidades de la Mujer .
*** Médico Patólogo adscrito al Servicio de Patología de la CEM.

Correspondencia: Dr. René Gutiérrez-Bastida
Clínica de Especialidades de la Mujer, Dirección General
Av. Industria Militar S/N, Col. Lomas de Sotelo, Ciudad de México, D.F. C.P. 1200

Recibido: Mayo 15, 2011.

Aceptado: Julio 22, 2011.

En 1641 Marcerus fue el primero en sugerir la probabilidad de un embarazo ovárico y el primer caso fue publicado en 1682 por Saint Maurice en Pergol, Francia.⁴

En el 2002 se informó de un caso simultáneo de embarazo intrauterino y uno ovárico, en una paciente en tratamiento de fertilidad con citrato de clomifeno, existiendo previamente sólo casos publicados con heterotópicos tubarios con este medicamento (Selo-Ojeme, 2002).⁵

Spielberg⁶ propuso los siguientes criterios diagnósticos para el diagnóstico de embarazo ovárico:

- La trompa ipsilateral se debe encontrar intacta y claramente separada del ovario.
- El saco gestacional debe ocupar la posición anatómica del ovario.
- El saco gestacional debe estar conectado al útero por el ligamento uteroovárico.
- Se debe demostrar histológicamente tejido ovario en las paredes del saco gestacional.

El cuadro clínico comúnmente es indistinguible del embarazo tubárico el dolor abdominal, se presenta en 92% de los casos, irregularidad menstrual en 79%, metrorragia 63% y masa anexial palpable 63%. En 37% puede presentarse tempranamente con hemoperitoneo y shock hipovolémico, secundario a ruptura de la cápsula ovárica.⁶ En 81% de los embarazos ectópicos ováricos este hemoperitoneo es superior a 500 cc. a diferencia de los ectópicos tubarios donde 51% de ellos tendrán un hemiperitoneo superior a los 500 cc.⁷

Caso clínico

La paciente (con siglas EHS) era una mujer de 39 años de edad, quien ingresa al Servicio de Urgencias de la Clínica de Especialidades de la Mujer el 9 de mayo de 2011, referida del Hospital Central Militar, con un cuadro clínico de 24 horas de evolución, caracterizado por dolor en marco cólico derecho predominantemente en la fosa ilíaca derecha, con un estudio ultrasonográfico pélvico transabdominal y transvaginal con evidencia de embarazo ectópico derecho roto.

Su historia clínica mostró antecedente de apendicectomía en el año 2007. Su historia obstétrica incluyó menarca a los 13 años, con ritmo catamenial de 28/3, antecedente de dos embarazos previos, uno de término con parto por cesárea y un aborto del primer trimestre tratado con legrado uterino instrumentado sin complicaciones y anticoncepción negada. Su fecha de última menstruación fue el 2 de abril del presente año y su último Papanicolaou efectuado en el 2010, fue negativo.

A su ingreso a la Clínica de Especialidades de la Mujer, la paciente se encontró hemodinámicamente estable y sin datos de irritación peritoneal, con ruidos hidroaéreos presentes, y persistencia de dolor en fosa ilíaca derecha con

severidad de 6 en escala subjetiva de 0 a 10. La exploración ginecológica mostró vulva y vagina sin alteraciones y cérvix sano con orificios cerrados y sin evidencia de sangrado.

Ultrasonografía

Los hallazgos ultrasonográficos (5 mayo 2011) muestran una masa esférica con centro anecoico sin flujo anormal que corresponde a un embarazo ectópico ovárico derecho (*Figura 1*), asimismo, la *figura 2* muestra en una proyección longitudinal ovario derecho con estroma ovárico normal y folículos en su extremo izquierdo y en su polo superior y lateral derecho se aprecia una masa ecogénica esférica en forma de anillo con centro anecoico. El ultrasonido intracavitario (*Figura 3*) muestra escaso líquido libre y engrosamiento endometrial y sin evidencia de saco gestacional.

Manejo quirúrgico

A partir de la integración del diagnóstico con los datos clínicos, historia clínica general y obstétrica, así como la evolución y los hallazgos ultrasonográficos se integra el diagnóstico de embarazo ectópico de localización ovárica y se decide un manejo quirúrgico en dos tiempos:

- Primer tiempo quirúrgico, abordaje operatorio laparoscópico
- Segundo tiempo quirúrgico, legrado uterino instrumental.

En el primer tiempo quirúrgico, bajo anestesia general, se efectúa cirugía laparoscópica se insufló CO₂ por aguja de Veress hasta lograr una presión intraabdominal de 15 mmHg, se instalaron cuatro puertos de abordaje, uno principal para cámara de 10 mm y tres más accesorios de 5 mm, encontrando los siguientes hallazgos: útero compatible con ocho semanas, anexos normales, se encuentra aproximadamente 150

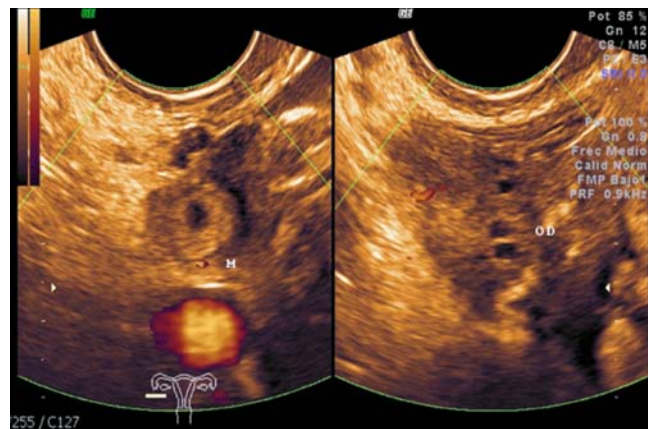


Figura 1. Imagen por ultrasonido endocavitario que muestra imagen transversal que evidencia estroma de ovario derecho con folículos normales, zona hipoeoica dependiente del ovario y la presencia de masa de forma esférica con centro anecoico sin flujo anormal. En relación con ectópico derecho.

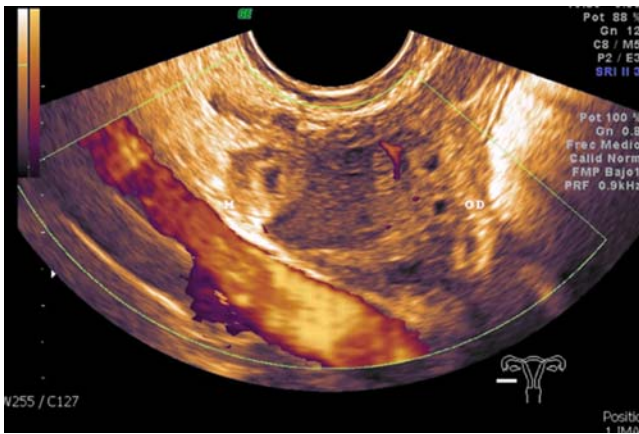


Figura 2. Imagen de ultrasonido endocavitario que muestra estructura vascular de referencia. Proyección longitudinal ovario derecho con estroma ovárico normal y folículos en su extremo izquierdo y en su polo superior y lateral derecho, con presencia de imagen hipoeoica irregular con ecos de bajo nivel. Contactante la presencia de masa ecogénica en forma de anillo de forma esférica, con centro anecoico.

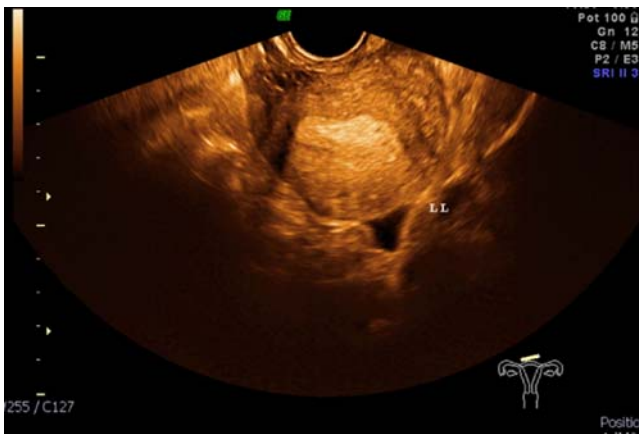


Figura 3. Imagen de ultrasonido endocavitario que muestra la presencia de escaso líquido libre y engrosamiento endometrial, sin evidencia de saco gestacional.

cc desangre libre en cavidad, se observan ambas trompas normales y cuerpo luteo hemorrágico en ovario derecho con salida en ese punto de tejido de aspecto trofoblástico, el cual se reseca y se realiza hemostasia a satisfacción, sin complicaciones ni incidentes.

En un segundo tiempo quirúrgico, durante el mismo evento anestésico, se realiza legrado uterino obteniendo moderada cantidad de tejido de aspecto endometrial, sin incidentes. La evolución postoperatoria global de la paciente transcurre sin complicaciones y con mínimas molestias post-quirúrgicas. Su egreso se llevó a cabo 48 h después.

Estudio anatomopatológico

El 9 de mayo del año en curso se recibieron dos frascos con tejido rotulado como cuerpo luteo de color amarillo y con acentuada congestión, con volumen de 1.5 cc, así como por separado producto de legrado uterino con frag-

mentos amorfos cuyo volumen total fue de 2 cc, se observó al análisis microscópico presencia de parénquima ovárico con cuerpo luteo en el que se observaron numerosas células de sinciotrofoblasto y citotrofoblasto que lo infiltran, además de vellosidades coriales del primer trimestre, el endometrio estudiado sólo presenta cambios de “arias-stella” (Figuras 4, 5 y 6).

Discusión

El caso clínico que se describe cursó con dolor abdominal que obligadamente sugería un cuadro de apendicitis, dicha entidad clínica se descartó con base en la historia clínica de la enferma, así como un posible embarazo tubárico. Dicho escenario clínico corresponde justo a lo publicado por Grimes (1983),⁴ quien puntualizó que el cuadro clínico de estas pacientes es casi indistinguible del que presentan quienes cursan con un embarazo tubárico y, además, que el dolor

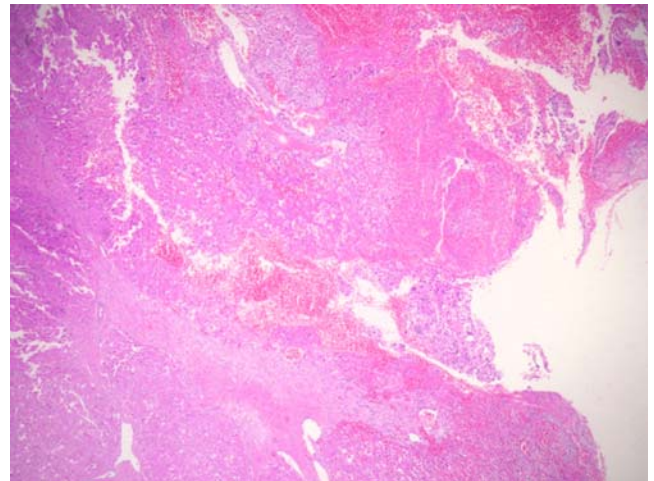


Figura 4. Se identifica en la parte inferior el cuerpo luteo y en la superior el trofoblasto infiltrándolo (Olympus BX50, 10x).

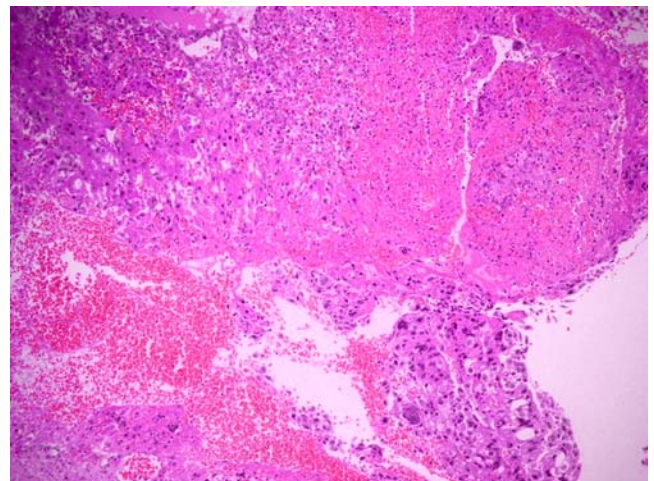


Figura 5. Ampliación de área del cuerpo luteo infiltrada por trofoblasto (Olympus BX50, 40x).

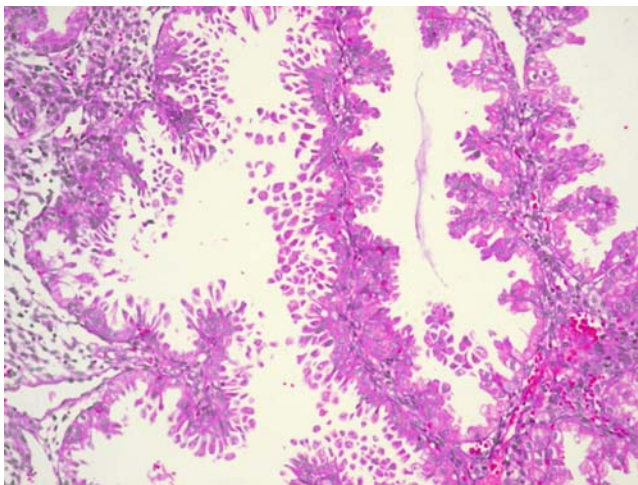


Figura 6. Endometrio hipersecretor con cambios de “Arias Stella” (Olympus BX50, 40x).

abdominal se presenta en aproximadamente 92% de los casos.

Además de la clínica, los hallazgos ultrasonográficos constituyeron, en este caso, un factor básico para la consideración del diagnóstico de embarazo ectópico en forma previa a la cirugía, lo cual ha sido enfatizado como difícil por autores como (Hallat, 1982);⁷ Grimes, 1983;⁴ Raziel, 1990;⁸ Einkel, 2000;⁹ y Ricci, 2003,¹⁰ en virtud de que puede confundirse con un embarazo tubario, un quiste hemorrágico roto un tumor ovárico complicado. en dicho sentido, aun cuando Atzori (1993)¹¹ ha enfatizado que no existen imágenes patognomónicas ecográficas, el reporte descrito en este caso sí menciona elementos que permiten considerar de manera formal un embarazo ectópico, si bien no específicamente ovárico, aun cuando esto está implícito, pues las *figuras 1, 2 y 3* permiten apreciar cambios a nivel de estroma ovárico.

De importancia relevante, la confirmación histopatológica que se describe corresponde el cuarto criterio de certeza de Spielberg,⁶ que habitualmente es difícil de demostrar, como señala Sergent en 2002¹² al re-evaluar los criterios diagnósticos, sobre todo en casos que han sido manejados mediante tratamiento conservador (Carter, 1993);¹³ (Einkel, 2000),⁹ al respecto, Mall (1996)¹⁴ enfatiza la necesidad de un cuidadoso estudio histopatológico.

En cuanto a la decisión terapéutica, se optó por una técnica con mínima invasión a través de un abordaje laparoscópico, mismo que ha sido descrito por (Leslie, 1992);³ Seneria, 1997;¹⁵ e Inclán (2001).¹⁶ dichos autores convergen en señalar una menor estancia hospitalaria, una menor morbilidad, la recuperación postoperatoria temprana, una menor formación de adherencias, e inclusive un mejor pronóstico reproductivo, esto último enfatizado por Inclán y cols.¹⁶ Otros autores describen buen resultado con el manejo por laparotomía abierta (Ricci,

2003).¹⁰ La técnica incluye ooforectomía o resección en cuña con conservación del ovario (Hallat, 1982);⁷ (Grimes, 1983⁴), si bien vale la pena mencionar el uso de metotrexate conforme a lo reportado por Chelmow (1994).¹⁷

Conclusiones

El embarazo ectópico ovárico es una patología obstétrica que a pesar de su rareza, se debe tener en mente durante la práctica ginecoobstétrica y preferentemente diagnosticada temprana y oportunamente con el auxilio de los recursos diagnósticos, particularmente el ultrasonido, de modo que pueda planearse el abordaje quirúrgico para su resolución temprana, en este aspecto la modalidad laparoscópica ha mostrado diversas ventajas. Finalmente, es importante confirmar el diagnóstico con el correspondiente estudio histopatológico, como se llevó a cabo en el caso que aquí se reporta.

Referencias

1. Gaudoin MR, Coulter KL, Robins AM et al. Is the incidence of ovarian ectopic pregnancy increasing? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 70: 141.
2. 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.
3. Iffy L, Apuzzio J, Vintzileos AM. *Operative Obstetrics*. 2nd. Ed. 1992, p. 145-6.
4. Grimes H, Nosal R, Gallagher J. Ovarian pregnancy: A series of 24 cases. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 174-80.
5. Selo-Ojeme D. Simultaneous intrauterine and ovarian pregnancy following treatment with clomiphene citrate. *Arch Gynecol Obstet* 2002; 266(4): 232-4.
6. Spiegelberg O. Zur Casuistik des ovarial schwangerschaft. *Arch Gynack* 1873; 13: 73.
7. Hallat J. Primary ovarian pregnancy: A report of twenty five cases. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 143: 55-60.
8. Raziel A, Golan A, Pansky M. Ovarian pregnancy: A report of twenty cases in one institution. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1182-6. [Links]
9. Einkel J, Bailer D, Hoern L-C, Alexander H. Laparoscopic therapy of an intact primary ovarian pregnancy with ovarian hyperstimulation syndrome. *Hum Reprod* 2000; 9: 2037-40.
10. Ricci AP, Perucca PE, Gonzalez VD, Castillo AJ, Alvarez CD, Aceituno BR. Embarazo ectópico ovárico, a propósito de un caso. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003; 68(5): 392-5.
11. Atzori E. Transvaginal ultrasonography in the diagnosis of primary ovarian pregnancy: case report. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1993; 3(3): 217-8. [Links].
12. Sergent F, Mauger-Tinlot F, Gravier A, Verspyck E, Marpeau L. Ovarian pregnancies: revaluation of diagnostic criteria. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002; 31(8): 741-6.
13. Carter J, Ekuan J, Kallins G. Laparoscopic diagnosis and excision of an intact pregnancy. *J Rep Med* 1993; 962-5.
14. Mall A. Ovarian pregnancy. A case report emphasizing the need for careful histologic review. *J Reprod Med* 1996; 41: 453-4.
15. Seneria P, Di Gregorio A, Arisco R. Ovarian pregnancy and operative laparoscopic: report of eight cases. *Human Repr* 1997; 12: 608-701.
16. Inclán BJA, Mojarra EJM, de Leon CR, López CG. Embarazo ectópico ovárico. Presentación de un caso. *Rev Fac Med UNAM* 2001; 44(2): 58-62.
17. Chelmow D, Gades E, Penzias A. Laparoscopic diagnosis and methotrexate treatment of an ovarian pregnancy: a case report. *Fertil Steril* 1994; 62: 879-80. [Links].