

Gaceta Médica de México

Volumen
Volume **139**

Suplemento
Supplement **1**

Julio-Agosto
July-August **2003**

Artículo:

Experiencia salvadoreña con la
interrupción farmacológica del
embarazo ectópico

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Experiencia salvadoreña con la interrupción farmacológica del embarazo ectópico

Emilia Hernández,* Henry Espinoza**

Resumen

El embarazo ectópico es una causa de mortalidad materna durante el primer trimestre del embarazo. Para algunos casos, el tratamiento farmacológico con metotrexato representa una alternativa al procedimiento quirúrgico. En este informe presentamos los resultados de 25 mujeres con embarazos ectópicos que fueron tratadas con metotrexato en un hospital de San Salvador, El Salvador, en el periodo de febrero 2001 a marzo 2002. Para ofrecer este tratamiento se definieron criterios de inclusión y criterios de intervención. En todos los casos se realizó una histerosalpingografía de seguimiento para valorar la condición de las trompas de Falopio. Veintidós casos (88%) resultaron exitosos, es decir, se resolvieron sin necesidad de cirugía; de estos casos exitosos, el 82% presentó trompas uterinas permeables en el seguimiento. Sólo en 3 mujeres la intervención quirúrgica fue necesaria y en dos de ellas (75%) se encontraron trompas de Falopio permeables.

Palabras clave: Embarazo ectópico, metotrexato, América Latina, salud reproductiva, interrupción de embarazo

Introducción

Algunos grupos de investigación han informado un incremento en la incidencia del embarazo ectópico en los países desarrollados en las dos últimas décadas.^{1,2,3} En los Estados Unidos de Norteamérica, el riesgo de morir por esta condición obstétrica es 10 veces mayor que el riesgo de morir por parto y 50 veces mayor que por aborto inducido en condiciones seguras.⁴ Sin embargo, a pesar de la amenaza que representa para la vida, el número de mujeres que muere por embarazo ectópico se ha reducido

Summary

Ectopic pregnancy is an important cause of maternal mortality during the first trimester. For some cases of ectopic pregnancy, pharmacologic treatment with methotrexate represents an alternative to surgical procedures. In this report, we present the results of treatment with methotrexate in 25 women with ectopic pregnancies treated at a hospital in San Salvador, El Salvador, between February 2001 and March 2002. Before offering this treatment, certain inclusion and intervention criteria were defined. A follow-up hysterosalpingography was performed in all women to evaluate the condition of fallopian tubes. Twenty two patients (88%) who received treatment with methotrexate were considered treatment successes, that is, no surgery was required; at follow-up, 82% of these successful cases were found to have permeable fallopian tubes. Surgical intervention was necessary in only three cases; tubal permeability was found in two of these cases (75%).

Key words: Ectopic pregnancy, methotrexate, Latin America, reproductive health, pregnancy termination

en más de un 90% en ese país.⁵ El diagnóstico temprano y las técnicas actuales para interrumpir este tipo de embarazos, incluyendo el uso del metotrexato, son en parte responsables de este cambio en la mortalidad. En las pacientes en las que el tratamiento con metotrexato resulta exitoso, se reducen los riesgos de la morbilidad y mortalidad que genera la cirugía abierta (riesgo de anestesia, infecciones y otras complicaciones), pero también los costos. Así, Morlock y colaboradores, encontraron que el tratamiento exitoso con metotrexato generó un ahorro de \$ 3,000 dólares americanos por caso.⁶

* Médica Adjunta del Servicio de Patología Ginecológica y Obstétrica del Hospital Materno Infantil 1° de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Salvador, El Salvador.

** Investigador Asociado del Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, México, D.F.

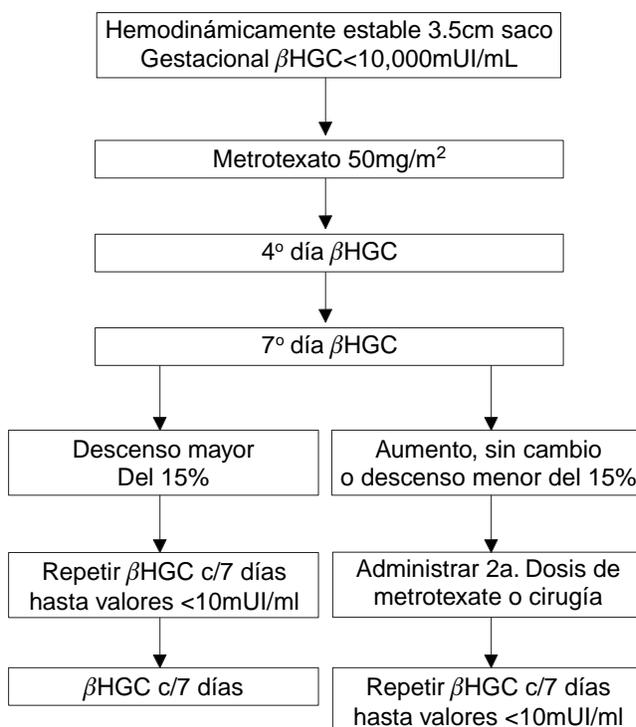
Correspondencia y solicitud de sobretiros: Emilia Hernández, Servicio de Patología Ginecológica y Obstétrica del Hospital Materno Infantil 1° de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Final Calle Arce, San Salvador, El Salvador. Telfax: (503) 221-7647. Correo electrónico: amihdez@hotmail.com

En los países en vías de desarrollo es muy difícil, por el momento, tener datos precisos sobre la frecuencia del embarazo ectópico y su comportamiento ya que en muchos casos no se diagnostica, ni siquiera cuando ya ha causado la muerte.⁷ En general, se estima que la incidencia del embarazo ectópico en el mundo en vías de desarrollo está entre 0.5% y 2.3% en relación al total de recién nacidos vivos.^{8,9} Además, poco se sabe sobre la práctica del tratamiento con metotrexato en estos países.

En el Servicio de Patología Ginecológica y Obstétrica del Hospital Materno Infantil 1° de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en San Salvador, se utiliza metotrexato para el tratamiento del embarazo ectópico. En este informe presentamos los resultados de 25 pacientes tratadas farmacológicamente por embarazo ectópico en el período comprendido entre febrero 2001 y marzo 2002.

Métodos

Basados en las recomendaciones del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología,¹⁰ se ofreció metotrexato a las mujeres que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: estabilidad hemodinámica, embarazo ectópico no roto con saco gestacional igual o menor a 3.5 cms y concentración en suero de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica (β HGC) igual o menor a 10,000mUI/ml. Además, se consideró la factibilidad para asistir a las consultas de seguimiento y la capacidad de la paciente para comprender el protocolo de tratamiento. El protocolo consistió en la administración de metotrexato a la dosis de 50 mg/m² de superficie corporal, seguida por mediciones de las concentraciones en suero de β HGC. Si al séptimo día, las concentraciones de β HGC en suero estaban aumentadas, permanecían igual o no habían disminuido en al menos 15% del valor encontrado al cuarto día, entonces, se consideraría la administración de una segunda dosis del medicamento. En todos los casos se continuarían los controles semanales de β HGC hasta alcanzar valores menores a 10 mUI/mL (Figura 1). Todos los casos que no respondieran a este esquema de tratamiento o aquellos en que los hallazgos clínicos revelaran una evolución tórpida (como dolor abdominal intenso o aumento significativo del dolor ya existente, sangrado vaginal severo, pérdida del conocimiento u otros síntomas de descompensación hemodinámica) serían tratados quirúrgicamente. Se recomendó a las mujeres en tratamiento evitar el consumo de bebidas alcohólicas, de ácido fólico y la actividad sexual. Cuatro meses después de completado el tratamiento del embarazo ectópico, las pacientes serían sometidas a un estudio de histerosalpingografía para valorar la permeabilidad de las trompas de Falopio.



β HGC: Fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica.
m²: Metro cuadrado de superficie corporal.

Figura 1. Manejo farmacológico del embarazo ectópico

Resultados y conclusiones

La edad promedio de las pacientes fue de 27.7 años (intervalo de 21 a 38 años); en cuanto al antecedente reproductivo, las pacientes eran en su gran mayoría primíparas o nulíparas (Cuadro I). Seis mujeres informaron el antecedente de aborto y dos el de embarazo ectópico. La amenorrea promedio fue de 7 semanas (intervalo de 5 a 10 semanas) y la concentración en suero promedio de β HGC fue de 3,818 mUI/mL (1,484 a 8,235 mUI/ml). Los principales motivos de consulta fueron el dolor, el sangrado y la combinación de ambos (Cuadro I). En todas las pacientes se practicó un estudio ultrasonográfico, siendo la masa anexal el hallazgo más común. Aunque en 10 mujeres el saco gestacional era mayor de 3.5 cm., en todas ellas las concentraciones en suero de β HGC fueron menores a 10,000 mUI/mL.

Todas las pacientes recibieron al menos una dosis de metotrexato, en tanto que 13 (52%) recibieron una segunda dosis. En 22 casos (88%) el metotrexato fue suficiente para resolver el embarazo ectópico; la cirugía fue necesaria en los tres casos restantes. De estos últimos, un caso se trató con laparotomía, mientras que en los otros dos se empleó la laparoscopia. Aunque la β HGC se negativizó en la mayoría de pacientes dentro de los siguientes 30

días después de iniciado el tratamiento, en ocho las concentraciones de esta hormona descendieron a concentraciones <10 mUI/ml posteriormente (Cuadro I).

En la histerosalpingografía de seguimiento se encontró que el 82% de los casos tratados con metotrexato mostraba adecuada permeabilidad de las trompas de Falopio. De las tres pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico, las dos

mujeres que recibieron tratamiento laparoscópico mostraron permeabilidad tubárica adecuada durante el seguimiento, lo cual dio un 75% de permeabilidad para las mujeres tratadas quirúrgicamente (Cuadro II). Sesenta y cuatro por ciento de las mujeres requirió entre 3 y 4 visitas de control en el hospital, 24% necesitó entre 5 y 6 visitas y hasta 7 visitas fueron necesarias para el restante 12% .

Cuadro I. Principales motivos de consulta, hallazgos ultrasonográficos y tiempo transcurrido para negativizar β HGC

Antecedente reproductivo	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	11	44%
Primípara	12	48%
Más de 2 partos previos	2	8%
Motivo de consulta		
Sangrado	8	32%
Dolor	5	20%
Sangrado-dolor	12	48%
Hallazgos ultrasonográficos al inicio del tratamiento		
<i>Saco gestacional < 3.5 cms.</i>	15	60%
<i>Saco gestacional de 3.5 a 4.5 cms.</i>	10	40%
Masa anexal	24	96%
Tiempo en negativizar βHGC según amenorrea al momento de recibir metotrexato		
<i>Amenorrea 5-7 semanas</i>		
Negativizó en < 1 mes	9	
Negativizó dentro de 1 y 2 meses	6	
<i>Subtotal</i>	15	60%
<i>Amenorrea 8-9 semanas</i>		
Negativizó en < 1 mes	5	
Negativizó dentro de 1 y 2 meses	2	
<i>Subtotal</i>	7	28%
<i>No aplica</i>	3*	12%

* Intervenido quirúrgicamente

Cuadro II. Condición de permeabilidad de las trompas uterinas en el estudio histerosalpingográfico de seguimiento.

Tratamiento	Permeables	%	Obstruidas	%	No Informadas	%	Total
Farmacológico	18	81.9%	2	9.1%	2	9.1%	22
Quirúrgico	2	75%	1	25%			3
Total	20		3		2		25

En conclusión, del total de 25 mujeres tratadas farmacológicamente con metotrexato, 22 mujeres resolvieron sin necesidad de recurrir a la cirugía, lo que se traduce en un 88% de éxito. No se presentaron complicaciones por el uso del medicamento y en 18 pacientes de las 20 en que se realizó la histerosalpingografía de seguimiento se encontraron trompas de Falopio permeables. El metotrexato puede ser el tratamiento de elección para ciertos casos de embarazo ectópico, en lugar de cirugía. Además de las características médicas requeridas, las mujeres deben tener la facilidad de acceso al centro de médico y estar dispuestas a cumplir con las numerosas visitas que la evolución del tratamiento puede demandar.

Debido a las numerosas ventajas de interrumpir embarazos ectópicos con metotrexato, sería importante documentar su práctica en los países latinoamericanos, así como su uso en otras condiciones obstétricas (como la mola, el coriocarcinoma y la interrupción legal de embarazos o abortos terapéuticos). Esto podría dar lugar a la realización de análisis más exhaustivos que incluyan elementos de costo-beneficio y acceso a los servicios, con lo cual se podría, además, definir el rol que el metotrexato tendría en la prestación de servicios obstétricos de nuestros países. La revisión de Cochrane nos da un punto de partida en este sentido al afirmar que "se debería preferir el metotrexato por cuestiones de simplicidad y costos, cuando se trate de casos muy poco desarrollados, y la cirugía laparoscópica para todos los demás casos."¹¹

Referencias

1. **Tay JI, Moore J, Walker JJ.** Ectopic pregnancy. *Br Med J.* 2000;320:916-919.
2. **Storeide O, Veholmen M, Eide M, Bergsjø P, Sandvei R.** The incidence of ectopic pregnancy in Hordaland County, Norway 1976-1993. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76:345-349.
3. **Rajkhowa M, Glass MR, Rutherford AJ, Balen AH, Sharma V, Cuckle HS.** Trends in the incidence of ectopic pregnancy in England and Wales from 1966 to 1996. *Br J Obstet Gynecol* 2000;107:369-374.
4. **Churgay CA, Apgar BS.** Ectopic pregnancy: an update on technologic advances in diagnosis and treatment. *Prim Care* 1993;20:629-638.
5. **Luciano AA, Roy G, Solima E.** Ectopic pregnancy from surgical emergency to medical management. *Ann NY Acad Sci* 2001;943:235-254.
6. **Morlock RJ, Lafata JE, Eisenstein D.** Cost-effectiveness of single-dose methotrexate compared with laparoscopic treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000;95:407-412.
7. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Manual de reproducción humana. New York: The Parthenon Publishing Group, Inc.;1994. pp.401-421.
8. **Thonneau P, Hijazi Y, Goyaux N, Calvez T, Keita N.** Ectopic pregnancy in Conakry, Guinea. *Bull World Health Org* 2002;80:365-370.
9. **Liskin LS.** Maternal morbidity in developing countries: a review and comments. *Int J Gynaecol Obstet.* 1992;37:77-87.
10. ACOG practice bulletin. Medical management of tubal pregnancy. Number 3, December 1998. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 1999;65:97-103.
11. **Hajenius PJ, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, Van der Veen F.** Intervenciones para el embarazo ectópico tubárico (Translated, Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2000, Oxford: UK; Updated software.

