

Casos Clínicos

Embarazo ectópico ovárico: experiencia en 10 años del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Cristina González B.¹, Patricia Isabel Salas B.¹, Alicia Hernández G.¹, Javier de Santiago G.¹

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario La Paz, Madrid. España.

RESUMEN

La gestación ectópica ovárica es muy infrecuente, presentando una incidencia de 1/2100-7000 gestaciones (0,5-3% de todos los ectópicos). Su diagnóstico es difícil y dada la poca experiencia, no está claro el tratamiento más adecuado. Se presentan seis casos clínicos, recogidos en nuestro hospital desde 2001 hasta 2011, destacando el difícil diagnóstico prequirúrgico así como el tratamiento realizado.

PALABRAS CLAVE: **Embarazo ectópico, ectópico ovárico, laparoscopia**

SUMMARY

Ectopic ovarian pregnancy is very infrequent, with an incidence of 1/2100-7000 pregnancies (0.5-3% of all ectopic pregnancies). Diagnosis is difficult and due to few cases presented in the literature there is no consensus on the appropriate treatment. Here we review six clinical cases of ovarian ectopic pregnancy that presented to our hospital between 2001 and 2011, highlighting the difficult presurgical diagnosis and appropriate course of treatment.

KEY WORDS: **Ectopic pregnancy, ovarian ectopic pregnancy, laparoscopy**

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico ocurre en el 1-2% (1) de todas las gestaciones y en el 95% de los casos es tubárico. La gestación ectópica ovárica es muy rara, con una incidencia de 1 cada 2100-7000 gestaciones (1), lo que corresponde a una incidencia de 0,5-3% (1-4) de todos los embarazos ectópicos. La incidencia en gestaciones obtenidas con técnicas de reproducción asistida se sitúa en el 0,3% (5). El embarazo ovárico presenta una mortalidad materna del 10% (3).

Se presentan seis casos de gestación ovárica diagnosticados en nuestro centro, en los últimos 10 años, de un total de 104.960 partos atendidos.

Casos clínicos

Caso 1: Paciente de 33 años, sextigesta (dos abortos, dos cesáreas y un parto eutócico), sin antecedentes personales de interés. Acude al servicio de urgencias por metrorragia y dolor abdominal. Presenta amenorrea de nueve semanas y seis días. La exploración es normal, presentando ligera me-

trorragia y dolor hipogástrico. La ecografía muestra útero en anteversión normal, con endometrio decidualizado y el anexo derecho es de aspecto normal. En el anexo izquierdo se observa una formación paraovárica de 32 milímetros con vesícula gestacional y embrión en su interior de 5 milímetros sin latido cardíaco. La B-HCG sérica es de 23.195 mUI. Durante la laparoscopia se objetiva en el polo inferior del ovario derecho una formación de 3 centímetros con sangrado activo abundante por lo que se opta por la vía laparotómica y se realiza una ooforectomía parcial. El postoperatorio inmediato, así como los controles posteriores han sido normales. No se han producido nuevas gestaciones.

Caso 2: Paciente de 36 años, quintigesta (dos abortos y dos partos) sin antecedente de interés, acude a urgencias por dolor abdominal. Como factor de riesgo destaca la realización de una ligadura de trompas bilateral. Presenta amenorrea de siete semanas y dos días. A la exploración destaca dolor hipogástrico y en fosa iliaca derecha. La ecografía realizada mostró útero vacío y ovario derecho de 72 milímetros con formación paraovárica de 41 milímetros, vesícula de 17 milímetros con embrión con latido cardíaco positivo así como hemoperitoneo moderado. Se solicita B-HCG sérica y se obtiene un valor de 22.108mUI. Se decide realizar abordaje laparoscópico donde encontramos abundante hemoperitoneo y ovario derecho roto, por lo que se realiza anexectomía derecha. El diagnóstico se confirma por el estudio anatomopatológico. Los controles posteriores han sido normales. No se han producido nuevas gestaciones.

Caso 3: Paciente tercigesta (una cesárea y un aborto) de 33 años, con amenorrea de siete semanas y un día. Como antecedentes de interés es fumadora de 20 cigarrillos/día y portadora de dispositivo intrauterino (DIU). Acude a urgencias por vómitos y dolor epigástrico. La exploración ginecológica es normal. La ecografía muestra un útero normal, con DIU normoinserito y en ovario izquierdo una imagen heterogénea de 66x34 milímetros que parece englobar al ovario y una imagen en su interior de 21,6 milímetros compatible con gestación ectópica (Figura 1). Se indica laparoscopia exploradora objetivándose una formación de 2-3 centímetros en ovario izquierdo, realizándose quistectomía (Figura 2 y 3). Posteriormente se confirma el diagnóstico por anatomía patológica. Los controles hasta ahora han sido normales, con gestación espontánea posterior normal.

Caso 4: Paciente de 38 años, secundigesta (un aborto previo), con mutación MTHFR heterocigota, sin factores de riesgo y con amenorrea de cinco semanas y un día. Acude a urgencias por metrorragia.



Figura 1. Imagen heterogénea que parece englobar ovario, con imagen en su interior sugestiva de gestación ectópica.

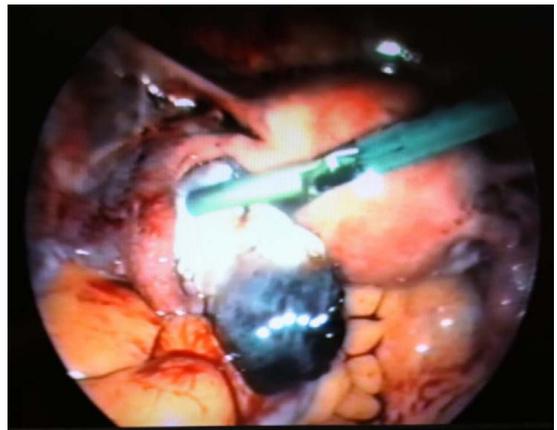


Figura 2. Formación en polo inferior de ovario compatible con gestación ectópica.



Figura 3. Detalle de la trompa, incluida la fimbria, intacta y separada del ovario.

La exploración es normal, con metrorragia de escasa cuantía y dolor a la movilización cervical. Se realiza ecografía que muestra una imagen paraanexial derecha de 36 milímetros, con embrión en su interior de 13 milímetros con latido cardíaco negativo. Las cifras de B-HCG sérica fueron de 56.158 mUI. Durante la laparoscopia se observa una formación de 4 centímetros en ovario derecho. Se realiza quistectomía, confirmándose la gestación ovárica por anatomía patológica. Tanto el postoperatorio como los sucesivos controles han sido normales. Se han conseguido dos gestaciones posteriores (un aborto y un parto eutócico).

Caso 5: Mujer de 26 años, secundigesta (un parto) sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por metrorragia, presentando amenorrea de dieciséis semanas y dos días. A la exploración ginecológica encontramos un útero acorde a dieciséis semanas, metrorragia escasa y dolor hipogástrico. Se realiza ecografía que muestra útero vacío, con mioma en cara anterior de 19 milímetros. En cara posterior imagen ecomixta de 120x87 milímetros con embrión en su interior de 88 milímetros, con latido cardíaco negativo. La ecografía no permite determinar si existe miometrio alrededor por lo que se ingresa a la paciente por sospecha de gestación abdominal. La B-HCG sérica al ingreso fue de 71.805mUI. Durante el ingreso presenta aumento de dolor abdominal y signos de inestabilidad hemodinámica, por lo que se indica laparotomía urgente. Durante ésta se observa una tumoración de 25 centímetros que corresponde con el ovario izquierdo roto, observándose feto y tejido trofoblástico. Se realiza anexectomía izquierda. Los controles posteriores han sido normales hasta la actualidad. No se han producido nuevas gestaciones.

Caso 6: Paciente de 38 años, secundigesta (un parto eutócico) gestante de cinco semanas y un día, sin antecedentes personales de interés. Acude al servicio de urgencias por dolor hipogástrico, siendo portadora de DIU. A la exploración destaca la ausencia de los hilos del DIU a través del orificio cervical externo y ligero dolor a la movilización cervical. En la ecografía se observa útero en anteverción, con DIU normoinserto. Ovario derecho normal y ovario izquierdo de 64 milímetros con vesícula de 15 milímetros y embrión de 4 milímetros en su interior, con latido cardíaco positivo. Se objetiva presencia de hemoperitoneo. Las cifras de B-HCG sérica ascendieron hasta 9.209mUI. Ante estos hallazgos se realiza abordaje laparoscópico, donde se confirma la presencia de una formación en el lado antimesentérico del ovario izquierdo, el cual se encuentra roto, por lo que se realiza ooforectomía parcial. El estudio anatomopatológico confirma

el diagnóstico. Los controles posteriores han sido normales. Sin nuevas gestaciones posteriormente.

En nuestro centro, en los últimos 10 años, de un total de 104.960 partos atendidos se han diagnosticado 6 casos de gestación ectópica ovárica. El 85% se diagnosticaron durante el primer trimestre. La totalidad de las pacientes acudió al servicio de urgencias por dolor y/o metrorragia. Al igual que en las series publicadas, tres de las pacientes presentaban factores de riesgo asociados como anticoncepción con DIU y ligadura tubárica bilateral (16%). Destaca la dificultad del diagnóstico ecográfico de gestación ovárica realizándose éste durante la cirugía. En 5 de los 6 casos se objetivó por ecografía, la presencia de vesícula gestacional con embrión, con latido cardíaco en 2 de ellos. En el 83% de los casos se realizó cirugía laparoscópica, teniendo que convertirse una de ellas a laparotomía por inestabilidad hemodinámica. El tratamiento realizado fue quirúrgico y laparoscópico en 5 de las 6 pacientes, que precisaron anexectomía u ooforectomía parcial (quistectomía 33%, ooforectomía parcial 33% y anexectomía 33%).

DISCUSIÓN

El ectópico ovárico, aunque presenta muy baja incidencia, ha aumentado en parte debido al avance de las pruebas diagnósticas (ecografía transvaginal y B-HCG sérica) (2). Se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, multíparas y en gestaciones espontáneas (4). Se relaciona con gran morbilidad y, sobre todo, con consecuencias adversas para la fertilidad posterior (1), siendo raras las recurrencias (3).

Se han identificado como factores de riesgo implicados ser portadora de DIU, haberse sometido a técnicas de reproducción asistida, la presencia de endometriosis, antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica o de cirugía ginecológica previa (1,3,5,6).

De los casos diagnosticados, el 91% terminan en el primer trimestre, el 5,3% en el segundo y 3,7% en el tercero (2). Existe algún caso aislado que ha llegado a término (7). Los embarazos ectópicos ováricos se clasifican en dos tipos (2). Primarios: cuando se producen por falta de extrusión folicular y el óvulo es fecundado en el interior del folículo. Esto es debido a una disfunción de la ovulación. En este caso la incidencia es de 1-25.000/40.000 gestaciones (2). Secundarios: en estos casos se produce una implantación secundaria en el tejido ovárico, pudiendo ser a su vez intersticial, cortical, superficial o yuxtafolicular (1).

Para poder definir la gestación como primaria

ovárica los casos deben cumplir ciertos criterios anatómicos, que corresponden a los criterios establecidos por Spiegelberg (2,8): la trompa incluida la fimbria, debe estar intacta y separada del ovario, la gestación debe ocupar la posición normal del ovario, el ovario debe estar unido al útero por el ligamento uteroovárico y debe existir tejido ovárico sano alrededor de la gestación.

La expresión clínica más frecuente se caracteriza por la presencia de dolor abdominal y amenorrea, con o sin metrorragia asociada. Dada la vascularización ovárica, la aparición de hemoperitoneo con inestabilidad hemodinámica es más frecuente que en el embarazo ectópico tubárico (6).

El diagnóstico prequirúrgico es difícil, ya que se trata de un cuadro poco frecuente y, en la mayoría de los casos, la paciente se encuentra asintomática. Históricamente, el diagnóstico siempre se ha realizado en el quirófano, en pacientes por tanto sintomáticas (triada clásica de dolor, metrorragia y amenorrea).

La ecografía transvaginal y la determinación de las cifras de B-HCG sérica han mejorado el diagnóstico, ya que con niveles de B-HCG sérica mayores a 1000-1500 mUI, según autores, y una ecografía transvaginal con útero vacío, podemos hablar de gestación ectópica. De esta forma, conseguimos un diagnóstico más precoz, lo que permite un tratamiento médico o quirúrgico, menos agresivo de cara a la fertilidad posterior.

Aunque no existen criterios ecográficos específicos para el diagnóstico de ectópico ovárico (3), típicamente se suele visualizar como una imagen econegativa intraovárica con halo hiperrefringente alrededor. Es muy raro objetivar la vesícula vitelina o el polo embrionario (3), debiendo hacer siempre el diagnóstico diferencial con la presencia de un cuerpo lúteo, un quiste hemorrágico, o un endometrioma (1). De hecho, la visualización de esta imagen típica con un útero vacío, hace pensar más en un cuerpo lúteo, una gestación incipiente, un ectópico tubárico o un aborto, que en un ectópico ovárico. Quizás, la incidencia está subestimada porque muchas de estas gestaciones se consideran tubáricas y se tratan con metotrexato (6). El diagnóstico se complica aún más en pacientes con estimulación ovárica, ya que el ovario está aumentado de tamaño, pudiendo haber colecciones líquidas en la pelvis (4).

Aunque se ha relacionado con $IR < 0,39$ en Doppler (especificidad 100% y VPP 100%), sólo aparece en el 15% de los casos, por lo que no se utiliza habitualmente para el diagnóstico (1). Shiau y cols (4,9), en una serie de 54 casos, clasifican los hallazgos ecográficos en: el 100% presentaban el útero vacío, en el 15% se observó un quiste de ova-

rio con ecos en su interior, el 4% presentaba doble halo hiperecogénico, el 7% tenía saco gestacional con embrión y latido cardíaco positivo dentro del ovario y en el 4% se objetivó latido cardíaco positivo por ecografía Doppler transvaginal.

Todo esto hace, que en la mayor parte de los casos, el diagnóstico se realice de forma intraoperatoria. Aún así, es muy raro ver partes fetales, por lo que siempre necesitamos un diagnóstico de confirmación por anatomía patológica, donde se obje-tive la presencia de tejido placentario y trofoblástico en el tejido ovárico. Llama la atención la presencia de cuerpo lúteo ipsilateral.

En cuanto al tratamiento, existe muy poca experiencia. Entre las alternativas utilizadas destacan: *Metotrexato sistémico*: no se considera tratamiento de primera línea ya que existe poca experiencia. En casos muy seleccionados se podría usar con controles posteriores de B-HCG o en casos de persistencia de tejido trofoblástico tras la cirugía. Los criterios de selección para terapia con metotrexato no están definidos (5,10,11).

Metotrexato/etopósido: inyectado directamente en vesícula gestacional guiado por laparoscopia. Se ha demostrado que el etopósido es más efectivo y tiene menos efectos secundarios que el metotrexato en el tratamiento del tumor trofoblástico. Tiene la ventaja de permitir tanto el diagnóstico como el tratamiento, ya que el contenido de la vesícula se aspira y permite el estudio anatomopatológico. Además está vía de administración evita los efectos sistémicos del fármaco (5,12).

Cirugía: es el estándar dorado (4,5). La resección de la gestación ectópica por laparoscopia es el procedimiento quirúrgico de elección (13). La ooforectomía solo en casos que la paciente se encuentra inestable hemodinámicamente (21% de los casos), que la gestación ocupe gran extensión del ovario o que éste presente signos de necrosis. En estos casos habría que valorar igualmente la vía quirúrgica siendo necesario en ocasiones recurrir a laparotomía.

CONCLUSIÓN

La gestación ectópica ovárica es extremadamente infrecuente, debemos sospecharla en aquellas pacientes con factores de riesgo como ligadura tubárica y portadoras de DIU. Aunque la ecografía transvaginal y la B-HCG han facilitado el diagnóstico de gestación ectópica, no es así para los casos de ectópicos de ovario donde el diagnóstico se realiza normalmente durante la cirugía, siendo por otra parte el tratamiento de elección dada la escasa experiencia con otras técnicas.

REFERENCIAS

1. Kraemer B, Kraemer E, Guengoer E, Juhasz-Boess I, Solomayer EF, Wallwiener D, Rajab TK. Ovarian ectopic pregnancy: diagnosis, treatment, correlation to Carnegie stage 16 and review based on a clinical case. *Fertil Steril* 2009;92:392 e13-5.
2. Thapa M, Rawal S, Jha R, Singh M. Ovarian pregnancy: a rare ectopic pregnancy. *J Nepal Med Assoc* 2010;49:52-5
3. Kirk E, Bourne T. Diagnosis of ectopic pregnancy with ultrasound. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009;23:501-8.
4. Plotti F, Di Giovanni A, Oliva C, Battaglia F, Plotti G. Bilateral ovarian pregnancy. *Fertil Steril* 2008;90:2015. e3-5.
5. Priya S, Kamala S, Gunjan S. Ovarian pregnancy after in vitro fertilization-embryo transfer. *Fertil Steril* 2009;92:394. e17-9.
6. Razieli A, Schachter M, Mordechai E, Friedler S, Panski M, Ron-El R. Ovarian pregnancy, a 12-year experience of 19 cases in one institution. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;114:92-6.
7. Huang J, Jing X, Fan S, Fufan Z, Yiling D, Pixiang P, Xiaomeng X. Primary unruptured full term ovarian pregnancy with live female infant: case report. *Arch Gynecol Obstet* 2011;283 (Suppl 1):S31-S33
8. Spiegelberg. *Cauistik der ovarial schwangerschaft*. *Arch E Gynak* 1878;13:73-6.
9. Shiau CS, Hsieh CL, Chang MY. Primary ovarian pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;96:127-30.
10. Kiran G, Guven AM, Kostu B. Systemic medical management of ovarian pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;91:177-8.
11. Habbu J, Read MD. Ovarian pregnancy successfully treated with methotrexate. *J Obstet Gynaecol* 2006;26:587-8.
12. Chen J, Peng-Hui W, Chien-Hang C, Pei-Chun M, Wei-Min L. Successful treatment of ovarian pregnancy with laparoscopy-assisted local injection of etoposide. *Fertil Steril* 2008;90:1200. e1-2.
13. Chetty M, Elson J. Treating non-tubal ectopic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009;23:529-38.