

Uso del metotrexato en el tratamiento del embarazo ectópico no roto. Reporte de un caso.

José Terán Davila, José Angel Turmero, Luis González Páez

Servicio de Endocrinología y Unidad de Biología de la Reproducción Humana. Fundación para la Investigación Materno Infantil (Funda-Matin), Centro Colaborador del Programa Especial de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud. Maternidad "Concepción Palacios". Caracas.

INTRODUCCION

El embarazo ectópico (EE) constituye uno de los padecimientos más interesantes y enigmáticos de la práctica obstétrica.

Innumerables factores han sido señalados como causantes de esta enfermedad, desde los efectos de los dispositivos intrauterinos (1), factores endocrinológicos y sobre todo el factor inflamatorio pélvico (2) el cual condicionaría una estrechez de la luz tubárica.

En nuestros hospitales, tradicionalmente el tratamiento empleado ha sido el quirúrgico, porque en la mayoría de las veces las pacientes ingresan en un estado agudo del problema. Sin embargo, es importante señalar que ha sido demostrado que existe un grupo de pacientes con EE que no llegan a experimentar este estado de ruptura, y por el contrario, se resuelven espontáneamente (3).

La incorporación y empleo cada vez más rutinario del uso de marcadores bioquímicos (4), el ultrasonido pélvico y sobre todo el transductor vaginal y la celioscopia, nos permiten hacer cada vez más precozmente el diagnóstico de esta enfermedad. Por esta razón, y también con la finalidad de tratar de preservar la integridad de las trompas de Falopio, sobre todo en pacientes jóvenes y con problemas de infertilidad, es como ha nacido la idea de emplear tratamientos médicos.

El medicamento más frecuentemente empleado ha sido el metotrexato (MTX), no sólo por la gran capacidad que tiene para inhibir la actividad trofoblástica, sino también por los mínimos efectos secundarios indeseables.

Por todas estas razones, nos propusimos emplear este medicamento en una paciente con un EE no roto y con antecedentes de una salpingectomía previa por la misma patología.

Datos del caso.

Paciente de 33 años de edad, evaluada por la consulta de infertilidad de nuestro hospital por infertilidad primaria.

Menarca a los 13 años de edad con ciclos menstruales regulares y dismenorrea. Niega el uso de todo tipo de anticoncepción.

Antecedente de salpingectomía por EE izquierdo. Gesta: 2. Ingresa por referir retraso menstrual de 6 semanas de evolución, discreto dolor pélvico y sangrado vaginal escaso.

Buenas condiciones generales al examen físico. Peso: 58 Kg. T.A.:120/50 mmHg y la evaluación ginecológica reveló sangrado vaginal escaso, cuello cerrado, útero de forma, posición, tamaño y movilidad normales; fondo de sacos libres y no dolorosos.

El resto de la exploración física no reveló particularidades.

La paciente fue hospitalizada en el Servicio 2 de este hospital, donde se le practicaron los siguientes estudios: exámenes de laboratorio: hematología completa, úrea, glucemia, creatinina, estudios de coagulación, transaminasas, bilirrubina, y cuantificación de sub unidades beta de gonadotrofina coriónica humana (β -HCG).

Se practicó ultrasonido pélvico transabdominal con un equipo Phillips 911 con Transductor lineal de 3,5 MHZ. Se practicó celioscopia con un equipo Olimpus.

Con el diagnóstico de embarazo tubárico derecho y previa autorización de la paciente, se inició el tratamiento con MTX mediante el siguiente esquema: 5 mg endovenoso lentamente y luego 10 mg por vía oral durante 5 días.

Tanto el ultrasonido pélvico como la cuantificación de gonadotrofinas y los exámenes de

coagulación fueron practicados cada tercer día hasta el egreso de la paciente, el cual se realizó a los 15 de su ingreso.

Se indicaron anticonceptivos orales como un método de control de la natalidad y al cabo de tres meses se practicó una histerosalpingografía de control.

RESULTADOS

Estudios de laboratorio: la hematología especial así como las pruebas funcionales hepáticas y las de coagulación resultaron normales desde el ingreso hasta el egreso de la paciente.

Estudios ecosonográficos: antes de la administración del MTX la evaluación ecográfica reveló la presencia de una vesícula embionaria en el anexo derecho de 2,4 x 1,8 cm sin embrión visible y compatible con embarazo de 5 semanas de evolución. Utero con línea endometrial gruesa y ausencia de vesícula embrionaria.

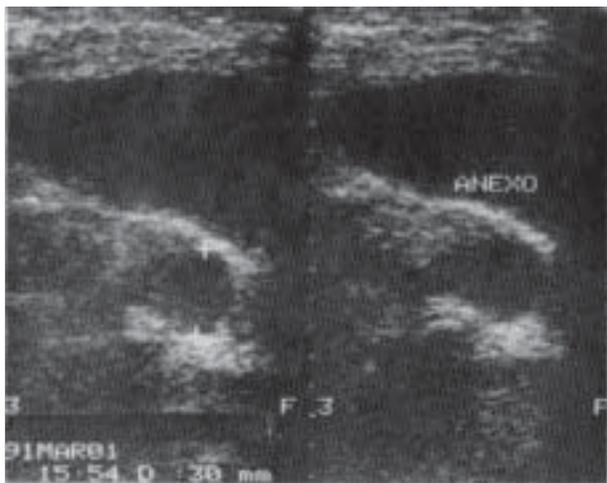


Figura 1: imagen ecosonográfica del anexo derecho. Nótese la presencia de la vesícula embionaria.

Se practicaron 4 evaluaciones ecográficas durante la hospitalización y se observó sucesivamente tanto un colapso de la vesícula embionaria como una disminución de su tamaño, hasta la desaparición total de la misma.

Estudios seriados de β -HCG: la cuantificación inicial de β -HCG estuvo en 440 mUI/ml y después de la administración del MTX los niveles fueron disminuyendo progresivamente hasta 260 para el momento de su egreso y no detectable 15 días

después.

La evaluación celioscópica realizada antes de la administración del MTX reveló la presencia de una dilatación ampular derecha de aproximadamente 3 cm de diámetro, compatible con embarazo ectópico no roto. Se observó la ausencia de la trompa de Falopio contralateral y tanto el útero como el resto de la cavidad abdominal fue normal.

La histerosalpingografía practicada 3 meses después del egreso reveló la presencia de útero y trompa derecha de aspecto y configuración normales, con Cotte positivo.

Para el momento de la comunicación de este trabajo (6 meses después de recibir el MTX) la paciente presenta embarazo intrauterino de 10 semanas de evolución con embrión y latido cardíaco visibles.

DISCUSION

El tratamiento médico del EE se inició con Tanaka y col. en 1982 (5). Ellos administraron el MTX a una paciente con 7 semanas de gestación logrando, al cabo de 29 días, la desaparición total de los niveles de β -HCG urinarios. Desde entonces, muchos investigadores han realizado trabajos parecidos con resultados muy halagadores.

En nuestro país, no existe comunicación al respecto y ésta podría constituir la primera experiencia nacional. Actualmente en nuestro hospital, estamos llevando un protocolo de investigación empleando MTX en el tratamiento del EE no roto en un grupo muy seleccionado de pacientes.

Resulta muy interesante señalar que el uso del MTX en el tratamiento del EE no roto, representa una experiencia además de interesante muy útil para un determinado grupo de pacientes en quienes es imperativo conservar sus trompas de Falopio. Así mismo, resulta interesante observar en el presente caso, al igual que en otros publicados (6) que la paciente quedó embarazada posteriormente por la misma trompa que tuvo el EE, lo cual nos permite aseverar que después del uso del MTX, la trompa de Falopio fue capaz de restituir su integridad anatómica y funcional, lo cual rompe con los criterios clásicos que señalaban lo contrario.

Sin duda alguna, la alternativa de emplear el MTX en el tratamiento del EE no roto en pacientes debidamente seleccionadas y controladas es y será una valiosa oportunidad en pacientes jóvenes y con problemas de infertilidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Azócar B. El embarazo ectópico y el D.I.U. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1973;33:473-478.
2. Barnes AB, Wennberg CN, Barnes CA. Ectopic pregnancy: Incidence and review of determinant factors. *Obst Gynecol Surv* 1983;38:345-347.
3. Garcia AJ, Aubert JM, Sama J, Josimovich JB. Expectant management of presumed ectopic pregnancies, *Fertil Steril* 1987;48:395-400.
4. Terán Dávila JH, Rubio J, Febres Balestrini F, Gil J. Valor predictivo de la β -HCG en el diagnóstico precoz del embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1991;51:171-174.
5. Tanaka T, Hayashi H, Kutsuzawa T, Fujimoto S, Ichinoe K. Treatment of interstitial ectopic pregnancy with methotrexate: report of a successful case. *Fertil Steril* 1982;37:851-853.
6. Stovall TG, Ling FW, Cope BJ, Buster JE. Preventing ruptured ectopic pregnancy with a single serum progesterone. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:1425-1431.

“Inflamación vaginal en Africa”

“Las mujeres en el Zaire central se insertan sustancias en la vagina para aumentar la estimulación sexual en ellas mismas y en sus compañeros. Ellas dicen que esas sustancias, “secan” y “aprietan” la vagina y hacen así más placentera la relación sexual. Las entrevistas, enfocadas en grupos de hombres y mujeres, confirman la extendida preferencia por una vagina seca y revelan que más de 30 sustancias son usadas para este propósito. La mayoría son hojas frescas de plantas locales, mientras otras son burdos polvos vendidos en el mercado.

Para usar las hojas, las mujeres las aprietan en la palma de la mano, las enrollan en pelotas de 4 centímetros y se las insertan en la vagina. Después de, más o menos, 12 horas, se las retiran y pueden entonces tener relaciones en cualquier momento. Para usar los polvos, se humedecen un dedo, lo introducen en el polvo y luego en la vagina; el polvo permanece in situ durante el coito.

Entrevistamos 50 prostitutas registradas en la

ciudad de Kananga; 21 habían usado en algún tiempo en el pasado, sustancias secadoras vaginales. De 49 mujeres casadas interrogadas en una consulta médica general, 17 reportaron el uso de sustancias intravaginales.

Reunimos ocho mujeres y les pedimos que se insertaran en la vagina las sustancias que estaban acostumbradas a usar. Tomamos fotografías colposcópicas seriadas de la vagina y del cuello, antes y después de la inserción de las sustancias. Cinco diferentes tipos de hojas provocaron visibles inflamaciones que duraron de unas pocas horas a una semana. Sospechamos que la lesión epitelial que resulta del uso de estas sustancias puede facilitar la trasmisión del virus de la inmunodeficiencia humana y otros organismos sexualmente activos. Puesto que muchas mujeres usan estas sustancias cáusticas intravaginales, creemos que merece una investigación clínica y epidemiológica no solamente en Zaire, sino en toda Africa”. (Brown R, Brown J, Anyowa O. *N Eng J Med* 1992;327:572.).