



## REPORTE DE CASO

# EMBARAZO ECTÓPICO ESPLÉNICO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

## Splenic ectopic pregnancy: a case report and literature review

Oscar Andrés Franco, M.D.\*, Natalia Olaya, M.D., Ph.D.\*\*

Recibido: septiembre 17/08 - Aceptado: febrero 18/09

### RESUMEN

El embarazo esplénico primario es considerado la forma más rara de embarazo extrauterino, con sólo pocos casos bien documentados reportados. En el presente reporte se informa un caso de embarazo esplénico en una mujer de 32 años con historia de aborto recurrente, que se presentó con cuadro de abdomen agudo y hemoperitoneo. El embarazo esplénico requiere esplenectomía de urgencia y debe ser considerado en el diagnóstico diferencial en mujeres en edad reproductiva con aborto recurrente y abdomen agudo.

**Palabras clave:** embarazo ectópico, aborto recurrente, bazo.

### SUMMARY

Primary splenic pregnancy is considered to be the rarest form of extrauterine pregnancy, only a few well-documented cases having been reported. We report a case of splenic pregnancy in a 32-year-old woman having poor obstetric history, presenting acute abdomen and haemoperitoneum. Splenic pregnancy requires an emergency splenectomy and should be considered in the differential diagnosis

of acute abdomen in reproductive-aged women, particularly if they have had recurrent abortions.

**Key words:** spleen, miscarriage, ectopic pregnancy.

### INTRODUCCIÓN

El embarazo abdominal primario es definido como un embarazo ectópico que se implanta primariamente en una superficie peritoneal.<sup>1</sup> Se excluyen aquellos casos de implantación secundaria a ruptura de un embarazo ectópico localizado en la trompa uterina.<sup>2</sup> Aproximadamente 1,3% de los embarazos ectópicos son abdominales<sup>3</sup> y han sido reportados en una variedad de órganos fuera de la pelvis, incluyendo omento, hígado, intestino delgado e intestino grueso.

El bazo es uno de los sitios más raros de gestación ectópica. Para el año 2004 habían reportados sólo 9 casos en la literatura inglesa.<sup>2</sup> Nosotros reportamos un caso de embarazo ectópico esplénico en una paciente con diagnóstico preoperatorio de ectópico roto y hemoperitoneo. Sin embargo, el diagnóstico de embarazo esplénico fue sospechado con los hallazgos intraoperatorios y confirmado por el estudio patológico. Es necesario un diagnóstico oportuno con esplenectomía de urgencia, por el alto riesgo de exanguinación y muerte.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años con un antecedente ginecológico de cinco abortos y ningún parto a

\* Residente. Departamento de Patología, Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: andresfranco82@hotmail.com

\*\* Patóloga. Ph.D en ciencias. Departamento de Patología, Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

término. Con 7 semanas de amenorrea, consultó al servicio de urgencias por dolor abdominal de inicio súbito, que posteriormente se irradió a hombro izquierdo sin sangrado vaginal. Al realizar el examen físico de ingreso se encontraba en condiciones generales regulares, con palidez mucocutánea generalizada, taquicardia, dolor en epigastrio y hemiabdomen izquierdo a la palpación del abdomen.

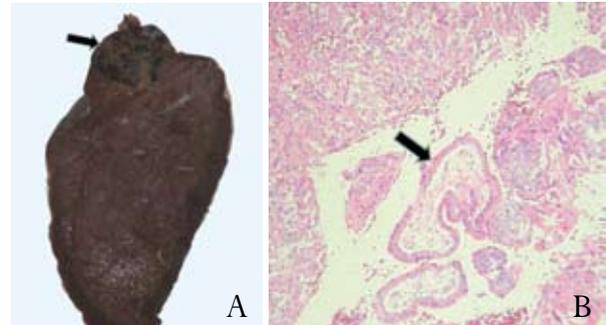
Se le realizó cuantificación de gonadotropina coriónica humana, cuyos valores informados fueron 21,931, 15 mU/mL, correspondientes a una gestación entre 7 y 12 semanas. La ecografía pélvica mostró útero de 7,2 x 4,1 cm vacío y gran hemoperitoneo. Se decidió practicar laparotomía exploratoria por sospecha de ruptura de embarazo ectópico con hemoperitoneo.

En la cirugía se encontraron 1000 mL de sangre dentro de la cavidad peritoneal. El bazo presentaba una lesión hemorrágica que comprometía el polo inferior; no se observaron adhesiones fibrosas alrededor de las trompas uterinas y los ovarios; no se identificó embarazo tubárico. Se realizó una esplenectomía simple sin complicaciones.

## HALLAZGOS PATOLÓGICOS

Macroscópicamente el bazo pesó 69 g y midió 10,5 x 6 x 1,5 cm. La cápsula era lisa, sin adherencias y en el polo inferior se identificó área cruenta y hemorrágica de 2 cm con una proyección polipoide. Al corte se observó un nódulo sólido de 2 cm de diámetro, esférico, bien delimitado, no encapsulado, con áreas de hemorragia color café y otras áreas vellosas. Al examen microscópico el nódulo descrito correspondió a un hematoma subcapsular con disrupción de la cápsula. En la profundidad se observaron múltiples vellosidades coriónicas inmaduras y trofoblasto intermedio invadiendo el parénquima esplénico. No se identificaron partes fetales (**figura 1**).

**Figura 1. A.** Nódulo de 2 cm con proyección polipoide, localizado en el polo inferior del bazo. **B.** Vellosidades coriónicas del primer trimestre invadiendo un parénquima esplénico normal (hematoxilina-eosina, magnificación original 100x).



## DISCUSIÓN

La ruptura espontánea del bazo, secundaria a un embarazo ectópico, es excepcional; sin embargo, siempre se debe tener en mente en casos de abdomen agudo quirúrgico. La presentación clínica en la mayoría de los casos es dominada por los signos y síntomas de shock y hemoperitoneo.<sup>4</sup> En conjunto, los embarazos abdominales tienen tasas de mortalidad de 5,1 por 1000 casos, lo cual incrementa el riesgo en 7,7 y 90 veces si se comparan con otros embarazos ectópicos y embarazos intrauterinos respectivamente.<sup>1</sup> El riesgo es mayor si no existe un diagnóstico preoperatorio seguro, como es el caso de la mayoría de los embarazos esplénicos. Para que un embarazo ectópico sea considerado como abdominal primario, debe cumplir los tres criterios de Studdiford:<sup>5</sup>

1. Las trompas uterinas y los ovarios son microscópicamente normales y no existe evidencia de daño reciente.
2. No hay evidencia de fístula útero-placentaria.
3. Embarazo de menos de doce semanas de gestación, con elementos trofoblásticos relacionados exclusivamente a la superficie peritoneal.

En nuestro caso estos criterios se cumplieron a cabalidad. Sin embargo, el último criterio es discutible, ya que encontramos un caso bien documentado de embarazo esplénico en el tercer trimestre de gestación.<sup>6</sup>

En el 2004 se publicó un estudio donde se revisaron nueve casos de embarazo esplénico y se reportó un nuevo caso. Los resultados de dicho estudio fueron los siguientes:<sup>2</sup> el promedio de edad de presentación fue 27,3 años con un rango entre 23 a 37 años. La mayoría de las pacientes consultaron por dolor abdominal en el cuadrante superior izquierdo, que se irradiaba al hombro ipsilateral. Ocho de los casos fueron diagnosticados como embarazo ectópico roto y todas las pacientes sobrevivieron. El sitio de implantación varió y se reportaron casos en los polos superior e inferior y en el hilio. Muchas gestaciones se presentaron con proyecciones capsulares y todas tenían localización subcapsular. No se identificaron partes fetales en ninguno de los casos reportados.

Nuestro caso tiene un comportamiento similar a la mayoría de los reportados, tanto en la presentación clínica como en los hallazgos anatomopatológicos. Por otra parte, es interesante el antecedente ginecológico de abortos recurrentes antes del embarazo esplénico. Se ha reportado que el aborto recurrente es un factor de riesgo para embarazo ectópico. En general, los factores de riesgo asociados con embarazo ectópico abdominal son los mismos que se han identificado para los de otros sitios. Los factores de riesgo aceptados para desarrollar un embarazo ectópico son: historia de enfermedad pélvica inflamatoria, múltiples compañeros sexuales, historia de infertilidad, uso de dispositivo intrauterino y consumo de cigarrillo.<sup>7-9</sup> Aunque la asociación con el antecedente de aborto espontáneo difiere entre estudios, se ha reportado que la fuerza de asociación aumenta con 3 o más abortos previos.<sup>10</sup> Terminamos esta discusión con la pregunta que el lector se debe estar haciendo desde el título: ¿cómo se implanta un embarazo en el bazo? La respuesta parece ser la misma para cualquier embarazo abdominal, la fertilización se

realiza en la cavidad peritoneal con la subsiguiente implantación en la superficie de uno de los órganos abdominales.<sup>5</sup>

Esperamos contribuir con el presente caso a la escasa casuística mundial y en particular a la de Latinoamérica, en donde no se han reportado casos de embarazo esplénico hasta la fecha.

## REFERENCIAS

1. Atrash HK, Friede A, Hogue C. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality. *Obstet Gynecol* 1987;69:333-7.
2. Kalof A, Fuller B, Harmon M. Splenic Pregnancy: a case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 2004;128:e146-8.
3. Bouyer J, Coste J, Fernández H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10-year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002;17:3224-30.
4. Michaud P, Robillot P, Tescher M. Spontaneous rupture of the spleen in relation to a splenic pregnancy. Apropos of a case. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1988;83:281-2.
5. Studdiford WE. Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1942;44:487-91.
6. de Graaff J, Pijpers PM. Spontaneous rupture of the spleen in third trimester of pregnancy. Report of a case and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1987;25:243-7.
7. Karaer A, Avsar F, Batioglu S. Risk factors for ectopic pregnancy: A case-control study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006;46:521-7.
8. Ankum WM, Mol BW, van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1996;65:1093-9.
9. Doyle MB, Decherney AH, Diamond MP. Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1991;18:1-17.
10. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernández H, Gerbaud L, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control. Population-based study in France. *Am J Epidemiol* 2003;157:185-94.

**Conflicto de intereses:** ninguno declarado.