

CASOS CLINICOS

A PROPOSITO DE UN CASO DE EMBARAZO ECTOPICO DE OVARIO Y CUERPO LUTEO ROTO CONTRALATERAL CON HEMOPERITONEO MASIVO

* Drs. Arturo Jerf J., Carlos Pachas, César Salinas, Carlos Román.

RESUMEN

El presente caso reporta la asociación de un embarazo ectópico de ovario derecho que cumple los criterios de Spiegelberg para su diagnóstico vinculado a la presencia de la ruptura del cuerpo lúteo contralateral con hemoperitoneo masivo, motivando una laparatomía de emergencia. El reporte anatómo-patológico diagnóstico gestación en etapa inicial en ovario derecho y ruptura de cuerpo lúteo izquierdo.

SUMMARY

This case reports the association between an ovarian pregnancy which fulfilled the criteria to establish its diagnostic as set forth by Spiegelberg with a ruptured contralateral corpus luteum and massive hemoperitoneum. An exploratory laparotomy was necessary. The pathology report confirmed the presence of an initial right ovarian pregnancy with a contralateral ruptured corpus luteum.

INTRODUCCION

El embarazo ectópico de ovario es la única forma de embarazo ectópico que debe estar documentada por los cuatro postulados de Spiegelberg (Spiegelberg 1878), el cual establece entre uno de sus postulados el no compromiso de la trompa del mismo lado.

El embarazo ectópico de ovario se presenta según el estudio de Lehfeldt en 1 de 40,000 partos en una proporción de 0.7 gestaciones ováricas por cada 100 ectópicos. Según el estudio de Williams et al (1982), esta entidad ocurre en cada 25,000 a 40,000 embarazos y en 0.7% a 0.4% de todos los embarazos ectópicos. Se han reportado aproximadamente en la literatura alrededor de 300 casos (J. Check 1986), sin embargo la asociación de gestación ectópica ovárica con cuerpo lúteo contralateral sólo se ha registrado un caso (J. Check 1986). L. Schonberg (1979) reporta un caso de embarazo heterotópico (intrauterino y tubario) con hemoperitoneo masivo debido a la ruptura del ectópico ovárico y del cuerpo lúteo del mismo lado, esta asociación se menciona como la primera de su clase.

CASO CLINICO

R.G.Z. mujer de 26 años de ocupación enfermera,

que ingresa a nuestro servicio el día 19. 6. 88. colecistectomizada en 1984, apendicectomizada en 1984, con diagnóstico de esferocitosis hereditaria desde 1984. Menarquía a los 13 años régimen catamenial 3/28, FUR: 1.6.88, G2P1. Niega método anticonceptivo. La paciente manifiesta a su ingreso un tiempo de enfermedad de dos días caracterizados por dolor intenso abdominal tipo cólico en FII e hipogastrio, con irradiación a la región escapular izquierda, de inicio brusco y curso progresivo concomitantemente cefalea, náuseas, decaimiento general, sensación de desvanecimiento, refirió asimismo dispareunia intensa desde la noche previa a su hospitalización. La paciente es evaluada inicialmente en Emergencia por el servicio de Medicina, quienes solicitan la interconsulta Ginecología con el diagnóstico probable de enfermedad pélvica inflamatoria e infección del tracto urinario.

Al examen clínico la PA: 90/60, pulso: 84/min., FR: 18 por min., T°: 37°. La paciente se encuentra lúcida y orientada. Piel húmeda con moderada palidez. Ap. respiratorio semiológicamente normal. Ap. cardiovascular se detecta un soplo sistólico en mesocardio II/

* Hospital de Apoyo Cayetano Heredia Lima - Perú

VI. Abdomen poco depresible, dolor intenso a la palpación en FII e hipogastrio, rebote (+). RHA presente. Examen pélvico: vagina amplia elástica y profunda. No ginecorragia, cérvix posterior, orificios cerrados, doloroso al movilizarlo. Anexo izquierdo doloroso, no masa palpable, anexo derecho leve dolor a su movilización no masa palpable. Cul-de-sac doloroso, se practica culdocentesis obteniéndose 5cc de sangre no coagulable.

Hcto: 36%, fórmula leucocitaria normal, sedimento urinario normal, creatinina: 0.57 mg/dl, glicemia: 75mg/dl, perfil hepático normal.

La paciente con los diagnósticos de abdomen agudo quirúrgico, hemoperitoneo masivo, a descartar embarazo ectópico roto, a descartar ruptura de cuerpo lúteo, se procede a laparotomía. Encontrándose sangre libre en cavidad aproximadamente 1200cc objetivándose en ovario izquierdo masa de 4x5 adherida a la trompa del mismo lado no evidencia de saco gestacional. El ovario derecho con discreto aumento de tamaño y que en su polo distal se aprecia formación aparentemente "quistica", practicándose biopsia en cuña de dicha área. La trompa derecha examinada exhaustivamente se encuentra de aspecto y consistencia normal.

Informe anatomopatológico: se recibe tumoración de 4.5x3.3x2cm., en uno de sus extremos se reconoce la trompa uterina de 5x1cm. flexuosa. La tumoración presenta en una de sus caras perforación de 0.4 cm. de diámetro. Al corte se evidencia cavidad de 2cm. ocupadas por material sanguíneo. Además se recibe cuña de ovario derecho de 1.2x0.8cm. de color rojizo.

El informe histopatológico diagnosticó cuerpo lúteo hemorrágico con ruptura de su pared. La trompa izquierda con congestión de la serosa, no evidencia de gestación. La otra muestra corresponde a embarazo ectópico primario en estadio inicial de ovario.

COMENTARIO

El embarazo ectópico de ovario es per sé extremadamente inusual y los criterios para su aceptación fueron originalmente definidos por Spiegelberg (1878). La presencia del desarrollo de un cuerpo lúteo contralateral es un hecho importante de remarcar asociado a gestaciones ectópicas como fue ya descrito por Berline en 1960. El estímulo gonadotrófico podría estar relacionado con esta entidad.

El hallazgo de hemoperitoneo masivo que ameritó laparotomía de emergencia por la ruptura del cuerpo lúteo es también un hecho inusual ya que por lo general la cantidad de sangrado intraperitoneal es generalmente escaso e infrecuentemente excede de 500cc (A. Rosenthal). La presencia de citotrofoblasto, sincitiotrofoblasto con formación de lagos sanguíneos incipientes y la ausencia de vellosidades coriales nos señalaría que se trata de un embarazo ectópico precoz. Concluimos que la asociación antes descrita constituiría probablemente la primera de su clase reportada en la literatura.

REFERENCIAS

- 1.- Spiegelberg O.: Zur Kasuistic der Ovarialschwangerschaft. Arch Gynaekol; 13; 73. (1978)
- 2.- Leffeldt H, Tietze C, and Gorstein F: Ovarian pregnancy and the intrauterine device. Am J Obstet Gynecol; 108:1005-9. (1970)
- 3.- Williams P: Term ovarian pregnancy of live female infant. Am J Obstet Gynecol; 142:589-91. (1982)
- 4.- Check J, Chase J: Ovarian pregnancy with a contralateral corpus luteum: Case report. Am J Obstet Gynecol; 154:155-6. (1986)
- 5.- Schonberg L: Combined pregnancy and ruptured corpus luteum cyst: Case report. Am J Obstet Gynecol; 1:106. (1979)
- 6.- Gray C, Ruffolo E: Ovarian pregnancy associated with contraceptive devices. Am J Obstet Gynecol; 132:134-4. (1978)
- 7.- Hallath J: Primary ovarian pregnancy: A report of twenty-five cases. Am J Obstet Gynecol; 143:55-9. (1982)
- 8.- Tan Kheng-Khoo, Yeo Oon-Hock; Primary ovarian pregnancy. Am J Obstet Gynecol 100:240-8. (1968)
- 9.- Hibbard L: Corpus luteum surgery. Am J Obstet Gynecol; 135:666-670. (1979)
- 10.- Hallat J, Steele C, Snyder M: Ruptured corpus luteum with hemoperitoneum: A study of 173 cases. Am J Obstet Gynecol; 149:5-9. (1984)
- 11.- Rosenthal A: Rupture of the corpus luteum, including four cases of massive intraperitoneal hemorrhage. Am J Obstet Gynecol; 79: 1008-10. (1960)
- 12.- Sadler T: Embrilogía Médica de Langmen. 5a.ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana, (1986)