



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Gestación ectópica ovárica con diagnóstico en segundo trimestre de embarazo en paciente portadora de DIU



I. Ruiz Fernández*, L. Gil Maldonado, Y. Fernández Perea y M. Marín Cid

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Maternofetal, Genética, Reproducción, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Recibido el 13 de febrero de 2021; aceptado el 13 de mayo de 2021

Disponible en Internet el 27 de agosto de 2021

PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico ovárico;
Embarazo ectópico;
Dispositivo intrauterino

Resumen La localización ovárica primaria es una forma poco frecuente de la gestación ectópica. Según la literatura, la presencia de un dispositivo intrauterino es su principal factor de riesgo. Su diagnóstico preoperatorio es difícil y suele confirmarse durante la cirugía o mediante el estudio histológico posterior. La mayoría de los embarazos ováricos terminan en el primer trimestre de la gestación, siendo excepcional que alcancen el segundo trimestre sin que se produzca su rotura, como ocurre en el caso clínico que describimos a continuación. Ante su diagnóstico de sospecha se recomienda tratamiento quirúrgico urgente para evitar la rotura del mismo.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Ovarian ectopic pregnancy;
Ectopic pregnancy;
Intrauterine device

Ectopic ovarian pregnancy diagnosed in the second trimester of pregnancy in a patient with an IUD

Abstract Primary ovarian location is a rare form of ectopic pregnancy. According to the existing literature, the presence of an intrauterine device is its main risk factor. Its preoperative diagnosis is difficult and is usually confirmed during surgery or through subsequent histological study. Most ovarian pregnancies end in the first trimester of gestation. Those reaching the second trimester without rupture -as in the clinical case that we describe below- remain an exception. In the case of a suspected diagnosis, urgent surgical treatment is recommended to prevent rupture of the ovarian ectopic pregnancy.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: inesruizfernandez@gmail.com (I. Ruiz Fernández).

Introducción

El embarazo ectópico (EE) se define como la implantación del embrión fuera de la cavidad endometrial, y es la causa más frecuente de muerte materna durante el primer trimestre de gestación. El 95% de los EE se localizan en la trompa, más frecuentemente en su porción ampular^{1,2}. El 5% restante, denominados EE no tubáricos, se suelen presentar con síntomas atípicos y son diagnosticados de manera tardía, por lo que su morbimortalidad es mayor. Las posibles localizaciones incluyen la porción intersticial de la trompa, el ovario, el cuerno uterino, la cicatriz de cesárea, el cérvix y la cavidad abdominal^{1,3}.

El embarazo ectópico ovárico (EO) abarca del 0,3 al 3% de los EE. Su incidencia varía de 1:2100 a 1:7000 embarazos, y se encuentra en aumento, posiblemente debido a

las mejoras en el diagnóstico precoz y al aumento de las técnicas de reproducción asistida⁴⁻⁶.

A continuación, presentamos un caso de EO diagnosticado mediante ecografía en una gestante de 13+6 semanas de amenorrea portadora de DIU.

Caso clínico

Paciente de 37 años que acudió al servicio de Urgencias por dolor abdominal leve y sangrado vaginal escaso de 48 h de evolución. Presentaba una amenorrea de 13+6 semanas, con un test de gestación positivo hacia 72 h, sin haberse realizado ningún control del embarazo. Portadora de un dispositivo intrauterino (DIU) desde hacía 6 años. Se trataba de su sexta gestación, habiendo tenido tres partos vaginales a término y dos abortos espontáneos. Sin antecedentes

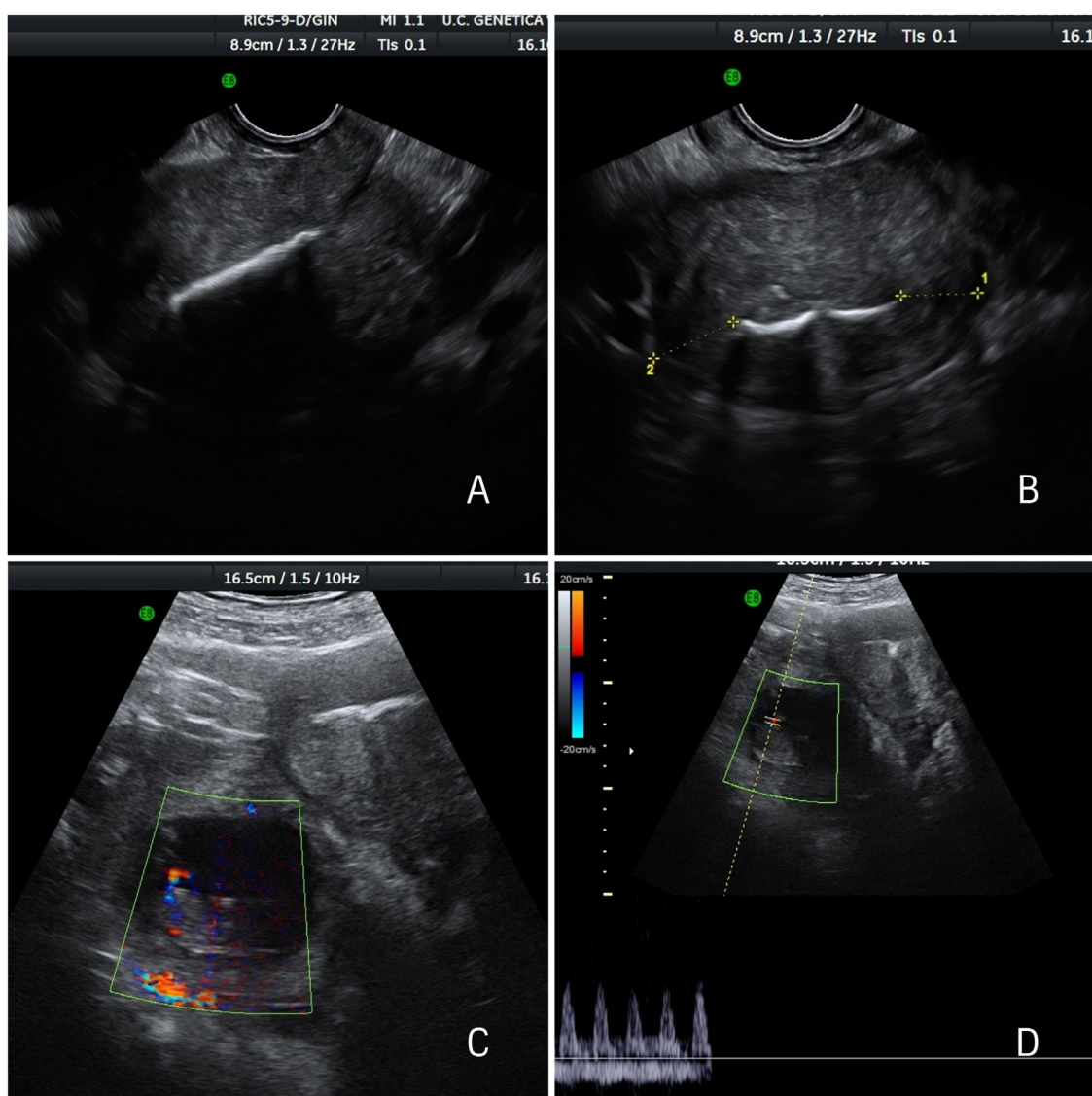


Figura 1 Imágenes de ecografía transvaginal y transabdominal en las que se observa un corte longitudinal A) y transversal B) del útero con DIU normoinserto y ausencia de gestación intrauterina, y una masa ovárica derecha C) compatible con embarazo ectópico ovárico con gestación evolutiva D). El examen en tiempo real mostró que el saco gestacional y el ovario no se podían separar al mover la sonda transvaginal, lo que era diagnóstico de embarazo ectópico intraovárico.

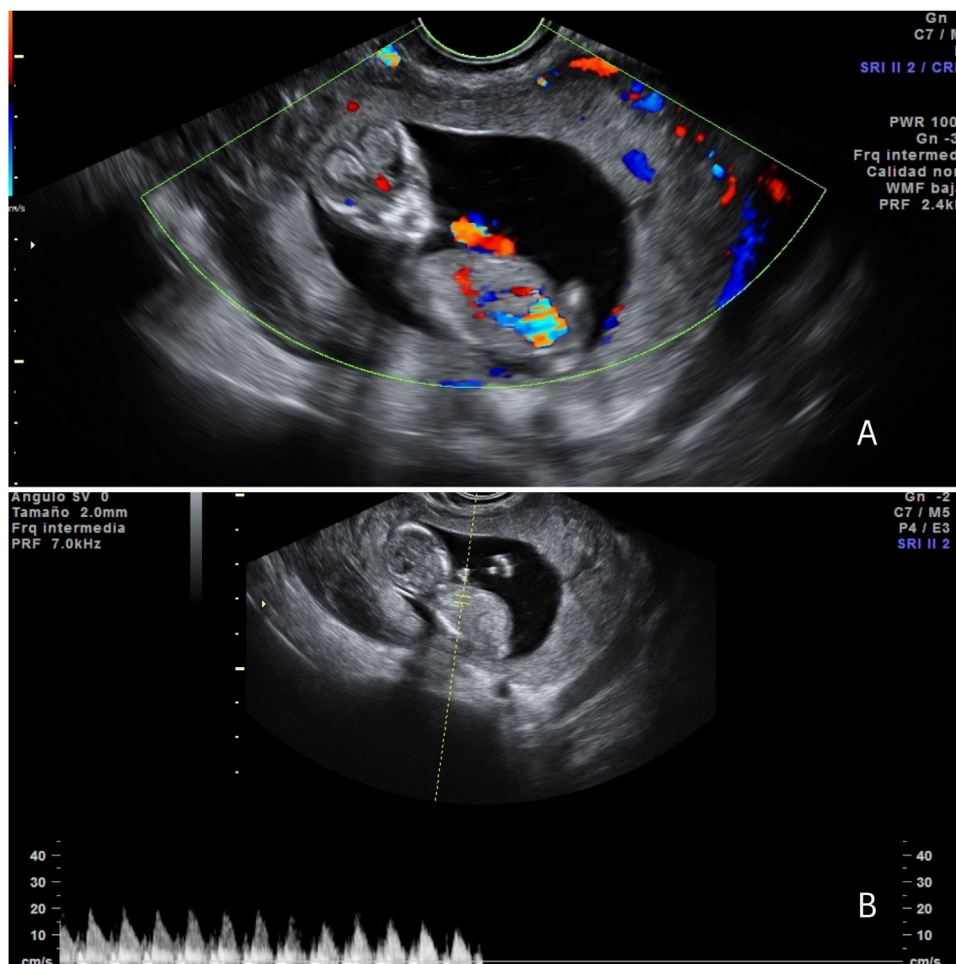


Figura 2 Imágenes de la ecografía transvaginal en las que se observa el ovario derecho, con un anillo externo hiperecogénico y captación Doppler periférica y un saco gestacional intraovárico A) con feto en su interior con actividad cardíaca presente B).

médicos ni quirúrgicos de interés. A la exploración presentaba un abdomen doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha, sin signos de irritación peritoneal, y sin dolor a la movilización cervical. No se observaba sangrado vaginal, únicamente restos hemáticos en vagina.

La ecografía transvaginal y abdominal mostró un útero regular con endometrio homogéneo, DIU normoinserito y ausencia de gestación intrauterina. En el área anexial derecha se observó un saco gestacional de 8 cm que parecía localizarse en ovario derecho, con embrión con CRL acorde a 12+4 semanas con actividad cardíaca presente (figs. 1 y 2). No se conseguía visualizar el anejo izquierdo debido al tamaño de la gestación. Había líquido libre en Douglas en cantidad escasa. La analítica resultó sin hallazgos.

Dada la sospecha diagnóstica se decidió realizar una laparotomía exploradora, en la que se observó una masa intraovárica derecha de 8 cm, sin signos de rotura, adherida a cara lateral uterina, siendo la trompa ipsilateral normal. El útero y el anejo izquierdo eran normales. Se realizó adhesiolisis de la masa ovárica, con rotura accidental de la misma y salida de feto (fig. 3). Dado el tamaño de la gestación, que abarcaba el ovario derecho en su totalidad, y la rotura de la masa, se desestimó la cirugía conservadora, optándose por salpingooforectomía derecha. El postoperatorio cursó

favorablemente, con alta a las 72 h. El estudio anatómico confirmó el diagnóstico de EO.

Discusión

Existen diversas hipótesis sobre la etiopatogenia del EO. Se cree que el mecanismo involucrado podría ser la fecundación dentro de la cavidad peritoneal, seguida de la implantación en la superficie ovárica, o bien la anovulación y la fecundación en el interior del ovario^{1,6}. Entre los factores de riesgo asociados destacan la presencia de DIU, las técnicas de reproducción asistida, la endometriosis, la cirugía anexial previa, y la multiparidad^{4,7,8}. Varios estudios concluyen que el DIU es el principal factor de riesgo, y se asocia de forma significativa al EO en comparación con otros tipos de EE. Esto se debería a que el DIU previene la implantación uterina y tubárica en un 99,5% y 95,5% respectivamente, pero no tiene efecto protector sobre la implantación ovárica^{3,8,9}.

Aproximadamente el 75% de los EO terminan durante el primer trimestre, produciéndose una rotura espontánea, aunque se han descrito casos excepcionales que alcanzan el segundo trimestre, como el presentado. El ovario es más

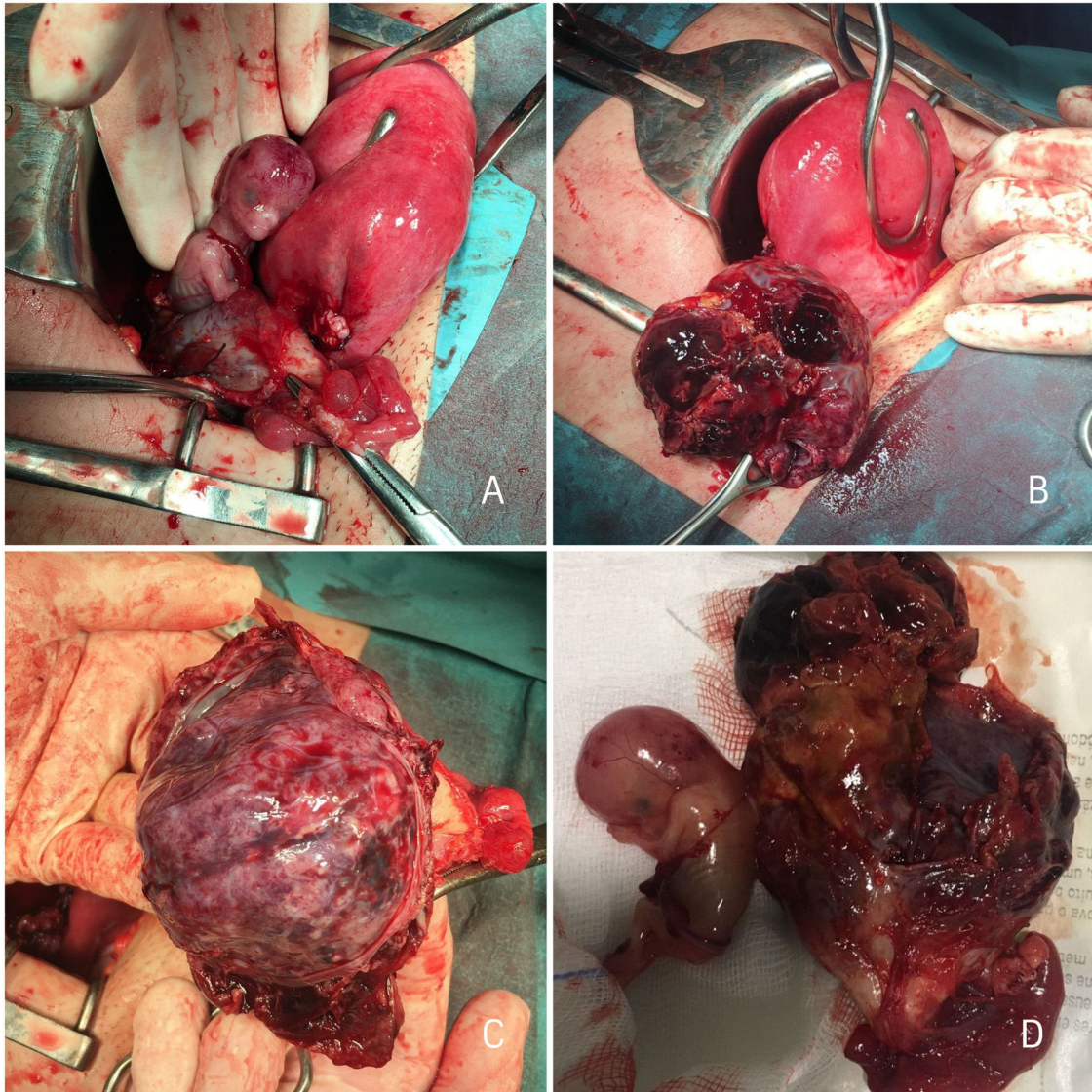


Figura 3 Imágenes de la cirugía en las que se observa salida incidental del feto del interior del ovario derecho al realizar adhesiolisis de la masa ovárica A), que se encuentra unida al útero por el ligamento útero-ovárico A, B). En C) y D) se muestra la imagen macroscópica de feto y placenta, esta última implantada en la cara interna del ovario derecho.

frágil que la trompa, ya que su superficie está cubierta por una túnica albugínea y carece de fibras musculares, por lo que es más probable su rotura cuando el óvulo fecundado se desarrolla en su interior^{6,8}. Un EO roto se presentará hasta en un tercio de los casos con un shock hipovolémico secundario a un hemoperitoneo, lo que puede poner en riesgo la vida de las pacientes. Además, la pérdida sanguínea y la necesidad de transfusión es significativamente mayor que en los ectópicos tubáricos (ET)^{3,7,9}.

El diagnóstico del EO se basa en la sintomatología, la ecografía transvaginal y la determinación de β -hCG. Los síntomas clásicos observados en las pacientes estables consisten en amenorrea con test de gestación positivo o niveles elevados de β -hCG, dolor abdominal y sangrado vaginal. Aunque no es lo habitual, algunas pacientes pueden permanecer oligosintomáticas hasta el diagnóstico, como ocurrió en el caso presentado^{1,5-7}.

La ausencia de síntomas específicos y su similitud clínica y ecográfica con los ET, hace que el diagnóstico prequirúrgico del EO y, en ocasiones, intraoperatorio, sea

infrecuente⁷⁻⁹. A menudo es necesaria una cirugía urgente por sospecha de rotura de un ET o de un cuerpo lúteo, esclareciéndose el diagnóstico mediante el estudio histológico posterior. La ecografía transvaginal es la principal herramienta para el diagnóstico precoz. Los signos ecográficos de sospecha incluyen cavidad uterina vacía o DIU normoinserito, masa anexial compleja o saco gestacional intraovárico, y líquido libre en Douglas^{5,7}. La característica ultrasonográfica clave es la incapacidad de desplazar la masa sospechosa del ovario al mover la sonda transvaginal^{10,11}.

El pilar del tratamiento es la cirugía, siendo preciso llevarla a cabo de forma precoz cuando se sospeche un EO para prevenir su rotura⁸. La laparoscopia es la vía de elección

en pacientes estables, mientras que en caso de hemorragia abdominal intensa e inestabilidad hemodinámica, o cuando el tiempo de gestación sea avanzado con un tamaño fetal considerable, se podría considerar la laparotomía^{6,7}. En cuanto a la técnica, se optará por procedimientos conservadores siempre que sea posible, con el objetivo de preservar la fertilidad, como la resección ovárica en cuña, la ooforectomía parcial o la disección y exéresis del tejido trofoblástico. La ooforectomía se reservará para los casos más graves con gestaciones avanzadas y masas ováricas de gran tamaño, como ocurrió en el caso presentado^{3,5}.

Si bien se han reportado casos exitosos tras tratamiento médico con metotrexato, su eficacia es indeterminada y no suele usarse en la práctica habitual dado el modo típico de presentación de los EO y el alto riesgo de hemorragia ovárica secundaria. Se podría considerar en casos de elevación persistente de β -hCG o trofoblasto residual tras tratamiento quirúrgico^{1,3,5}.

Según la literatura el riesgo de recurrencia de EO no es significativo, y tras un tratamiento quirúrgico conservador la fertilidad futura no se vería afectada¹².

En nuestro caso, se observó una gestación ectópica ovárica no rota, con saco gestacional con feto vivo, siendo una forma de presentación muy poco frecuente, ya que lo más habitual es que se produzca una rotura espontánea o bien observar una masa ovárica compleja en la ecografía. Se desestimó el tratamiento médico debido a la edad gestacional, el tamaño de la gestación y la presencia de actividad cardíaca fetal. Dada la dimensión de la gestación se optó por la vía laparotómica, y la imposibilidad para conservar tejido ovárico sano llevó a que se realizara una salpingooforectomía unilateral.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que han obtenido el consentimiento informado del paciente para la publicación de este artículo.

Financiación

Los autores declaran no tener financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Parker VL, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;294:19–27, <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-016-4069-y>.
2. Long Y, Zhu H, Hu Y, Shen L, Fu J, Huang W. Interventions for non-tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 7. Art. No.: CD011174. DOI: 10.1002/14651858.CD011174.pub2.
3. Alalade AO, Smith FJ, Kendall CE, Odejinmi F. Evidence-based management of non-tubal ectopic pregnancies. *J Obstet Gynaecol.* 2017;37:982–91, <http://dx.doi.org/10.1080/01443615.2017.1323852>.
4. Wang Y, Chen H, Zhao M, Fadare O, Wenxin Zheng W. Primary Ovarian Pregnancy: A Case Series and Analysis. *Int J Gynecol Pathol.* 2018;38:85–91, <http://dx.doi.org/10.1097/PGP.0000000000000482>.
5. Sánchez Gómez P, Sancho Saucó B, Pedro-Viejo García G. Embarazo ectópico ovárico. *Prog Obstet Ginecol.* 2017;60:359–62.
6. Gea L, Suna W, Wanga L, Chengb L, Gengb C, Songa Q, et al. Ultrasound classification and clinical analysis of ovarian pregnancy: A study of 12 cases. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019;48:731–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.04.003>.
7. Melcer Y, Maymon R, Vaknin Z, Pansky M, Mendlovic S, Barel O, et al. Primary ovarian ectopic pregnancy: still a medical challenge. *J Reprod Med.* 2016;61(1–2):58–62.
8. Le AW, Wang ZH, Shan L, Dai XY, Xiao TH, Li XR. Clinical analysis of 95 cases with ovarian pregnancy. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2016;43:871–4, <http://dx.doi.org/10.12891/ceog3110.2016>.
9. Shan N, Dong D, Deng W, Fu Y. Unusual ectopic pregnancies: A retrospective analysis of 65 cases. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2014;40:147–54, <http://dx.doi.org/10.1111/jog.121>.
10. Ferrando Serrano M, Romeu Villarroya M, Valero Domínguez FJ, Jordá Cuevas M, Perales Marín A. Embarazo ectópico ovárico: a propósito de un caso. *Clin Invest Gin Obst.* 2008;35:187–9.
11. Kirk E, Ankum P, Jakab A, Le Clef N, Ludwin A, Small R, et al., ESHRE working group on Ectopic Pregnancy. Terminology for describing normally sited and ectopic pregnancies on ultrasound: ESHRE recommendations for good practice. *Hum Reprod Open.* 2020;2020, <http://dx.doi.org/10.1093/hropen/hoaa055>, hoaa055.
12. Wong CH, Wang YL, Huang JP. Postoperative reproductive outcomes in women with ovarian pregnancy: A retrospective analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2021;60:295–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2021.01.007>.