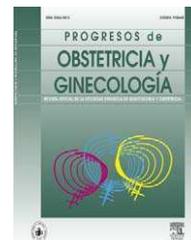


PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Legrado uterino bajo control ecográfico en embarazo ectópico intersticial

Elba Carballo Núñez*, Roberto González Boubeta, Margarita Vega Álvarez, Eva Guldrís Nieto, Vanesa Buján Costas, María Viéitez Villaverde y Paulino Pérez Pérez

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Xeral, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

Recibido el 27 de enero de 2010; aceptado el 18 de mayo de 2010
Accesible en línea el 12 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE

Embarazo intersticial;
Ectópico;
Legrado;
Ecoguiado

KEYWORDS

Interstitial pregnancy;
Ectopic;
Curettage;
Ultrasound guidance

Resumen El embarazo intersticial se ha visto incrementado en las últimas décadas como consecuencia del aumento de técnicas de reproducción asistida. A pesar del diagnóstico cada vez más temprano y el desarrollo de tratamientos cada vez más conservadores, presenta una morbilidad y mortalidad importantes.

Presentamos 2 casos de embarazo intersticial tratado mediante legrado por aspiración bajo control ecográfico. En ambos, el procedimiento fue rápido, con mínimo sangrado y sin complicaciones.

El legrado uterino ecoguiado es una alternativa efectiva y segura como tratamiento del embarazo ectópico intersticial.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Ultrasound-guided transcervical curettage in interstitial pregnancy

Abstract Interstitial pregnancy has increased in the last few decades due to greater use of assisted reproductive technology. Despite early diagnosis and the development of increasingly conservative treatment, maternal morbidity and mortality remain high. We report two cases of interstitial pregnancy treated by ultrasound-guided transcervical suction curettage. In both cases, the procedure was quick, bleeding was minimal and there were no complications. Ultrasound-guided transcervical curettage is a safe and effective alternative in interstitial pregnancy.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El embarazo intersticial es una forma poco frecuente de embarazo ectópico, que ocurre aproximadamente en el 2-4% de todas las gestaciones ectópicas y en uno de cada 2.500-5.000 nacimientos^{1,2}.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: elbacarbi@hotmail.com (E. Carballo Núñez).

La incidencia de embarazo intersticial se ha visto aumentada en las últimas décadas, como consecuencia del aumento de las técnicas de reproducción asistida. Otros factores de riesgo son similares a otros tipos de gestaciones ectópicas, e incluyen, entre otros: historia de enfermedad inflamatoria pélvica, dispositivos intrauterinos y cirugías tubáricas previas. La salpingectomía homolateral es un factor de riesgo específico para el embarazo intersticial³⁻⁶.

A pesar del diagnóstico cada vez más temprano y la mayor experiencia en su tratamiento, la tasa actual de mortalidad materna en gestaciones intersticiales es del 2 al 3%, más del doble que en otras gestaciones ectópicas^{3,4,7}.

La porción intersticial es la parte más proximal de la trompa de Falopio que está dentro de la pared muscular del útero. Debido al grosor y distensibilidad de la pared miometrial, la rotura tisular en gestaciones intersticiales se produce de media a las 9-12 semanas de gestación. La rotura suele ocasionar una hemorragia importante, con shock grave y súbito, como consecuencia de la importante vascularización de esta zona, proveniente de ramas de las arterias uterinas y ováricas^{3,5}. El importante riesgo de rotura uterina en estas gestaciones desaconseja el tratamiento expectante^{1,8}.

Tradicionalmente, el tratamiento de la gestación intersticial era la histerectomía o resección cornual mediante laparotomía³⁻⁵. La introducción de la ecografía transvaginal precoz ha permitido un aumento de los diagnósticos en etapas tempranas, lo que hace posible un tratamiento más conservador.

Presentamos 2 casos de embarazo ectópico intersticial tratado exitosamente mediante legrado por aspiración ecoguiado.

Caso 1

Mujer de 33 años, G4 A3, sin antecedentes personales de interés. Acude a urgencias en semana 7 de amenorrea por



Figura 1 Imagen obtenida por ecografía transvaginal en el momento del diagnóstico del caso 1, en la que se evidencia la gestación ectópica de 21 x 21 x 22 mm en el cuerno derecho, en un corte transversal del útero.

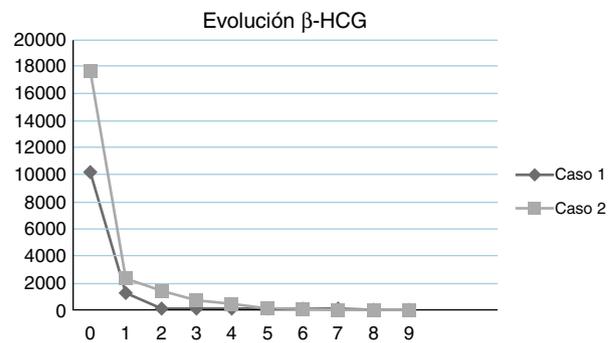


Figura 2 Evolución de la gonadotropina coriónica humana beta (β-HCG) desde la realización del legrado hasta su negativización. En esta gráfica se puede observar un descenso rápido inicial y, posteriormente, un descenso más lento de la hormona.

sangrado. Se realiza ecografía transvaginal, no apreciándose signos de gestación intraútero. La gonadotropina coriónica humana beta (β-HCG) era de 1.281 mUI/ml. Se realiza control analítico tras 9 días, evidenciándose un aumento significativo de la hormona (8.700 mUI/ml). En la ecografía transvaginal realizada se describe un endometrio de 12 mm, heterogéneo, sin evidencia de saco gestacional, y con una imagen sacular anecoica de ± 21 x 21 x 22 mm en el cuerno derecho sin imagen de saco vitelino ni embrión, y con trofoblasto irregular, compatible con embarazo intersticial; ovarios normales, sin líquido libre (fig. 1). Se inicia tratamiento con dosis múltiples de metotrexato (MTX) intramuscular (4 dosis de 1 mg/kg de peso en días alternos con 4 dosis de rescate de 0,1 mg/kg de ácido fólico intramuscular). La β-HCG postratamiento fue de 10.155 mUI/ml. Ante este ascenso se decide realizar legrado con aspiración ecoguiado, consiguiéndose una aspiración parcial de la imagen sacular. Al alta, 2 días poslegrado, se realiza control de β-HCG, siendo esta de 1.275 mUI/ml (descenso del 87,4%). En posteriores

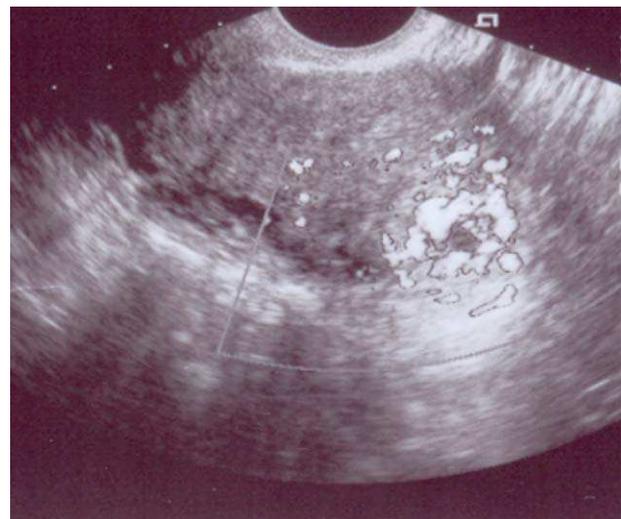


Figura 3 Imagen obtenida por ecografía transvaginal en el momento del diagnóstico del caso 2, en la que se evidencia en el cuerno uterino izquierdo imagen de 20 x 20 mm compatible con gestación intersticial. El estudio Doppler permite observar la morfología típica de las arterias peritrofoblásticas.

controles de β -HCG semanales, se produjo un descenso gradual de la hormona, alcanzando un valor < 5 mUI/ml al mes del legrado (fig. 2). La anatomía patológica confirmó la existencia de vellosidades coriales en el material del legrado.

Caso 2

Paciente de 39 años, G5P3A1. Ooforectomía derecha a los 33 años por cistoadenoma benigno. Acude a urgencias por sangrado vaginal en semana 9 de amenorrea. En la ecografía se visualiza un útero de tamaño y morfología normal con un endometrio lineal. A nivel de cuerno uterino izquierdo imagen de 20 x 20 mm compatible con gestación intersticial. No se identifica embrión pero sí vesícula vitelina (fig. 3). La

β -HCG en ese momento era de 17.743 mUI/ml. Se realiza legrado por aspiración ecoguiado. La determinación de β -HCG 3 días después fue de 2.350 mUI/ml (descenso del 86,7%). En los controles semanales posteriores se produjo una disminución gradual, siendo < 5 mUI/ml a las 9 semanas del legrado (fig. 2). La anatomía patológica confirmó la existencia de vellosidades coriales en el material del legrado.

Discusión

Actualmente no hay suficiente evidencia para recomendar una única modalidad de tratamiento en las gestaciones intersticiales. La elección del tratamiento en un embarazo intersticial debe estar basada en factores como la presentación clínica,

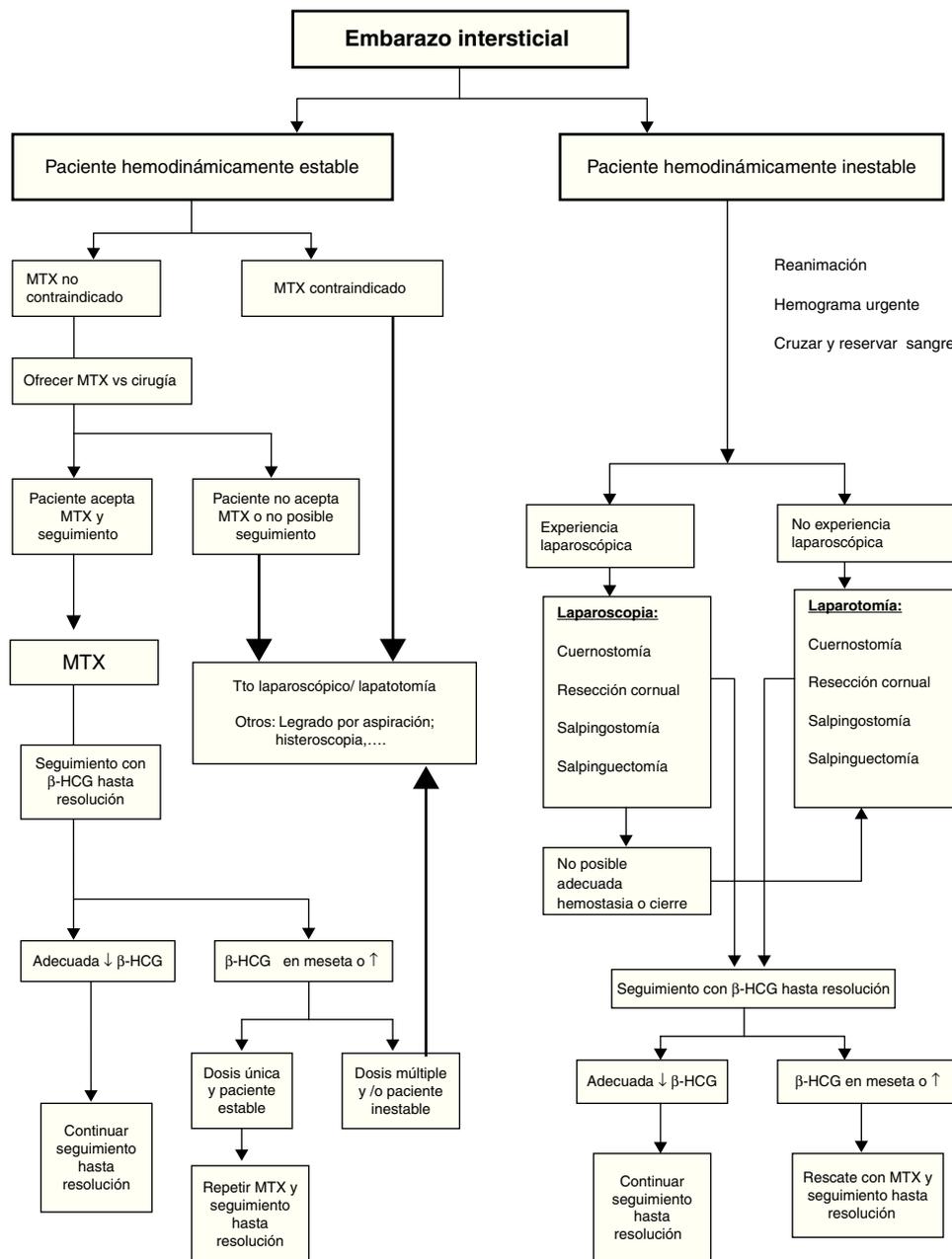


Figura 4 Manejo del embarazo intersticial.

los deseos genésicos de la paciente, la experiencia del cirujano, entre otros^{3,6}. En pacientes inestables en quienes se ha producido la rotura uterina, la resección y reparación cornual mediante laparotomía es la primera opción. En los casos donde ésta no se consigue, es necesario recurrir a la histerectomía. Si el diagnóstico es precoz, la paciente está estable y es posible realizar una estrecha vigilancia, puede intentarse como primera opción el tratamiento médico con metotrexato^{1,6,9}. La inyección de metotrexato y otros fármacos citotóxicos directamente en la gestación, bajo guía laparoscópica, histeroscópica o ecográfica, con o sin combinación de tratamiento sistémico también se ha comunicado, con resultados satisfactorios¹⁰. En pacientes estables en los que no es posible el tratamiento médico, o éste ha fracasado, los avances tecnológicos actuales permiten técnicas quirúrgicas más conservadoras mediante laparoscopia. Las técnicas laparoscópicas incluyen resección cornual, cuernostomía, salpingostomía o salpingectomía^{8,11-13}. Otras técnicas no laparoscópicas, como la remoción del embarazo cornual por histeroscopia o la embolización selectiva de arterias uterinas han demostrado ser efectivas en un número reducido de casos^{10,14}.

En nuestros 2 casos, la metrorragia fue el principal síntoma. El diagnóstico se realizó mediante ecografía transvaginal y determinación de β -HCG. El tiempo quirúrgico fue menor a 20 min, con mínimas pérdidas hemáticas, y sin complicaciones posteriores. Las 2 pacientes fueron dadas de alta a las 48 h del legrado. En ambos casos se produjo un descenso gradual de los niveles de β -HCG. En el caso 1, a pesar de sólo conseguirse un aspiración parcial del embarazo, la β -HCG alcanzó un valor < 5 mUI/ml al mes del legrado. En el caso 2 el descenso fue más gradual precisando 9 semanas para alcanzar un valor < 5 mUI/ml, hecho que se puede atribuir a un nivel más alto de β -HCG en el momento del diagnóstico y a la ausencia de tratamiento médico previo. En el caso 2, se desestimó el tratamiento con MTX, por presentar una β -HCG de 17.743 mUI/ml, que predice una baja probabilidad de resolución con tratamiento médico^{15,16}.

El legrado por aspiración es una alternativa terapéutica que se debe tener en cuenta tras el fracaso del tratamiento médico, que presenta evidentes ventajas sobre técnicas más agresivas. Es un procedimiento poco invasivo, con mínimas pérdidas hemáticas, un tiempo quirúrgico corto, pocas complicaciones y mínima estancia hospitalaria. Pero quizá la principal ventaja es que permite preservar íntegra la capacidad reproductiva, al evitar la resección cornual, reduce el riesgo de obstrucción tubárica y la infertilidad posterior. Por otro lado, al mantener la integridad de la pared uterina evita cesáreas electivas en próximas gestaciones.

La primera descripción del manejo de embarazo intersticial mediante legrado fue realizada por Zhang et al en 2004, que describen 3 casos con resolución de embarazo intersticial mediante legrado por aspiración, bajo control laparoscópico⁷. Otros autores han comunicado tratamientos exitosos con esta técnica^{10,17}.

A la vista de nuestros resultados, nosotros planteamos la ecografía como método guía alternativo a la laparoscopia. La

ecografía constituye un buen método para evaluar la localización y el tamaño de la gestación, y diagnosticar la rotura uterina, lo que permitiría la reparación inmediata si ésta se produjera. Evita una cirugía abdominal, el tiempo quirúrgico es menor y la recuperación de la paciente más temprana.

El legrado uterino por aspiración ecoguiado es una modalidad terapéutica efectiva y segura, que debe considerarse como tratamiento del embarazo ectópico intersticial en pacientes estables, en las que es posible un adecuado seguimiento, y el tratamiento médico no es posible o ha fracasado. En la figura 4 proponemos un algoritmo de manejo del embarazo intersticial.

Bibliografía

1. Tulandi T, Saleh A. Surgical management of ectopic pregnancy. *Clinical Obstet Gynecol.* 1999;42:31-8.
2. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 1999;72:207-15.
3. Rock JA, Jones III HW. *Te Linde Ginecología quirúrgica*, 9.ª edición. Buenos Aires: Medica Panamericana. 2006.
4. Advincula AP, Senapati S. Interstitial pregnancy. *Fertil Steril.* 2004;82:1660-1.
5. Tulandi T, Al-Jaroudi D. Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons Registry. *Obstet Gynecol.* 2004;103:47-50.
6. Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones EE. Cornual heterotopic pregnancy: Contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:1264-70.
7. Zhang X, Liu X, Fan H. Interstitial pregnancy and transcervical curettage. *Obstet Gynecol.* 2004;104:1193-5.
8. Tulandi T, Vilos G, Gomel V. Laparoscopic treatment of interstitial pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1995;85:465-7.
9. Floridon C, Thomsen SG. Methotrexate treatment of ectopic pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994;73:746-52.
10. Moawad NS, Mahajan ST, Moniz MH, Taylor SE, Hurd WW. Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202:15-29.
11. Laury D. Laparoscopic treatment of interstitial pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1995;2:219-21.
12. Budnick SD, Jacobs SL, Nulsen JC, Metzger DA. Conservative management of interstitial pregnancy. *Obst Gynecol Surv.* 1993;48:694-8.
13. Moon HS, Choi YJ, Park YH, Kim SG. New simple endoscopic operations for interstitial pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:114-21.
14. Sanz LE, Verosko J. Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2002;99:941-4.
15. Lipscomb GH, McCord ML, Stovall TG, Huff G, Portera SG, Ling FW. Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies. *N Eng J Med.* 1999;341:1974-8.
16. Canis M, Savary D, Pouly JL, Wattiez A, Mage G. Ectopic pregnancy: criteria to decide between medical and conservative surgical treatment? *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2003;32(Suppl 7):554-63.
17. Thakur Y, Coker A, Morris J, Oliver R. Laparoscopic and ultrasound-guided transcervical evacuation of cornual ectopic pregnancy: an alternative approach. *J Obstet Gynaecol.* 2004;24:809-10.