



El Científico

Boletín Docente - Subdirección de Docencia e Investigación
Complejo Hospitalario Dr. A.A.M.
Caja de Seguro Social

PÉRDIDA GESTACIONAL RECURRENTE

Dra. Leyvis Domínguez Zarzavilla.
Ginecología y Obstetricia CH "AAM" CSS

La pérdida gestacional recurrente se puede definir cuando una mujer tiene tres abortos espontáneos consecutivos. Afecta al 1% de las mujeres embarazadas. Se divide en **primarios**, cuando la mujer no ha tenido ningún embarazo que haya llegado a término y **secundarios**, cuando la mujer ha tenido al menos un recién nacido vivo.

La mayoría de las mujeres que sufren un aborto tienen un índice de recidiva menor del 30%. En el caso de las mujeres con pérdida gestacional recurrente, la probabilidad de tener un recién nacido vivo es del 60%, teniendo en cuenta que alrededor del 50% de los casos no se llega a identificar una causa precisa.

Es importante establecer que los embarazos se pueden perder en cuatro momentos:

1. Preembriónicas (desde la concepción hasta las 4 semanas)
2. Embriónicas (5- 9 semanas)
3. Fetales (10 semanas al término)
4. Neonatal temprana (recién nacido)

La gran mayoría de las pacientes con aborto espontáneo recurrente tienen pérdidas preembriónicas y embriónicas con un aborto clínico que ocurre entre las 5 y 12 semanas. Es muy raro que después de las 12 semanas se pierdan embarazos de forma recurrente.

Causas:

Entre las posibles causas de abortos recurrentes se encuentran factores genéticos, anatómicos, endocrinos, inmunológicos, infecciosos y medioambientales.

A. Genéticos:

1. Anomalías cromosómicas: en el 70% de los abortos del primer trimestre se identifica una anomalía cromosómica al analizar el tejido fetal. Dentro de estas anomalías se encuentran aneuploidías, trisomías, monosomías. Las trisomías son las más comunes y se detectan en casi el 50% de los abortos. Las trisomías más habituales son la 13, 18, 21 y 22. La siguiente anomalía más frecuente es la 45X.
2. Anomalías cromosómicas de los progenitores: se ha demostrado la incidencia de anomalías cromosómicas en los progenitores con pérdida gestacional recurrente entre un 3 y 8%, lo que significa seis veces más frecuente que la población general. La anomalía más común es la traslocación balanceada, siendo el fenotipo de los progenitores normal. Otras posibles anomalías cromosómicas son las inversiones y los mosaicismos.

B. Anatómicos: Las causas anatómicas se dividen en congénitas y adquiridas. Se establece que el 27% de las mujeres con aborto de repetición tienen alguna anomalía anatómica.

1. Problemas congénitos: se encuentran diversas entidades que a menudo afectan al desarrollo de los conductos de Müller y fallo en la reabsorción de los conductos paramesonéfricos. Las anomalías uterinas más frecuentes son el útero septo, útero bicorne, útero didelfo y el útero unicornio. Después del tratamiento quirúrgico en alguno de los casos la tasa de embarazos exitosos llega a ser de un 80%.

Director General - C.S.S.
Licdo. René Luciani

Director Nacional de
Serv. y Prestaciones Médicas
Dra. Rosario Turner M.

Subdirector Nal. De S.P.M.
Area Metropolitana
**Dr. Eduardo Reyes
Vargas**

Director Nal. de Docencia
e Investigación en Salud
Dr. Rusbel Batista

Directora Médica General
C.H.DR.A.A.M.
Dra. Silia S. de Alegría

Subdirector de Docencia e
Investigación
**Dr. Paulino Vigil De
Gracia**

Subdirector Médico Clínico
Dr. Rubén Villaláz

Subdirector Médico
Quirúrgico
Dr. Carlos Díaz T.

Subdirector Médico de la
Consulta Externa
**Dra. Bleixen de
Velásquez**

Director Administrativo
Licdo. Thedy Véliz

Editores:
**Dr. Arón Benzadón
Dr. Paulino Vigil De
Gracia**



El Científico

*Boletín Docente - Subdirección de Docencia e Investigación
Complejo Hospitalario Dr. A.A.M. - Caja de Seguro Social
Página 2*

2. Problemas anatómicos:

- a. Leiomiomas especialmente los submucosos pueden producir pérdida gestacional recurrente, ya que constituyen lugares de implantación desfavorables y pueden comprometer el aporte vascular de la placenta. Los leiomiomas intramurales y subserosos llegan a producir problemas dependiendo del tamaño, ya que pueden distorsionar la cavidad uterina y llegar a producir el aborto.
- b. Las sinequias intrauterinas se producen después de manipulaciones quirúrgicas del útero, aunque pueden aparecer en casos de deficiencia de estrógenos. Interfieren con la implantación y comprometen el posterior aporte vascular del feto.
- c. Exposición al dietilestilbestrol (DES): las mujeres expuestas in útero al DES tienen alta incidencia de abortos, debido a que esta exposición produce anomalías anatómicas como cavidad uterina en T, existencia de un segmento uterino inferior ensanchado, constricciones del fondo uterino, defectos de llenado y márgenes irregulares. Estas lesiones se deben a la unión del DES a los receptores estrogénicos durante el desarrollo embriológico del sistema de Müller.
- d. La incompetencia cervical consiste en una dilatación cervical indolora que puede ser congénita o adquirida. La principal causa es la cirugía cervical previa (conización, parto traumático con laceraciones cervicales, dilatación agresiva durante el legrado).

C. Endocrinos: la deficiencia de la fase lútea es una de las causas endocrinas descritas que llega a ocasionar pérdida gestacional recurrente. Se debe a una deficiencia en la progesterona lo que hace que el embarazo no se pueda mantener en las fases iniciales de la gestación. A pesar de que esto está descrito, se han realizado estudios que demostraron que la administración de progesterona a las embarazadas con pérdida gestacional recurrente no tiene un efecto positivo, lo cual se podría explicar basándonos en que la etiología de los abortos recurrentes puede ser multifactorial y que como ya se estableció en el 50% de los casos nunca llegamos a saber la causa. La diabetes mellitus y la enfermedad tiroidea descontrolada tienen un mayor riesgo de aborto espontáneo que la población general.

D. Inmunológicos:

1. Factores autoinmunes: Un 15% de las mujeres con pérdida gestacional recurrente tienen anticuerpos anticardiolipina y anticoagulante lúcido positivo. Esta anomalía produce trombosis e infartos placentarios, lo que conlleva a las pérdidas.
2. Factores aloinmunes: la inmunidad frente a agentes externos, son la posible causa de abortos recurrentes. Se establece que las parejas que comparten antígenos del sistema HLA pueden inhibir la formación de los anticuerpos maternos, que en condiciones normales, cubren a los antígenos fetales evitando el rechazo.

E. Infecciosos: esta etiología es controvertida. Se establece que las pacientes con abortos recurrentes tienen mayor tasa de infección por Ureaplasma urealyticum. También se menciona que podrían estar implicados el Toxoplasma gondii, Listeria monocytogenes y Micoplasma hominis.

“ El Científico no sólo tiene que hacer ciencia, también debe escribirla ”

Robert Day



El Científico

Boletín Docente - Subdirección de Docencia e Investigación
Complejo Hospitalario Dr. A.A.M. - Caja de Seguro Social
Página 3

F. Ambientales: el tabaco, el alcohol, agentes antineoplásicos, radiaciones ionizantes, gases anestésicos, preparados dermatológicos que contienen vitamina A y metales pesados son causas de abortos espontáneos en mujeres expuestas.

G. Desconocidos: En hasta un 50% de las mujeres que sufren abortos recurrentes nunca se logra identificar la causa.

El término de aborto a repetición implica haber tenido al menos tres abortos espontáneos consecutivos, pero el médico no debe esperar a que se produzcan las tres pérdidas para iniciar el estudio de la pareja y hacer el diagnóstico.

El primer paso consiste en hacer una historia clínica completa en donde se deben investigar los siguientes parámetros:

- a. Patrón y trimestre en el cual tuvo la pérdida
- b. Exposición a toxinas ambientales y drogas
- c. Infecciones ginecológicas u obstétricas conocidas
- d. Hallazgos asociados al síndrome antifosfolípidos
- e. Relación genética entre la pareja (Consanguinidad)
- f. Evaluaciones y tratamientos previos.

Luego, se debe hacer un examen físico general incluyendo el examen ginecológico (vagina, cérvix, útero).

Posteriormente, exámenes de laboratorio y gabinete, donde se incluyen:

- a. Histerosalpingografía, histeroscopia, ultrasonido vaginal
- b. Biopsia endometrial en fase lútea en dos ciclos consecutivos
- c. Cariotipo de los padres
- d. Anticuerpos de anticoagulante lúpico y anticardiolipina
- e. Cualquier examen sugerido por la historia clínica y examen físico.

Tratamiento:

Una vez tengamos el diagnóstico podemos dar un adecuado tratamiento. Pero teniendo en cuenta que alrededor del 50% de los casos nunca llegamos a tener una causa específica lo más indicado es la terapia de apoyo.

Si la causa es genética, el consejo genético es parte importante del tratamiento. Algunas parejas con una traslocación o inversión pueden tener embarazos a término, pero otras deben recurrir a los bancos de semen o a la donación de ovocitos para evitar anomalías letales par el feto.

El tratamiento de las anomalías anatómicas es quirúrgico.

Cuando se hace el diagnóstico de defectos de la fase lútea se le indica a la paciente el uso de progesterona en óvulos vaginales o inyecciones intramusculares. Otras anomalías endocrinas como los defectos de la tiroides y la diabetes deben ser corregidas.

Si diagnosticamos una infección, debemos dar el tratamiento antibiótico adecuado. Por ejemplo, las infecciones producidas por *Mycoplasma* y *Ureaplasma* se tratan con doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 10 días y se debe tratar a la pareja.

Si detectamos factores ambientales los mismos deben ser eliminados.

En el caso de las pacientes con diagnóstico de trombofilia, el cual debe de hacerse cuando la paciente no esté embarazada, se debe iniciar tan pronto tengamos el diagnóstico de embarazo el uso de aspirina infantil y heparina.

En resumen, la pérdida gestacional recurrente conlleva un reto para el médico y debemos tener presente que la paciente requiere un manejo multidisciplinario (ginecología, genética, hematología, psicología y otros), de esta forma podríamos brindarle a nuestras pacientes la posibilidad de tener un hijo sano.

"Pensar que en la ciencia médica no hay nada que descubrir, es como pensar que

" el mundo se acaba en el horizonte"



El Científico

Boletín Docente - Subdirección de Docencia e Investigación
Complejo Hospitalario Dr. A.A.M. - Caja de Seguro Social
Página 4

BIBLIOGRAFÍA

1. Lanasa MC, Hogge WA, Kubic C, Blancato J, Hoffman EP. Highly skewed X-chromosome inactivation is associated with idiopathic recurrent spontaneous abortion. *Am J Hum Genet* 1999;65:252-254 (Level II-2).
2. Hassold TJ. A cytogenetic study of repeated spontaneous abortions. *Am J Hum Genet* 2000;32:723-730 (Level II-3)
3. American Collage of Obsterics and Gynecologists. Management of recurrent pregnancy loss. *ACOG Practice Bulletin* . Washington, DC:ACOG 2001.
4. Daniely M, Aviram-Goldring A, Barkai G, Goldman B. Detection of chromosomal aberration in fetuses arising from recurrent spontaneous abortion by comparative genomic hybridization. *Hum Reprod* 1998;13:805-809.
5. Simon C, Rubio C, Vidal F, Gimenez C, Moreno C, Parrilla JJ, et al. Increased chromosome abnormalities in human preimplantation embryos after in-vitro fertilization in patients with recurrent miscarriage. *Reprod Fertil Dev* 1998;10:87-92
6. Sharara FI, Seifer DB, Flaws JA. Environmental toxicants and female reproduction. *Fertil Steril* 1998;70:613-622.
7. Bertolaccini ML, Roch B, Amengual O, Atsumi T, Khamashta MA, Hughes GR. Multiple antiphospholipid tests do not increase the diagnostic yield in antiphospholipid syndrome. *Br J Rheumatol* 2002;37:1229-1232.
8. Preston FE, Rosendaal FR, Walker ID, Briët E, Berntorp E, Conard J, et al. Increased fetal loss in women with heritable thrombophilia. *Lancet* 2006;348:913-916
9. Rodrigo Cifuentes. Ginecología y Obstetricia Basadas en las Evidencias. Aborto espontáneo recurrente. 2002;211-24.
10. Johns Hopkins, Brandon Bankowski. Ginecología y Obstetricia. Aborto de repetición. 2005; 385-88.

Anuncios

CURSO DE NUTRICION CLINICA	HOTEL VENETON 7 Y 10 DE JULIO
CONGRESO NACIONAL DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR	HOTEL EL PANAMA 2 Y 4 DE AGOSTO DE 2007

Conferencias de Junio, 2007 - 7:00 a.m. a 8:00 a.m.
Auditorios del 8° Piso - Policlínica Especializada, CH Dr.AAM
ESTAS ACTIVIDADES DOCENTES SON DEDICADAS
LOS DRES: PABLO CAMPOS, SILIA DE ALEGRIA, LEYVIS DOMINGUEZ

Miércoles 06	DR. VICTOR PINZON	NUEVOS HORIZONTES EN LA EPOC: IMPACTO DEL ESTUDIO TORCH
Miércoles 13	DR. NELSON NOVARRO	ESCLEROSIS MULTIPLE: ACTUALIZACIONES
Miércoles 20	DR. JUAN CARLOS SALAS (COLOMBIA)	DIMENSION PSIQUICA DE LA SALUD HUMANA
Miércoles 27	DR. BENIGNO QUINTERO	VALVULOPLASTIA MITRAL