

Hospital Docente Ginecobstetrico "Manuel Fajardo"

EMBARAZO ECTOPICO OVARICO: PRESENTACION DE 2 CASOS.

Dr. Emilio E. Sotomayor Castro¹, Dr. José M. Garrido Echazaba², Dr. Osvaldo Gutiérrez Alfonso³.

1- Especialista de Primer Grado en Ginecobstetricia Jefe del Servicio de Obstetricia.

2- Especialista de Primer Grado en Ginecobstetricia. Profesor Instructor.

3- Especialista de Primer Grado en Ginecobstetricia. Policlínico San Nicolás de Bari.

Resumen

El embarazo ectópico es una patología que en los últimos años ha aumentado su incidencia en el país y el responsable del 4-10% de todas las muertes maternas durante el embarazo y aproximadamente el 16% de estas muertes por hemorragias según la bibliografía revisada. El objetivo del presente trabajo es presentar 2 casos de embarazos ectópicos ováricos diagnosticados, operados y confirmados histológicamente en nuestro centro, los cuales constituyen de los menos frecuentes de todas las gestaciones ectópicas.

Descriptores DeCS: EMBARAZO ECTOPICO/cirugía

El embarazo ectópico es la implantación del huevo fertilizado en una estructura anatómica que no le permita desarrollo y crecimiento normal¹ los datos históricos señalan que el embarazo ectópico ha sido conocido por el hombre como una entidad patológica desde por lo menos la undécima centuria cuando Albucasis identificó y descubrió un caso de embarazo gemelar abdominal. Durante las centurias intermedias, el embarazo extrauterino fue considerado como una afección casi invariablemente fatal pero rara, ya que sin la autopsia de rutina su papel causal de las muertes inexplicadas de mujeres jóvenes permaneció generalmente desconocido.

En la clínica práctica han sido observados una amplia variedad de sitios de implantación ectópica del huevo. Es costumbre clasificar los embarazos ectópicos en cuatro grandes categorías basadas en el sitio anatómico de anidación:

1. Tubárico.
2. Abdominal.
3. Ovárico.
4. Cervical²

De estos, aproximadamente el 98 % son tubáricos: 60 % ampulares, 30 % itsmicos, 5 % fimbricos y 3 % intersticiales; el 2 % restante corresponde a otras localizaciones: ováricos, cervicales, intraligamentarios y abdominales ³

PRESENTACION DE LOS CASOS

PRIMER CASO: M.B.V. EDAD: 20 años HC: 87973 H.E.A: Paciente con antecedentes de salud primigesta nulípara con F.U.M el día 14/3/97 que refiere que no fue normal posteriormente ha presentado sangramiento en formas de manchas en varias ocasiones acompañado de dolor en bajo vientre por lo que acude a nuestro cuerpo de guardia el día 15/4/97 al examen físico presenta los signos vitales normales, abdomen negativo y al TV: Utero en AV de tamaño, forma y consistencia normal, anejo derecho se tacta una " T " de aproximadamente 6 7 cms de diámetro, alargada- y dolorosa al tacto, anejo izquierdo normal por lo que se decide su ingreso con el diagnostico de embarazo ectópico no complicado, ese mismo día se realiza tacto vaginal bajo anestesia y punción del fondo de saco de Douglas que fue positiva, se traslada el caso al salón de operaciones donde se realiza laparotomía observándose una " T " de ovario de 7 cms emplastronada en fondo de saco lateral derecho rota, por lo que se realiza ooforectomía derecha enviándose la muestra al departamento de Anatomía Patológica.
Resultado de anatomía patológica: Embarazo ectópico del ovario derecho roto. Amarillo hemorrágico.

SEGUNDO CASO: M.L.G. EDAD: 38 años HC: 82609 H.E.A: Paciente con antecedentes de salud múltipara con F.U.M el 28/2/97 que se realizó una regulación menstrual el 9/4/97 que acude al cuerpo de guardia refiriendo dolor en bajo vientre y en fosas lumbares. Ingresa en sala de Ginecología con el diagnostico de enfermedad pélvica inflamatoria post aspiración, por lo que se pone tratamiento con antibióticos y se realiza revisión de cavidad en el salón de legrados: útero en retroversión discretamente aumentado de tamaño anejos engrosados no tumorales se realiza legrado diagnostico terapéutico enviándose material a anatomía patológica, eritro: en 65 mm³, una Hb en 100 g/l, leucograma: leucocitos en 15,0 x 10⁹ /l, poli en 77 y linfo en 23, el ultrasonido informa un útero ligeramente aumentado de tamaño, que impresiona fibromatoso, sin DIU en su interior, cavidad engrosada y ecorrefrigente, en proyección del anejo izquierdo se observa una imagen compleja la cual impresiona tener un saco gestacional en su interior con polo embrionario que no se define bien, por lo que se anuncia para operar con el diagnostico de embarazo ectópico, en el acto quirúrgico impresiona un embarazo ectópico del 1/3 medio de la trompa izquierda donde participa también el ovario de ese lado se realiza anexectomía izquierda. y salpingectomia parcial derecha enviándose la muestra al departamento de Anatomía Patológica .
Resultados de anatomía patológica:
Endometrio: Muestra escasa constituida por coágulos sanguíneos con abundantes leucocitos polimorfosnucleares, fragmentos de decidua necrótica y escaso tejido endometrial en estadio secretor.
Anejo izquierdo: Embarazo ectópico del ovario, cuerpo amarillo de 1.5 cm, salpingitis crónica severa.

COMENTARIO

La mayoría de los embarazos ováricos son secundarios¹, aunque existe un evidente aumento de

los embarazos ectópicos ováricos primarios, debido a la influencia protectora de los D.I.U sobre el endometrio con respecto a la implantación, y a raíz también de la protección parcial ejercida sobre el oviducto proximal, sin embargo este dispositivo no presenta un efecto protector sobre la ciosis ovarica, en consecuencia, el embarazo ovárico puede desempeñar un papel mas frecuente en los informes futuros de los embarazos extrauterinos y que revela su tasa actual de alrededor de un 0,5 % de todo este tipo de embarazo.

La mayoría de los embarazos ováricos son de origen extrafolicular mientras que se registra alrededor de un 15 % como intrafolicular. Su clasificación en esta última categoría requiere que el segundo estadio de la meiosis así como la capacitación y fertilización del óvulo ocurran dentro del foliculo, en tales casos, debe identificarse un cuerpo luteo, bien conservado en la pared el saco embrionario ⁴.

Spiegelberg define cuatro criterios básicos para el diagnostico de un embarazo ectópico ovárico:

1. El saco fetal debe ocupar una porción del ovario.
2. La trompa de Falopio debe ser normal e intacta en el lado afecto de la pelvis.
3. El ovario y el saco fetal deben estar conectado al útero por el ligamento ovárico.
4. Debe ser identificado el tejido ovárico en el saco ^{5, 6}.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Durfee RD. Complicaciones del embarazo. En: Benson RC. Diagnostico y tratamiento ginecobstétricos. 4 ed. México: El Manual Moderno; 1986. p. 707-16.
2. Leslie I. Embarazo ectópico. En: Leslie I. Kaminetzky HA. Obstetricia y perinatología: principios y práctica. Buenos Aires: Medica Panamericana; 1985; t 1. p. 624-46.
3. Grupo Nacional de Obstetricia y Ginecología. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Ciencias Médicas; 1997.
4. Embarazo ectópico. En: Linde RW Te. Ginecología operatoria. 5 ed. Ciudad de La Habana: Científico - Técnica; 1985. p. 316-29.
5. Stewart EA, Yeh J. The fallopian tube and ectopic pregnancy. En: Kenneth JR, Ross SB, Robert LB. Kistners gynecology: principles and practice. 6 ed. St. Louis: Mosby; 1995. p. 166-184.
6. Oroegemueller W. Gestación ectópica. En: Danforth DN. Tratado de obstetricia y ginecología. 4 ed. México: Nueva Editorial Panamericana; 1987. p. 401-14.

SUMMARY

According to the medical literature the ectopic pregnancy is a pathology which has increased in last years in our country and it causes between 4 to 10% of the maternal deaths during the pregnancy and around 16% are for haemorrhage. The main objective of this work is to present two cases of ovaric ectopic pregnancy diagnosed in our hospital, both were surgically treated and also histologically proved, those ectopic pregnancies are less frequent in all ectopic gestations.

Subject headings: PREGNANCY, ECTOPIC.