Localizador web
Artículo 114.732

Embarazo ectópico intersticial: ¿tratamiento médico o quirúrgico?

A. González-López, A. Sánchez-Muñoz, L. Sánchez-Hipólito, M. Arana, J. Rodríguez-González y C. Martín

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Alarcos. Ciudad Real. España.

ABSTRACT

Interstitial pregnancy is a rare event, which produces high morbidity and mortality if diagnosis is delayed. Current treatment options consist of methotrexate or surgery. Which of these two options is the most effective remains to be established. Recent publications consider medical treatment as an acceptable method when there is appropriate patient selection and close follow-up after methotrexate therapy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico intersticial es un suceso poco frecuente, que se presenta en un 2-4% de todos los embarazos tubáricos. La salpingectomía ipsilateral, el embarazo ectópico previo y la fecundación *in vitro* son factores predisponentes para el embarazo intersticial[1].

El miometrio de la zona y la gran irrigación sanguínea, proveniente de las ramas de la arteria uterina y ovárica, permiten que el embarazo progrese hasta incluso la semana 16 de gestación, según las series publicadas, con consecuencias catastróficas si se diagnostica tardíamente[2]. Sin embargo, en una revisión reciente de casos[1] se ha visto que la rotura del embarazo intersticial ocurre relativamente pronto en la gestación (tiempo medio, 7 semanas).

Debido a su baja incidencia, la mayoría de autores ha publicado sólo casos de un pequeño número de pacientes y no hay acuerdo respecto al tratamiento de primera opción (médico frente a quirúrgico) para los embarazos ectópicos intersticiales diagnosticados tempranamente y no rotos. Serán necesarias más publicaciones de casos y estudios controlados para concluir pautas de actuación.

Aceptado para su publicación el 28 de abril de 2005.

Presentamos un caso clínico diagnosticado en nuestro servicio y una revisión actualizada de la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, tercigesta con un embarazo anterior normal y parto eutócico y un aborto temprano con legrado posterior. FM: 4/irregular. La fecha de la última revisión es el 11 de julio de 2004. En el control ecográfico de la semana 12 de amenorrea se objetiva: cavidad uterina vacía y en cuerno uterino izquierdo, formación compatible con vesícula gestacional de 39 mm de diámetro máximo (correspondiente a unas 8 semanas de amenorrea) (fig. 1) y botón embrionario de 13,8 mm, con actividad cardíaca (AC) negativa y señal Doppler positiva en la zona peritrofoblástica. Ambos ovarios se visualizan normales, con ausencia de líquido libre en Douglas y miometrio lateral a saco gestacional de 6 mm. La paciente se encuentra asintomática, y no presenta dolor ni metrorragia. La exploración física resultó sin hallazgos y el estudio analítico normal. El valor sérico de la fracción beta específica de la gonadotrofina coriónica humana (β-HCG) previo al tratamiento era de 24.284 mU/ml. Se decidió intentar tratamiento médico con metotrexato sistémico combinado con metotrexato local (inyección local previa aspiración del contenido intrasacular y bajo control laparoscópico). Durante la laparoscopia se objetiva este embarazo intersticial, de unos 5 cm de diámetro y que muestra una pared miometrial muy delgada (fig. 2); durante la intervención y al roce de uno de los trócares, se produce rotura y una hemorragia abundante de la tumoración que obliga a la reconversión en laparotomía para la resección cornual y el control de hemostasia. El postoperatorio de la paciente fue favorable y los valores de β-HCG sérica fueron descendentes hasta negativizarse en la semana 8 del postratamiento.

Fig. 1. Ecografía transvaginal que evidencia cavidad uterina vacía y en cuerno uterino izquierdo, formación compatible con vesícula gestacional. CU: cavidad uterina; E: embarazo ectópico.

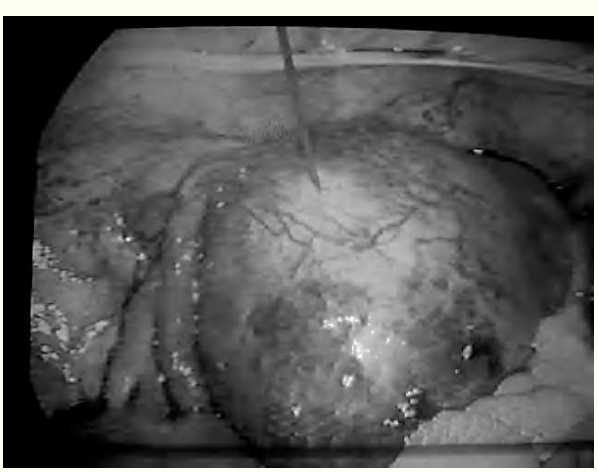

Fig. 2. Imagen laparoscópica donde se confirma embarazo ectópico intersticial izquierdo que muestra una pared miometrial muy delgada.

DISCUSIÓN

El diagnóstico temprano del embarazo intersticial ofrece más posibilidades para un tratamiento conservador, tanto médico como quirúrgico, disminuye la morbimortalidad materna y mejora los resultados reproductivos futuros.

Hay tres criterios sonográficos para el diagnóstico de embarazo intersticial: cavidad uterina vacía, saco gestacional localizado excéntricamente a más de 1 cm del borde lateral de la cavidad uterina y capa miometrial adelgazada alrededor del saco gestacional[2,3].

No hay dudas en cuanto al tratamiento de la mujer que se presenta con embarazo intersticial roto e inestabilidad hemodinámica, y consiste en realizar una laparotomía de urgencia y, según los casos, resección cornual o histerectomía.

Para un embarazo intersticial que aún no se ha complicado, el manejo inicial ya no es tan claro cuando se revisa la bibliografía, y para algunos autores el metotrexato es una buena opción, mientras que para otros la cirugía es lo más fiable.

El tratamiento médico con metotrexato se ha convertido en una práctica aceptada para el tratamiento del embarazo ectópico tubárico. Sin embargo, los clínicos han sido más reticentes a la hora de aplicarlo en el embarazo intersticial, por el riesgo de hemorragia que conlleva su rotura. Recientemente nuevas publicaciones reflejan que esta modalidad puede ser efectiva y segura en pacientes bien controladas. Jermy et al[4] publican una serie de 20 pacientes tratadas con una única dosis de metotrexato intramuscular (i.m.), de las cuales un 94% se resolvieron exitosamente, 6 pacientes requirieron una segunda dosis de metotrexato y 2 pacientes laparotomía. El valor medio de β-HCG inicial fue de 6.452 U. Al igual que Fish et al[5], no excluyen los casos con AC positiva y consideran que las pacientes con valores altos iniciales de HCG-β también pueden manejarse con tratamiento médico. Tulandi y Al-Jaroudi[1] en su reciente serie publicada, la más larga en la literatura médica sobre el embarazo intersticial, refieren que para estos embarazos ectópicos los valores de β-HCG no podrían ser predictivos del éxito del tratamiento médico con metotrexato. Hay más casos publicados en la literatura médica que describen el éxito de una única dosis sistémica de metotrexato[6,7].

Otros autores[5,8] proponen la pauta de dosis múltiples de metotrexato y alternarla con ácido polínico. La consideran más eficaz y segura.

Se ha comentado que el metotrexato sistémico podría ser menos accesible en el caso de un embarazo ectópico intersticial debido a su localización, a su gran aporte sanguíneo y a una implantación más profunda. De ahí que surja la opción de la inyección intrasacular de metotrexato. Se realiza bajo control ecográfico o laparoscópico y se inyectan 50 mg de metotrexato diluidos en 2 ml de suero salino, previa aspiración del fluido del saco gestacional[5]. La aplicación local de metotrexato puede considerarse como primera opción de tratamiento o en combinación con el tratamiento sistémico, pauta que elegimos nosotros inicialmente para tratar nuestro caso.

El tratamiento con metotrexato exige un seguimiento estricto de la paciente mediante control de los valores de β-HCG y control ecográfico. Una banda

miometrial alrededor del saco gestacional con un grosor < 3,5 mm podría indicar que la paciente tiene un riesgo muy alto de ruptura, y podría considerarse un criterio de exclusión para el tratamiento médico. También la señal Doppler peritrofoblástica puede ayudarnos en el manejo: un «anillo de fuego» intenso nos puede orientar hacia la posibilidad de que el caso que tratamos vaya a responder mejor a la inyección local de metotrexato que a la sistémica. También, como medida de seguimiento, si se comprueba que se produce disminución de flujo peritrofoblástico, esto indicaría que el embarazo intersticial se está resolviendo tras el tratamiento[5].

Respecto al tratamiento quirúrgico, la laparoscopia se ha impuesto como primera opción en los lugares con laparoscopistas altamente entrenados en suturas laparoscópicas y nudos endoscópicos, ya que son imprescindibles en estos casos por la dificultad en el control de la hemostasia y para el cierre cornual[2,3].

Otras modalidades de tratamiento publicadas consideran la práctica de legrado por aspiración bajo control laparoscópico, en los casos en los que el embarazo es accesible por vía vaginal, como un procedimiento rápido, seguro y con pérdida hemática mínima[9].

Se ha descrito el diagnóstico del embarazo intersticial mediante histeroscopia y su remoción con control laparoscópico, cuando éste se encuentra localizado en la porción proximal de la parte intersticial tubárica. También se ha publicado la administración de metotrexato por esta vía, si bien, por el momento, no parece ofrecer ninguna ventaja adicional[7,10].

CONCLUSIONES

Aún no se ha establecido el régimen para el tratamiento médico del embarazo intersticial, así como tampoco los criterios de inclusión y exclusión más adecuados.

Nosotros consideramos que comenzar con metotrexato sistémico es una buena opción en pacientes asintomáticas; si tras 7 días con dosis múltiples (1 mg/kg/48 h i.m. alternando con ácido folínico 0,1 mg/kg i.m.) o entre el cuarto y séptimo día tras una dosis única (50 mg/m^2 de superficie corporal i.m.) se comprueba que hay un aumento de tamaño del saco gestacional, no se ha producido disminución de los valores de β-HCG o persiste AC positiva, habría que considerar la inyección intrasacular de metotrexato (mejor guiado por laparoscopia por el riesgo de hemorragia tras punción). Es muy importante el seguimiento estricto de la paciente.

En los casos con inminencia de ruptura del embarazo intersticial es preferible la cirugía. En hospitales con laparoscopistas entrenados (nudos endoscópicos), la laparoscopia es la mejor opción (de primera elección), de lo contrario habría que optar por la cirugía abierta.

RESUMEN

El embarazo ectópico intersticial es un suceso raro, con gran morbimortalidad para la paciente si se diagnostica de forma tardía.

Las opciones actuales de tratamiento son el empleo de metotrexato o bien el tratamiento quirúrgico. No se ha establecido aún cuál de ellas es la mejor opción. En publicaciones recientes se considera que el tratamiento médico es un método aceptable si se hace una selección adecuada de la paciente y un seguimiento estricto tras la aplicación de metotrexato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tulandi T, Al-Jaroudi D. Interstitial pregnancy: results generated from the society of reproductive surgeons registry. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2004;103.
2. Zarhi J, Campaña C, Brito R, Stuardo P, Schalper J. Manejo laparoscópico conservador de embarazo cornual. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003;68:36-41.
3. Abelleira R, Canedo E, González R, Pérez JR, Río R, Pérez-Mendaña JM. Embarazo ectópico intersticial: opciones actuales para el tratamiento conservador. Prog Obstet Ginecol. 2004;47:436-9.
4. Jermy K, Thomas J, Doo A, Bourne T. The conservative management of interstitial pregnancy. BJOG. 2004;111: 1283-8.
5. Fish JD, Ortiz BH, Tazuke SI, Chitkara U, Giudice LC. Medical management of interstitial ectopic pregnancy: a case report and literature review. Human Reproduction vol. 13 no.7 pp.1981-86, 1998
6. Gucer F, Honigl W. Interstitial pregnancy and management with a single system administration of methotrexate. Zentralbl Gynakol. 1998;120:306-8.
7. Roux A, Siebert T, Van der Merwe JP, Kruger T. Interstital pregnancy managed medically. J Obstet Gynaecol. 2004;24: 587-9.
8. Kucera E, Helbich TH, Klem I, Schurz B, Sliutz G, Leodolter S, Joura EA. Systemic methotrexate treatment of interstitial pregnancy – magnetic resonance imaging (MRI) as a valuable tool for monitoring treatment. Wien Klin Wochenschr. 2000;112:772-5.
9. Zhang X, Liu X, Fan H. Interstitial pregnancy and transcervical curettage. Obstet Gynecol. 2004;104(5 Pt 2):1193-5.
10. Reid P, Buddha LL. Hysteroscopic diagnosis of interstitial ectopic pregnancy. BJOG. 2004;111:89-90.