



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1997; 43 (2) : 167-169

CASO CLINICO

Embarazo ectópico cervical tratado con metotrexate

SOLÍS H, RAMOS P, JEFFERSON L.

Resumen

Se presenta los casos de dos pacientes con embarazo ectópico cervical, con deseo de preservación de la fertilidad, tratados exitosamente con metotrexate (MTX) en dosis única de 50 mg/m². Se discute los hallazgos, así como el tratamiento y la evolución.

Summary

We report two cases of cervical pregnancy with desire of childbearing capacity preservation. Both patients were successfully treated with 50 mg-m² single dose methotrexate therapy, free of complications.

- **Caso N°1**

Paciente de 28 años, que ingresó el 28-06-96, con un tiempo de enfermedad de 2 semanas, caracterizado por sangrado vaginal sin dolor y retraso menstrual. Niega otras molestias.

Tuvo la menarquia a los 11 a. y su régimen catamenial era de 2/30. La fecha de su última regla fue el 15/05/96, por lo que se calculó un retraso menstrual de 6 semanas. Era grávida 4, PARA 1021. Presentaba dismenorrea en sus ciclos. Su primer embarazo terminó por aborto espontáneo. Hace 10 años le diagnosticaron pólipos cervicales, el que fue tratado con legrado, luego del cual tuvo amenorrea, por síndrome de Asherman y volvió a ser intervenida con legrado uterino. No hay otros antecedentes de importancia.

Al examen ginecológico, los hallazgos anormales fueron un cérvix posterior, orificios cerrados, móvil, algo doloroso, impresionaba algo grueso, y al espéculo se veía epitelizado, algo cianótico, con el orificio externo entreabierto, evidenciándose escaso sangrado cervical. Después de este tacto vaginal, se hizo restricción de tactos debido al riesgo de sangrado; asimismo se indicó reposo absoluto.

El informe de la ecografía transvaginal describía un útero de tamaño normal, cavidad uterina vacía y una masa heterogénea de 6 x 4 x 2 cm en cérvix con imagen anecoica. Anexos. Sin alteraciones significativas. Además se tomó una b-hCG el 28/06/96 que resultó en 1380 mUI/mL.

Con todo este cuadro clínico y exámenes auxiliares se diagnosticó embarazo ectópico cervical, y se propuso el esquema de tratamiento con metotrexate, a razón de 50 mg/m². Previo al inicio del tratamiento se evaluó parámetros de la función hepática, renal y hematológicos. El 04/07 se le administró MTX 80 mg IM, sin ninguna otra medicación adicional. Se hizo una b-hCG ese mismo día, cuyo valor fue 241 mUI/mL. Durante las primeras 24 horas se hizo un monitoreo de funciones vitales, no encontrándose reacciones adversas. Los días siguientes se hizo dosaje de b-hCG de control, mostrando:

08/07/96 171 mUI/mL



10/07/96 120 mUI/mL

El equipo de manejo interpretó que estos resultados indicaban resolución de la enfermedad, pero se decidió hacer un legrado cervical a los 5 días de aplicada la dosis de MTX. Durante dicho procedimiento se extrajo restos endocervicales y hubo regular cantidad de sangrado, realizándose presión para cohibir la hemorragia. Una semana después de la aplicación del metotrexate se tomó análisis para la evaluación de la función hepática, renal y hermatológica, sin hallar mayores alteraciones.

El resultado del estudio anátomo - patológico indicó vellosidades coriales y decidua.

La paciente estuvo hospitalizada hasta el 15/07 (18 días). Al alta, el examen ecográfico mostraba un cervix de 38 x 34 mm. Actualmente ha reiniciado sus ciclos menstruales en forma normal y tiene expectativa de salir gestando.

- Caso Nº 2

Paciente de 41años, que ingresa el 25/07/96, con un tiempo de enfermedad de 8 días caracterizado por dolor hipogástrico tipo cólico y sangrado con moco en escasa cantidad.

Tuvo la menarquia a los 12a. y su régimen catamenial era 3/27. La fecha de última regla había sido el 30/05/96, y se calculó un retraso menstrual de 7ss. En el año 1978 tuvo un aborto provocado, de 4 semanas de gestación y desde aquella fecha no volvió a gestar. Otros antecedentes eran que en el año 1981 fue operada de peritonitis, con adecuada evolución post-operatoria, y en 1988 cirugía de meniscos. El resto de antecedentes no era contributorio.

Al examen ginecológico, fueron hallazgos anormales un cérvix anterior, orificios cerrados, engrosado, muy blando, aumentado de tamaño, 5 cm de longitud y 4 cm de diámetro. Después de este tacto vaginal se hizo restricción de tactos debido al riesgo de sangrado; asimismo se indicó reposo absoluto.

El informe de ecografía transvaginal mostraba un útero de 10 cm, aumentado de volumen. Había presencia de saco gestacional en canal cervical de 26 mm de diámetro, con eco embrionario en su interior. Cavidad uterina vacía, endometrio engrosado. Anexos. Sin alteraciones significativas. Tenue banda de líquido retrouterino. Conclusión: Saco gestacional en canal cervical puede corresponder a embarazo ectópico cervical.

La b-hCG del 27/07/96 resultó 950 mUI/mL.

Con todo este cuadro clínico y exámenes auxiliares se diagnosticó embarazo ectópico cervical, y se propuso el esquema de tratamiento con metotrexate, a razón de 50 mg/m².

Previo al inicio del tratamiento se evaluó parámetros de la función hepática, renal y

hematológicos. El 27/07 se le administró MTX 80 mg IM. Durante las primeras 24 horas se hizo un monitoreo de funciones vitales, no encontrándose reacciones adversas.

Posterior a la administración del metotrexate se hizo el seguimiento de b-hCG el 31/07/96:272 mUI/mL, y el 03/08/96: 100 mUI/mL. Asimismo se hizo controles ecográficos que evidenciaron desaparición del saco gestacional. Una semana después de la aplicación MTX se tomó análisis para la evaluación de la función hepática, renal y hematológica, sin encontrar mayores alteraciones. Estuvo hospitalizada hasta el 07/08(13 días). La paciente en la actualidad ha reiniciado sus ciclos menstruales y está buscando embarazo.

Discusión

Diagnóstico

Ambas pacientes se presentaron consecutivamente y cumplieron los criterios diagnósticos clínicos clásicos. Como se sabe, para hacer el diagnóstico patológico se debe tener el útero entero y en el cérvix se deben confirmar los criterios de Rubin.

1. Debe haber glándulas cervicales frente a la implantación de la placenta.
2. La fijación de la placenta al cérvix debe ser íntima.



3. Una parte o toda la placenta debe situarse ya sea por debajo de la entrada de los vasos uterinos o debajo del repliegue anterior y posterior del útero.

4. No debe haber elementos fetales presentes en el cuerpo uterino.

Por otro lado, también se ha propuesto los criterios diagnósticos ecográficos, por Kobayashi.

1. Hallazgos Uterinos: a) Ecos uterinos difusos y amorfos; b) Crecimiento uterino y c) Ausencia de embarazo intrauterino.

2. Hallazgos extrauterinos: Masa irregular pobremente definida conteniendo algunos ecos y esbozo fetal ectópico.

En ambos casos, la ecografía cumplía criterios diagnósticos. Puesto que ambas pacientes tenían el deseo de preservar la capacidad reproductiva, no se hizo la histerectomía. Sólo tuvo confirmación de anatomía patológica la primera paciente, debido a la realización del legrado cervical. Cabría la posibilidad de pensar que podría tratarse de un embarazo intrauterino de implantación baja, pero los signos clínicos, los hallazgos ecográficos, la corta distancia a la que entró la legra para extraer los restos mencionados y la magnitud del sangrado hablan con certeza de la implantación cervical de dicha gestación. En el segundo caso, la implantación cervical vista por ecografía era evidente y la resolución completa del embarazo sin necesidad de extracción de restos no puede negar la veracidad del diagnóstico. Según otros autores, por la naturaleza conservadora del tratamiento médico, la ausencia de una demostración de el estudio anatómo patológico no invalida el diagnóstico.

Etiología y factores predisponentes

La etiología del embarazo ectópico cervical no se conoce y las teorías indican que puede ser cualquier factor que provoque un defecto endometrial que dificulte la implantación normal o provoque un tránsito anormalmente rápido del huevo fertilizado².

Son factores descritos como predisponentes el antecedente de trauma cervical, como la dilatación para legrado uterino, y recientemente técnicas de reproducción asistida con fertilización in vitro y transferencia de embrión.^{3,4} En la primera paciente había un antecedente de síndrome de Asherman y en ambas pacientes, de aborto provocado.

Tratamiento

El tratamiento para el embarazo ectópico cervical puede ser médico o quirúrgico. En el caso del tratamiento quirúrgico, tiene como inconvenientes principales que, dada su localización, el procedimiento es cruento y además con riesgo de histerectomía, con la subsecuente esterilidad de la paciente. Como parte del tratamiento quirúrgico se encuentran el cerclaje, la inserción de una sonda foley o la embolización de la arteria uterina.

El tratamiento médico con mas aceptación en la actualidad es el tratamiento con MTX a dosis única. El tratamiento con MTX está descrito tanto para el tratamiento médico del embarazo ectópico tubario no complicado⁶, como para el embarazo ectópico cervical^{7,8} y el embarazo ectópico persistente. Se usa en dosis única, de efectos adversos menores, como náuseas y vómitos.

En nuestro hospital hemos tenido experiencia de tratamiento médico con MTX para embarazo ectópico tubario no complicado; pero es la primera vez que se realiza este esquema terapéutico en embarazo ectópico cervical. Para el manejo de estos casos han sido decisivos el seguimiento ecográfico y de b-hCG, los cuales han marcado la evolución favorable.

En el primer caso, además del tratamiento con MTX, se hizo un legrado cervical, con la intencionalidad de extraer los restos endocervicales y asegurar la permeabilidad de dicho canal. Pero este procedimiento realmente fue accidentado, dado el sangrado profuso, que fue cohibido oportunamente para beneficio de la paciente. En el segundo caso, se decidió no realizar el legrado uterino, ya que la evolución clínica y de exámenes auxiliares indicaron resolución completa.

Las comunicaciones hechas con anterioridad mostraron múltiples variantes.

En relación a la dosis usada, por ejemplo, Stovall y colaboradores, uno de los grupos que más experiencia tiene en el uso de metotrexate en el tratamiento médico del embarazo ectópico, publicó en 1988 el uso de este



citotóxico en 2 días alternos, a razón de 1 mg/kg-día asociados a leucovorín; de otro lado, Palti y col.8 comunicaron en 1889 el uso de 12,5 mg de MTX asociados a ácido folínico 0,1 mg/kg-dosis durante 5 días.

En 1990, Yankoitz y col.2 fueron los primeros en publicar el uso de dosis única de MTX, a razón de 480 mg en 12 horas, asociado a ácido folínico rescate al día siguiente. Posteriormente, nuevamente Stovall y col. informan el uso del MTX, pero en dosis única, a razón de 50 mg/m² para el manejo médico del embarazo ectópico tubárico no complicado. En base a esta última publicación, y en concordancia con una revisión hecha recientemente nosotros optamos por usar la dosis única de 50 mg/m² de MTX, con los resultados favorables aquí publicados.

Respecto a la realización del curetaje cervical, de los autores revisados, sólo Palti y col. realizaron dicho procedimiento a los 10 días de terminado el tratamiento con MTX, sin mayores complicaciones. Nosotros tuvimos una experiencia desfavorable, ya que hubo sangrado profuso. Por este motivo, en el segundo caso decidimos no hacer el curetaje y la evolución fue favorable, por lo que no recomendamos dicho procedimiento.

Conclusión

El diagnóstico del embarazo ectópico cervical es un diagnóstico poco frecuente, que puede hacerse con criterios clínicos y ecográficos precisos, sin la necesidad de la extirpación del útero o la realización de un legrado cervical.

El uso de metrotexate debe ser considerado eficaz e inocuo en el tratamiento médico del embarazo ectópico cervical no complicado, para pacientes que desean conservar la fertilidad o en pacientes que no tolerarían un procedimiento quirúrgico mayor.

Referencias bibliográficas

1. Williams. Obstetricia 4^o Edición. Pag 700-1 Ed. Masson
2. Yankowitz J et al. Cervical Ectopic Pregnancy: Review of the literature and Report of a caso treated by Single - Dose Methotrexate Therapy. Obst Gyn Survey 1990; 45: 405-414.
3. Bayati J, García J, Dorsey J, Padilla. Combined intrauterine and cervical pregnancy from in vitro fertilization and embryo transfer. Fertil Steril 1989; 51: 725-7.
4. Weyerman PC, Arno TM. Cervical pregnancy after in vitro fertilization and embryon transfer. Am J. Obstet Gynecol 1989, 161: 1145-6
5. Bernstein et al. Conservative manegement of cervical pregnancy. Obstet Gynecol 1981; 58: 741-2.
6. Stovall TG, Ling FW, Gray LA. Single dose methotrexate for treatment of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 1991; 77: 754.
7. Stovall TG, Ling FW, Smith W. Sucessful nonsurgical treatment of cervical pregnancy with methotrexate. Fertil Steril 1988. 50: 672-4.
8. Palti Z. Rosenn B, Goshen R. Sucessful treatment of a viable cervical pregnancy with methotrexate. Am J Obstet.Gynecol 1989; 161: 1147-8.
9. Stovall TG y Linf FW. Single dose methotrexate: an expanded clinical methotrexate: An expanded clinical trial. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 1759-65.
10. Brumsted JB. Managing ectopic pregnancy nonsurgicly contemporary Ob/Gyn 1996: 43-56.