



Complicaciones del aborto provocado quirúrgico legal

P. Faucher

La legalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Francia ha permitido la eliminación casi completa de la mortalidad materna por abortos provocados. Sin embargo, la realización del aborto quirúrgico en un marco medicalizado conlleva varias complicaciones inmediatas que deben conocerse para intentar prevenirlas y tratarlas. Asimismo, las consecuencias tardías de la realización de un aborto quirúrgico han suscitado una abundante literatura médica que debe evaluarse, tanto para responder a las dudas legítimas de las pacientes como para impedir que se propaguen falsas ideas auspiciadas por los movimientos de oposición al aborto.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Interrupción voluntaria del embarazo; Complicaciones de las IVE

Plan

■ Introducción	1
■ Complicaciones precoces	1
Complicaciones mecánicas	1
Complicaciones hemorrágicas	2
Complicaciones infecciosas	3
Embolia amniótica	5
Fallecimiento	5
■ Complicaciones a mediano plazo	5
Sinequias uterinas	5
Metaplasia osteoide del endometrio	5
Malformaciones arteriovenosas adquiridas, pseudoaneurismas	6
■ Complicaciones a largo plazo	6
Fertilidad	6
Aborto espontáneo	6
Embarazo extrauterino	6
Anomalías de la placentación	6
Parto prematuro	7
Preeclampsia	7
Aloinmunización fetomaterna	8
Cáncer de mama	8

■ Introducción

Las complicaciones de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) pueden clasificarse esquemáticamente en complicaciones precoces, que se producen inmediatamente y en las seis semanas posteriores al procedimiento, y complicaciones a medio y largo plazos, que se producen después de ese período. De forma global, la incidencia de las complicaciones precoces después de la realización de una IVE es muy baja. En un estudio retrospectivo californiano publicado en 2014 a partir de más de 50.000 IVE [1],

el porcentaje de complicaciones graves era del 0,16% y el porcentaje global de complicaciones, del 1,3% cuando la IVE se realizaba con un método instrumental. Aunque la realidad de las complicaciones inmediatas de la IVE instrumental es innegable, las correlaciones entre algunas complicaciones tardías y la realización previa de una IVE son controvertidas. Por tanto, la finalidad de este artículo es puntualizar los datos científicos que permiten incriminar o no a la realización de la IVE en la aparición posterior de complicaciones. La prevención de las complicaciones de la IVE instrumental se describirá en el artículo futuro 738-A-40 de la EMC: «IVE instrumental».

■ Complicaciones precoces

Complicaciones mecánicas

Desgarro cervical

El desgarro del cuello uterino es una de las complicaciones más frecuentes de la aspiración instrumental, con una frecuencia que no suele superar el 1% en las publicaciones más antiguas, pero que sería más bien de alrededor del 0,2% en los estudios más recientes, lo que reflejaría la utilización creciente de una preparación del cuello uterino antes de la aspiración [2]. Se provoca por la liberación brusca de la pinza de tracción situada en el labio anterior del cuello para corregir la flexión del útero en el momento de la dilatación. Por tanto, cuanto más fácil es la dilatación del cuello, menor es el riesgo de desgarro del cuello uterino. La mayoría de los desgarros cervicales no requieren tratamiento, pero algunos desgarros particularmente destructivos o hemorrágicos (cf infra) requieren una sutura quirúrgica.

Perforación uterina

La tasa de perforación uterina es de 1-4/1.000 procedimientos según la revisión de la literatura de los expertos

del Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) [2]. Sin embargo, se admite que el cirujano no detecta algunas perforaciones uterinas. En un estudio retrospectivo de Kaali realizado en 1989, en 706 pacientes se tuvo que realizar una laparoscopia para ligadura de trompas inmediatamente después de la interrupción quirúrgica del embarazo. La tasa de perforaciones descrita antes de la laparoscopia es de 2,8/1.000 y se eleva a 19,8/1.000 después de la laparoscopia [3]. Según algunos autores, el riesgo de perforación uterina aumenta con anestesia general, dado que cuando se usa anestesia local se requiere una suavidad mayor [4]. Los riesgos de perforación uterina son la lesión de órganos adyacentes (intestino, vejiga principalmente), responsable de una peritonitis aguda, y la lesión vascular (vasos uterinos, epiploicos, mesentéricos, etc.), responsable de una hemorragia aguda. Se puede producir una oclusión intestinal por incarceration de un asa de intestino delgado en el útero durante una perforación uterina inadvertida o no tratada (30 casos publicados en 2012) [5]. También se puede producir una evisceración por vía vaginal, que requiere un tratamiento urgente. Asimismo, se han descrito casos de incarceration uterina del apéndice o de una trompa de Falopio [6,7]. La indicación de la laparoscopia cuando se diagnostica una perforación uterina es motivo de controversia. Aunque algunos equipos proponen este procedimiento sistemáticamente [3], parece que muchas perforaciones uterinas no provocan ninguna lesión y no requieren ningún tratamiento particular. Por tanto, también podría recomendarse la abstención si no existen signos de irritación peritoneal, dolor creciente ni signos de pérdida de sangre [3,8]. En la literatura, se requiere una intervención en menos del 0,3% de los casos en 8 estudios (182.429 abortos del primer trimestre). La mayoría de estas intervenciones son laparotomías o laparoscopias para diagnosticar y tratar las perforaciones uterinas constatadas o sospechadas [9]. Se describen de forma individualizada. En el estudio retrospectivo californiano de Upadhyay et al, realizado en 2009-2010, menos del 0,1% de los abortos por aspiración en el primer trimestre requirieron una cirugía abdominal posterior [1].

Fracaso completo de la interrupción voluntaria del embarazo: embarazo evolutivo

En la IVE instrumental, el fracaso completo de la IVE es una posibilidad excepcional que puede deberse a la imposibilidad de dilatar el cuello para proceder a la aspiración o a un falso trayecto que da lugar a una aspiración fuera de la cavidad uterina. La frecuencia de la persistencia de un embarazo evolutivo después de la aspiración quirúrgica es de 1-5/1.000 [10]. Para realizar inmediatamente el diagnóstico de un embarazo evolutivo persistente después de la aspiración instrumental, se debe explorar visualmente el producto de aspiración y/o realizar una ecografía pélvica de control al final de la intervención para comprobar la vacuidad uterina. Cuando la causa del fracaso de la IVE es la imposibilidad de dilatar el cuello, se puede repetir el procedimiento después de la administración de fármacos dilatadores o proponer a la paciente un método farmacológico.

Fracaso parcial de la interrupción voluntaria del embarazo: aborto incompleto

El fracaso parcial de la IVE o aborto incompleto puede diferenciarse en dos entidades: la retención completa del huevo (o retención ovular, o embarazo interrumpido no expulsado) y la retención de productos de la concepción (o retención trofoblástica). La retención ovular se observa excepcionalmente en el marco de la IVE instrumental y suele observarse una retención de los productos de la concepción. Los criterios clínicos de diagnóstico de una

retención de productos de la concepción no están claros y son variables según los estudios: ningún criterio clínico y/o aparición de hemorragia y/o de dolor después de un aborto y/o necesidad de realizar una aspiración. Desde el punto de vista de los criterios ecográficos de retención de productos de la concepción, se observa la misma heterogeneidad en función de los estudios: grosor del endometrio, presencia de una masa ecogénica en la cavidad uterina, línea de vacuidad interrumpida por los restos o coágulos, etcétera. En un metaanálisis que incluyó más de 5.000 pacientes, la tasa de retención después de un aborto quirúrgico del primer y segundo trimestres era del 0,3% [11]. En el estudio internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el interés de la administración del misoprostol frente a placebo antes de la realización de un aborto quirúrgico del primer trimestre efectuado con más de 5.000 mujeres, se ha observado una tasa de aborto incompleto del 1,5% y una tasa de aborto incompleto con necesidad de una nueva aspiración del 1,27% [12]. La conducta práctica depende del estado clínico y de la importancia de la retención. Cuando la retención ovular está constituida por restos fetales (polo céfalico esencialmente) o cuando la paciente presenta una sintomatología de tipo dolor y/o hemorragia, está indicado realizar una nueva aspiración instrumental. En ausencia de sintomatología, la conducta práctica está menos codificada, pero se puede proponer, como en el marco de la IVE farmacológica, una actitud expectante bajo vigilancia hasta la aparición de la menstruación a la espera de una evacuación espontánea. Si persiste la retención, se propondrá una aspiración. En prevención de esta complicación, un estudio internacional de la OMS ha demostrado que la administración previa a una aspiración quirúrgica de misoprostol como preparación cervical disminuye el riesgo de aborto incompleto: 19 mujeres (< 1%) que recibieron misoprostol y 55 mujeres (2%) que recibieron placebo tuvieron un aborto incompleto (cociente de probabilidades [OR] = 0,35; 0,21-0,58); de ellas, 14 (< 1%) frente a 48 (2%) tuvieron que someterse a una nueva aspiración (OR = 0,29; 0,16-0,53) [12].

Complicaciones hemorrágicas

Frecuencia y factores de riesgo de las complicaciones hemorrágicas de la interrupción voluntaria del embarazo

La hemorragia después de una IVE se define de forma variable según los estudios, lo que dificulta la comparación y la síntesis: pérdida de sangre mayor de 250 o 500 ml, hemorragia que requiere hospitalización o transfusión. La estimación del riesgo de hemorragia después de una IVE por aspiración del primer trimestre varía de 0 a 3 casos por 1.000 [13]. White et al, en una revisión sistemática de la literatura, estiman que menos del 1% de las aspiraciones del primer trimestre necesitarán intervenciones menores relacionadas con la aparición de una hemorragia y que el riesgo de transfusión es menor del 0,1% [9]. La hemorragia puede producirse inmediatamente durante la aspiración, o en la mayoría de los casos de forma secundaria, con necesidad de una consulta o una segunda intervención quirúrgica en el 1-2% de los casos.

Hemorragia relacionada con la evacuación del útero

Lesión vascular

En una IVE instrumental, se puede producir una lesión vascular por un falso trayecto durante la dilatación del cuello uterino o durante la aspiración o bien por un desgarro cervicovaginal que se extienda a los fondos de saco vaginales. Es importante valorar la localización sospechada de la perforación. Aunque una perforación medial al nivel del fondo uterino tiene un riesgo bajo de ser

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777803>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777803>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)