

EMBARAZO OVÁRICO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

María Bardales⁴, César Herrera¹, Gustavo Cornejo³, Luis Edwards², Delia Ulloa⁴

RESUMEN

El embarazo ovárico es una localización poco frecuente de gestación ectópica, representa según diferentes autores, 0,5 a 4% del total de gestaciones extrauterinas con una incidencia de alrededor de uno de cada 7000 gestaciones. Es el tipo más frecuente de embarazo ectópico no tubárico. Se comunica dos casos de embarazos ováricos, se presenta la sintomatología, el método diagnóstico utilizado, la terapia aplicada, el estudio anatomopatológico, su evolución y una revisión bibliográfica del tema y algunos comentarios pertinentes.

Palabras claves: Embarazo ectópico, embarazo ovárico. Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (4): 350-353.

ABSTRACT

Ovarian pregnancy represents the less frequent localization of ectopic pregnancy, 0,5 to 4% of all extrauterine pregnancies with incidence of about 1 of each 7000 pregnancies. It is the most frequent type of non tubaric ectopic pregnancy. We report two cases of ovarian pregnancy. The form of presentation, the diagnostic method used, the therapy applied, the anatomopathologic study, its evolution and a review of the bibliography and some comments are presented.

Key words: Ectopic pregnancy, ovarian pregnancy.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (4): 350-353.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ovárico es una localización poco frecuente de gestación ectópica, representa según diferentes autores, 0,5 a 4% del total de gestaciones extrauterinas, con una incidencia de alrededor de 1 de cada 7000 gestaciones¹⁻⁴. Es el tipo más frecuente de embarazo ectópico no tubárico⁵.

La sintomatología y los factores de riesgo asociados a embarazo ovárico son similares a los descritos para el embarazo tubárico^{1-2,4}, aunque a diferencia de éste, el embarazo ovárico no se acompaña de enfermedad inflamatoria pélvica ni de infertilidad⁵, habiendo sido encontrados el empleo del dispositivo intrauterino y la cirugía abdominal previa como factores de riesgo más frecuentemente relacionados con el desarrollo de embarazo ovárico¹. Es frecuente el diagnóstico erróneo del embarazo confinado al ovario, resulta muy difícil hacer el diagnóstico preoperatorio, e incluso intraoperatorio, siendo obtenido en la mayoría de los casos mediante estudio anatomopatológico basado en los criterios de Spiegelberg^{1-2,4}. En 1878, Spiegelberg definió cuatro criterios para diagnosticar la gestación ovárica, criterios que en la actualidad poseen aún toda su validez, y que son: a) en el lado afectado, la trompa, incluyendo la fimbria ovárica, debe estar intacta; b) la bolsa gestacional debe ocupar la posición normal del ovario; c) el saco gestacional debe ser conectado al útero por el ligamento uteroovárico, y d) en la pared de la bolsa debe identificarse tejido ovárico^{1,5}. Actualmente, la ecografía transvaginal y la laparoscopia pueden hacer sospechar la localización ovárica de la gestación¹; esto

1. Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, EsSalud.

2. Médico Asistente del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, EsSalud.

3. Jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, EsSalud.

4. Médico Cirujano.



es importante en la decisión sobre el tratamiento, puesto que se debe tener en cuenta que la capacidad reproductiva de estas pacientes está poco comprometida, ya que la función tubárica, por lo general, no está afectada⁶. Es de elección la cirugía conservadora sobre el ovario. Aunque en el pasado se recomendaba la ooforectomía, el tratamiento preferido en la actualidad es la cistectomía ovárica, bien por vía laparotómica o laparoscópica^{1,2,7}. También se comunican buenos resultados con la administración local de metotrexato^{1,8,9} o prostaglandinas¹ en embarazos ováricos no rotos.

CASOS CLÍNICOS

Entre enero de 1995 y diciembre de 1999 se diagnosticó en nuestro hospital dos casos de embarazo ovárico, con una incidencia de uno en cada 3418 partos, representando el 2 % del total de gestaciones extrauterinas; es decir, un embarazo ovárico por cada 34 gestaciones ectópicas.

Caso 1

Paciente de 35 años de edad, paridad (2-0-2-2), con el antecedente quirúrgico de quistectomía ovárica izquierda ocho años antes, cesárea siete años antes y una laparoscopia quirúrgica por dolor pélvico crónico en la que se le realizó liberación de adherencias pélvicas (trompa izquierda-intestino) más neurectomía presacra dos meses antes. No era portadora de dispositivo intrauterino. Acudió al servicio de emergencia por ginecorragia moderada de 10 días de evolución que se asociaba a dolor en hipogastrio con irradiación a fosa iliaca izquierda, que se exacerbó pocas horas antes de su ingreso, y con antecedente obstétrico de amenorrea de siete semanas. En la exploración se observó una presión arterial de 100/60 mmHg y un pulso de 72, con un abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, vagina con escaso sangrado oscuro, útero ligeramente aumentado de tamaño lateralizado hacia el lado izquierdo, movilización cervical dolorosa, anexo izquierdo difícil de valorar por el dolor, anexo derecho doloroso, se palpaba masa ovoidea de aproximadamente 5 cm de diámetro. La prueba de embarazo fue positiva y con un dosaje de 880 mUI/mL de hCG-β. La ecografía pélvica descartó embarazo intrauterino (útero vacío con endometrio hiperecogénico de 12 mm)

y visualizó un anexo derecho agrandado (62 x 57 mm) con ecos mixtos y cavidad anecogénica central de 22 mm.

Por laparotomía se apreció: trompa derecha libre, normal; ovario y trompa izquierdos adheridos al intestino grueso; y, una estructura violácea, blanda, de 6 x 6 cm adherida a epiplón en su cara superior y que englobaba en su parte inferior al ovario derecho normal, que se consideró como quiste lúteo hemorrágico. Se realizó resección en cuña ovárica con liberación de adherencias. La anatomía patológica informó embarazo ovárico (se visualizó saco embrionario con un embrión de 18 mm) con áreas de necrobiosis y hemorragia, epiplón con focos de reacción inflamatoria crónica. La paciente fue dada de alta al séptimo día de su ingreso. No presentó complicaciones.

Caso 2

Paciente de 46 años de edad, paragravidez 2-0-1-2, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos. Amenorrea de siete semanas. No era portadora de dispositivo intrauterino, ni tomaba anticonceptivos. Acudió al servicio de emergencia por presentar dolor en hipogastrio con irradiación a fosas ilíacas, de dos días de evolución, que se hace intenso cuatro horas antes de su ingreso; náuseas, vómitos y diarrea. Presentó vértigo, lipotimia con pérdida de conciencia en tres oportunidades durante su evaluación. En la

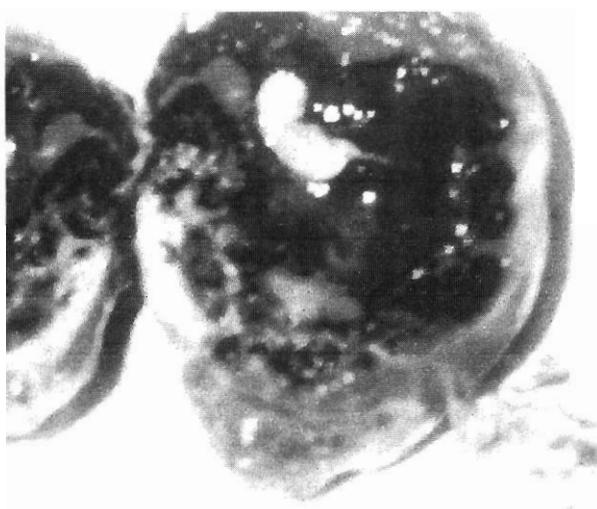


Figura 1. Ovario en un corte transversal, mostrando el embrión y coágulos en su interior



exploración se observó taquicardia (100 latidos por minuto) e hipotensión (70/40), signos de deshidratación leve y palidez de piel y mucosas, abdomen doloroso a la palpación, con defensa y signo de rebote positivo, vagina sin restos hemáticos, movilización cervical dolorosa, útero aumentado de tamaño, anexo izquierdo doloroso. El hematócrito bajó seis puntos en ocho horas de observación. No se realizó ecografía pélvica. La culdocentesis fue positiva.

Se decidió realizar laparotomía, en la que se evacuó un hemoperitoneo (aproximadamente 1500 mL) que precisó transfusión sanguínea; se observó el ovario derecho normal y las trompas sin alteraciones, el ovario izquierdo presentaba una estructura sangrante y friable. Se realizó cuña ovárica con sutura del ovario. El paciente tuvo un postoperatorio sin complicaciones. La anatomía patológica informó embarazo ectópico en el tejido ovárico resecado.

DISCUSIÓN

Los casos clínicos que describimos cumplen criterios anatomopatológicos para el diagnóstico de embarazo ovárico, representan el 2% del total de los embarazos extrauterinos durante el quinquenio 1995-1999, constituyendo una frecuencia de un embarazo ectópico por cada 1/3418 nacimientos, frecuencia que supera lo referido en la literatura, pudiendo deberse a ser un hospital de referencia.

Se informa sobre una incidencia de embarazo ovárico que parece ir en aumento en los últimos años, y éste parece relacionarse con determinados factores de riesgo, como son el uso de dispositivo intrauterino y cirugía abdominal previa^{1,3,4}. En nuestro estudio sólo una de las pacientes presentó varias cirugías abdominales infraumbilicales previas y el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, pero en ninguna existía el antecedente del uso de dispositivo intrauterino. No está clara la función de las operaciones abdominales previas en el embarazo ectópico⁵. La operación cesárea previa ha sido relacionada con un pequeño aumento en el riesgo de embarazo ectópico¹⁰. Otros autores indican que la quistectomía o la resección en cuña del ovario incrementan el riesgo de embarazo ectópico, posiblemente como resultado de retracción cicatrizal peritubárica⁵. Nuestra paciente tenía el antecedente de una quistectomía ovárica izquierda, al lado contrario de donde se presentó el embarazo ovárico.

Está perfectamente comprobada la relación entre la enfermedad pélvica inflamatoria, obstrucción tubárica y el embarazo ectópico tubárico⁷, pero esta asociación no es descrita en embarazos ectópicos ováricos; sin embargo, nuestra paciente presentó este antecedente.

No existe una relación clara entre el embarazo ectópico y el aborto espontáneo, sin embargo nosotros encontramos el antecedente de aborto en ambas pacientes.

Nuestros casos confirman que el diagnóstico clínico de la gestación ovárica es muy difícil de establecer, es probable que los hallazgos se parezcan a los mismos que los del embarazo tubárico o a los de una hemorragia de cuerpo lúteo⁷. Son la amenorrea, la prueba de embarazo positiva y los datos clínicos los que conducen a la sospecha de una gestación ectópica.

La ecografía transvaginal es una ayuda importante para confirmar la sospecha de embarazo extrauterino, y en algunos casos localizarla como ovárica^{1,4}. En nuestro hospital no contamos con ecografía transvaginal, pero la ecografía transabdominal nos ayudó, en uno de los casos (caso 1), a sospechar la posibilidad de un embarazo ovárico (aunque fue descrita como una masa anexial no clasificable, se planteó la posibilidad de un embarazo ovárico versus un cuerpo lúteo hemorrágico). En el caso 2 no se llegó a realizar una ecografía, ya que la conjunción de clínica (amenorrea, palidez, hipotensión), analítica (disminución del hematócrito) y hemoperitoneo (culdocentesis positiva) sugirió el diagnóstico de gestación ectópica complicada (rota).

La sospecha fundada de embarazo ectópico (en ambas) y la presencia de hemoperitoneo, consecuencia de la rotura de la gestación ectópica (en el caso 2), fue lo que nos condujo a la indicación de laparotomía.

Intraoperatoriamente el embarazo ovárico del primer caso fue considerado como quiste de cuerpo lúteo. Este diagnóstico erróneo es frecuente y se comunica hasta en un 75% de los casos⁵. Este resulta ser un claro ejemplo de la necesidad de confirmación anatomopatológica.

En el caso 2 la ausencia macroscópica de patología tubárica y la presencia de un foco hemorrágico ovárico condujo a la extirpación de la masa sospe-



chosa de embarazo ovárico, que se confirmó con el resultado del estudio histológico.

Nosotros coincidimos en la opinión de extirpar cualquier tumoración ovárica cuando los hallazgos operatorios no confirman la sospecha clínica de embarazo ectópico^{1,4}, ya que con ello podemos asegurar el diagnóstico. En muchos casos esto evita las reintervenciones.

La cistectomía ovárica o la resección en cuña fueron suficientes para tratar el embarazo ovárico en nuestras pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martínez-Guisasola J, Guerrero M, Berzosa J, Lázaro R, Castaño I, Bolega A, Claver M. Embarazo ovárico: nuestra casuística. *Clin Invest Gín Obst* 1995; 22: 320-5.
2. Grimes H, Nosaz R, Gallagher J. Ovarian pregnancy: a series of 24 cases. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 174-80.
3. González-Bosquet J, Cervilla F, Sánchez Caray J, Heredia I, Cabero I. Embarazo ectópico ovárico primario: serie de 17 casos. *Prog Obstet Gín* 1993; 36: 496-97.
4. Martínez-Guisasola J, Guerrero M, Lázaro R, Alonso A, Arnaiz M, Berzosa J, Claver M. Embarazo ovárico: a propósito de tres casos. *Clin Invest Gín Obst* 1995; 22: 294-97.
5. Embarazo ectópico. In: Berek J, Hillard P, Adashi E. *Ginecología de Novak*. Décimosegunda edición. México: Editorial McGraw-Hill - Interamericana; 1997: 491,493,512.
6. López-Olmos J. Fertilidad y porvenir obstétrico tras embarazo ectópico. *Clin Invest Gín Obst* 1992; 19: 122-6.
7. Embarazo ectópico. In: Cunningham F, MacDonald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hanks G, Clark S. *Williams Obstetricia*. Vigésima edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998: 587.
8. Shamma F, Schwartz L. Primary ovarian pregnancy successfully treated with methotrexate. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167:1.307-8.
9. Jiménez Caraballo A, Rodríguez Donoso G, Márquez I, Vivanco J, Navarro J. Embarazo intrauterino posterior al tratamiento con metotrexato intratubárico en un caso de embarazo ectópico. *Clin Invest Gín Obst* 1992; 19: 439-40.
10. Hemminki E, Meriläinen J. Long term-effects of cesarean sections: Ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:1569-1996 En: Embarazo ectópico. In: Cunningham F, MacDonald P, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hanks G, Clark S. *Williams Obstetricia*. Vigésima edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998.