

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentación de una paciente con embarazo ectópico ovárico

Presentation of a Patient with Ovarian Ectopic Pregnancy

Lisette Sánchez Pérez¹, Julio Cesar Matos Domínguez², Nilda Yamina Córdova Velázquez³, Arnel Leyva Despeaza⁴, Yilena Maite Liy Rodríguez⁵

1. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín. Cuba.
2. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Obstetricia y Ginecología. Asistente. Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas. Santiago de Cuba. Cuba.
3. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Asistente. Policlínica San Andrés. Holguín. Cuba.
4. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
5. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas Holguín. Cuba.

RESUMEN

El embarazo ectópico es en la actualidad un problema de salud a nivel mundial, atribuido el aumento de su incidencia, a las inflamaciones pélvicas provocadas por enfermedades de transmisión sexual, el aborto, uso de dispositivos intrauterinos, la aplicación de técnicas de reproducción asistida, uso de inductores de la ovulación, entre otros. Se presentó un caso de embarazo ectópico ovárico en una mujer de la raza negra de 38 años de edad, que acudió con cuadro clínico de vómitos, escalofríos y dolor abdominal al Cuerpo de Guardia del Margret Marquart Catholic Hospital en Kpando, región Volta, Ghana. Al examen físico se palpó una tumoración que ocupaba gran parte del hipogastrio, fondo de saco de Douglas abombado y doloroso. Con antecedentes patológicos personales de anemia crónica y portadora de virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Se ingresó, se realizó laparotomía y se egresó luego de evolución satisfactoria.

Palabras clave: embarazo ectópico, embarazo ovárico, laparotomía.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is nowadays a worldwide health problem due to the incidence of pelvic inflammatory diseases caused by abortion, sexually transmitted diseases, the use of intrauterine devices and assisted reproductive techniques among others. A 38- year- old black woman came to the emergency room at the Margret Marquart Catholic Hospital of Kpando, Volta Region in Ghana with a history of vomiting, chills and abdominal pain. On physical examination, a tumor mass was found, that occupied a large part of the epigastrium, Douglas sack fundus, which was convex and painful. She has a personal pathological history of chronic anaemia and she was a carrier of HIV. She was admitted in the hospital and a laparotomy was performed. She was discharged after her satisfactory evolution.

Keywords: ectopic pregnancy, ovarian pregnancy, laparotomy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se define como la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la uterina y se presenta en alrededor de 1:7 000 - 40 000 embarazos ¹. Dentro de embarazo ectópico se encuentra el ovárico que es una presentación poco frecuente, solo el 0,3% a 3% de los casos y muy pocos alcanzan las 28 semanas ^{2, 3}.

Marcerus es el primero en sugerir la probabilidad de un embarazo ectópico ovárico en 1641 y es publicado el primero de estos casos en 1682 por Saint Maurice en Pergol, Francia ⁴. Desde entonces se postulan diferentes teorías para explicar el embarazo ovárico: presencia de adherencias que impiden el transporte del óvulo, cambios en la superficie del ovario por decidualización, e incluso hasta la presencia de un foco endometriósico que facilite la implantación ²⁻⁴.

Según la localización del embarazo ectópico las complicaciones son de menor o mayor severidad, ejemplo: en los embarazos fímbricos, ováricos y abdominales primitivos, el crecimiento tiene lugar comúnmente de forma libre en la cavidad peritoneal, por lo que no entra el embarazo en conflicto

con su cápsula y no se produce crisis, pero otras localizaciones como en las trompas de Falopio en ocasiones provoca un sangramiento de tal magnitud que puede llevar a la paciente a la muerte ^{2,5}.

Los factores de riesgo para desarrollar un embarazo ectópico entre otros son: el antecedente de embarazo ectópico previo, daño tubárico por infección o cirugía, tabaquismo, uso de dispositivos intrauterino (DIU), como la T de Cobre 320 A, el asa Lippes y la Multiload, las técnicas de reproducción asistidas y la edad ⁶.

Los síntomas del embarazo ectópico son frecuentes en la clínica ginecológica: sangramiento precedido de un trastorno menstrual y dolor pelviano y abdominal en forma de cólicos que constituyen el mayor motivo de consulta, la hemorragia uterina que puede ser confundida con un periodo menstrual; por lo que debe detallarse momento de inicio, duración y cantidad, a ellos se unen las masas anexiales palpables y los síntomas subjetivos de embarazo^{6, 7}. Se clasifica según su localización en: embarazo tubarío, embarazo intersticial, embarazo abdominal, embarazo cervical y embarazo heterotópico ⁸.

El embarazo ovárico está confinado al ovario y representa del 0,5% al 1% de todos los ectópicos. Su incidencia varía de 1 × 40 000 nacidos. Spiegelberg relaciona los criterios diagnósticos siguientes ⁹:

- Debe estar intacta la trompa de Falopio en el lado afectado.
- El saco fetal debe ocupar la posición del ovario.
- El ovario debe estar conectado con el útero mediante el ligamento ovárico.
- Debe haber tejido ovárico en la pared del saco.

PRESENTACIÓN DE CASO

La paciente de 38 años de edad de raza negra, registrada en el Margret Marquart Catholic Hospital, del distrito Kpando, región Volta, Ghana; acudió al Cuerpo de Guardia del señalado hospital el 2 de abril de 2012 con vómitos, escalofríos, dolor abdominal, al examen físico se palpó una tumoración que ocupaba gran parte del hipogastrio. Se ingresó en la Sala de Ginecología. Se recogieron como datos patológicos personales: anemia crónica y portadora de VIH.

Historia obstétrica: tres embarazos y tres partos, sin aborto. No usaba métodos anticonceptivos y desconocía el tiempo de amenorrea.

Datos positivos al examen físico

Mucosas: pálidas

Signos vitales: pulso: 90 latidos/mto; tensión arterial: 110/60 mmHg.

Se corroboró tumor abdominal a la palpación del abdomen.

Tacto vaginal se confirmó tumor en hipogastrio, fondo de saco abombado y doloroso.

Resultados de laboratorio:

Hb: 73 g/L

Test de embarazo: positivo

Test para VIH: positivo

Ecografía: muestra útero aumentado de tamaño, del lado derecho imagen sugestiva de embarazo abdominal, con feto vivo, observándose los latidos cardiacos fetales (fig. 1).



Fig. 1. Ecografía pélvica con embarazo ectópico ovárico derecho

Con la valoración de los datos recogidos se decidió laparotomía exploratoria y se describió a continuación los hallazgos encontrados: trompas derecha e izquierda normales, ovario izquierdo normal, ovario derecho aumentado de tamaño de unos 15 cm con zonas de hemorragias y al corte del mismo feto de aproximadamente ocho semanas (fig. 2).

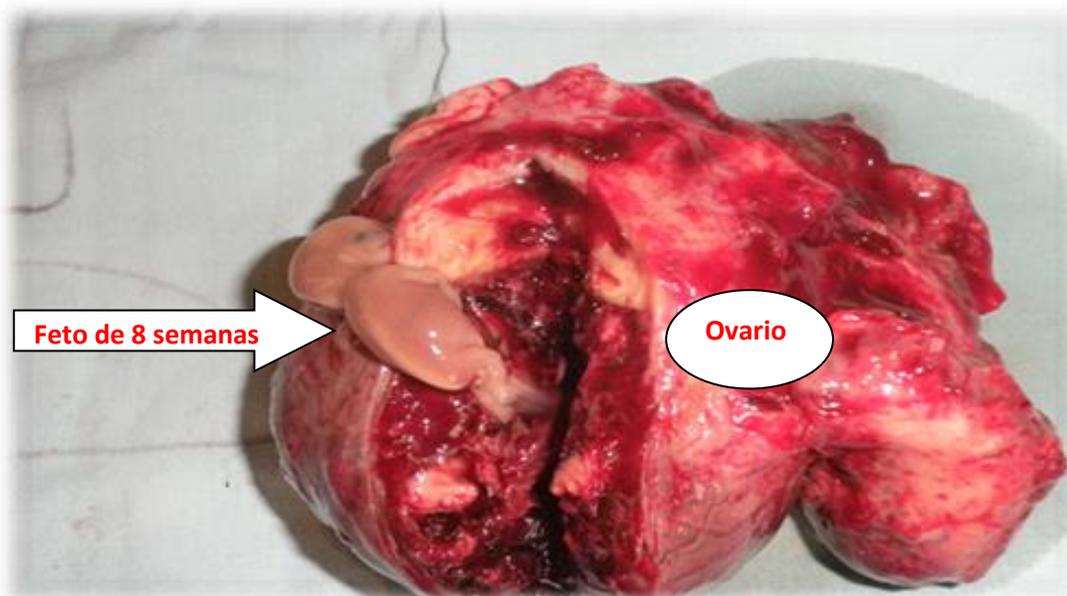


Fig. 2. Ovario derecho con feto de ocho semanas que se alojaba en su interior

Paciente con paridad satisfactoria, se le realizó anexectomía derecha y esterilización, con evolución normal, egresó a los cuatro días con hematocrito de control en 38%. El estudio de Anatomía Patológica no se realizó al carecer el hospital de tal servicio y por la paciente ser de muy bajos recursos para pagar dicho estudio en otro centro hospitalario.

DISCUSIÓN

En este caso no se cumplió con los cuatro requisitos definidos por Spiegelberg en 1978 ya que en el hospital no existía el Servicio de Anatomía Patológica para realizar estudios histológicos, pero se comprobó macroscópicamente la presencia de feto en la pieza quirúrgica (fig.2).

El cuadro clínico en el embarazo ectópico ovárico está caracterizado por el dolor, principal protagonista, retraso menstrual, síntomas subjetivos de embarazo, puede aparecer sangramiento vaginal marcado o manchas oscuras. Al examen físico se encuentra reacción peritoneal, tacto vaginal donde se describe la presencia de masa tumoral en hipogastrio y dolor a la movilización de los genitales. El hemoperitoneo puede aparecer o no ^{6, 7,10}.

En la actualidad se considera como causas frecuentes de embarazo ectópico la enfermedad inflamatoria pélvica, la aplicación de técnicas de reproducción asistida, uso de inductores de la ovulación y de DIU, incremento del hábito de fumar, entre otras ^{9- 14}.

La laparotomía desempeña un papel preponderante en el diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico de cualquier localización, en la actualidad con los avances de la tecnología y de la endoscopía en la cirugía de mínimo acceso, se puede conservar las estructuras anatómicas y la fertilidad de las pacientes ¹². El uso de tratamientos médicos con el metrotexate, cloruro de potasio y mifepristona entre otros están indicados cuando este no esté complicado ⁴.

En cuanto a los complementarios se puede utilizar la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (HCG), tanto cualitativa como cuantitativa, el ultrasonido y la laparoscopia diagnóstica ⁸. El tratamiento de elección es el quirúrgico, ooforectomía o resección en cuña del ovario afectado ².

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enríquez Domínguez B, Fuentes González L, Gutiérrez González N, León Barzaga M. Clínica y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003 [citado 11 jun 2016]; 29(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2003000300001&lng=es
2. Amador de Varona CI, Ventura Balmaceda Z, León De la Torre O, Arencibia Rifa K. Embarazo ectópico ovárico. Reporte de un caso. AMC. 2008 [citado 23 ago 2016]; 12(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000600012
3. Guerra Verdecia C, Hernández Fonseca N, Guerra Vázquez N, Millán Vega MM, Proenza Masías J. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1999 [citado 21 ago 2016]; 25(1): 66-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1999000100013&lng=es
4. Ricci P, Perucca E, González D, Castillo J, Álvarez D, Aceituno R. Embarazo ectópico ovárico, a propósito de un caso. Rev Chilena Obstet Ginecol. 2003 [citado 21 ago 2016]; 68(5): 392-395. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000500006&lng=es.
5. Marrero Rodríguez EA, Quinde Pickasaca T, Peraza Méndez C, Lugones Botell M. Embarazo ectópico intersticial: A propósito de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2007 [citado 4 sep 2016]; 33(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300005
6. Ricardo Ramírez JM, Cisneros Domínguez C, Rodríguez Rodríguez RD. Cirugía videoendoscópica y por laparotomía en el embarazo ectópico complicado. MEDISAN. 2009 [citado 2 sep 2016]; 13(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000600002&lng=es
7. Aguilar Charara MA, Vázquez Martínez YE, Areces Delgado G, de la Fuente Aguilar M, Tamayo Lien T. Diagnóstico y manejo conservador del embarazo ectópico cervical. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012 [citado 5 sep 2016]; 38(1): 80-85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100009&lng=es

8. Altunaga Palacio M, Rodríguez Morales Y, Lugones Botell M. Manejo del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011 [citado 2 sep 2016]; 37(4): 513-523. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400008
9. Álvarez PL, Águila S, Acosta RB. Sangramiento en Obstetricia. En: Rigol Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2007 [citado 2 sep 2016]; 348 p. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/cap14.htm
10. Casanova Carrillo C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecobstétrico. Rev Cub Enfermer. 2003 [citado 13 sep 2016]; 19(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000300003
11. Rodríguez Morales Y, Altunaga Palacio M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010 [citado 7 ene 2015]; 36(1): 36-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100006&lng=es
12. Martínez Cuevas M, Martínez Nuzarelló O, Wattiez CR, López Fernández R. Embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1998 [citado 14 ene 2002]; 24(1): 13-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1998000100002&lng=es
13. Matos Domínguez JC, Sánchez Pérez L, Córdova Velázquez Y. Presentación de una paciente con embarazo heterotópico. CCM. 2015 [citado 6 sep 2016]; 19(2): 344-350. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1560-43812015000200020&lng=es
14. Verdecia Silva EE, Lima López N, García Díaz MC, Matos García S. Embarazo heterotópico en una paciente infértil con síndrome de ovarios poliquísticos. CCM. 2015 [citado 4 nov 2016]; 19(1): 180-187. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100021&lng=es

Recibido: 4 de noviembre de 2016

Aprobado: 10 de noviembre de 2016

Dra. *Lisette Sánchez Pérez*. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín. Cuba.
Correo electrónico: lisisp@infomed.sld.cu

