

Gestación ovárica ectópica y subunidad β de gonadotropina coriónica negativa ¿es posible? Reporte de un caso infrecuente

 Johnny Alexander Padrón Sanabria,¹  Betzabeth Nathali Torrealba Quevedo,¹
 Solangel del Carmen Silva Acosta,¹  Meisber Antonel Obispo Calderón.²

RESUMEN

La gestación ectópica ovárica ocurre cuando el tejido fetal se implanta fuera de la cavidad uterina. La implantación generalmente es tubárica; la localización ovárica tiene una incidencia menor al 1 %. El diagnóstico se confirma con la ultrasonografía y la subunidad β de gonadotropina coriónica en orina o sangre; pero su negatividad no descarta el diagnóstico. Se presenta el caso de una paciente nulípara de 19 años, con dolor pélvico, sin antecedentes de importancia. La ecografía reveló tumor en ovario derecho de 65 mm. El valor de subunidad β de gonadotropina coriónica fue de 3 mUI/L. Los hallazgos operatorios fueron: 100 cc de hemoperitoneo, quiste de ovario derecho roto de 6 x 4 cm roto, embarazo ectópico de 7 semanas de gestación en fondo de saco de Douglas y apéndice flegmonoso. El estudio anatomopatológico reflejó: periapendicitis moderada, ovario derecho con inflamación, neovascularización, congestión vascular, hemorragia reciente y embarazo ectópico ovárico.

Palabras clave: Gestación ectópica, Gestación ectópica ovárica, Subunidad β de gonadotropina coriónica negativa.

Ectopic ovarian gestation and β subunit of negative chorionic gonadotropin, is it possible? Report a rare case

SUMMARY

Ovarian ectopic gestation occurs when fetal tissue implants outside the uterine cavity. Implantation is usually tubal; Ovarian localization has an incidence of less than 1%. The diagnosis is confirmed by ultrasonography and the β subunit of chorionic gonadotropin in urine or blood; But its negativity doesn't rule out the diagnosis. We present the case of a 19-year-old nulliparous patient with pelvic pain, with no significant history. Ultrasound revealed a 65 mm right ovary tumor. The β subunit value of chorionic gonadotropin was 3 mIU/L. The operative findings were: 100 cc hemoperitoneum, ruptured right ovary cyst of 6 x 4 cm ruptured, ectopic pregnancy of 7 weeks of gestation in Douglas sac fundus and phlegmonous appendix. The anatomopathological study reflected: moderate periappendicitis, right ovary with inflammation, neovascularization, vascular congestion, recent hemorrhage and ovarian ectopic pregnancy.

Keywords: Ectopic gestation, ovarian ectopic gestation, β subunit of chorionic gonadotropin negative.

INTRODUCCIÓN

Una gestación ectópica (GE) ocurre cuando el tejido fetal se implanta fuera de la cavidad uterina, conllevando altas tasas de morbilidad y mortalidad si no se reconocen y tratan a tiempo (1 – 3).

La implantación de la GE en la mayoría de las veces es tubárica; la localización ovárica es rara, con una incidencia menor al 1 % (2 – 4). La sospecha de una GE ocurre en mujeres fértiles que acuden con la tríada históricamente utilizada como diagnóstica: dolor abdominal o pélvico, metrorragia y amenorrea (1 – 4).

El diagnóstico puede ser desafiante, sin embargo, puede confirmarse con la combinación de hallazgos ultrasonográficos y la determinación de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana (β -HCG), bien sea en orina o sangre (1 – 8). En ausencia de positividad de β -HCG, no se descarta el diagnóstico de la GE, sin embargo, es sumamente raro

¹Cirujano General. Adjunto del Servicio de Cirugía General “Dr. Rommel Mota”, Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”. Nguanagua, Carabobo. ²Residente del Servicio de Cirugía General “Dr. Rommel Mota”, Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”, Nguanagua, Carabobo. Correo de correspondencia: johnnypadron95@gmail.com

Forma de citar este artículo: Padrón Sanabria JA, Torrealba Quevedo BN, Silva Acosta SC, Obispo Calderón MA. Gestación ovárica ectópica y subunidad β de gonadotropina coriónica negativa ¿es posible? Reporte de un caso infrecuente. Rev Obstet Ginecol Venez. 83(3):354-359. DOI: 10.51288/00830315

que exista la misma, y a la fecha, existen pocos casos reportados en la literatura (5 – 8).

A continuación, se describe un caso de GE de ubicación infrecuente, con pruebas de embarazo negativas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 19 años de edad, nuligesta, sin antecedentes familiares ni personales de importancia, quien consulta por el área de emergencia al referir dolor abdominal pélvico de aparición insidiosa, de moderada intensidad y carácter opresivo, irradiado a ambas fosas ilíacas, sin atenuantes ni agravantes. Refirió fecha de última regla 14 días previos a su ingreso, no acorde a su ciclo menstrual en cuanto a sangrado y duración; y uso reciente de anticonceptivo tipo implante subdérmico (Implanon NXT® 68 mg).

Al examen físico se evidenció una paciente consciente, con signos vitales dentro de la normalidad, exceptuando por la frecuencia cardíaca en 100 latidos por minuto. El abdomen era plano, con ruidos hidroaéreos sin alteraciones, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. Al examen con espéculo no se evidenciaron alteraciones y a nivel del tacto vaginal se encontraron paredes lisas,

normotónica, normotérmica, cuello corto, lateralizado a la derecha, con orificio cervical externo permeable a pulpejo de dedo, sin masas palpables ni dolor.

Las pruebas de laboratorio reflejaron hemoglobina 12,3 g/dl, leucocitos 13 000/mm³, con neutrofilia en 75 %, β-HCG cualitativa negativa y cuantitativa 3 mUI/l, siendo el restante de los parámetros evaluados normales. Se realizó ultrasonido en el punto de atención (*point-of-care ultrasound* POCUS) institucional abdominal y transvaginal donde se evidenció lesión ocupante de espacio (LOE) ovárico derecho heterogéneo, a predominio hipoecogénico, de bordes regulares, de 65 x 48 x 23 mm, sin captación *doppler*; útero y ovario izquierdo sin alteraciones; y líquido libre en fondo de saco de Douglas (Figura 1).

Se hospitaliza a la paciente planteándose laparotomía exploradora bajo diagnóstico de abdomen agudo: apendicitis aguda vs. quiste de ovario roto. Los hallazgos operatorios fueron 100 cc de hemoperitoneo, lesión quística de ovario derecho de aproximadamente 6 x 4 cm, el cual está roto en su polo inferior, embrión de 7 semanas de gestación aproximadamente en fondo de saco de Douglas, apéndice cecal en fase flegmonosa en tercio medio, útero y ovario izquierdo sin alteraciones. Se realizó ooforosalingectomía derecha + apendicectomía típica (Figura 2).

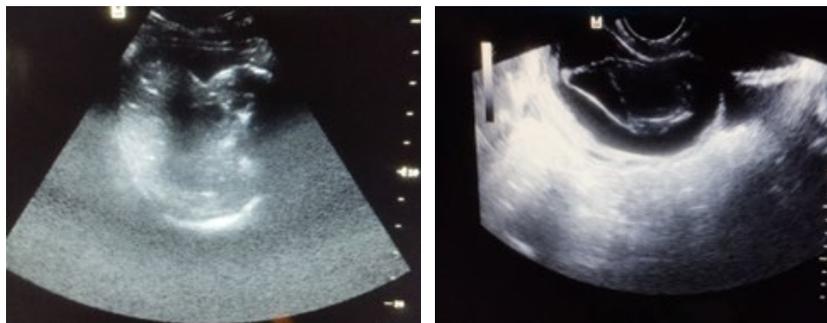


Figura 1. POCUS (*point-of-care ultrasound*) pélvico que denota tumor ovárico derecho. En la imagen de la derecha se presenta una ecografía transvaginal en la que se observa líquido libre en cavidad y tumor de ovario derecho.



Figura 2. Hallazgos operatorios. Piezas quirúrgicas extraídas: ovario derecho roto y trompa uterina (flecha negra), embrión de 7 semanas (flecha blanca), apéndice cecal (cabeza de flecha negra).

La paciente egresa satisfactoriamente de quirófano y es dada de alta a las 48 horas del posoperatorio. Durante su evolución no se evidenciaron complicaciones.

El examen anatomopatológico posteriormente reflejó: parénquima ovárico con inflamación crónica leve, neovascularización, congestión vascular, hemorragia reciente y tejido trofoblástico; embarazo ectópico constituido por decidua gravídica, trofoblasto intermedio, vellosidades coriales, necrosis, cambios degenerativos, hemorragia reciente multifocal e inflamación aguda; periapendicitis moderada en fase flegmonosa; trompa uterina derecha con congestión y hemorragia reciente en su pared.

DISCUSIÓN

La GE ovárica (GEO) se presenta con una frecuencia que va entre 1:7000 a 1:40 000, con una incidencia menor al 1 %, siendo una forma poco habitual de presentación. El primer caso fue descrito en Francia, en el año 1682, por San Maurice; sin embargo, los casos reportados no superan los 500 hasta la fecha (9 - 11). En Venezuela, los datos reflejados por la revisión realizada por Núñez y cols. (12), en el año 2012, señalaron un total de 5 embarazos con dicha localización.

Fisiopatológicamente, se debe a una falla de extrusión folicular, siendo el óvulo fecundado previo a su liberación, o por implantación secundaria cuando el cigoto migra y se implanta en tejido ovárico (13). Se asocia frecuentemente con el uso de métodos anticonceptivos, tratamientos de fertilidad, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, antecedentes de embarazos ectópicos, así como otros factores locales (11), siendo en esta paciente el único factor de riesgo identificado el uso del implante subdérmico de etonogestrel.

La sintomatología está representada por la tríada clásicamente descrita: dolor abdominal o pélvico, de intensidad variable, sangrado vaginal y amenorrea, aunado a una prueba de embarazo positiva; sin embargo, en el caso de la ubicación ovárica, la presentación es aguda en el 90 % de los casos (11). El diagnóstico de esta entidad es difícil, puesto que las manifestaciones clínicas pueden ser leves o incluso no estar presentes; ello asociado a la alta incidencia de pruebas de embarazo negativas y a la poca especificidad de los estudios ecográficos, hacen que, en la mayoría de los casos, el diagnóstico definitivo se establezca mediante los hallazgos operatorios, o inclusive, durante el estudio anatomopatológico (5 - 8, 14), tal como se evidenció en el presente caso.

Los hallazgos ultrasonográficos son variables, pudiendo interpretarse desde una masa avascular a un complejo vascularizado, simulando enfermedad inflamatoria pélvica, abscesos pélvicos, tumores ováricos y endometriosis (11, 14), es por ello que, en la actualidad, la resonancia magnética es considerada como una herramienta útil para localizar de forma precisa el sitio de implantación, especialmente cuando los hallazgos ultrasonográficos son insuficientes o equívocos (15), este estudio no fue realizado en la paciente por limitaciones económicas e institucionales.

El diagnóstico de GEO no es específico y debe considerarse en todas las mujeres con sospecha de GE con o sin sangrado vaginal. La mayoría, son diagnosticados en las primeras 8 semanas

de gestación, aunque se han descrito casos hasta pasadas las 44 semanas. En la actualidad, la precisión diagnóstica mediante estudios radiológicos no está lo suficientemente documentada (16).

A menudo, esta patología puede confundirse con quistes del cuerpo lúteo, en casos de masa anexial con prueba de embarazo positiva sin hallazgos radiológicos claros de gestación intrauterina, pudiendo corresponder con un cuerpo lúteo de gestaciones incipientes o de GE con otras localizaciones (9); de igual forma, otras patologías incluidas en los diagnósticos diferenciales son los quistes hemorrágicos, la apendicitis aguda en el embarazo temprano, la infección del tracto urinario, el coriocarcinoma, los tumores de ovario secretores de β -HCG (disgerminomas, seminomas), lo cual dificulta aún más la sospecha inicial del mismo (8, 11), coincidiendo con lo evidenciado en este caso, en el que la presunción diagnóstica inicial era sobre patología anexial vs. apendicular inflamatoria.

Por ello, en la mayoría de los casos, la GEO se diagnóstica mediante hallazgos intraoperatorios y se confirma mediante el examen histológico de la pieza operatoria extraída (17, 18). Los criterios de Spielberg, bien establecidos desde el año 1878, permiten clasificar y distinguir la GEO primaria de otros embarazos ectópicos (EE) en los que el ovario se afecta de forma secundaria, siendo los mismos: 1) trompa de Falopio intacta y con fimbrias, separada del ovario del lado afectado; 2) saco gestacional en la posición normal del ovario; 3) ovario con el saco gestacional conectado al útero por el ligamento útero – ovárico o indemnidad de dicho elemento; y 4) tejido ovárico en la muestra en el análisis histológico o entremezclado con tejido trofoblástico (9, 19, 20).

Las opciones de tratamiento son variables, dividiéndose en conservador o quirúrgico, dependiendo del tiempo de evolución y la estabilidad de la paciente al momento del diagnóstico. El metotrexato es el fármaco más comúnmente utilizado y con mejores resultados terapéuticos en pacientes con gestaciones tempranas,

con formas variables de aplicación, desde monodosis o multidosis por vía oral, hasta las infiltraciones por vía transvaginal o laparoscópica (15, 17, 18).

En cuanto a los abordajes quirúrgicos, la laparoscopia se ha convertido en el gold standard en pacientes hemodinámicamente estables, mientras que aquellos casos con sangrado abdominal masivo o de presentación aguda, que requieran tratamiento de emergencia, la laparotomía exploradora es la opción más viable. Las técnicas quirúrgicas son variables, desde la resección en cuña y la sutura del tejido ovárico remanente, hasta la ooforectomía u ooforosalingectomía (efectuado en el presente caso), siempre en dependencia de los hallazgos al momento de la intervención (15 – 20).

La selección del método de tratamiento debe ser tomada de forma particular para cada caso, y siempre deben considerarse la condición clínica, los resultados de los estudios realizados, así como también la historia obstétrica y el deseo de paridad a futuro (18).

El diagnóstico confirmatorio es establecido por el examen histopatológico, clasificándolo como intrafolicular o extrafolicular. La biopsia pondrá en evidencia la presencia de vellosidades placentarias mesenquimales trofoblásticas utilizando las tinciones histológicas clásicas (11), estando dichos elementos presentes, en conjunto con los criterios de Spielberg, en el informe histopatológico obtenido mediante la biopsia diferida del caso en cuestión.

En la actualidad se sugiere una nueva combinación, tanto de marcadores bioquímicos como de hallazgos radiológicos para aumentar la precisión diagnóstica de esta patología, siendo los mismos: 1) β -HCG sérica ≥ 1000 UI/L, sin saco gestacional en el útero en la ecografía transvaginal; 2) implicación ovárica confirmada mediante la exploración quirúrgica, con sangrado, visualización de lesiones quísticas atípicas o vellosidades coriónicas; 3) trompas de Falopio normales y 4) ausencia de β -HCG tras el tratamiento ovárico (9 – 11, 13 – 20).

En conclusión, la GEO es una entidad bastante rara, con factores predisponentes para el desarrollo del mismo totalmente distintos a las GE, con un diagnóstico bastante difícil, basado netamente en las manifestaciones clínicas y estudios de imagen; siendo necesario que se haga de forma precoz y precisa para evitar complicaciones mortales, y garantizar la actitud terapéutica más factible, destinada a preservar la fertilidad de la paciente y disminuir la morbimortalidad en general secundaria a dicha patología.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los autores declaran que han seguido los protocolos y guías de su centro de trabajo manteniendo la confidencialidad de los datos de la paciente. De igual forma, se ha obtenido el consentimiento informado por parte de la paciente para la publicación del caso clínico.

Conflictos de interés.

El autor no reporta ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Mummert T, Gnugnoli DM. Ectopic Pregnancy. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. [Internet]. [Actualizado 8 de agosto de 2022; consultado 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30969682/>
2. Capmas P, Bouyer J, Fernandez H. Embarazo ectópico. EMC – Tratado de Med. 2017; 21(3): 1-5. DOI: 10.1016/S1636-5410(17)86035-9
3. Baker M, dela Cruz J. Ectopic Pregnancy, Ultrasound. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [actualizado 16 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482192/>
4. Hu L, Sandoval V, Hernández S, Vargas J. Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Rev Clin Esc Med [Internet]. 2019 [consultado 19 de abril de 2023];9(1):28-36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
5. Daniilidis A, Pantelis A, Makris V, Balaouras D, Vrachnis N. A unique case of ruptured ectopic pregnancy in a patient with negative pregnancy test - a case report and brief review of the literature. Hippokratia [Internet]. 2014 [consultado 19 de abril de 2023];18(3):282-284. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4309153/pdf/hippokratia-18-282.pdf>
6. Sheele JM, Bernstein R, Counselman FL. A Ruptured Ectopic Pregnancy Presenting with a Negative Urine Pregnancy Test. Case Rep Emerg Med. 2016;2016:7154713. DOI: 10.1155/2016/7154713.
7. Kopelman ZA, Keyser EA, Morales KJ. Ectopic pregnancy until proven otherwise ... even with a negative serum hCG test: A case report. Case Rep Womens Health. 2021;30:e00288. DOI: 10.1016/j.crwh.2021.e00288.
8. Aryal S, Shrestha BM, Lamsal S, Regmi M, Karki A, Katuwal N. Tubal abortion masquerading as an acute appendicitis with a negative urine pregnancy test: A case report. Int J Surg Case Rep. 2021;87:106438. DOI: 10.1016/j.ijscr.2021.106438.
9. Sánchez Gómez P, Sancho B, Pedro-Viejo G. Embarazo ectópico ovárico. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [consultado 19 de abril de 2023];60(4): 359-362. Disponible en: <https://acortar.link/HHNj7F>
10. Pato M, Castro L, Borrajo E, Araújo J. Embarazo ectópico ovárico. Prog Obstet Ginecol. 2013;56(5): 266-269. DOI: 10.1016/j.pog.2012.07.013
11. Istrate-Ofițeru AM, Ruican D, Niculescu M, Nagy RD, Roșu GC, Petrescu AM, et al. Ovarian ectopic pregnancy: the role of complex morphopathological assay. Review and case presentation. Rom J Morphol Embryol. 2020;61(4):985-997. DOI: 10.47162/RJME.61.4.01.
12. Núñez J, Romero R, González G. Embarazo ectópico en el Hospital “Manuel Noriega Trigo”: 20 años después. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2014 [consultado 19 de abril de 2023];74(2):103-111. Disponible en: <https://acortar.link/55biET>
13. Tapia M, Méndez H, Inca D, Cruz Z, Osorio S, Romero C, et al. Embarazo ectópico ovárico: reporte de un caso y revisión de la literatura. Arch Venez Farmacol Terap [Internet]. 2020 [consultado 19 de abril de 2023];39(4):406-409. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55965385003>
14. Fesshaye A, Gudu W, Gashawbeza B. A rare presentation of chronic ovarian ectopic pregnancy: A case report. Int J Gynaecol Obstet. 2021;154(1):183-185. DOI: 10.1002/ijgo.13689.

15. Ren F, Liu G, Wang T, Li M, Guo Z. Unruptured ovarian ectopic pregnancy: Two case reports and literature review. *Front Physiol.* 2022;13:1036365. DOI: 10.3389/fphys.2022.1036365.
16. Almahloul Z, Amro B, Nagshabandi Z, Alkiumi I, Hakim Z, Wattiez A, *et al.* Ovarian Pregnancy: 2 Case Reports and a Systematic Review. *J Clin Med.* 2023;12(3):1138. DOI: 10.3390/jcm12031138.
17. Thanasa E, Thanasas I, Koutalia N, Mousia M. Surgical Treatment of Ovarian Pregnancy. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2021;2021:6618751. DOI: 10.1155/2021/6618751.
18. Bouab M, Touimi AB, Jalal M, Lamrissi A, Fichtali K, Bouhya S. Diagnosis and management of ectopic ovarian pregnancy: a rare case report. *Int J Surg Case Rep.* 2022;91:106742. DOI: 10.1016/j.ijscr.2021.106742.
19. Hans P, Gunjan G. Ovarian Pregnancy. *Cureus.* 2022;14(11):e31316. DOI: 10.7759/cureus.31316.
20. Goyal LD, Tondon R, Goel P, Sehgal A. Ovarian ectopic pregnancy: A 10 years' experience and review of literature. *Iran J Reprod Med [Internet].* 2014 [consultado 19 de abril de 2023];12(12):825-830. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4330663/>

Recibido: 30 de mayo de 2023
Aprobado: 2 de julio de 2023