

Tratamiento Médico con Metotrexate en Embarazo Ectópico

PRESENTACION DE UN CASO

Dr. Carlos Alberto Gómez Fajardo*

Observación realizada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del I.S.S., Clínica León XIII, Medellín, Colombia. El autor agradece la colaboración del grupo de ginecólogos de este servicio y en especial la del Dr. Gustavo Casas Vásquez, quien realizó el diagnóstico laparoscópico del caso que se presenta.

HISTORIA CLINICA

Historia clínica No. 021135325. (M. de H.). Paciente de 31 años de edad, casada, domiciliada en Medellín. Consultó por cuadro de veinte días de evolución de dolor abdominal bajo, caracterizado por intervalos de exacerbación y remisión y acompañado de sangrado vaginal intermitente en moderada cantidad. Prueba inmunológica de Embarazo (en sangre) del 9 de julio de 1987: Positiva.

Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos: Menarca: 11 años. Ciclos menstruales previos: Regulares, cada 28–30 días. Fecha de la última menstruación normal: 10 de mayo de 1987. G: 3. P: 2. A: 1. Hijos Vivos: 2. último parto: Hace 7 años. Planificó con anticonceptivos inyectables. (Última amp. I.M. de Perlutal en enero de 1987). No ha utilizado D.I.U. No relata antecedentes personales de enfermedad inflamatoria pélvica, venéreas ni curugía abdominal previa.

El 9 de julio de 1987 se hace Tacto Vaginal bajo anestesia general y se encuentra útero en antever-

sión, de tamaño y consistencia normales. Se palpa tumoración de aproximadamente 4 centímetros de diámetro, redondeada, blanda, móvil, localizada hacia el lado derecho y el fondo de saco de Douglas. El anexo izquierdo fue descrito como normal. Durante este procedimiento se realizó culdocentesis que fue negativa.

El día 13 de julio de 1987 se realiza Laparoscopia Diagnóstica y se destacan los siguientes hallazgos: Utero normal. Trompa derecha de tamaño normal, con leve sangrado por el extremo fimbrial. Trompa izquierda con la porción ampular dilatada, con diámetro transversal de 1.5 cms. Colección hemática en lumen tubárico de 3.5 a 4 cms. de longitud que afecta la trompa hasta el extremo distal. Ovarios de aspecto normal. Se observó sangre en la cavidad que se acumulaba en el fondo de saco de Douglas en una cantidad de 10 cms cúbicos. "Conclusión laparoscópica: Compatible con embarazo ectópico tubárico izquierdo distal".

En vista de los anteriores hallazgos y de las excelentes condiciones generales de la paciente se le inició tratamiento médico con Metotrexate. Tanto la paciente como su esposo fueron debidamente informados del tipo de tratamiento propuesto, de sus posibles efectos colaterales. Se les aclaró la posibilidad de un posterior tratamiento quirúrgico en caso de una falla terapéutica. Estas condiciones fueron plenamente aceptadas por la pareja.

El tratamiento instaurado fue el siguiente:

Julio 14 1987: MTX 50 mg. I.M.
Julio 15 1987: MTX 50 mg. I.V.
Julio 16 1987: MTX 50 mg. I.V.

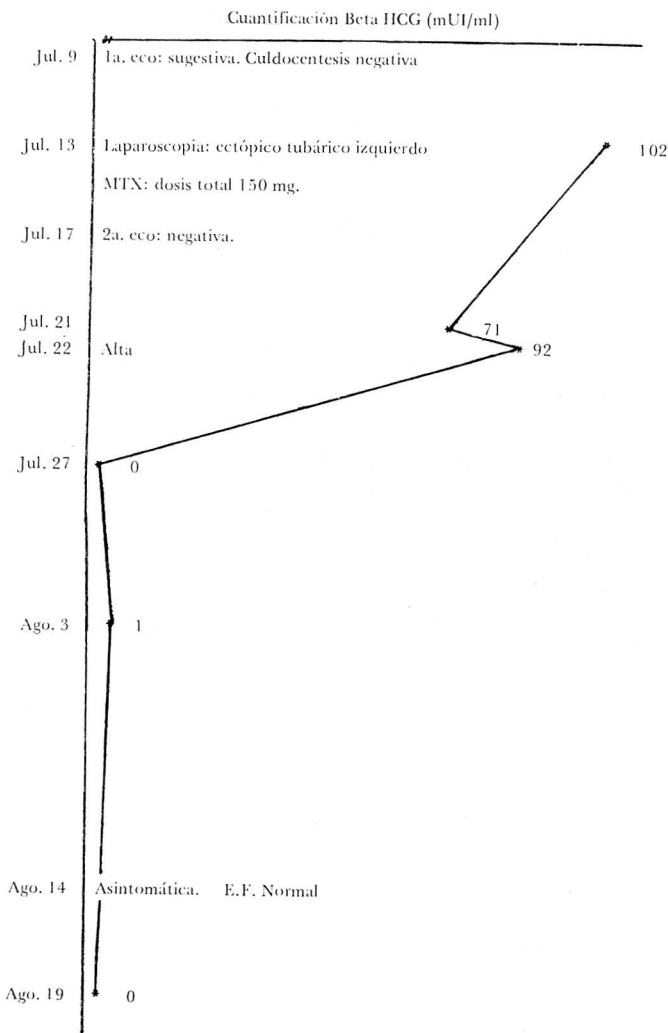
* Residente de Ginecología y Obstetricia. Nivel II. Facultad de Medicina. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

En total la paciente recibió 150 mg de Metotrexate parenteral, no presentó fenómenos de intolerancia.

Se continuó su observación clínica y de labora- controles. El 14 de agosto se encuentra asintomática, en buenas condiciones generales, con el abdomen blando, depresible, con peristaltismo activo y moderada sensibilidad de rebote. El día 22 de julio se da de alta para continuar ambulatoriamente sus controles. El 14 de agosto se encuentra asintomática, en buenas condiciones generales, con el abdomen blando, depresible, no doloroso. El examen vaginal muestra un cuello duro, cerrado, sin sangrado; útero en anteversión, no doloroso, de tamaño y movilidad normales. En esta oportunidad no hay masas anexiales palpables ni signos de irritación peritoneal.

TRATAMIENTO MEDICO CON METOTREXATE EN EMBARAZO ECTOPICO

Presentación de un caso



Exámenes de Laboratorio:

Cuantificación de fracción beta de HCG (por RIA, en mUI/ml): julio 14: 102; julio 21: 71, julio 22: 92, julio 27: 0; agosto 3: 1; agosto 19: 0.

Grupo sanguíneo 0 Positivo. Citoquímico de orina: normal. Plaquetas: 480.000 /mm³. T.G.O. 7.0 U.K. T.G.P. 8.0 U.K. (14 de julio). T.G.O. 20 U.K. T.G.P. 24 U.K. (17 de julio). Hematocrito seriado: julio 13: 40; julio 17: 38; julio 20: 35; agosto 19: 39.

Ecografías Pélvicas: Julio 9: Imagen de 4.8 cms. por 2.2 cms de bordes mal definidos, localizada en fondo de saco de Douglas y hacia el lado derecho. Utero de tamaño normal. Se sugiere culdocentesis. Julio 17: Utero de tamaño normal. No se observan masas en anexos ni en fondo de saco de Douglas.

DISCUSION

El embarazo ectópico, es decir, el que ocurre como consecuencia de la implantación del blastocisto en un sitio diferente al endometrio que recubre la cavidad uterina normal, es un problema ginecológico de importancia creciente, tal como lo indican estas elocuentes cifras: para los años de 1970, 1974, 1978 y 1982 las ratas de embarazo ectópico en los Estados Unidos fueron respectivamente 4.5, 6.7, 9.4 y 12.3 por 1.000 embarazos (1).

Muchos factores parecen estar en relación con aumento de la incidencia de esta patología. Merece citarse entre estos los siguientes: infecciones genitales por Clamidia trachomatis, enfermedad inflamatoria pélvica, utilización de dispositivos intrauterinos y antecedente de cirugía tubárica.

Existen abundantes referencias en la literatura médica acerca del principal reto que afronta el médico en el enfoque de esta patología. En general, podría resumirse este reto en dos palabras: Diagnóstico Precoz (2), (3). Existe un consenso aproximado en la valiosa ayuda de algunos medios auxiliares de diagnóstico, los cuales usados racionalmente y en conjunto conducen a unos mejores resultados. El cuadro clínico se ha caracterizado clásicamente por la tríada: 1. dolor pélvico; 2. amenorrea y 3. sangrado vaginal. Sin embargo, muchos casos de la entidad pueden presentarse sin la coexistencia de estas tres características. Buscando un eficaz enfoque sistemático del problema varios autores han propuesto diferentes "algoritmos", basán-

dose esencialmente en el examen clínico (interrogatorio y examen físico) y en las ayudas paraclínicas (pruebas de embarazo, ultrasonido de la pelvis, cuantificación seriada de fracción beta de HCG por radioinmunoensayo, laparoscopia). De especial interés son los algoritmos propuestos por Portuondo y colaboradores (4) y Robinson y De Crespigny (5).

El resultado final de la agudización en la precisión diagnóstica ha sido la detección cada vez más frecuente de un número de embarazos ectópicos no rotos con compromiso moderado o leve del estado general de la paciente. Por esta misma razón el enfoque terapéutico ha cambiado y la salpingectomía propuesta por el cirujano inglés del siglo XIX, Lawson Tait, ya no constituye la única opción. Existen referencias recientes documentando los éxitos obtenidos con técnicas microquirúrgicas y conservadoras. La laparoscopia operatoria también ha dado resultados alentadores (6), (7).

Se destacan los reportes de casos de mejoría con tratamiento médico con el citostático Metotrexate. En 1982 aparece el reporte de los japoneses Tanaka y colaboradores (8) de un caso de embarazo ectópico intersticial tratado con éxito con Metotrexate. Posterior a este se publican nuevos artículos: (9), (10). Ory y colaboradores presentan una serie de seis pacientes con embarazo ectópico con tratamiento médico con metotrexate llevada a cabo en Rochester; en cinco de los seis casos presentados tuvieron una resolución completa, con regresión de los niveles de fracción beta de HCG. En uno de los casos ocurrió un hemoperitoneo que obligó a salpingectomía parcial.

El diagnóstico precoz de un embarazo ectópico no roto ha permitido en el caso que se presenta un enfoque terapéutico médico basado en el metotrexate. La evolución clínica de la paciente y los nive-

les regresivos de la fracción beta de HCG han mostrado su utilidad.

Continúa teniendo gran interés la posibilidad de la utilización amplia de este enfoque en casos bien seleccionados de embarazo ectópico no roto, sin compromiso del estado general de la paciente y en los cuales no exista contraindicación al uso del metotrexate. Un interrogante que requerirá ulteriores verificaciones es el relacionado con el estado funcional de la trompa sometida a este tipo de intervención médica.

RESUMEN

Se presenta el caso de embarazo ectópico tubárico de aproximadamente 8 semanas de gestación en una paciente de 31 años de edad quien fue sometida a tratamiento médico con Metotrexate parenteral. Se observó mejoría de su cuadro por la evolución clínica, controles ecográficos y controles de cuantificación de fracción beta de gonadotropina coriónica humana.

PALABRAS CLAVES: Embarazo Ectópico. Metotrexate.

SUMMARY

It is presented a case of ectopic pregnancy (tubaric) of 8 weeks in a 31 years old woman. She received a treatment with parenteral Methotrexate. It was observed a satisfactory evolution of the disease, based on the clinical evaluation and on the controls of ultrasound and beta human chorionic gonadotrophin.

KEY WORDS: Ectopic Pregnancy. Methotrexate.

BIBLIOGRAFIA

1. MMWR Vol. 35 No. 2 SS p. 30 SS Aug. 1986.
2. KADAR N; DE VORE G; ROMERO R. Discriminatory hCG Zone: Its use in the sonographic evaluation for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 58: 156, 1981.
3. KADAR N; CALDWELL B; ROMERO R. A method of screening for ectopic pregnancy and its indications. *Obstet Gynecol* 58: 162, 1981.
4. PORTUONDO et al. Ectopic pregnancy: early diagnosis limitations. *Int.J. Gynecol. Obstet.* 20: 371, 1982.
5. ROBINSON; DE CRESPIGNY. *Clin. Obstet. Gynecol* 10 No. 3: 418 Dec 1983.
6. BRUHAT M; MANHES H; MAGE G; POULY J; Treatment of ectopic pregnancy by means of laparoscopy. *Fertil Steril* 33:411, 1980.
7. DE CHERNEY A; ROMERO R; NAFTOLIN F. Surgical management of unruptured ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 35: 21, 1981.
8. TANAKA T; HAYASHI H; KUTSUZAWA T; et al. Treatment of interstitial ectopic pregnancy with methotrexate: report of a successful case. *Fertil Steril* 37: 851, 1982.
- 9.. BRANDES M; YOUNG D; GOLDSTEIN D; PARMLEY T. Treatment of cornual pregnancy with methotrexate: case report. *Am.J. Obstet. Gynecol.* 155: 655, 1986.
10. ORY SJ; VILLANUEVA AL; SAND PK; TAMURA RK; Conservative treatment of Ectopic Pregnancy with Methotrexate. *Am.J. Obstet. Gynecol.* 154 No. 6: 1299. June 1986.