



EMBARAZO ECTOPICO EN OVARIO (INFORME DE UN CASO)

PRIMARY OVARIAN PREGNANCY (CASE REPORT)

María Elisa Dionisio de Cabalier*, Daniel Jesús Piccinni**, Oscar Heredia***

RESUMEN

Se presenta un caso de una paciente que consulta por dolor abdominal agudo que es intervenida quirúrgicamente con extirpación de una masa que compromete el anexo derecho. El estudio anatomopatológico confirma embarazo ovárico.

Palabras claves: embarazo ectópico ovárico. Embarazo extrauterino. Abdómen agudo quirúrgico.

ABSTRACT

A case of a patients is presented that consults for sharp abdominal pain that is intervened surgically with extirpation of a mass that commits the right annex.

Histological preparations showed confirms ovarian pregnancy.

Key words: Ovarian ectopic pregnancy. Extrauterine pregnancy. Acute abdomen surgical.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es una patología que ha aumentado su incidencia en los últimos años (7). Es la denominación que se aplica a la implantación del feto en un sitio diferente al de su localización normal en el útero. El lugar más

frecuente de implantación en los embarazos ectópicos es en el interior de las trompas uterinas, que ocupa alrededor del 90%. Los otros sitios probables son: ovario, cavidad abdominal (1), porción intrauterina de la trompa de Falopio. Se supone que el embarazo ovárico se debe a la rara circunstancia de que el óvulo sea fecundado y atrapado dentro del folículo en el momento de la rotura de éste. Esta forma poco frecuente de embarazo ectópico (2) se presenta en el 0,3 al 3% de los casos. Este proceso se produce hasta en un 50% en pacientes con antecedentes como adherencias producidas por intervenciones previas, endometriosis(6), apendicitis, leiomiomas y los dispositivos intrauterinos que también aumentan el riesgo relativo. Se han postulado diferentes teorías para explicar el embarazo ovárico, como cambios en la superficie del ovario por la decidualización (5). En EEUU se presenta con mayor frecuencia en pacientes de raza negra que en caucásicas (3,4).

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 38 años de edad sin antecedentes ginecoobstétricos de interés. Consulta en abril del 2006 por dolor abdominal brusco y con antecedente de amenorrea de 8 semanas. Al examen clínico se destaca mayor intensidad del dolor hacia fosa iliaca derecha papándose masa irregular. Se solicita ecografía que informa masa que compromete anexo derecho por lo que se interviene quirúrgicamente

Fecha de envío: 1 septiembre de 2007 • Fecha de aceptación: 15 de septiembre de 2007

Dirección Postal: Laboratorio Privado de Patología: Montevideo 1778. Córdoba. Argentina

*,** Profesores de Patología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba – Argentina.

***Ginecólogo Clínica Privada (Villa Dolores).

extirpando trompa y ovario. El estudio anatomopatológico evidenció material nodular que mide 4 x 3,5 x 2 cm. de cuyos polos emerge un segmento de trompa uterina que mide 2 x 1 cm de longitud. Al corte tiene características sólidas, muy congestivo, con sectores cavitados-hemorrágicos de hasta 4 mm. de diámetro y periféricamente se detecta continuidad con segmento tubario antes señalado, además de pequeños nódulos blanquecinos de hasta 3 mm. de diámetro y una cavidad de hasta 7 mm. de

diámetro llena de sangre y con el embrión. (Foto N° 1).

Al estudio microscópico el material corresponde a ovario con cambios vinculables con un embarazo intraovárico, representado por numerosas vellosidades coriales entremezcladas con sangre y con necrosis coagulativa. Alrededor de dichos cambios se detectan remanentes de ovario con un cuerpo amarillo hemorrágico y algunos cuerpos albicans. La trompa uterina no evidencia lesiones. (Foto N° 2)

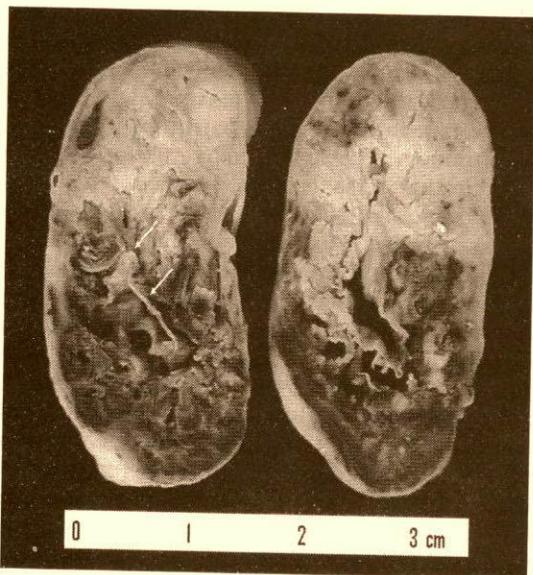


Foto N° 1. Ovario al corte muestra señalado con flecha embrión y cordón umbilical.

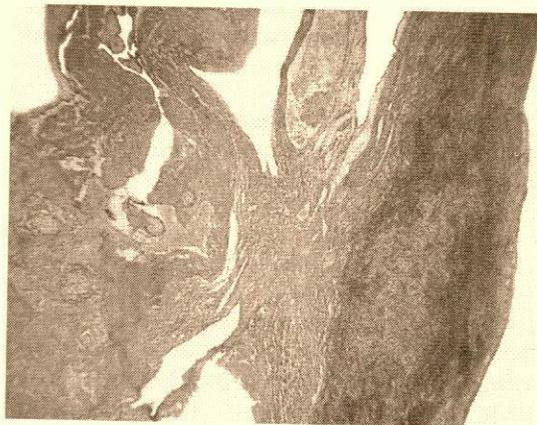


Foto N° 2 (40 x hematoxilina eosina) corte histológico donde se observan las vellosidades coriales, hemorragia y fibrina.

COMENTARIOS

La presentación de este caso de embarazo ovárico desde el punto de vista clínico cumple con los requisitos definidos por Spiegelberg en 1878 (9) donde en el 92% de los casos debutan con dolor y masa anexial palpable en el 63% de los casos (10). Los diagnósticos diferenciales clínicos que suelen plantearse son entre un quiste ovárico roto, un tumor de ovario complicado, un embarazo tubario (10-11). El criterio de certeza considerado por Spielberg (9) confirma desde el punto de vista anatomopatológico, ya que en los cortes histológicos se observaron vellosidades coriales en el ovario y la presencia del saco gestacional con el embrión intraovárico.

En 1641 surge a partir de Marceus la probabilidad del embarazo intraovario y es en 1682 que en Francia se comunica el primer caso (12). En la ciudad de Córdoba (Argentina) en una experiencia de más de 20 años en dos Laboratorios de Patología, que recibe estudios ginecoobstétricos tanto de la ciudad como del interior de la provincia, es el primer caso de embarazo extrauterino de localización intraovárica. Por ello su comunicación aumentaría al escaso porcentaje de casos publicados por varios autores (2, 3,4).

La causa del embarazo de ubicación extrauterina ha dado lugar a varias hipótesis como la interferencia en la liberación del óvulo desde el folículo ovárico roto, problemas en el

mecanismo de transporte del ovocito fertilizado a través de la trompa de Falopio, como en caso de fimbrias inmóviles o disfuncionalidad de la mucosa de la trompa, alteración en la función de las trompas, antecedentes de enfermedad inflamatoria pelviana crónica, patologías del sistema reproductor, etc. Estas teorías tratan de justificar el anidamiento del embarazo ovárico. En cuanto al tratamiento debe ser quirúrgico y para confirmar el diagnóstico se debe realizar el estudio histopatológico que confirmará el embarazo ante la presencia de las vellosidades coriales, en estos casos desarrolladas en el parénquima ovárico.-

BIBLIOGRAFÍA

1. Cotran Ramzi, Kumar Vinay, Collins Tucker, Patología Estructural y Funcional (sexta edición) 1999. 1124-1125.
2. Ricci Paolo, Perucca Ernesto, González Danisa y col. Embarazo ectópico ovárico, a propósito de un caso. Revista Chil Obstet Ginecol 2003; 68 (5)
3. Montoya M., López G., Vega F., Rascon A., Embarazo ectópico: informe de un caso. Ginecol obstet mex. 1999; 67:527-530.
4. González Manzanilla Ligia, Cabrera Losada Carlos y col. Embarazo ectópico ovárico con dispositivo intrauterino in situ. Caso clínico. Rev.Obstet Ginecol Venez. 2005; 65 n° 4.
5. Borow R., Mc Elin T., West R: ovarian pregnancy: Report of four cases and a thirteen year surgery of the English literatura. Am J.Obstet Gynecol 1965; 91: 1095-8.
6. Mopdawi O.: Primary twin pregnancy with ovarian endometriosis. J.obstet gynecol Br.EMP.1962;69:655-8.
7. Sotomayor Castro Emilio E., Garrido Echazabal José M., Gutierrez Alfonso. Embarazo ectópico ovárico: Presentación de 2 casos. Revista de Ciencias Médicas. La Habana 1999; 5(1).
8. Durfee RD. Complicaciones del embarazo diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos 4° Ed. México El Manual Moderno; 1986, 707-16.
9. Spiegelberg O: Casuistik der ovarialcshwangerschaft. Arch Gynaekol 1987; 13: 73-77.
10. Grimes H, Nosal R, Gallagher J: Ovarian pregnancy: A series of 24 cases. Obstet Gynecol 1983; 61: 174-180.
11. Einkenkel J Bailer D, Hoern L-C, Alexander H: Laparoscopic therapy o fan intact primary ovarian pregnancy with ovarian hyperstimulation síndrome. Hum Reprod 2000; 9: 2037-40.
12. Esparza J, Méndez G, Kuttothara A, Kogan S. Diagnóstico y tratamiento laparoscópico del embarazo ovárico. Caso clínico. Ginecol Obstet Méx. 1998; 66(12): 486-489.