

# GESTACIÓN OVÁRICA. FORMA DE PRESENTACIÓN, POCO FRECUENTE, DEL EMBARAZO ECTÓPICO.

Muñoz Contreras, M.; Manzanares López, J.; Sánchez Romero, J.; Pérez Vidal, JR.;  
Gómez Carrascosa, I.; Hernández Hernández, L.; Sánchez Camps, ML.; Díaz Meca, L.  
Hospital Universitario «Virgen de la Arrixaca», Murcia

## INTRODUCCIÓN:

”Embarazo ectópico” (EE) se define como aquella gestación que se implanta fuera de la cavidad uterina. La incidencia de esta patología ha ido en aumento en los últimos años, encontrándose actualmente en torno al 2% de todas las gestaciones.

Aunque el 95% de ellos se localizan en la trompa de Falopio debemos recordar que existen formas no tubáricas, como los embarazos cornuales (3%), abdominales (1,3%), ováricos (0,5%), intraligamentarios (0,1%) y cervicales (0,1%).

Actualmente el diagnóstico diferencial entre las diferentes localizaciones del EE constituye un reto para el obstetra.

## OBJETIVO:

Revisión de la literatura publicada sobre la gestación ectópica ovárica, diagnóstico diferencial y tratamiento de elección.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

A partir de un caso clínico de nuestro centro, búsqueda retrospectiva de la literatura publicada.

## CASO CLÍNICO:

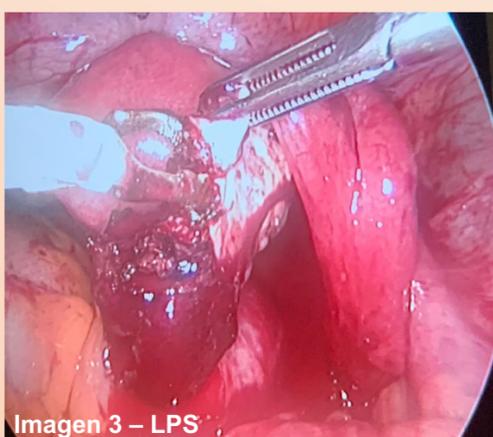
Paciente de 44 años, gestante de 5+0 SG por FUR, G2P1, que consulta en urgencias por dolor abdominal. Como antecedentes personales mencionar que se realizó una anexectomía izquierda laparotómica por formación ovárica hace 10 años.

En urgencias:

- Buen estado general, se encuentra estable clínica y hemodinámicamente a su llegada.
- Exploración abdominal: dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha pero sin signos de irritación peritoneal.
- Ecografía TV (*imágenes 1 y 2*): útero en avf de ecoestructura normal, cavidad endometrial vacía con endometrio decidualizado de 8mm de grosor. Imagen anexial derecha de gestación ectópica, visualizando saco gestacional con embrión de 1cm sin actividad cardíaca.
- Analítica: hemograma y coagulación en rango de normalidad.
- B-HCG: 19095 mUI/ml.

Ante dichos hallazgos se diagnostica de gestación ectópica derecha. Pese a la estabilidad de la paciente, se desestima el tratamiento médico al no cumplir criterios para el mismo y se indica la realización de una laparoscopia diagnóstico-terapéutica que se realiza el mismo día.

A la entrada en cavidad se objetiva un hemoperitoneo en pelvis menor de uno 250cc y el ovario derecho aumentado de tamaño a expensas de una tumoración sangrante de unos 2cm de diámetro en su polo inferior, la trompa de Falopio derecha y el útero son macroscópicamente normales y no tiene anejo izquierdo (*imágenes 3, 4 y 5*).



Se realiza resección de cuña ovárica derecha y salpinguectomía derecha con pinza bipolar y tijera monopolar, dejando hemostático sobre el lecho quirúrgico en el ovario por evitar la electrocoagulación del mismo.

El postoperatorio inmediato es normal y la paciente evoluciona favorablemente en planta. Se realizan controles seriados de B-HCG, a las 12h de la intervención es de 6592 mUI/ml, descendiendo hasta 3000 mUI/ml a las 48h.

La paciente es alta hospitalaria ante la adecuada evolución y se cita para control ecográfico (*imágenes 6 y 7*) y de B-HCG en Consulta, presentando una B-HCG de 17,2mUI/ml a las 3 semanas de la intervención y siendo alta de la consulta.

Posteriormente el anatomopatólogo confirma el diagnóstico al identificar decidua, vellosidades coriales retenidas y variable cantidad de trofoblasto en pieza de cuña ovárica remitida para estudio.



## CONCLUSIONES:

- El EE ovárico representa, según la literatura, el 0,5-3% de todos los EE.
- Factores de riesgo: uso de dispositivo intrauterino, cirugía pélvica previa, endometriosis, uso de técnicas de reproducción asistida y malformaciones uterinas.
- Ante cualquier mujer con amenorrea y dolor pélvico hay que tener en cuenta el EE ovárico como parte del diagnóstico diferencial.
- A pesar de los avances de la ecografía es difícil distinguir previamente a la cirugía la localización de un EE y/o realizar un adecuado diagnóstico diferencial con un cuerpo lúteo hemorrágico.
- Incluso macroscópicamente es complicado el diagnóstico diferencial entre un cuerpo lúteo hemorrágico y un EE ovárico.
- Manejo quirúrgico de elección: enucleación del saco gestacional versus resección en cuña versus ooforectomía.