
Embarazo ectópico esplénico primario de 12 semanas. Primer reporte internacional.

Primary splenic ectopic pregnancy of 12 weeks. First international report.

Gustavo Rubio Coronel *
Carlos Miranda Zavala **

RESUMEN

El embarazo esplénico primario logró desarrollarse hasta la doceava semana, momento en que se produjo la ruptura esplénica y del saco amniótico, en una paciente de 36 años de edad, que había sido sometida a salpingectomía. Materiales y métodos: Del bazo con el saco gestacional y el feto de 12 semanas, se tomaron muestras del sitio de implantación de la placenta en el polo inferior esplénico. Estas muestras fueron procesadas de manera convencional con formaldehído al 10%, deshidratada en alcohol etílico, en xilol e incluidas en bloques de parafina, cortado con el micrótopo y teñido con Hematoxilina y Eosina. Resultados: las características histopatológicas demostraron múltiples vellosidades placentarias cubiertas por células trofoblásticas, que invaden el parénquima esplénico rodeada de zonas de hemorragia, infiltrado leucocitario, una capa decidual delgada, depósitos de fibrina. Trofoblastos implantados y penetrando en los vasos lacunares. Hay áreas de necrosis residual y hemorragia reciente y antigua. Morfológicamente la constitución orgánica del feto presentó un desarrollo normal para el tiempo de gestación, el marcado edema en la región cefálica que correspondió a un Higroma fetal. Conclusiones: Este embarazo ectópico esplénico pudo desarrollarse hasta las 12 semanas de gestación por haberse implantado en un órgano hematopoyético del cual adquirió los nutrientes y por el reposo prolongado de la paciente. El higroma quístico puede haberse presentado como probable incompatibilidad de grupo sanguíneo.

Palabras clave: Embarazo ectópico esplénico. 12 semanas de gestación. Vellosidades placentarias. Invasión trofoblástica esplénica. Salpingectomía. Laparoscopia.

SUMMARY

The primary splenic pregnancy was developing until the twelfth week, when the splenic and the amniotic sac broke, in a 36 years old patient, who had undergone salpingectomy. Materials and methods: samples of the implantation place of the placenta were taken from the spleen with the gestational sac and the 12-week-old fetus. These samples were taken from the lower spleen pole. These samples were processed in a conventional way with formaldehyde 10% solution, dehydrated in ethyl alcohol, xilol and included in paraffin blocks, cut with the microtome and stained with Hematoxylin and Eosin. Results: The histopathologic features showed multiple placental hairiness covered with trophoblastic cells, which invade the splenic parenchyma surrounded by bleeding areas, leukocytal infiltration, a thin decidual layer, fibrin deposits, implanted trophoblasts penetrating lacunal vessels. There are residual necrosis areas and recent and former hemorrhages. Morphologically the organic constitution of the fetus showed a normal development for the gestation period, the marked edema in the cephalic region that corresponded to a fetal Hygroma. Conclusions: This splenic ectopic pregnancy was able to develop for 12 weeks of gestation because it was implanted in a hematopoietic organ from which it acquired nutrients and because of the patient's prolonged rest. The cystic hygroma could have come up because of a probable blood incompatibility.

Key words: Splenic Ectopic Pregnancy. 12 weeks of gestation. Placental hairiness. Splenic trophoblastic invasion. Salpingectomy. Laparoscopy.

Introducción

El embarazo ectópico consiste en la implantación de la placenta en una localización distinta a la cavidad endometrial. La mayoría de los casos ocurre en las trompas de Falopio (85%). Sin embargo, se puede ubicar en otros lugares anatómicos. Su frecuencia es de 1 de 150 embarazos^{1,6}.

Existen factores de riesgo, el más importante es la enfermedad inflamatoria pélvica que va de la mano con las enfermedades de transmisión sexual (ETS), la más importante de las cuales por su frecuencia de asociación es la chlamydia. Otros factores son la infertilidad, endometriosis, tumores uterinos, salpingitis crónica, adherencias peritubáricas, cirugía previa, salpingectomías (18%), uso de dispositivo intrauterino (DIU), duchas vaginales inadecuadas, promiscuidad sexual. Las alteraciones hormonales con fase lútea corta alteran la motilidad tubaria e incrementan la incidencia de embarazo ectópico. Sea cual fuere su ubicación, su desarrollo es normal, con la formación de tejido placentario, saco amniótico y feto, y en el sitio de implantación se desarrollaron cambios deciduales, así como en el endometrio, pese a no ser el sitio de implantación^{1,2,3,7,8,13}.

En el caso de embarazo tubárico, la placenta se halla mal insertada en dicha pared, pudiendo crecer tanto hasta generar una ruptura, hemorragia intraperitoneal y shock. El tratamiento consiste en salpingectomía; laparoscopia o laparotomía exploradora en implantaciones no tubarias, existiendo la alternativa del tratamiento con metotrexate.

La sintomatología incluye dolor abdominal intenso, varias semanas luego de un período menstrual; a veces hay sangrado irregular, elevación de la gonadotropina coriónica humana (HCG), velocidad de sedimentación, PCR, leucocitosis con neutrofilia, elevación del Ca125. El nivel de corte es de 2000 IU de HCG sin presencia de saco gestacional intrauterino demostrable por ultrasonido^{4,5,9,11}.

Si bien es posible el diagnóstico por examen físico, la ecografía transvaginal en particular en modo Doppler es la regla de oro en estos casos. La punción transvaginal evidencia hemoperitoneo con sangre que característicamente no coagula^{14,15}.

De los casos estudiados, Dalter et al demostró que el 80-90% de los casos fueron a nivel ampular, 5-10% en el istmo, 5% en las fimbrias, 1-2% en la zona cornual, 1-2% abdominal, menos del 1% en ovario y menos de 1% en cérvix.

El objetivo del presente caso es demostrar la formación de tejido placentario con saco amniótico y feto implantado y que invade el tejido esplénico, desde el aspecto histopatológico y la correlación clínico-ginecológica y quirúrgica.

Materiales y métodos

El presente trabajo se basa en el estudio Histopatológico del tejido esplénico con la implantación ectópica de un feto de 12 semanas de evolución gestacional y su correlación clínico-ginecológica de una paciente de 36 años sexo femenino, que presentó un cuadro clínico de dolor abdominal de tres semanas de evolución e intensidad creciente, con anemia, dispepsia, náusea, vómito. Inicialmente tratada por el gastroenterólogo con el diagnóstico de gastritis, fue sometida a endoscopia sin resultados concluyentes.

Al ser derivada al ginecólogo se diagnosticó abdomen agudo tomándose la decisión de abordaje quirúrgico inmediato (laparoscopia), observándose hemorragia masiva originada en hemiabdomen superior, por lo que se efectúa laparotomía con el hallazgo de estallido del bazo por embarazo de implantación esplénica, recuperándose feto de 12 semanas de evolución y efectuándose esplenectomía y limpieza quirúrgica de la cavidad abdominal. La paciente evolucionó de manera favorable. Se efectúa estudio histológico del bazo, feto, placenta y vellosidades coriales.

Resultados

Se analizó el bazo con el embarazo ectópico para lo cual se practicaron las biopsias del sitio de inserción placentaria y de la autopsia del feto se obtuvieron muestras para el posterior estudio histopatológico del mismo.

Desde el punto de vista macroscópico, se observó al bazo con implantación en el polo inferior de placenta con feto de 12 semanas el bazo mide 11 x 6,5 x 3 cm. Foto 1.

Foto 1



Bazo de 11 x 6,5 x 3 cm, en cuyo polo inferior se encuentra implantado un feto de 12 semanas. Fijado con formol.

Fuente: Gustavo Rubio Coronel / Dr. Carlos Miranda, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

En el polo inferior presenta la implantación de una placenta cuyo disco placentario mide 5 cm de diámetro y un espesor de 1,7 cm. Las vellosidades coriónicas están alargadas de color rosado pálido, la misma que recubren una membrana en la que se observa una implantación excéntrica de un cordón umbilical que mide 8,5 x 0,5 cm. Foto 2 y 3.



Nótese la implantación de la placenta en el polo inferior esplénico, con su disco placentario (5 cm). Además se observa las vellosidades coriónicas alargadas, color rosa pálido, recubriendo una membrana donde se implanta el cordón de 8,5 x 0,5 cm.

Fuente: Dr. Gustavo Rubio Coronel / Dr. Carlos Miranda, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Y está unido a un feto de 12 semanas. El feto mide 9 cm. Desde la región cefálica a la sacrococcígea y 11,5 cm. de longitud (ponto pedálico) de la región cefálica a la región del talón. El diámetro cefálico mide: 4,3 cm. El diámetro del cuello es de 2,5 cm. Presenta una lesión ampollosa por acumulación de líquido especialmente prominente en la parte blanda del cuello o posnucal. Foto 4.

Foto 4

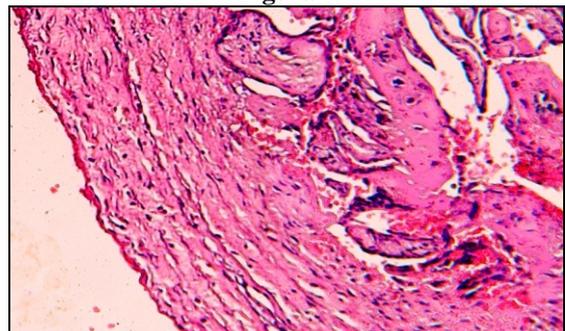


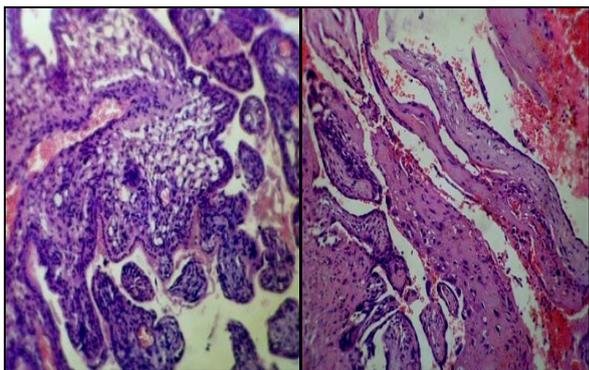
El feto mide 9 cm (de la región cefálica a la sacrococcígea), y 11,5 cm (ponto-podálico), 2,5 cm. (diámetro del cuello). Nótese acumulación de líquido, que genera una lesión ampollosa en la zona posnucal. Dr. Gustavo Rubio Coronel / Dr. Carlos Miranda, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

El diámetro torácico es de 3,5 cm.; el diámetro abdominal es de 2,6 cm. El pabellón auricular no está bien desarrollado, ojos, nariz y boca de aspecto normal, lengua, paladar y mandíbula de aspecto normal. El feto peso 42g.

Al examen histopatológico del parénquima esplénico en la región de implantación del feto, se observo la presencia de múltiples vellosidades coriónicas cubierto de células del cito y sincitiotrofoblastos penetrando al tejido esplénico. La invasión de algunas vellosidades coriónicas que están distendidas por líquidos y ciertas de ellas carecen de vasos sanguíneos a manera de degeneración hidrópica. Figura 1.

Figura 1

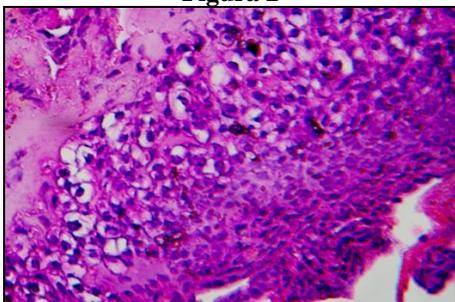




Nótese infiltración de las vellosidades coriónicas en el tejido esplénico, células del cito y sincitiotrofoblástico. Las vellosidades están distendidas (degeneración hidrópica). 250x. Dr. Gustavo Rubio Coronel, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

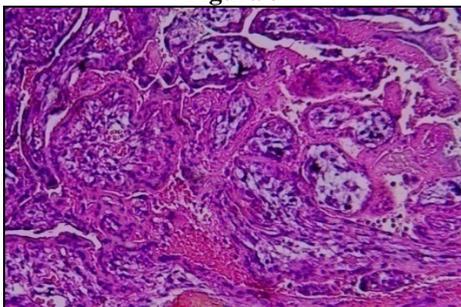
El parénquima esplénico congestivo tiene áreas de hemorragia. En la zona de inserción del saco está constituida por un zócalo conjuntivo infiltrado de células inflamatorias. La capa decidual es muy delgada. Figura 2 y 3; la mayor parte de ella ausente dislacerada con hemorragia y depósito de fibrina y vellosidades coriónicas inmaduras. Hay elementos trofoblásticos penetrando en los vasos lacunares. Además presenta vesícula umbilical y un corion velloso.

Figura 2



Nódulos linfoides esplénicos con transformación decidual de las células linfáticas y retículoendoteliales. 400x. Dr. Gustavo Rubio Coronel, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

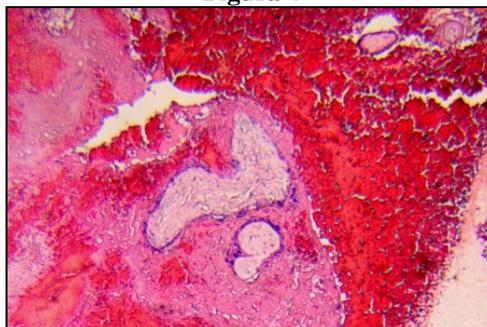
Figura 3



Se observa invasión de las vellosidades coriónicas en el parénquima esplénico a nivel de los sinusoides. 250x. Dr. Gustavo Rubio Coronel, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Junto a reacciones mesoteliales quísticas o pseudopapilares; se observan vasos lacunares rellenos de sangre hemolizada con una red fibrilar de revestimiento. Y áreas de necrosis residual con infiltrado de neutrófilos, trombosis de los vasos sanguíneos deciduales y abundante hemorragia reciente y antigua en la decidua necrótica. Figura 3. La placenta tuvo su invasión y zona de inserción del saco gestacional a manera de zócalo en los capilar de la serosa en la cápsula esplénica Figura 1 y 5.

Figura 4



Nótese vasos lacunares llenos de sangre hemolizada y red fibrilar de revestimiento, necrosis decidual, infiltrado con neutrófilos, trombosis de vasos deciduales, hemorragia antigua y reciente. Invasión a la placenta y saco gestacional insertado en la serosa esplénica. 400x. Dr. Gustavo Rubio Coronel, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Características clínicas de la paciente y diagnóstico

La paciente tiene 36 años de edad, casada, nivel socioeconómico y cultural altos.

Entre sus antecedentes consta cistectomía por Quiste de ovario a los 19 años de edad.

Gesta tres, para 0, tres cesáreas: la primera a los 23 años, por circular de cordón; la segunda, iterativa, a la semana 36 (motivos de prematuridad no establecidos) a los 27 años y la última a los 28 años de edad, también iterativa, y durante la cual se efectúa una plastia vesical (ectopia iatrogénica) y de pared abdominal.

A los 34 años de edad se efectúa cistectomía de ovario, miomectomía (tumorações subserosas de pequeño diámetro) y SALPINGECTOMÍA SEGÚN TÉCNICA DE LIPMANN-ERBHARDT. Previamente la paciente tomaba anticonceptivos orales.

Tiene antecedentes de déficit nutricional por trastorno no específico de la conducta alimentaria. El cuadro clínico se inicia tres semanas antes del episodio agudo tema de este trabajo, debutando con meteorismo, náusea, malestar general, dolor

generalizado en abdomen que crece rápidamente en intensidad hasta llegar a ser muy severo a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo, pero sin ceder en el resto del abdomen. Igualmente, el meteorismo se intensifica hasta producir un moderado balonamiento abdominal. Presentaba además discreta hipertermia y anemia.

La paciente estaba bajo tratamiento por el gastroenterólogo con el diagnóstico presuntivo de gastritis durante estas dos semanas.

En este punto de la evolución de su enfermedad, se efectúa la consulta con el ginecólogo, cuatro horas antes de su intervención quirúrgica, observándose un evidente abdomen agudo, con dolor muy intenso, marcada resistencia peritoneal, palidez, lipotimia. Se indica intervención quirúrgica inmediata bajo el diagnóstico tentativo de apendicitis aguda perforada. El hemograma preoperatorio demuestra leucocitosis (16000 leucocitos) y neutrofilia.

Intervención Quirúrgica

La paciente fue intervenida en el área de Cirugía, de la Clínica Kennedy Policentro de la ciudad de Guayaquil.

Bajo anestesia general se efectuó laparoscopia a través de trocar periumbilical de 10mm., en la cual se observó:

Hemoperitoneo importante, con sangre roja rutilante y coágulos negruzcos entremezclados, evidenciando hemorragia prelaparoscópica.

La serosa uterina y tubárica así como el peritoneo pélvico son marcadamente congestivas, inflamatorias, se observó salpingectomía bilateral. No se observó signo de embarazo en útero o anexos.

La exploración laparoscópica no permite el diagnóstico preciso del origen de la hemorragia, excepto que proviene de hemiabdomen superior, por lo que se efectuó laparotomía inmediata por incisión media, en el curso de la cual se explora toda la cavidad abdominal, y se descarta ruptura hepática por trauma. Al explorar el bazo se observa ruptura de su polo inferior con abundante hemorragia.

Al traccionar el bazo para perfeccionar su exploración se produce el estallido del mismo, con salida de un feto normalmente desarrollado, de 12

semanas de evolución, cordón umbilical y placenta con sus respectivas vellosidades coriales. Se efectúa disección de la cápsula esplénica, de los vasos y ligamentos esplénicos, los cuales son seccionados y ligados individualmente con sutura transfixiva (catgut crómico 0), y se extrae el bazo.

Se instala dren tipo Blake, se efectúa limpieza e irrigación de cavidad con solución de cefalosporina, control de compresas, y se cierra la incisión por planos. Se efectuó transfusión sanguínea per y post operatoria.

La evolución post operatoria tanto inmediata como a distancia fue excelente.

Discusión

De los reportes analizados a nivel internacional se encuentra que Kalof A. et al (Universidad de Stanford, Burlington), reporta 9 embarazos ectópicos esplénicos del año 1977 al 2003, cuyo tiempo de gestación es de 6 a 8 semanas.

Lo interesante en el caso analizado es que el tiempo de gestación sobrepasó las 12 semanas, algo inédito hasta la actualidad. Se podría deducir que debido a la implantación en el bazo, órgano hematopoyético rico en capilares, la nutrición del feto fue adecuada para su desarrollo.

Los antecedentes de la paciente son de importancia en los siguientes aspectos:

La paciente tiene antecedentes de salpingectomía, y no manifestó alteraciones menstruales, por lo que el nivel de sospecha para embarazo fue muy bajo. Por este motivo, no se practicaron pruebas de embarazo (HCG, progesterona, etc.) ni ecografía, aunque ante el cuadro abdominal sin diagnóstico preciso una ecografía de hemiabdomen superior debió practicarse durante las semanas de evolución de su cuadro clínico.

Existen antecedentes de déficit nutricional crónico por desorden alimentario inespecífico, por lo que la anemia y la lipotimia no jugaron el papel que debieron tener en las consideraciones diagnósticas.

Incluso durante la laparoscopia no se observó el aparato reproductor (ovarios) cuerpo lúteo ni otro signo de embarazo, pero sí evidencia de enfermedad inflamatoria pélvica.

Se sospecha que existe involucrado en los embarazos ectópicos una patología sobreañadida importante como podría ser la presencia de una

inmotilidad ciliar o una disfunción del peristaltismo tubario, de origen inflamatorio o disfuncional (hormonal) con alteración en el citoesqueleto de los microtúbulos, que impide el avance del óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio, ocasionando la implantación a través de las fimbrias de manera ectópica. Pueden también estar involucrados factores inmunológicos, particularmente en los casos de endometriosis. En este caso, la salpingectomía probablemente ocasionó fístula, vía probable seguida por los espermatozoides hasta el óvulo, el cual salió a la cavidad abdominal, y por la motilidad intestinal y el ejercicio físico rodó hasta implantarse en el polo esplénico inferior, tal vez con intervención de su tropismo intrínseco^{10,12,15}.

Teóricamente, la salpingectomía tipo Lipmann-Erbhardt, como se habría practicado en esta paciente ofrece nula posibilidad de fistulización, en contraste con la incidencia mucho mayor observada después de salpingectomías tipo Pomeroy, por ejemplo, debido a que el Lipmann los muñones tubarios se separan ampliamente desde el inicio mismo de la intervención. La salpingectomía es un factor de riesgo para embarazo ectópico, siendo su incidencia del 18% de todos los embarazos ectópicos. Inclusive en la literatura mundial se han reportado 30 casos de embarazo ectópico post histerectomía^{10,12}. No se obtuvieron datos precisos sobre mortalidad materna; pero en los casos de ruptura de aneurisma esplénico durante embarazo, es del 75%.

Referencias bibliográficas

1. Bouyer J, et al: Sites of ectopic pregnancy: a 10-year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod; 17: 3224-3230. 2002.
2. Caruso V. et al. Primary abdominal pregnancy in the spleen. A case report. Pathology, volume 16, Issue 1 January, pages 93-94, 1984.
3. Cormio G: Primary splenic pregnancy: A case report. Journal of reproductive medicine, Bari-Italia, 48 (6): 479-481, 2003.
4. Huber D.: A case report of splenic pregnancy. ANZ Journal of surgery, Randwick – Australia, 54 (1): 81-82, 2008.
5. Kahn JA, et al: A spleen pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand; 68:83-84, 1989.
6. Kalof A: Splenic pregnancy: a case report and review of the literature. Archives of pathology and laboratory medicine, Stanford-USA, 128 (11): 146-148, 2004.
7. Larkin JK, et al: Primary splenic pregnancy with intraperitoneal bleeding and shock: a case report. Iowa Med.; 78:529-530, 1988.
8. Mankodi R.: Primary splenic pregnancy. BJOG An international journal of obstetrics and gynaecology, Bombay – India, 84 (8): 634-635, 2005.
9. Nishikawa T. A case of primary pregnancy on the surface of the spleen. Acta Obstetrica et Gynaecologica Japonica. 2002.
10. Peterson H, et al: The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. The New England Journal of Medicine.; 336: 762-767, 1997.
11. Reddy K.: Intraperitoneal bleeding due to primary splenic pregnancy. British journal of surgery, 70 (9): 564, 2005.
12. Silva Solovera - Servicio Obstetricia y Ginecología: Embarazo ectópico, Revisión bibliográfica 1992-2003. Hospital Dr. Sotero del Rio. Chile.
13. Tantachamroon T et al: Primary splenic pregnancy. J Med Assoc Thai. 69:495-499, 1986.
14. Yackel D.: Splenic pregnancy – case report. Obstetrics & Gynecology, British Columbia – Canada, 71: 471-472, 1988.
15. Yagil Y: Splenic pregnancy: The role of abdominal imaging. J. Ultrasound Med, 26 (11): 1629-1632, 2007.

Dr. Gustavo Rubio Coronel
Teléfonos: 593-09-9480647
Correo electrónico: drgrubio@yahoo.com
Fecha de presentación: 04 de diciembre de 2008
Fecha de publicación: 30 de diciembre de 2008
Traducido por: Instituto de Cultura, Arte, Idioma y Multimedia. Responsable: Estefanía Padilla V.