

## Embarazo ovárico primitivo

*G. López García y J. M. Cebeiro*

El embarazo ovárico primitivo es poco frecuente, representando según Hertig<sup>12</sup> entre el 0,7 y el 1,07 % de todos los embarazos ectópicos.

En la tabla I, resumimos el número de embarazos ováricos primitivos publicados por diversos autores consultados.

A esta lista debemos añadir las series de Procope y Vesanto<sup>17</sup>, de diez casos más de embarazos ováricos primitivos entre 2.327 embarazos ectópicos, así como la de Tan y Jeo<sup>22</sup> de nueve.

En la tabla II se recoge la relación entre embarazos ováricos primitivos y ectópicos.

Comparando el número de embarazos ováricos con todos los embarazos, la relación varía según los diversos autores entre uno por cada 25.000 — 50.000<sup>3, 4, 5, 8, 12</sup>.

De la revisión efectuada deducimos que el número de embarazos ováricos primi-

tivos publicados, debe de ser de unos 250, que reúnen las condiciones precisadas por Spiegelberg<sup>20</sup> ya en 1878 y que se ven citadas, como decía Torre Blanco<sup>24</sup>, en todos los trabajos relativos a este proceso. Son las siguientes:

- 1.<sup>a</sup> Que la trompa del lado afecto esté intacta.
- 2.<sup>a</sup> Que el saco fetal ocupe la situación del ovario.
- 3.<sup>a</sup> Que el saco fetal esté en relación con el útero por el ligamento útero-ovárico.
- 4.<sup>a</sup> Que en las paredes del saco fetal se encuentre tejido ovárico.

Por lo tanto desde el punto de vista anatómopatológico, para establecer el diagnóstico de embarazo ovárico primitivo se han de comprobar las mencionadas condiciones propugnadas por Spiegelberg<sup>20</sup>. Nuestro caso creemos cumple estas condiciones.

TABLA I

<i>Autor</i>	<i>Año</i>	<i>N.º embarazos ováricos</i>
TURNER y WEISS ... ..	1951 ... ..	121
TABER y CROSSETT ... ..	1930-52 ... ..	50
PRESTON ... ..	1952 ... ..	84
BADEN y HEINS ... ..	1952 ... ..	100
HASELHORST ... ..	1953 ... ..	240
MOYERS y LACK ... ..	1958 ... ..	200
FETTIG ... ..	1960 ... ..	240
HARRISON ... ..	1960 ... ..	168

TABLA II

<i>Autor</i>	<i>Año</i>	<i>N.º embarazos ectópicos</i>	<i>N.º embarazos ováricos</i>	<i>%</i>
HERTIG	1951	110	1	0,91
HOFMAN	1952	65	1	1,54
BOSSERT y col.	1955	201	1	0,50
BABROW y col.	1956	587	1	0,17
ELLIS	1959	85	4	4,71
EACILE y col.	1961	316	1	0,32
BORONOW y col.	1965	146	4	2,74
PROCOPE y col.	1966	2.327	10	0,43

## HISTORIA CLÍNICA

Se trata de una enferma (M.D.G.) de 23 años, casada, que ingresa el 25-III-1971 con carácter de urgencia, por haber presentado un dolor intenso en región hipogástrica y ano-rectal, de forma brusca. Hizo después una deposición de aspecto normal, cediendo la crisis dolorosa aguda, pero persistiendo un dolor abdominal difuso que, comenzando en hipogastrio asciende por cara anterior de abdomen hasta epigastrio, con sensación de pinchazos que suben hasta región precordial y se irradian hacia hombro derecho. En algunos momentos el dolor es más intenso, acompañándose de náuseas, vómitos, sudoración fría y pérdida de conciencia momentánea.

Los antecedentes familiares carecen de interés.

Los antecedentes personales sólo refieren una apendicectomía realizada el 1-II-1966.

En los antecedentes ginecológicos se recoge que tuvo la menarquía a los 15 años, las reglas son de tipo 6/24-25 y la fecha de su U.R. 22-I-71.

En los antecedentes obstétricos refiere dos embarazos y partos normales anteriores. El primero el 19-II-67, a término, alumbrando una hembra viva de 3.280 g que vive sana. El segundo, el 25-IV-68, a término, nace una hembra viva de 3.500 gr, que vive sana.

Los demás datos de la anamnesis carecen de interés.

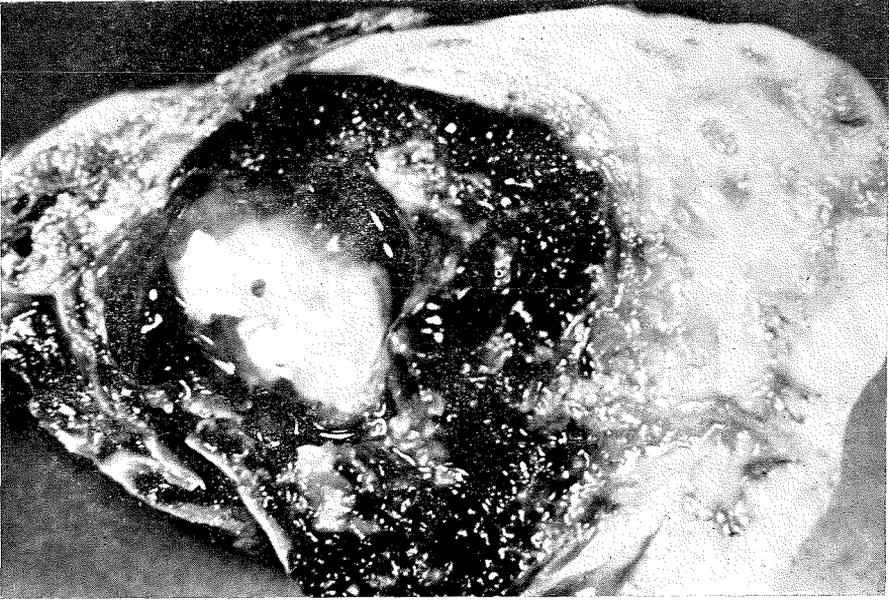


Fig. 1. Embrión perfectamente conservado en el centro del cuerpo amarillo gravídico.

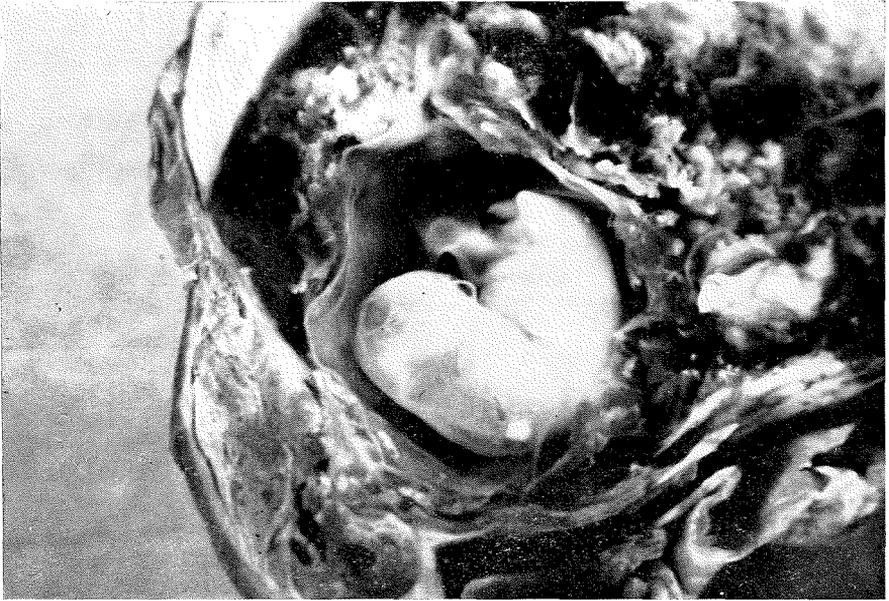


Fig. 2. Saco ovular abierto. Se aprecian claramente las vellosidades coriales.

A la exploración se encuentra una enferma de conformación normal, con palidez de piel y mucosas.

La auscultación cardíaca revela unos tonos puros y rítmicos, con una frecuencia cardíaca de 120 latidos/minuto. La T.A. máxima es de 95 y la mínima de 40 mm.

Auscultación pulmonar normal.

El abdomen es blando y depresible, simétrico y sin resaltes.

Dolor difuso a la palpación abdominal, más intenso en hipogastrio. No se palpa hígado ni bazo.

A la exploración ginecológica, el tacto combinado recoge un introito y vagina normales, útero ligeramente aumentado de tamaño, de consistencia reblandecida, en anteflexión, móvil y doloroso a la movilización. Los anejos izquierdos son normales. En anejos derechos se aprecia una tumoración del tamaño de una mandarina. El fondo de saco vaginal posterior está abombado y es doloroso al tacto.

#### *Datos analíticos*

Hematíes 2.800.000. Hb 8,6 g = 54 %. V. Globular 0,96. V. Hematocrito 24 %. Leucocitos 5.500 (E 1, C 1, S 67, L 25, M 6). Urea 32 mg %. Colesterina 146 mg %. Glucosa 100 mg %. Grupo Sanguíneo 0. Factor Rh (+).

Orina: D 1.040. Albúmina (—). Glucosa (—). Acetona (—). Urobilina (+). En sedimento abundantes uratos amorfos.

Prueba inmunológica de embarazo, positiva.

Se practica una Punción de Fondo de saco de Douglas, que es positiva.

Con el diagnóstico de embarazo ectópico se practica una laparotomía infraumbilical media.

#### *Hallazgos*

Hemoperitoneo de unos 350 c.c. El ovario derecho está aumentado de tamaño, observándose un saco ovular en su misma situación. La trompa de ese lado está

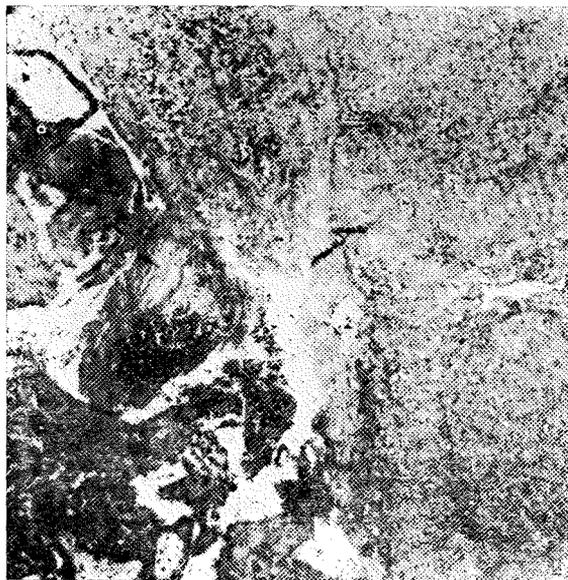


Fig. 3. Cuerpo amarillo y vellosidades coriales.

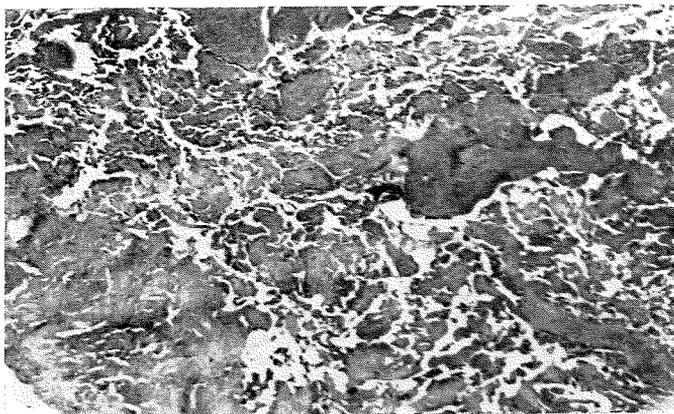


Fig. 4. Vellosidades coriales.

perfectamente conservada e independiente del ovario. El ligamento útero-ovárico derecho se delimita correctamente.

El estudio anatomopatológico demuestra la existencia de vellosidades coriales en contacto con el cuerpo amarillo gravídico. Es de destacar la buena conservación del embrión (figs. 1, 2, 3, 4).

#### DISCUSIÓN

Existen diversas teorías para explicar la patogenia del embarazo ovárico primitivo. Se distinguen dos formas fundamentales: intrafolicular y extrafolicular.

La forma intrafolicular es la más frecuente<sup>17</sup> y en su etiología se baraja la posibilidad de dificultades de ruptura adecuada en la pared del folículo por defectos enzimáticos.

El estudio de un cuerpo amarillo hemorrágico demuestra en ocasiones tejido trofoblástico infiltrando sus paredes entre tejidos necróticos y hemorrágicos. El hallazgo de un embrión intacto en el interior de un cuerpo amarillo es excepcional

como afirman Delarue y Gouygou<sup>6</sup>. Nuestro caso corresponde a esta forma intrafolicular, siendo en especial interesante por la perfecta conservación del embrión.

La forma extrafolicular piensan algunos autores<sup>4, 19, 22</sup> que puede ponerse en relación con problemas mecánicos condicionados por procesos inflamatorios, endometriosis o disfunciones tubáricas. Su frecuencia es menor (1/10) que la de la variedad intrafolicular según Haselhorst<sup>10</sup>.

Fenómenos de partenogénesis son invocados por algunos autores<sup>18</sup>, hecho relacionado también con el desarrollo de tumores ováricos<sup>11</sup>.

Piven y col.<sup>15</sup>, así como Teitze<sup>23</sup> señalan la relación que ellos encuentran en sus casos con el empleo de dispositivos intrauterinos como método contraceptivo.

El pronóstico de estos embarazos es infausto. El 75 % se interrumpen ya en el primer trimestre, el 87 % en el segundo trimestre y del resto (13 %) el 67 % mueren antes de nacer y los demás suelen tener malformaciones importantes, según Baden y Heins<sup>3</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. BABRO, M, y L. B. WINKELSTEIN. *Am. J. Surg.*, 91: 991, 1956.
2. BACILE, V. A. y W. NAGLER. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 81: 321, 1961.
3. BADEN, W, y O. H. HEINS. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 64: 353, 1952.
4. BORONOW, R. C., T. M. McELIN, R. H. WEST y J. C. BUCKINGHAM. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 91: 1095, 1965.
5. BOSSERT, L. J., G. B. HAYDON, R. COITH y E. L. TIOSECO. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 69: 1366, 1955.
6. DELARUE, J. y C. GOUYGOU. En *La grossesse extra-utérine*. P. Funck-Brentano. Masson. Paris, 1961.
7. ELLIS, R. W. *Obst. Gynec.* 14: 54, 1959.
8. FETTIG, O. *Zbl. Gynäk.*, 82: 1641, 1960.
9. HARRISON, D. L. *Practitioner*, 185: 675, 1960.
10. HASELHORT, G. *Seith-Amreich, Biologie und Pathologie des Weibes*. Bd. IX-663, München-Berlin-Wien, 1953.
11. HERRANZ, G. y J. J. VÁZQUEZ. *Rev. Med. Univ. Navarra*, 2: 115, 1964.
12. HERTIG, A. T. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 62: 926, 1951.
13. HOFMAN, T. R. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 64: 1173, 1952.
14. MOYERS, E. D. y A. LACK. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 76: 518, 1958.
15. PIVEN, M. S., K. A. BAER y T. V. ZACHARY. *JAMA*, 201: 107, 1967.
16. PRESTON, F. G. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 63: 470, 1952.
17. PROCOPE, B. J. y T. VESANTO. *Acta Obstet. Gynec. Scand.*, 44: 534, 1966.
18. SHATZ, R. M., B. A. DAVIS y M. M. GELFAND. *Canad. Med. Assoc. J.*, 100: 960, 1969.
19. STINGL, A. *Zbl. Gynäk.*, 61: 997, 1959.
20. SPIEGELBERG, O. *Arch. Gynäk.*, 13: 73, 1878.
21. TABER, R. E. y E. S. CROSSETT. *Am. J. Surg.*, 83: 41, 1952.
22. TAN, K. K. y O. H. JEO. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 100: 240, 1968.
23. TEITZE, C. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 101: 275, 1968.
24. TORRE BLANCO, J. *Embarazo extrauterino*. Editorial Paracelso, Madrid, 1923.
25. TURNER, S. J. y M. WEISS. *Am. J. Surg.*, 81: 368, 1951.