

Aborto recurrente espontáneo

P. Merviel, S. Lanta, G. Allier, O. Gagneur, S. Najas, A. Nasreddine, H. Campy, P. Verhoest, P. Naepels, J. Gondry, J.- C. Boulanger

El aborto recurrente espontáneo (ARE) se define como la pérdida de tres o más embriones o fetos antes de la vigesimocuarta semana de amenorrea. Afecta a alrededor del 1% de las parejas fértiles. Su etiología es múltiple, pero en el 50% de los casos no se encuentra ninguna causa. La clasificación de las causas del ARE es esencial para comprender su mecanismo fisiopatológico, llevar a cabo las exploraciones adecuadas y decidir el tratamiento. Los principales factores responsables del ARE son: anomalías uterinas, aberraciones cromosómicas, trastornos hormonales, infecciones, trombofilias hereditarias o adquiridas, alteraciones inmunitarias, causas masculinas y factores ambientales.

© 2005 Elsevier SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Aborto recurrente espontáneo; Anticuerpos antifosfolípidos; Trombofilia; Malformaciones uterinas; Anomalías cromosómicas; Aspirina; Heparina

Plan

■ Introducción	1
■ Anomalías anatómicas uterinas	2
Malformaciones uterinas	2
Útero post-dietilestilbestrol (DES)	2
Sinequias uterinas	3
Miomomas uterinos	3
■ Anomalías cromosómicas	4
■ Anomalías genéticas	5
■ Factores endocrinos	5
Insuficiencia luteínica	5
Diabetes	5
Disfunción tiroidea	5
Síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) e hipersecreción de LH	5
Anomalías de la reserva ovárica	5
■ Causas infecciosas	5
■ Anomalías congénitas de la hemostasia: trombofilias	5
Enfermedad materna congénita de la hemostasia con tendencia a la hemorragia	5
Enfermedad materna congénita de la hemostasia con potencial trombótico	6
■ Anomalías inmunitarias	7
Alteraciones autoinmunitarias	7
Reacción aloinmunitaria materna	9
Sistema inmunitario natural	9
Tratamiento de los fracasos de la gestación de mecanismo aloinmunitario	10

■ Causas masculinas	10
■ Factores ambientales y psicológicos	10
■ Conclusión	11

■ Introducción

El aborto espontáneo (AE) es la complicación más frecuente del embarazo. Según la Organización Mundial de la Salud, consiste en la expulsión o extracción de un embrión o un feto de menos de 500 gramos. Se considera que alrededor de dos terceras partes de todas las gestaciones acaban antes del 6.º mes, casi siempre de forma subclínica, justo después de la concepción, por lo que se calcula que la frecuencia de los AE «clínicos» es del 15-20%. De esta definición se excluyen, por principio, los embarazos molares y ectópicos.

El aborto recurrente espontáneo (ARE) se define como la sucesión de al menos tres abortos consecutivos. Afecta al 2-5% de las parejas sin hijos y representa el 0,3-1% de todos los embarazos (alrededor de una pareja por cada 200) [1]. En Francia, unas 5.000 parejas acuden cada año al médico a causa de este problema. El aborto recurrente espontáneo del primer trimestre del embarazo es el más frecuente: 31,9% antes de las 7 semanas de amenorrea (SA), 52,3% en las semanas 8-11 y 11,1% en las semanas 12-15. Después del primer trimestre, tiene una frecuencia del 4,7% (2,5% en las semanas 16-19 de la gestación y del 2,2% en las semanas 20-23) [1].

El riesgo de AE aumenta con el número de abortos anteriores, lo que respalda la existencia de un síndrome de ARE. En realidad, si los episodios fueran independientes, el riesgo de tener dos AE sucesivos sería del 2,3%, y el de sufrir tres, del 0,34%. Sin embargo, después de un AE, el riesgo medio de recidiva es del 20%; el porcentaje alcanza el 28% después de dos AE, el 30% después de tres AE y el 45% después de cuatro AE [2, 3]. Se calcula que la probabilidad de tener un hijo vivo disminuye un 23% tras cada aborto posterior al tercero. Este aumento del riesgo guarda relación con factores de confusión. Así, el riesgo de AE se incrementa con [3]:

- la gravidez, con independencia del desenlace de las gestaciones precedentes. Así, se distinguen los ARE primarios (en ausencia de partos anteriores) y los ARE secundarios (tras el nacimiento de un hijo). Todo nacimiento ocurrido entre AE sucesivos devuelve el porcentaje de recidiva a alrededor del 10%;
- la edad de la mujer (25% de riesgo después de tres AE antes de los 30 años frente al 52% cuando la edad es superior a 40 años);
- concepto de esterilidad en la pareja.

En el 25-50% de los casos no es posible encontrar causa alguna [4], pero puede que en estos casos la responsabilidad recaiga en alteraciones de la tolerancia inmunitaria a la gestación.

En condiciones normales, hay que esperar a que se produzcan tres AE (definición de ARE) para iniciar un estudio etiológico. Sin embargo, incluso resistiendo a la presión legítima de las parejas «para encontrar una causa y, por tanto, proponer un tratamiento», a menudo este estudio etiológico del ARE se inicia después de dos AE porque los porcentaje de recidivas tras 2 o 3 AE son similares. La primera tarea del médico consiste en tranquilizar en principio a la pareja, exponiendo que la probabilidad de llevar a buen término un embarazo después de tres AE es del 60% [5].

■ Anomalías anatómicas uterinas

El embrión se implanta en la cavidad uterina el quinto día después de la fecundación. La existencia de una anomalía intracavitaria puede interferir no sólo con la implantación embrionaria sino también con la evolución normal de la gestación. La principal enfermedad uterina responsable de los ARE es la malformación uterina. Se trata del ARE más frecuente en el 2.º trimestre del embarazo.

Malformaciones uterinas

La frecuencia de las malformaciones uterinas es del 0,5-10% (media: 2%), y se muestra más alta en el grupo de los ARE (10-37,5%) [6]. Makino [7] observó una frecuencia de anomalías uterinas congénitas del 15,7% en 1.200 mujeres con ARE. Las malformaciones que se asocian más a menudo a este tipo de abortos son el útero tabicado (sobre todo cuando la tabicación es total) y la hipoplasia uterina.

Las aplasias müllerianas unilaterales, del tipo de útero unicornio o pseudunicornio, producen sobre todo esterilidad y partos prematuros, y son más raras como causa de ARE. Sólo el 38-75% de las mujeres con esta malformación tienen hijos vivos. En tales casos no es posible ningún tratamiento quirúrgico, y el cerclaje se propone sólo a las mujeres con antecedentes de abortos tardíos o de partos prematuros [8]. La presencia de un cuerno rudimentario (65% de los casos) no constituye un hallazgo desfavorable (evolución favorable en el 34% de casos cuando hay rudimento frente al 11% en ausencia del mismo).

Los trastornos de la fusión producen los úteros didelfos (bicornes-bicervicales) y bicornes. Estos últimos

pueden ser unicervicales totales o unicervicales corporales o fúndicos. Dichas malformaciones pueden provocar ARE o partos prematuros. Los úteros didelfos pueden corregirse mediante una intervención quirúrgica destinada a unir los dos hemiúteros (técnica de Strassman), pero los resultados son inconstantes.

Los trastornos de la reabsorción comprenden los úteros tabicados totales o subtotales (tabique ístmico), corporales (sin afectación del istmo) o con fondo arqueado, comunicando o no con el istmo y continuados en el cuello y la vagina. Entre el 9 y el 30% de las mujeres con ARE tienen un útero tabicado y su porcentaje de abortos es de aproximadamente el 60%. Los mecanismos mediante los cuales se produce el tabicamiento pueden ser múltiples:

- defectos de crecimiento del útero a causa del tabique, si bien las metroplastias conllevan a menudo una disminución del tamaño del útero y mejoran la evolución del embarazo;
- incompetencia cervical, pero que no explica los abortos del 1.º trimestre;
- vascularización e inervación anormales del tabique que dan lugar a una implantación defectuosa. Así, la evolución de los embriones implantados en la pared uterina suele ser normal, mientras que los anidados en el tabique acaban en aborto.

La metroplastia abdominal (Bret-Palmer) puede ser eficaz, pero tiene el inconveniente de producir adherencias postoperatorias y requerir una cesárea. En la actualidad, esta intervención se realiza mediante histeroscopia [9]. La resección puede controlarse con ecografía o con laparoscopia para evitar la perforación de la pared uterina. En el postoperatorio, el tratamiento con estrógenos y progestágenos o con un dispositivo intrauterino permite evitar la producción de adherencias intracavitarias. Este tratamiento quirúrgico mejora la evolución de los embarazos, ya que el tratamiento obstétrico convencional no logra los mismos resultados. La indicación quirúrgica se establece ante un caso de ARE, un aborto tardío en el 2.º trimestre o un parto prematuro. También se intervendrá a las pacientes en las que se descubre el tabique antes de que acudan a una consulta médica de esterilidad (CME). En el Cuadro I se recogen los distintos estudios sobre el tratamiento histeroscópico de los úteros tabicados [10-17].

Útero post-dietilestilbestrol (DES)

En la actualidad están llegando a la edad fértil numerosas pacientes cuyas madres fueron tratadas con DES. El DES es un estrógeno no esteroide que se prescribió a partir de 1946 a las mujeres con abortos o partos prematuros, ya que estimulaba la secreción placentaria de progesterona, cuyo déficit se creía responsable de estas complicaciones.

La detección de los úteros post-DES tiene interés tanto en lo relativo a la implantación del embrión como para el buen desarrollo de la gestación. Las exploraciones que permiten hacer este diagnóstico son la ecografía, la histerosalpingografía y la histeroscopia. Junto a las anomalías del tamaño y de la forma del útero (útero en T, alargamiento del istmo, constricción del cuerpo e hipoplasia uterina en el 45-73% de las pacientes expuestas, según el momento en que se produjo la exposición) [18], también existen anomalías de la vascularización uterina que se han de tener en cuenta para poder mejorar la implantación y evitar las complicaciones de la gestación. Se han descrito alteraciones funcionales e histológicas de las arterias uterinas, y un estudio Doppler demostró que los trastornos afectaban a todas las arterias del útero. Así, Salle [19] aconsejó el tratamiento con aspirina en dosis bajas desde el principio del embarazo, ante la posibilidad de que esta anomalía fuera la responsable de un AE; sin embargo, ningún estudio de este grupo ni de ningún otro ha confirmado dicha hipótesis.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9319193>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9319193>

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