

## Embarazo ectópico ovárico

### *Ovarian ectopic pregnancy*

Eliana Rocío Atalaya – Taboada <sup>1a</sup>, Evelyn del Socorro Goicochea – Ríos <sup>2a</sup>

#### RESUMEN

El embarazo ectópico es una patología potencialmente mortal que ocurre en 1 – 2 % de todos los embarazos. El sitio de implantación ectópica más frecuente es la trompa de Falopio, menos del 10 % se implanta en cuello uterino, ovario, miometrio, porción distal de la trompa, cavidad abdominal o dentro de la cicatriz de cesárea. Cuando la presentación se desarrolla en ovario representa el 3 % de todos los embarazos ectópicos, sin embargo, se ha encontrado aumento de su incidencia a nivel mundial. Generalmente se presentan con sangrado vaginal, dolor abdominal y datos de shock. El presente es un caso que acude al servicio de medicina con sintomatología poco específica a la que posteriormente se le realiza ecografía y prueba de embarazo con resultados positivos para la sospecha diagnóstica. Se le practica laparotomía de emergencia donde se evidencia restos trofoblásticos en ovario izquierdo y hemoperitoneo. El reporte de patología informó la presencia de restos trofoblásticos del primer trimestre, lo que confirmó la sospecha diagnóstica.

**Palabras Clave:** embarazo ectópico ovárico.

#### SUMMARY

Ectopic pregnancy is a life-threatening pathology that occurs in 1-2% of all pregnancies. The most frequent ectopic implantation site is the fallopian tube, less than 10% is implanted in the cervix, ovary, myometrium, distal part of the tube, abdominal cavity or within the caesarean section. When the presentation is carried out in the ovary, it represents 3% of all ectopic pregnancies, however, an increase in its incidence worldwide has been found. They usually present with vaginal bleeding, abdominal pain and shock data. This is a case that goes to the service of medicine with little specific symptomatology, which is subsequently performed ultrasound and pregnancy test with positive results for the suspected diagnosis. An emergency laparotomy is performed where trophoblastic remains are evidenced in the left ovary and hemoperitoneum. The pathology report reported the presence of trophoblastic remains of the first trimester, confirming the suspected diagnosis.

**Keywords:** ovarian ectopic pregnancy.

<sup>1</sup> Médico Residente de III Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital EsSalud II Chocope. La Libertad, Perú.

<sup>2</sup> Médico Especialista en Medicina Familiar. Docente de la Escuela de Medicina. Trujillo, Perú.

<sup>a</sup> Universidad César Vallejo. Trujillo, Perú.

Correspondencia a: Eliana Rocío Atalaya –Taboada (eliana.atalaya@gmail.com)

Identificador Abierto de Investigador y Colaborador (ORCID):

Eliana Rocío Atalaya – Taboada

 <https://orcid.org/0000-0001-9540-905X>

Evelyn del Socorro Goicochea – Ríos

 <https://orcid.org/0000-0001-9994-9184>

Citar como: Atalaya –Taboada ER, Goicochea – Ríos ES. Embarazo ectópico ovárico. Rev Med Vallejana 2020; 9(1): 69 – 72.

Recibido: 27/01/20 – Revisado: 15/02/20 – Aceptado: 22/02/20

### Introducción

En los últimos años la gran cantidad de información acerca del embarazo ectópico ha aumentado, sobre todo respecto a la epidemiología, factores de riesgo y diagnóstico. En nuestro medio, el embarazo ectópico puede ser mortal, no solo por la enfermedad, sino también por las dificultades aun presentes para el diagnóstico debido a presentaciones clínicas inespecíficas.<sup>1,2</sup>

Los embarazos ectópicos pueden ser: intersticial (2,4 %), ístmica (12 %), ampular (70 %) o fimbria (11.1%), ovárica (3.2%) y abdominal (1,3%). Siendo el embarazo ectópico ovárico uno de los más raros, se ha encontrado aumento de su incidencia a nivel mundial.<sup>1</sup>

Muchas veces el embarazo ectópico no tiene una presentación clínica específica y fácilmente puede ser mal diagnosticado, por lo cual es necesario el diagnóstico adecuado y temprano para brindar el tratamiento adecuado y prevenir complicaciones catastróficas.

Se presenta el caso de un embarazo ectópico ovárico, que llegó en un primer momento por el servicio de medicina interna y posteriormente se realiza interconsulta a ginecología por dolor pélvico y amenorrea. Se discute la presentación clínica, diagnóstico y manejo del tema.

### Caso Clínico

Mujer de 28 años de edad, (1001) parto eutócico, no uso de métodos anticonceptivos, con fecha de última regla: 06 de agosto del 2019. Acudió por emergencia de medicina por dolor abdominal difuso que se irradia a hombro y espalda, asociado a náuseas y vómitos, no ginecorragia, fue tratada con analgésicos y antiespasmódicos sin mejoría, posteriormente es reevaluada y refiere la fecha de ultima regla ya mencionada, que nos dio un cálculo de una amenorrea aproximada de 5 semanas, por lo cual se realiza interconsulta al servicio de ginecología.

Al momento de la admisión al examen se evidencia paciente quejumbrosa, orientada en tiempo espacio y persona, palidez marcada +/+++ , con funciones vitales: presión arterial: 90/60 mm Hg, frecuencia cardiaca de 136 latidos por minuto. Abdomen: blando, depresible, timpánico, leve dolor a la palpación en hemiabdomen inferior.

Al examen ginecológico: cérvix cerrado, no se evidencia sangrado vaginal, el resto del examen sin hallazgos significativos. Al practicarse ultrasonido se evidencia endometrio de 18 mm y saco gestacional de aproximadamente 5 semanas a nivel de saco de Douglas y 100 ml aproximadamente de líquido libre en Douglas.

Fue admitida con hemograma, examen de orina y amilasa, con leucocitos 16650 células /mm<sup>3</sup>, hemoglobina 11,4 mg/dL, resto negativo; se decide repetir hemograma y realizar gonadotropina coriónica humana cualitativa en orina en dos oportunidades, con resultados de 9,3 mg/ dL y positivo respectivamente.

Se tomó la decisión de realizar laparotomía de emergencia previa estabilización hemodinámica. En la laparotomía se visualiza aproximadamente 1 litro de hemoperitoneo y coágulos organizados a nivel de saco de Douglas y ovario izquierdo con presencia de tejido trofoblástico, se envía muestra a patología para la evaluación correspondiente.

Luego de 3 días la paciente es dada de alta sin complicaciones. Un mes después se recibe el resultado de patología que confirma el diagnóstico informando los restos como vellosidades coriónicas del primer trimestre.



Figura 1. Hemoperitoneo.

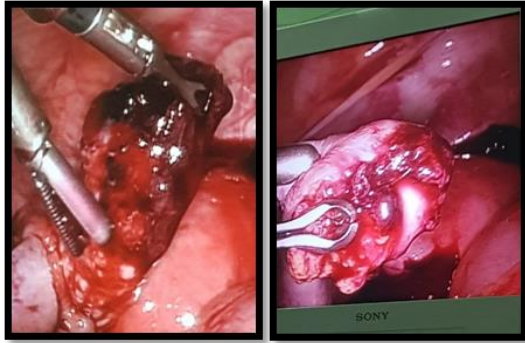


Figura 2. Ovario izquierdo con tejido trofoblástico.

Apellidos y Nombres	[REDACTED]
AutoGenerado	[REDACTED]
Edad Asegurado	28A 2M 30D
Procedencia	H.II CHOCOPE
Servicio	GINECOLOGIA
Estación /Hab. /Cama	Piso CIRUGIA Cama
Médico Solicitante	[REDACTED]
Especimen Quirúrgico	RESTOS TROFOBlasticOS
Tipo de Examen	88302
Diagnóstico Clínico	O00.9 EMBARAZO ECTOPICO, NO ESPECIFICADO
Fecha de Operación	17/09/2019
Exámenes Anteriores	
DIAGNOSTICO - VELLOSIDADES CORIÓNICAS DEL PRIMER TRIMESTRE.	

Figura 3. Informe de anatomía patológica.

### Discusión

El embarazo ectópico no tubárico es frecuente en mujeres en edad fértil y el embarazo tubárico se asocia con problemas de fertilidad. Las causas de esta implantación anómala aún no se conocen de manera concreta, sin embargo, se han establecido teorías: 1) implantación secundaria o falla de la extrusión folicular, 2) reflujo del ovocito fecundado de la cavidad uterina o trompa hacia el ovario y 3) alteraciones en liberación de óvulos. <sup>1</sup>

Existen diversos factores de riesgo para embarazo ectópico no tubárico, particularmente para embarazo ectópico ovárico tenemos: embarazo ectópico previo, enfermedad pélvica inflamatoria y uso de fertilización in vitro, uso de dispositivos intrauterinos. <sup>1,2</sup> En el caso clínico, la paciente no presentó ninguno de los factores de riesgo mencionados.

De manera muy frecuente el diagnóstico de embarazo ectópico inicia como embarazo de ubicación desconocida que se define como gonadotropina coriónica beta humana (HCG-b) en suero positiva en ausencia de hallazgos ecográficos indicativos de embarazo intrauterino. En la paciente estable es crucial la medición de HCG-b para aclarar la ubicación y el pronóstico del embarazo, siendo insuficiente una sola

medición. <sup>2</sup> En el caso clínico presentado no se contaba con valores de HCG-b cuantitativa debido a la no disponibilidad en nuestro hospital por lo cual no se realizó, sin embargo, se realizó 2 pruebas cualitativas en orina que resultaron positivas.

Para el diagnóstico se han descrito clásicamente el dolor pélvico, el sangrado vaginal y la amenorrea, sin embargo, hasta la actualidad es clínicamente difícil llegar al diagnóstico o al descarte de embarazo ectópico. <sup>1,3</sup>

El 10 % de las mujeres con embarazo ectópico no presentan síntomas, cuando los presentan estos frecuentemente tienden a ser confundidos con patologías ginecológicas, gastrointestinales o urológicas, siendo los síntomas gastrointestinales, como los vómitos, las náuseas y la diarrea, los menos comunes. <sup>1,3</sup> Debe tenerse en cuenta que las manifestaciones clínicas clásicas (dolor pélvico, ginecorragia y amenorrea) se identifican de manera poco frecuente. Cuando se presenta dolor en hombro, síncope y shock, generalmente esta patología es resuelta de manera quirúrgica. <sup>1</sup> En el caso clínico podemos observar como la paciente ingresa con sospecha de un problema gastrointestinal debido a los síntomas y signos inespecíficos que presentaba, no presentando la triada clásica, sin embargo, con el transcurso de las horas presentó signos de shock por lo cual es intervenida quirúrgicamente de manera inmediata.

La ecografía transvaginal no es específica para el diagnóstico de embarazo ectópico ovárico porque puede ser confundido con un cuerpo lúteo, lo que dificulta el diagnóstico, sin embargo, la ecografía transvaginal es superior a la ecografía abdominal, con sensibilidad de 88 % - 90 % a comparación de 77 % - 88 % respectivamente. <sup>1</sup> No hay una apariencia específica en cavidad endometrial que apoye el diagnóstico, el 20 % de los casos presenta acumulación de líquido en cavidad a la cual se le denomina pseudosaco, también es común ver líquido libre en saco de Douglas en 28 - 56 % de los casos, lo que se correlaciona al encontrarse hemoperitoneo en cavidad. <sup>1,3</sup> Los hallazgos ecográficos pueden ser: 1) localización extrauterina de saco gestacional, específico en 100 % pero poco frecuente, 2) localización de masa anexial extraovarica sólida o quística con paredes gruesas hiperecogénicas o abundante vascularización, es el segundo signo más y puede tener en su interior solo saco gestacional o embrión, si hay ausencia de saco o embrión es necesario corroborar que nos encontramos frente a un

embarazo ectópico ovárico o un cuerpo lúteo. Si en una paciente observamos líquido libre ecogénico, hemoperitoneo y HCG-b positiva tiene valor predictivo positivo de 86 % - 93 %. En el 15 % de los embarazos ectópicos, el hallazgo de líquido libre puede ser la única presentación ecográfica. No existen criterios específicos acordados para el diagnóstico por ultrasonido del embarazo ectópico ovárico. <sup>4</sup> En el caso clínico se describe en la ultrasonografía transvaginal donde se evidencia saco gestacional en saco de Douglas, sin embargo, no fue confirmado el diagnóstico hasta la recepción de patología debido a los hallazgos poco específicos en la laparotomía.

El manejo del embarazo ectópico puede ser expectante, farmacológico o quirúrgico. El manejo expectante y farmacológico es una opción para mujeres clínicamente estable y sin dolor, el manejo quirúrgico está indicado en mujeres con inestabilidad hemodinámica. La mayoría de los embarazos ectópicos se manejan de manera quirúrgica y se prefiere la laparoscopia a la laparotomía debido a sus múltiples ventajas como menor tiempo operatorio, menor pérdida de sangre intraoperatoria, menor estadía en el hospital, menor analgesia y menor formación de adherencias. Sin embargo, no hay evidencia que sugiera diferencia en beneficios para la salud. <sup>4</sup>

La cirugía de acceso mínimo es el tratamiento de elección y se prefiere la enucleación o resección en cuña de los productos de la concepción sin rodeos desde el ovario y mediante electro cauterización lograr la hemostasia, la ooforectomía se requiere ocasionalmente cuando existe una patología ovárica ipsilateral o sangrado excesivo. <sup>4</sup> La laparotomía es utilizada en pacientes con gran hemorragia intraperitoneal, compromiso intravascular o mala visualización de la pelvis. <sup>5</sup> En el caso reportado se recurrió a laparotomía de emergencia debido a que se desconocía las condiciones de la cavidad peritoneal.

El embarazo ectópico ovárico ha tenido una incidencia que ha ido aumentando en los últimos 10 años, sin embargo, sigue siendo una patología poco común que plantea un desafío clínico, ya que como se ha revisado, sigue teniendo una presentación poco específica, por lo cual, es necesario pensar en esta patología al encontrarnos frente a una mujer en edad fértil o que se encuentre en tratamiento de reproducción asistida y de esta manera reducir su morbi – mortalidad. <sup>6-9</sup>

### Referencias Bibliográficas

1. Hu H, Sandoval J, Hernández AG, Vargas J. Embarazo ectópico: revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Rev Clínica Esc Med UCR – HSJD 2019; 9(1): 28 – 36.
2. Morrison DG. Point of care ultrasound utilization for the evaluation of ectopic pregnancy in the emergency department. J Emerg Nurs 2019; 45(6): 707 – 11.
3. Webster K, Eadon H, Fishburn S, Kumar G. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management: summary of updated NICE guidance. BMJ 2019; 367: l6283.
4. Elson CJ, Salim R, Potdar N, Chetty M, Ross JA, Kirk EJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. BJOG 2016; 123: e15 – e55.
5. Barash JH, Buchanan EN, Hillson C. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. Am Fam Physician 2014; 90(1): 34 – 40.
6. Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. Fertil Res and Pract 2015; 1: 15.
7. Álvarez – Goris MP, Mendoza – Moreno JM, Sánchez – Zamora R, Torres – Rivera RA, Galicia – Pedraza AK. Embarazo ectópico ovárico con presentación clínica poco común. Reporte de caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2015; 83: 545 – 50.
8. López – Luque PR, Bergal – Mateo GJ, López – Olivares MC. El embarazo ectópico: su interés actual en atención primaria de salud. Semergen 2014; 40(4): 211 – 7.
9. Rivera A, Mora A, García A, De Araujo D, Cueto L. Dolor pélvico de origen ginecológico como patología urgente. Radiología 2017; 59(2): 115 – 27.

### Conflicto de Interés

Las autoras niegan conflictos de interés.

### Autoría

- ✓ Concepción, diseño del trabajo y redacción del manuscrito: Eliana Rocío Atalaya –Taboada.
- ✓ Revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final: Evelyn del Socorro Goicochea – Ríos.