



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1998; 44 (1) : 72 -74

CASO CLÍNICO

Embarazo ectópico cervical tratado con metotrexato

HUGO SOLIS, P RAMOS, LUZJEFFERSON, M.A. GARCIA -HJARLES

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

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 menarquía a los 11 años y su régimen catamenial era de 2/30. La fecha de 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 provocado a las 8 semanas de gestación en el año 1986. Después de tres años tuvo un parto eutócico. Su tercer embarazo terminó en aborto espontáneo. Hace 10 años le diagnosticaron pólipo cervical, el que fue tratado con legrado, luego del cual tuvo amenorrea, por lo que le diagnosticaron síndrome de Ashermann y volvió a ser intervenida con un 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 endocervical. Después de este tacto vaginal se hizo restricción de tactos debido al riesgo de sangrado; iniciándose reposo absoluto.

El informe de la ecografía transvaginal describía un útero de tamaño normal, cavidad uterina vacua y una masa heterogénea de 6 x 4 x 2 cm en cérvix con imagen anecoica; anexos sin alteraciones significativas. Además se tomó una beta-HCG el 28/06/96 que resultó en 1,380 mU I/mL

Con todo este cuadro clínico y exámenes auxiliares se diagnosticó embarazo ectópico cervical y se propuso el esquema de tratamiento con metotrexato a razón de 50 mg/ml. Previo al inicio del tratamiento se evaluó parámetros de la función hepática, renal y hematológicos. El 04/07 se le administró MTX 80 mg i.m., sin ninguna otra medicación adicional. Se hizo una beta-HCG ese mismo día cuyo valor fue 241 mU L/mL. Durante las primeras 24 horas se hizo una monitorización de funciones vitales, no hallándose reacciones adversas. Los días siguientes se hizo mediciones de beta-HCG de control, dando: 171 mU I/ mL (08/07/96) y 120 mU L/mL (10/07/96).

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 metotrexato se hizo análisis para la evaluación de la función hepática, renal y hematológica, sin hallar mayores alteraciones.

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



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

Caso N°2

Paciente de 41 años, 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 su menarquía a los 12 años y su régimen catamenial era 3/27; la fecha de última regla había sido el 30/05/96 y se calculó retraso menstrual de 7 semanas.

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 1981 fue operada de peritonitis, con adecuada evolución post-operatoria y en 1988 cirugía de meniscos. El resto de antecedentes no eran contributorios.

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, muy doloroso, que a través del espéculo se veía epitelizado, algo cianótico, orificio externo cerrado, aumentado de grosor, de 4 cm de diámetro. Después de este tacto vaginal se hizo restricción de tactos debido al riesgo de sangrado; iniciándose reposo absoluto.

El informe de ecografía transvaginal mostraba un Otero 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 vacua, endometrio engrosado. Anexos sin alteraciones significativas. Tenue banda de líquido retrouterino. En conclusión, saco gestacional en canal cervical puede corresponder a embarazo ectópico cervical. La beta-HCG del 27/07/96 dio 950 mU I/mL.

Con todo este cuadro, clínico y exámenes auxiliares se diagnosticó embarazo ectópico cervical y se propuso el esquema de tratamiento con metotrexato a razón de 50 Mg/M2. Previo al tratamiento se evaluó parámetros de función hepática, renal y hematológicos. El 27/07 se le administró MTX 80 mg. i.m.; durante las primeras 24 horas se hizo una monitorización de las funciones vitales, no hallándose reacciones adversas.

Posterior a la administración del metotrexato, se hizo el seguimiento de beta-HCG: 272 mU I/mL (31/07/96) y 100 mU I/mL (03/08/96). Asimismo se hizo controles ecográficos que evidenciaron desaparición del saco gestacional. Una semana Después de la aplicación del metotrexato se hizo análisis para la evaluación de la función hepática, renal y hematológica, sin hallar 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 clásicos¹

Como se sabe, para hacer el diagnóstico patológico se debe tener el útero entero y en el cérvix se debe, confirmar los criterios de Rubin²:

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 de las superficies 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 Kobayashi²:

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 cabeza fetal ectópica.



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. Solo 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 del estudio anatómico patológico no invalida el diagnóstico.

Etiología y factores predisponentes

La etiología del embarazo ectópico cervical no es conocida 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 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 había antecedente de aborto provocado.

Tratamiento

El tratamiento para el embarazo ectópico cervical en la actualidad es médico o quirúrgico. En el caso de tratamiento quirúrgico tiene como inconvenientes, que dada su localización, el procedimiento es cruento y además con riesgo de histerectomía y subsecuente esterilidad de la paciente; como parte del tratamiento quirúrgico se halla el cerclaje⁵, la inserción de una sonda foley o la embolización de la arteria uterina.

El tratamiento médico con más aceptación y experiencia en la actualidad es el uso del metotrexato (MTX) a dosis única; este tratamiento está descrito tanto para el tratamiento médico del embarazo ectópico o complicado⁶ como para el embarazo ectópico cervical^{7,8} y el embarazo ectópico persistente. Se usa una dosis única con una excelente eficacia y un mínimo de efectos adversos menores, como náuseas y vómitos.

En nuestro hospital hemos tenido experiencia de tratamiento médico con MTX para embarazo ectópico tubárico no complicado, pero es la primera vez que se aplica 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 ido indicando 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 para asegurar la permeabilidad de dicho canal; pero este procedimiento realmente fue accidentado, dado el profuso sangrado que fue detenido oportunamente para el beneficio de la paciente. En el Segundo caso, se decidió no proceder al legrado uterino, ya que la evolución clínica y de exámenes auxiliares indicaron resolución completa.

Los estudios hechos con anterioridad, mostraron varias variantes; en relación a la dosis usada, por ejemplo, Stovall y colaboradores, uno de los grupos que más experiencia tiene en el uso de MTX en el tratamiento médico del embarazo ectópico, informó en 1988 el uso de este citotóxico en dos días alternos a razón de 1 mg/kg/día asociados a leucovorín; de otro lado, Palti y Coll, informaron el uso de 12,5 mg de MTX intracervical el primer día y luego 32 mg de MTX asociados a Acido folínico 0,1 ng/kg/dosis durante cinco días. En 1990, Yankowitz y col' fueron los primeros en informar el uso de MTX en dosis única a razón de 480 mg en doce horas, asociado a ácido

folínico de rescate al día siguiente. Posteriormente, 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 recientemente¹⁰, nosotros optamos por usar la dosis única de 50 Mg/M² de MTX, con los resultados favorables aquí informados; por eso no hemos tenido mayores efectos adversos con este esquema terapéutico, ni hemos necesitado el uso del tratamiento quirúrgico.

Respecto a la realización del curetaje cervical, de los autores revisados, sólo Palti y Col. hicieron dicho procedimiento, a los 10 días de terminado el tratamiento con MTX, sin mayores complicaciones. Nosotros tuvimos una experiencia desfavorable, ya que en el caso N^o1 realizamos dicho curetaje (al 59 días post-



tratamiento) y 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.

En 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 metotrexato 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 4ta edición Ed Masson 1993; Pags. 700.
2. Yankowits J et al. Cervical ectopic pregnancy: Review of the literature and report of case treated by single-dose of methotrexate therapy. *Obstet Gyn Survey* 1990; 45: 405-414.
3. Bayatij, Garciaj, Dorseyj, Padilla E. Combined intrauterine and cervical pregnancy from in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 1989; 51: 725-7.
4. WeyermanPC, Amo TM. Cervical pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 1145-6.
5. Berstein G et al. Conservative manegment of cervical pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981; 58: 741.
6. Stovall TG, Ling FW, Gray LA. Single dose methotrexate for treatment of e.ctopic 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, Roserm B, Goshen R. Sucessful treatment of a viable cervical pregnancy with methotrexate. *Am J Obtet Gynecol* 1989; 161: 114718.
9. Stovall TG, Linf FW. Single dose methotrexate: An expanded clinical trial. *Am j Obstet Gynecol.* 168: 1759-65.
10. Brumsted JB. Managing ectopic pregnancy nonsurgically. *Comtemporary Ob/Gyn* 1996; 43-56.