

TEMA O-12: PÉRDIDAS REPRODUCTIVAS (I).

DEFINICIÓN:

Se define como **aborto** toda pérdida gestacional que ocurra antes de que el feto sea viable.

El problema es que el término de viabilidad fetal va variando con el tiempo en función de los progresos de la perinatología y, aunque se conviene en considerarla a partir de fetos de 500 g, se han conseguido sacar adelante algunos caso excepcionales con menos peso.

Así pues, se suele considerar como aborto las pérdidas gestacionales que ocurren antes de la semana 20 o en fetos que pesan menos de 500 g.

Existe cierta controversia respecto a la nomenclatura a emplear en las pérdidas gestacionales que ocurren entre las 20 y las 24 semanas, pues mientras algunos las consideran como partos inmaduros, otros hacen extensivo el término aborto hasta dicha semana 24 (en base a que esto se ajusta más al límite actual de viabilidad fetal).

Los partos que ocurran a partir de la semana 25 son catalogados ya por todos como partos pretérmino inmaduros.

Los cuadros clínicos relacionados con las pérdidas reproductiva son la causa más frecuente, con diferencia, de hemorragias en la primera mitad del embarazo.

NOTA: El concepto médico de aborto no coincide con el legal, pues según el Derecho Civil español es aborto todo individuo que muere antes de las 24 horas de haber nacido.

INCIDENCIA DEL ABORTO ESPONTÁNEO:

Se ha llegado a calcular que hasta un 65% de los embarazos humanos terminan con una pérdida subclínica, debido a que son embarazos incorrectamente formados por defectos iniciales del espermatozoide o del ovocito, divisiones celulares anómalas postfecundación, o alteraciones de la implantación. Dichas pérdidas subclínicas pasan desapercibidas al ocurrir antes de que la mujer sepa que está embarazada.

La incidencia del **aborto clínico** en la población generales de $\geq 15\%$ (10-30%): Aproximadamente el 15% de los embarazos clínicos (tras test inmunológico de gestación positivo) terminan en un aborto espontáneo. La mayoría de ellos (80%) ocurre en las primeras 12 semanas de embarazo. El 1% de las embarazadas presenta al menos dos abortos previos. Y el 0.3% de las embarazadas presentan tres o más abortos previos.

CLASIFICACIÓN Y DEFINICIONES:

a) **Por su etiología:**

Esponáneos.

Provocados: Estos últimos se conocen actualmente como *interrupciones voluntarias el embarazo* (IVE). Los supuestos de *aborto legal* en España incluyen: embarazo tras violación (hasta la semana 12), anomalías fetales graves (hasta la semana 23) y grave peligro para la salud física o psíquica de la embarazada (hasta la semana 12).

b) **Por su frecuencia:**

Aborto esporádico: Aquél que se presenta de forma aislada.

Aborto habitual (*abortos de repetición o pérdidas gestacionales recurrentes*): Cuando una mujer presenta tres o más abortos espontáneos consecutivos o aborto iterativo cuando existen tres o más abortos espontáneos previos no consecutivos.

c) **Por la edad gestacional:**

Pérdidas gestacionales subclínicas: Ocurren usualmente alrededor de la implantación y por tanto pasan desapercibidas al ocurrir antes de que la mujer sepa que está embarazada (pueden ser interpretados como simples retrasos menstruales).

Abortos clínicos: Son aquéllos reconocibles, es decir, ocurren tras una prueba positiva de embarazo. Dentro de los abortos clínicos a su vez, distinguimos entre:

Abortos precoces: Ocurren hasta la semana 12. Los abortos precoces son los más frecuentes, ocurren sobretodo antes de la 10ª semana.

Abortos tardíos: Ocurren con posterioridad a la semana 12 (entre las semanas 13 y 20).

d) **Según la apariencia ecográfica del saco gestacional:**

Sacos anembrionados (huevo huero): Observamos un saco gestacional vacío (sin embrión en su interior) por una detención muy precoz del desarrollo. El huevo huero tiene una causa genética en el 80% de los casos.

Sacos embrionados (gestaciones detenidas): Se visualizarían un embrión sin latido cardíaco, por una detención más tardía de su desarrollo. El aborto embrionado tiene múltiples causas. Hay una gran tendencia (70-85%) a presentar el mismo tipo de aborto en caso de abortos sucesivos.

e) **En función de la presentación clínica:**

Abortos potencialmente evitables (\equiv amenazas de aborto).

Abortos inevitables: El resto.

f) **Según las complicaciones:**

Abortos no complicados.

Abortos complicados: Sépticos, hemorrágicos, etc.

g) **Según la madurez del producto:**

Ovular <8 semanas.

Embrionario: De 8 a 16 semanas.

Fetal >16 semanas

ETIOLOGÍA:

A pesar de conocerse multitud de factores etiológicos, algunos abortos son de causa desconocida (o no detectable). Veamos aquí algunas causas de abortos esporádicos:

1) **Causas genéticas:** Alteraciones cromosómicas y monogénicas del cigoto. Las alteraciones cromosómicas en general se deben a problemas acaecidos durante la unión de los cromosomas de ambos gametos o a translocaciones cromosómicas en alguno de los progenitores que se desequilibran en la descendencia. La mayoría son numéricas (fundamentalmente trisomías y, en menor grado, triploidías).

Suelen provocar huevos hueros y abortos muy precoces (antes de la 8ª semana): La mayoría de los abortos precoces (60%) son de causa genética.

En caso de producirse un segundo aborto consecutivo, su cariotipo suele guardar relación con el cariotipo del primer aborto (Ej. si el primer aborto fue cromosómicamente anormal, el segundo aborto tiene más riesgo de ser igualmente cromosómicamente anormal y viceversa en caso de cariotipos normales).

2) **Factores anatómicos:**

Malformaciones uterinas (úteros bicornes, útero septos, etc).

Hipoplasia uterina.

Sinequias uterinas.

Miomas uterinos pueden ocasionar tanto abortos precoces como tardíos.

Incompetencia cervical es causa de abortos tardíos por dilatación prematura del cuello uterino. Puede asociarse a las anteriores causas anatómicas, sobretodo a la malformaciones uterinas.

3) **Problemas endocrinológicos:**

Insuficiencias de cuerpo lúteo (el mantenimiento de la gestación inicial, hasta las 8-9 semanas, depende de la producción adecuada de progesterona por el cuerpo lúteo).

Síndrome de ovarios poliquísticos.

Diabetes mal controlada.

Alteraciones tiroideas.

Suprarrenales, hipofisarias, etc.

4) **Problemas hematológicos:** Causas más frecuentes de abortos de repetición:

Trombofilias (enfermedades, hereditarias o adquiridas, con tendencia trombótica por déficit de anticoagulantes fisiológicos o resistencia a la acción de los mismos).

Hiperhomocisteinemia (los niveles incrementados de homocisteína también favorecen los procesos trombóticos).

5) **Causas inmunológicas:** Causas más frecuentes de abortos de repetición:

Alloinmunes: Poco aclaradas.

Autoinmunes (sí demostradas). Entre éstas últimas destaca el **síndrome antifosfolípido** (primario o secundario a un lupus eritematoso sistémico), caracterizado por la presencia de niveles elevados de autoanticuerpos antifosfolípidos (anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipina) que favorecen los fenómenos trombóticos. La muerte embrionaria/fetal se produce en estos casos por la trombosis de los vasos placentarios. Suelen provocar gestaciones detenidas o muertes fetales tardías.

6) **Infecciones:** Pueden ser causa de aborto esporádico tanto las infecciones agudas (ej. infección por citomegalovirus, chlamydias, micoplasmas, brucelosis, viriasis, etc), bien de forma directa o a través de la hipertermia, como también las específicas (sífilis, listeriosis, etc).

7) **Otros:** Se han implicado otros factores cuya contribución no está bien aclarada, tales como:

Agentes físico-químicos: Tóxicos, citostáticos, radiaciones, traumatismos, etc.

Patologías maternas severas: HTA, cardiopatías, déficits nutricionales, etc.

Abortos postintervención quirúrgica, particularmente laparotomías.

Causas ovulares de difícil demostración: Alteraciones vasculares, implantación defectuosa, defectos funcionales de trofoblasto o decidua, etc.

Factores psicológicos, etc.

VARIEDADES CLÍNICAS:

Amenaza de aborto: Existe hemorragia genital de sangre rojiza con coágulos, en cantidad igual o menor que una regla. En 20-30% de embarazos precoces se produce algún grado de sangramiento. Pueden haber o no algias hipogástricas tipo cólico debido a contracciones uterinas asociadas, que la paciente compara con molestias de regla. El cuello uterino permanece formado y cerrado.

Las hemorragias implantatoria (alrededor de los días 21-22 de ciclo) o entorno del momento en que tendría que producirse la regla de la mujer que ha quedado gestante (alrededor de los días 28-29 de ciclo) pueden dificultar el diagnóstico de esa entidad, induciendo a error en el cálculo de la edad gestacional calculada a partir de la última regla.

Se precisa comprobar la vitalidad embrionaria/fetal por ecografía: Cuando una gestante al inicio del embarazo sangra, en un 40-50% de los casos se ha producido ya la muerte embrionaria. Desde la muerte embrionaria hasta los primeros síntomas pueden transcurrir de 3 a 4 semanas.

Aborto en curso (*aborto en evolución, inevitable o inminente*): La hemorragia y el dolor son más intensos, el cuello uterino se halla dilatado y se está expulsando el saco gestacional.

Aborto incompleto: Se ha expulsado solo una parte del saco gestacional, quedando restos ovulares retenidos en el interior de la cavidad uterina.

Tras la expulsión del embrión/feto pueden darse tres *situaciones*:

Retención sólo de decidua. Tiene muy poca importancia clínica, pues a penas retrasa la regeneración endometrial.

Retención de decidua + placenta/vellosidades.

Retención de decidua + placenta/vellosidades + membranas.

En los dos últimos casos se dará la *clínica* de cuello que persiste dilatado a pesar de haberse expulsado material carnosos. La hemorragia y el dolor también persisten o se agudizan. A veces pueden verse restos en vagina asomando a través del cuello. El tacto vaginal permite tocar un útero blando, algo sensible y agrandado, pero menos de lo que le correspondería a la amenorrea, y el cuello uterino dilatado. La ecografía objetiva la cantidad de restos intrauterinos.

Como *complicaciones* caben destacar, con baja frecuencia ante el adecuado tratamiento, hemorragia severa, posible sobreinfección, degeneración del trofoblasto y alteraciones de la regeneración endometrial.

Aborto completo: Se ha expulsado todo el saco gestacional (embrión/feto y anexos ovulares) hallándose vacía la cavidad uterina. La hemorragia cesa y la sintomatología dolorosa también cede progresivamente.

Aborto retenido (*aborto diferido o missed abortio*): Gestación detenida no se expulsa y queda retenida completamente intraútero a pesar de que el embrión/feto hace ya tiempo que está muerto. Antiguamente, previa a la época ecográfica, la definición incluía la muerte y retención embrionaria/fetal de más de 8 semanas. Hoy, en cuanto se diagnostica la pérdida embrionaria, ya se considera como tal, independientemente del tiempo que lleve ésta.

La *falta de expulsión* se produciría por:

-Falta de permeabilidad de la vía (no dilatación cervical): Problema más técnico que real, la inmensa mayoría de los casos secundaria a la falta de contracciones uterinas.

-Falta de contracciones uterinas: Probablemente la causa más importante.

-Falta de desprendimiento del huevo: Sobre todo tras la 10ª semana en que sus anclajes son más sólidos.

En su *etiología* se han aducido factores:

Espontáneos: La muerte fetal reduciría los estrógenos, por reducción de los precursores fetales, con lo que, a nivel miometrial, se reducirían las proteínas contráctiles y su potencial de membrana, haciéndolo más resistente a la excitación. Por el contrario, la progesterona, sedante de la fibra muscular lisa, tardaría mucho más en reducirse, dado que los precursores para su síntesis placentaria son maternos.

Yatrógenos: Por el tratamiento con progesterona de las amenazas de aborto, que conduce a la sedación exógena de la fibra miometrial.

Respecto a su *clínica* es la de una paciente que ha tenido clínica de embarazo, con positividad del TIG, habiendo presentado o no sangramientos, de intensidad variable, pero generalmente no intensos. Estos síntomas gestacionales pueden ser

persistentes o por el contrario haber perdido la sintomatología subjetiva de gestación (desaparición de náuseas, disminución de la tensión mamaria, etc.). El cuello uterino está cerrado y el útero aumentado, pero menos que corresponde a la amenorrea, y a veces algo sensible. La valoración de hCG suele seguir siendo positiva (es de producción trofoblástica y no embrionaria), aunque con frecuencia sus valores están reducidos. La ecografía dará el diagnóstico definitivo: Feto/embrión muerto, \pm desestructurado, a veces reducción de líquido amniótico, huevo irregular, con zonas de desprendimiento, etc. En ocasiones huevo huero.

Sus **complicaciones** pueden ser:

Coagulopatía de consumo (CID): Por liberación de tromboplastina desde decidua, placenta y líquido amniótico.

Infección: Sobre todo ante exploraciones repetidas o intentos fallidos de evacuación uterina.

Degeneración hidrópica de las vellosidades.

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

Macroscópica: Clasificación de *Hertig y Mall*:

Tipo I: Solo vellosidades.

Tipo II: Vellosidades + trofoblasto + corion (*huevo huero*).

Tipo III: Vellosidades + trofoblasto + corion + amnios (*huevo huero*).

Tipo IV: Embrión nodular.

Tipo V: Embrión cilíndrico.

Tipo VI: Embrión con malformaciones.

Tipo VII: Embrión degenerado.

Microscópica:

Cambios ovulares:

Atrofia vascular.

Atrofia de las vellosidades \pm edema.

Solo edema vellositario.

Hiperplasia corial.

Hipermaduración placentaria.

Cambios deciduales: Decidua bien desarrollada con hemorragia y focos de infiltración linfoplasmocitaria.