

Casos Clínicos

EMBARAZO ECTÓPICO CRÓNICO COMO MASA ANEXIAL

Eva Ruvalcaba L.¹, David Muñoz G.¹, Delia Pérez M.²

¹Departamento de Ginecología Oncológica, ²Departamento de Patología, Instituto Nacional de Cancerología (INCan), México DF, México.

RESUMEN

Introducción: El embarazo ectópico crónico es una entidad clínico-patológica infrecuente con evolución poco clara; los estudios de imagen muestran la presencia de masa pélvica extrauterina con patrón mixto y líquido libre en fondo de saco como resultado de la ruptura de la trompa de Fallopio, sangrado, proceso inflamatorio y necrosis. **Caso:** Mujer de 43 años de edad, con masa anexial de patrón mixto, elevación de marcadores tumorales, útero vacío y cuadro clínico autolimitado e inespecífico de 4 meses de evolución; se le realizó laparotomía exploradora, documentándose en el estudio histopatológico transoperatorio tumor de ovario germinal mixto y extensa necrosis, completando el procedimiento con cirugía estadificadora de ovario. El diagnóstico histopatológico final reportó embarazo ectópico tubario. **Conclusiones:** Una mujer con masa anexial compleja, útero vacío, elevación de marcadores tumorales y evolución poco clara puede estar cursando con embarazo ectópico crónico.

PALABRAS CLAVE: ***Embarazo ectópico crónico***

SUMMARY

Background: Chronic ectopic pregnancy is an infrequent clinical-pathologic entity with indolent course; imaging findings are usually characterized by presence of extra-uterine complex pelvic mass and free fluid in cul-de-sac as a result of fallopian tube rupture, bleeding, inflammatory process, and necrosis. **Case:** A 43-years-old female with adnexal complex mass, elevation of tumor markers with empty uterus at a self-limited 4-month unclear evolution, underwent explorative laparotomy with transoperative histopathologic diagnosis of ovarian mixed primitive germ-cell tumor, and the procedure was complete with an ovarian staging surgery. The final histopathologic report showed tubal ectopic pregnancy. **Conclusions:** A women with an adnexal complex mass, empty uterus, elevation of tumor markers, and unclear evolution could be experiencing a chronic ectopic pregnancy.

KEY WORDS: ***Chronic ectopic pregnancy***

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico crónico (EEC) es una entidad clínico-patológica que resulta del aborto espontáneo o pequeñas rupturas de un embarazo tubario con la consecuente respuesta inflamatoria,

formación de adherencias y masa pélvica. El diagnóstico de esta patología es difícil, sobretodo cuando no hay sospecha de gestación (1, 2). No existen datos patognomónicos preoperatorios en estudios de imagen como el ultrasonograma (USG) transabdominal, vaginal con o sin Doppler

color, debido a que el patrón ecográfico es similar a la enfermedad pélvica inflamatoria, endometrioma, leiomioma, quiste complejo de ovario y otras neoplasias de ovario (3). Se han reportado múltiples diagnósticos preoperatorios incorrectos, como los documentados por Cole y cols (1). La detección sérica de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (β -HGC) no siempre es positiva. El diagnóstico final se realiza durante la cirugía o después de ella, mediante el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica con la identificación de vellosidades coriales (1, 2). En pacientes sin sospecha preoperatoria de EEC, la cirugía electiva se realiza en el 70% de los casos. El objetivo de este artículo es presentar el caso de una paciente con EEC abordada como masa anexial con diagnóstico preoperatorio y transquirúrgico de tumor ovárico germinal mixto.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años de edad enviada al Instituto Nacional de Cancerología con el diagnóstico de masa anexial y β -HGC positiva, con USG pélvico y tomografía axial computada documentando la presencia de masa pélvica compleja y útero vacío. Gesta 4 Para 4, actividad sexual desde los 19 años sin método de planificación familiar. Cuadro clínico de 4 meses de evolución, autolimitado, caracterizado por amenorrea de 12 semanas, reiniciando período menstrual 10 días antes de acudir al Instituto, siendo espontáneo y de características normales. Durante el primer mes del cuadro clínico, presentó dolor leve en epigastrio autolimitado, así como pérdida ponderal de 5 kg en los primeros 3 meses de su enfermedad, sin causa aparente.

No presentaba fatiga, mastalgia, ni náuseas. A nuestra valoración, la paciente cursaba un mes asintomática. En la exploración física se encontró un tumor abdomino-pélvico de 18 cm con límite superior cerca de la cicatriz umbilical, móvil e indoloro; útero de características normales con fondos de saco libres; mamas sin alteraciones y el resto de exploración física fue normal. Se realizaron estudios complementarios como parte del protocolo de estudio de masa pélvica, incluyendo marcadores tumorales para neoplasias germinales por el antecedente de β -HGC positiva. El USG reveló la presencia de masa anexial derecha de 11x10x8 cm con escasa colección líquida en fondo de saco y resto de estructuras pélvicas normales (Figura 1). Marcadores tumorales elevados: Ca 125: 83,7 U/mL (0-21); alfa-fetoproteína (AFP): 984 ng/mL (0-8,5); β -HGC: 9050 mUI/mL (0-4) y deshidrogenasa láctica (DHL): 321 UI/L (12-228). Sin alteración en otros estudios de laboratorio. Con diagnóstico preoperatorio de tumor germinal mixto de ovario en paciente asintomática, se realizó en forma electiva una laparotomía exploradora con estudio histopatológico transoperatorio de la masa anexial, el cual reportó tumor germinal mixto de ovario con extensa necrosis. Los hallazgos transoperatorios fueron: tumor pélvico de 10x12 cm con múltiples adherencias del tumor hacia el epiplón infracólico que formaban un plastrón de 16 cm, coágulos antiguos adheridos a la masa sin existencia de líquido libre en cavidad peritoneal. Se complementó el procedimiento con una cirugía estadificadora de ovario, sin complicaciones. La paciente evolucionó satisfactoriamente. El diagnóstico histopatológico final reportó embarazo ectópico tubario (Figura 2), peritonitis aguda, útero normal



Figura 1. Ultrasonido pélvico. Masa anexial con patrón ecográfico mixto. Dimensiones de 11x10x8 cm.

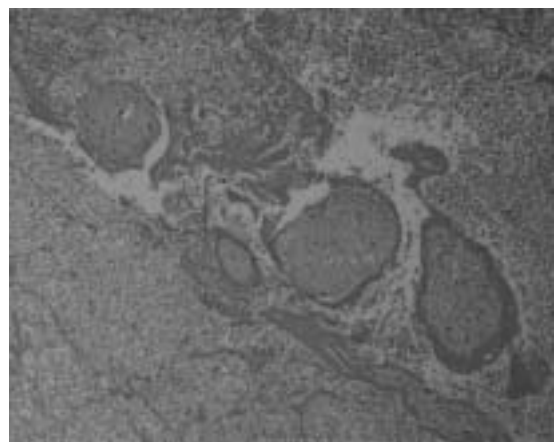


Figura 2. Vellosidades coriales hialinizadas y necrosis de tipo isquémico (H-E 10x).

y anexo izquierdo normal, lavado peritoneal con proceso inflamatorio, epiplón sin patología y 8/8 ganglios pélvicos con hiperplasia sinusal.

DISCUSIÓN

La hemorragia y destrucción de la pared tubaria es inevitable cuando el tejido trofoblástico penetra la trompa durante el embarazo ectópico. El sangrado masivo ocasiona el cuadro clínico clásico de embarazo ectópico roto en su evento agudo; sin embargo, cuando el sangrado es lento y el daño a la pared tubaria es gradual, ocasionan una respuesta inflamatoria intraperitoneal que estimula la formación de adherencias y hematocele, en ocasiones involucrando vejiga, intestino y uréteres, generalmente con evolución sub-clínica y autolimitada, resultando en la entidad conocida como EEC (1, 4). El cuadro clínico del caso que presentamos fue autolimitado y el diagnóstico de EEC se realizó en forma postoperatoria mediante el estudio histopatológico de la masa anexial, coincidiendo con la definición que proponen Turan y cols, que definen al EEC como la presencia de masa anexial con 2 o 3 de los siguientes hallazgos: a) presencia de sangre antigua en cavidad peritoneal, b) hematocele pélvico y/o, c) adherencias en trompa, estructuras vecinas y/o epiplón; como también aquellas pacientes con masa pélvica sin diagnóstico definitivo durante la cirugía en quienes posteriormente se demostró embarazo ectópico en la pieza quirúrgica (3). El hallazgo patognomónico del EEC se realiza durante o después de la cirugía, mediante la identificación de vellosidades coriales (1).

Una cuarta parte de las pacientes tienen antecedente de cirugía abdominal previa, 12,9-14,5% cirugía previa por embarazo ectópico y 29% uso de dispositivo intrauterino (3,5), antecedentes que no poseía nuestra paciente, como tampoco los síntomas más frecuentes relacionados a EEC, que son dolor abdominal bajo (82,3-100%) y sangrado transvaginal (40,3-68%). Aunque la amenorrea es común (70,4-90%), como en esta paciente, hay casos en que los ciclos menstruales no se alteran (2). Más del 90% de las pacientes tienen β -HCG sérica positiva (1,3-5). En el caso presentado, la β -HGC como otros marcadores tumorales (DHL, Ca 125 y AFP) estuvieron elevados. La elevación de marcadores tumorales en la presencia de una gran masa pélvica con patrón ecográfico heterogéneo en paciente asintomática o con evolución poco clara, es altamente sugestivo de neoplasia ovárica, como el tumor germinal mixto, siendo esta neoplasia más frecuente en mujeres jóvenes (6, 7).

La extensa necrosis, inflamación y adherencias dificultan identificar la anatomía normal de estructuras pélvicas, siendo un reto el hacer diagnósticos diferenciales en este tipo de masas anexiales, como en nuestra paciente. Los hallazgos ecográficos aún no están bien definidos, siendo los más sugestivos: útero vacío, obliteración de estructuras pélvicas normales, áreas quísticas con o sin líquido libre en cavidad abdomino-pélvica y la presencia de masa anexial con patrón ecográfico irregular (8). La masa anexial en esta paciente sólo involucró un anexo, reportándose este hallazgo en el 30,9% de los casos, 49% involucrando un anexo y fondo de saco y, 20% ambos anexos y fondo de saco (3).

Los hallazgos transquirúrgicos encontrados en el caso presentado coinciden con lo reportado en la literatura: 1) formación de adherencias (72%) del sitio de implantación del cigoto al epiplón, íleon, ciego, colon sigmoides y, 2) colección de sangre antigua (32%), coágulos o hematomas (1). Las cirugías más frecuentemente realizadas son: salpingectomía, salpingo-ooforectomía y salpingo-ooforectomía con histerectomía total en el 40-64,5%, 34-30,6% y 4,8-26% de los casos, respectivamente (1, 5). El procedimiento realizado en esta paciente consistió en una cirugía estadificadora de ovario, siendo una paciente múltipara con paridad satisfecha, masa pélvica mayor de 10 cm que involucraba todo anexo derecho, importante proceso adherencial de la masa a epiplón y con diagnóstico transoperatorio de tumor germinal mixto de ovario; en este caso, la cirugía estadificadora de ovario no conservadora, es justificada (7). Debido al gran proceso adherencial, la cirugía en EEC es difícil y complicada, ya que en ocasiones involucra vejiga, intestino y uréteres (4).

Una mujer en etapa reproductiva con masa anexial, ecográficamente con patrón mixto y útero vacío, además de β -HGC sérica positiva con cuadro clínico poco específico, nos orienta a la posibilidad de EEC (3). Dentro de los diagnósticos diferenciales de toda masa anexial se encuentra el embarazo ectópico, siendo muy diferente la evolución del evento agudo al del EEC, el cual puede confundirse con neoplasias ováricas ante una evolución poco clara, por lo que recomendamos siempre tomarlo en cuenta en el protocolo de estudio de masa anexial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cole T, Corlett RC. Chronic ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1982; 59(1): 63-68.

2. Porpora MG, Alò PL, Cosmi EV. Unsuspected chronic ectopic pregnancy in a patient with chronic pelvic pain. *Int J Gynecol & Obstet* 1999; 64: 187-88.
 3. Turan C, Ugur M, Dogan M, Ekici E, Vicdan K, Gökmen O. Transvaginal sonographic findings of chronic ectopic pregnancy. *Eur J Obstet & Gynecol Reprod Biol* 1996; 67: 115-19.
 4. Levy NB, Goldberger SB, Batchelder CS. Chronic ectopic pregnancy. A survey of 54 cases. *S Afr Med J* 1984; 65:727-29.
 5. U_r M, Turan C, Vicdan K, Ekici E, O_uz O, Gökmen O. Chronic ectopic pregnancy: a clinical analysis of 62 cases. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1996; 36(2): 186-89.
 6. Williams SD, Gershenson DM, Horowitz CJ, Silva E. Ovarian germ-cell tumors. En: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC, (eds): *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. 3rd ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2000; pp 1059-1073.
 7. Sagae S, Kudo R. Surgery for germ cell tumors. *Semin Surg Oncol* 2000; 19: 76-81.
 8. Rogers WF, Shaub M, Wilson R. Chronic ectopic pregnancy: ultrasonic diagnosis. *J Clin Ultrasound* 1977; 5(4): 257-59.
-