

Aborto de repetición

Dr. Gaspar Salinas Duffo
Hospital General de Granollers

Se define aborto de repetición cuando ocurren tres o más abortos seguidos de gestaciones clínicamente reconocidas, de menos de 20 semanas, excluyendo las gestaciones molares y los ectópicos.

Epidemiología del aborto

- n 12 15% de los embarazos clínicamente identificados acaba en aborto.
- n El número de abortos antes de la primera falta es considerable, de forma que entre el 30 60% de todas la concepciones acaban en aborto.
- n La posibilidad de sufrir un aborto en la primera gestación o después de un embarazo normal es relativamente baja (4 6%).

Epidemiología del aborto

- n Si el último embarazo acabó en aborto, 19 24%.
- n Después de 2 abortos, 24 29%.
- n Después de 3 abortos, 31 33%.
- n Después de 4 abortos, 40 %.
- n Después de 6 abortos, casi del 50 %.

Epidemiología del aborto

n < 30 años	→	7-	15%
n 30 34 años	→	8	21%
n 35 39 años	→	17	28%
n > 40 años	→	34	52%

Causas de abortos recurrentes

- n Genéticas
- n Anatómicas
- n Inmunitarias
- n Enfermedades aloinmunitarias
- n Trombofilias hereditarias
- n Endocrinopatías
- n Infecciones
- n Exposiciones ambientales

Estudio de la pareja con abortos de repetición

- n Historia clínica
- n Tests de laboratorio
- n Técnicas de imagen

Historia clínica

- n Edad gestacional y características de las otras gestaciones.
- n Hipergalactorrea.
- n Instrumentaciones uterinas.
- n Defectos de nacimiento o alteraciones cariotípicas.
- n Duración del ciclo menstrual.
- n Exposición a toxinas.
- n Historia de trombosis venosa.
- n Detección de latido cardíaco.
- n Historia familiar.
- n Examen físico, general y ginecológico.

Tests de laboratorio

- n Cariotipo.
- n Anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipina.
- n FSH y estradiol en día tres.
- n TSH.
- n Evaluación de estados de hipercoagulabilidad: mutación del factor V de Leiden, resistencia a la proteína C activada, deficiencia de proteína S, mutación del gen de la protrombina (G20210A), antitrombina III, homocisteína.
- n Prolactina.
- n Glucemia, HbA1C.
- n Cultivos, serologías y biopsia de endometrio.

Técnicas de imagen

- n Sonohisterografía.
- n Histerosalpingografía.
- n Ecografía transvaginal.
- n Histeroscopia.
- n Resonancia magnética.
- n Laparoscopia.

Factores genéticos

- n La mayoría de los abortos espontáneos se deben a anomalías genéticas.
- n Más del 90 % de las anomalías cromosómicas observadas son numéricas, el resto son estructurales y mosaicos.
- n En el 4 - 8% de las parejas con abortos de repetición, uno de los dos tiene una anomalía cromosómica.
- n Las más frecuentes son las translocaciones equilibradas (recíprocas, robertsonianas), los mosaicos de los cromosomas sexuales y las inversiones cromosómicas.
- n El envejecimiento aumenta el porcentaje de ovocitos aneuploides.
- n En las mujeres con reserva ovárica disminuida, también aumentan los ovocitos aneuploides.

Factores genéticos: diagnóstico

- n Cariotipo de ambos progenitores.
- n Determinación de la reserva ovárica: FSH y estradiol en día 3, o test de clomifeno.

Factores genéticos: tratamiento

- n Asesoramiento genético.
- n Gametos de donante.
- n Diagnóstico genético preimplantacional.

Factores anatómicos

- n Malformaciones congénitas.
- n Leiomiomas.
- n Adherencias intrauterinas (Sd. de Asherman).

Factores anatómicos: malformaciones

- n 2 % de la población general y 6 - 7% de las abortadoras de repetición.
- n La patogenia es dudosa, disminución del volumen intrauterino o vascularización defectuosa.

Factores anatómicos: malformaciones

- n Útero unicorne: ausencia de desarrollo de uno de los conductos de Müller. El 50% de las gestaciones se malogran. No tiene tratamiento. Reservar el cerclaje si antecedentes de abortos de segundo trimestre o acortamiento progresivo del cuello.
- n Útero didelfo: ausencia completa de fusión de los conductos. 40 % de abortos. Sólo se recomienda la extirpación del tabique vaginal. Si múltiples abortos, unificación del fondo uterino, dejando los dos cuellos.
- n Útero bicorne: fusión incompleta de los conductos de Müller. 30 % de abortos. La cirugía se reserva para los antecedentes de abortos recurrentes. Metroplastia abdominal de Strassman. Puede beneficiar el cerclaje por la mayor frecuencia de incompetencia cervical.
- n Útero tabicado: reabsorción incompleta del tabique central en hemióteros bien fusionados. Es la más frecuente (90 %). 65 % de abortos. El tratamiento es la septoplastia histeroscópica, que mejora espectacularmente el desenlace de los embarazos, por lo que se recomienda siempre.

Factores anatómicos: miomas

- n Sólo influyen negativamente los miomas submucosos o los mayores de 5-7cm.
- n La causa sería la vascularización regional defectuosa.
- n El tratamiento de elección es la miomectomía histeroscópica. Si no distorsionan la cavidad, la cirugía no está indicada en ausencia de otros síntomas.

Factores anatómicos: adherencias

- n De causa yatrógena.
- n Disminuyen el volumen uterino funcional y la fibrosis e inflamación del endometrio predisponen a la insuficiencia placentaria.
- n El tratamiento es la lisis de las adherencias por histeroscopia.

Enfermedades autoinmunitarias

- n Lupus eritematoso sistémico
- n Síndrome antifosfolípido

Enfermedades autoinmunitarias

Lupus eritematoso sistémico:

- n Abortos de 2º y 3º trimestre.
- n Casi todos por anticuerpos antifosfolípidos
- n La frecuencia es mayor si hay enfermedad activa en el momento de la concepción, debuta durante el embarazo o hay nefropatía.

Enfermedades autoinmunitarias

Síndrome antifosfolípido:

- n Se define por unos criterios clínicos y unos analíticos.
- n Clínicos: episodios tromboembólicos, abortos, partos prematuros con preeclampsia o insuficiencia placentaria.
- n Analíticos: presencia de anticoagulante lúpico o anticuerpos (IgG o IgM) anticardiolipina en dos determinaciones separadas al menos por 6 semanas.
- n Los mecanismos son la trombosis de la circulación placentaria y las anomalías de la invasión trofoblástica precoz.

Enfermedades autoinmunitarias: tratamiento

- n Aspirina a bajas dosis (80 mg/día).
- n Heparina (5000 - 10000 unidades subcutáneas cada 12 horas) o heparina de bajo peso molecular, al observar el embriocardio.
- n 70 % de gestaciones con feto vivo.

Enfermedades aloinmunitarias

- n No ha sido posible detectar una alteración aloinmunitaria que predisponga al aborto.
- n Las posibles inmunoterapias propuestas (inmunización con leucocitos paternos y inmunoglobulinas intravenosas) no han demostrado ninguna eficacia, y si ciertos riesgos.

Trombofilias hereditarias

- n Mutación del factor V de Leiden.
- n Mutación del gen de la protrombina.
- n Mutación del gen de la enzima metilentetrahidrofolato reductasa.
- n Carencia de antitrombina III.
- n Carencia de proteína S.
- n Carencia de proteína C.
- n Carencia del factor XII.

Trombofilias hereditarias

- n El concepto fisiopatológico es el mismo que el sd. antifosfolípido.
- n Más relacionadas con abortos de más de 8 semanas.
- n Los datos disponibles indican que aumentan el riesgo de aborto prematuro y tardío, pero también que el rendimiento reproductivo en muchas mujeres portadoras es completamente normal.
- n El riesgo de aborto aumenta si el embrión hereda la trombopatía.
- n Los datos indican que el tratamiento combinado con AAS y heparina mejora los resultados.

Factores endocrinos:

- n Enfermedades tiroideas.
- n Diabetes mellitus.
- n S.P.Q.O.
- n Deficiencia de la fase lútea.

Factores endocrinos: hipotiroidismo

- n El hipotiroidismo no corregido aumenta el riesgo de aborto.
- n Los últimos estudios indican que el hipotiroidismo subclínico puede no ser del todo benigno.
- n Se diagnostica determinando la TSH.
- n El tratamiento es hormona tiroidea, hasta normalizar los valores de TSH.

Factores endocrinos: diabetes

- n La diabetes bien controlada no supone un aumento del riesgo.
- n En las diabéticas mal controladas el riesgo de aborto aumenta paralelamente a la elevación de la HbA1C.
- n No es necesario determinar la glucemia y la HbA1C a no ser que sospechemos un mal control de la diabetes.
- n Hay que recomendar un control estricto de la glucemia y no intentar la gestación hasta normalizar los niveles de HbA1C.

Factores endocrinos: S.P.Q.O.

- n Incidencia de abortos de 30-50%.
- n Oligoamenorrea, hirsutismo, obesidad, hiperandrogenismo, $LH > FSH$, imagen ecográfica característica.
- n Se ha atribuido a la hiperinsulinemia y a la hiperactividad de los inhibidores de la activación del plasminógeno.
- n Hay estudios que indican que la metformina sería el tratamiento de elección para estimular la ovulación y disminuir los abortos, debido a su acción sensibilizadora a la insulina y disminuyendo la actividad de los I.A.P.

Factores endocrinos: insuficiencia de fase lútea

- n Es difícil de diagnosticar. No sirve la biopsia de endometrio, y la determinación de progesterona, al ser su secreción pulsátil, es difícil de interpretar. Lo mejor es determinar el tiempo entre el pico de LH y la regla.
- n El tratamiento de elección es la estimulación de la ovulación con citrato de clomifeno.
- n La progesterona exógena a partir del día 2-3 postovulación retrasa la menstruación y crea falsas expectativas.

Causas infecciosas

- n Hay pocos indicios de que las infecciones sean causa de aborto de repetición.
- n Recientemente se ha relacionado el riesgo de aborto y la vaginosis bacteriana.
- n Hay estudios que indican que el tratamiento para el Mycoplasma en mujeres con abortos de repetición disminuye el riesgo de aborto.
- n Sólo se deben realizar serologías, cultivos cervicales y vaginales y biopsias de endometrio en mujeres con cervicitis clínica, vaginosis bacteriana crónica u otros síntomas de infección pélvica.

Factores ambientales

Aumentan el riesgo de aborto:

- n El tabaco.
- n El alcohol (más de dos copas al día).
- n La cafeína (más de 300 mg/día).
- n Los gases anestésicos.
- n Algunos disolventes orgánicos y los metales pesados.

Factores ambientales

No se asocian a aborto:

- n La exposición a terminales de vídeo.
- n El ejercicio.
- n Las mantas eléctricas ni el agua caliente.

Aborto recurrente idiopático

- n En más de la mitad de mujeres con abortos de repetición no se identifican factores predisponentes después de un estudio exhaustivo.
- n En la gran mayoría, el siguiente embarazo evoluciona correctamente.
- n Tienen peor pronóstico si los abortos han sido de 2º trimestre.
- n El 70-75% conseguirán un embarazo con éxito.
- n Han de tener un seguimiento estrecho, porque tienen más riesgo de embarazos ectópicos.
- n Es fundamental el apoyo emocional.
- n El tratamiento empírico con progesterona o aspirina, si bien entraña un riesgo escaso, carece de utilidad demostrada.

Resumen

Categoría	Evaluación	Tratamiento
Genética	Cariotipos Prueba de reserva ovárica	Asesoramiento Gametos de donante Diagnóstico genético preimplantacional
Anatómica	Sonohisterografía o HSG RMN, PIV, ecografía transvaginal, histeroscopia, laparoscopia	Septoplastia histeroscópica Miomectomía histeroscópica Lisis de adherencias Metroplastia abdominal Miomectomía abdominal Cerclaje cervical
Inmunitaria	Anticoagulante lúpico Ac. Anticardiolipina	Aspirina y heparina

Categoría	Evaluación	Tratamiento
Trombofilias	Factor V de Leiden Mutación del gen protrombina Resistencia Prot. C activada Homocisteína Proteína C Proteína S Antitrombina III	Aspirina y heparina
Endocrina	TSH Duración de la fase lútea Glucemia, HbA1C Prolactina	Tiroxina Citrato clomifeno Metformina Agonistas dopaminérgicos
Infeciosa	Indicada por los síntomas	Antibióticos empíricos
Ambiental	Anamnesis	Modificación del comportamiento