

ABORTO RECURRENTE

Edgardo D. Rolla
Médico Ginecólogo
Especialista en Medicina Reproductiva

Director Asociado
Unidad de Fertilidad San Isidro
Av. Del Libertador 1.483
San Isidro, Bs. As.
edrolla@arnet.com.ar



ABORTO RECURRENTE

Se considera aborto recurrente al cuadro clínico caracterizado por la ocurrencia de tres o más abortos consecutivos, previos a la semana veinte de la gestación

Nos ocuparemos hoy y aquí exclusivamente de aquellos que se producen durante el primer trimestre del embarazo



ABORTO RECURRENTE

Se trata de uno de los tópicos más difíciles y frustrantes dentro del campo de la Medicina Reproductiva

Muchas parejas, aunque finalmente logran el tan deseado hijo, no llegan a tener, nunca, un diagnóstico etiológico de certeza.



ABORTO RECURRENTE

Esta patología reproductiva se presenta con una frecuencia del 0.5 al 1% del total de las embarazadas

Sin embargo, el 2% de las embarazadas pueden presentar un 2^º aborto consecutivo - aunque eso no las incluya dentro de la categoría de AR



ABORTO RECURRENTE

riesgo de presentar un nuevo aborto luego de dos abortos previos es del 25 al 30%

El riesgo de presentar un nuevo aborto luego de tres abortos previos es solo un poco mayor: 32%



ABORTO RECURRENTE

Por ello está totalmente justificado iniciar los estudios de la pareja luego del segundo episodio



ABORTO RECURRENTE

Una cosa debe quedar muy en claro: el pronóstico es mayoritariamente favorable desde el punto de vista reproductivo, mas allá de los resultados obtenidos en esos estudios

Cuando no se logra identificar causa alguna, el 77% de las parejas logran tener un hijo

Entre aquellas que tienen causa identificada y tratada (cuando ello es posible), el 71% logra su objetivo



ABORTO RECURRENTE: Etiología

* Trastornos endocrinos

* Trastornos genéticos materno/paternos
u ovulares

* Patología uterina: malformaciones miomas pólipos

* Trastornos inmunológicos

* Trombofilia

Sin dejar de lado los factores
medioambientales,
así como los psicosociales
y laborales.



ABORTO RECURRENTE: Incidencia s/ causas

* 2 al 5 % de causas genéticas parentales

* 10 a 50% de causas uterinas congénitas o adquiridas

* 5 a 15 % de incidencia de SAF



ABORTO RECURRENTE: Incidencia s/ causas

* <1% otros trast. inmunol. (TNF, HLA)

* En el PCO, especialmente con insulina[↑], el AR es 20 a 40% + frecuente que en gral.

* No hay datos concluyentes acerca de la incidencia de FLI, trombofilia y hábitos



ABORTO RECURRENTE

El estudio de la pareja con falla reproductiva debe incluir:

- * Relevamiento completo de los antecedentes personales y familiares, incluidos los de característica genética
- * la descripción de las características de los abortos previos: edad gestacional, datos ecográficos, etc.



ABORTO RECURRENTE

El estudio de la pareja con falla reproductiva debe incluir:

- * Evaluación de los antecedentes ginecológicos (galactorrea, abortos provocados previos, infecciones, etc.)
- * Evaluación de los antecedentes hematológicos y circulatorios (trombosis, etc.)



ABORTO RECURRENTE

El estudio de la pareja con falla reproductiva debe incluir:

- * un exhaustivo examen físico general así como genital, buscando signos de endocrinopatías, enfermedades sistémicas, o malformaciones del aparato reproductor.



ABORTO RECURRENTE

El estudio de la pareja con falla reproductiva debe incluir:

- Laboratorio
- FSH y E2 3^a día
 - Anticoag. Lúpico
 - Anticardiolipinas IGG/IGM
 - LH y PRL si hay trastornos del ciclo



ABORTO RECURRENTE

¿Qué es lo que no tiene sentido pedir, excepto cuando existen signos clínicos o antecedentes que lo indiquen?

- serología para sífilis, toxopl. y/o HIV
- serología para Chlamydias ó micoplasma
- estudios bacteriológicos vaginocervicales
- curva de tolerancia a la glucosa



ABORTO RECURRENTE

¿Qué estudios son cuestionados por algunos autores y sugeridos por otros como "de rutina"?

- Determinaciones tiroideas
- Tests de estímulo tiroideo en casos límites
- Estudio de la trombofilia, cuando no hay antecedentes personales de trombosis



ABORTO RECURRENTE

Otros estudios complementarios:

- histerosalpingografía

- histeroscopia

- Resonancia nuclear magnética



ABORTO RECURRENTE

Las parejas que presentan AR tienen una incidencia de anomalías cromosómicas mayores maternas y paternas 5 veces más que la población general (3%)

* 50%: translocaciones balanceadas

* 25%: translocaciones Robertsonianas

* 10%: mosaicismos cromosómicos sexuales femeninos



ABORTO RECURRENTE

Si evaluamos las cardiolipinas, es oportuno reiterar el estudio a los dos meses para confirmar el resultado positivo

Solo deben considerarse **POSITIVOS** aquellos casos en los que tanto la **IGG** como la **IGM** arrojen valores elevados



ABORTO RECURRENTE

El diagnóstico de la fase lútea solo debe realizarse mediante la

biopsia de endometrio

y el

fechado endometrial



En general, para evaluar la reserva ovárica, es suficiente el dosaje de FSH y E2 en el 3^o día

FSH menor de 12 mIU/ml

E2 menor de 35 pg/ml



ABORTO RECURRENTE

Pero puede recurrirse
también al Test del
Clomifeno



ABORTO RECURRENTE

El estudio del material abortado es de utilidad.

El problema radica en la recolección de la muestra.

Exige la realización de un legrado uterino, no siempre necesario desde el punto de vista terapéutico

Y la remisión del material de inmediato al laboratorio, en frasco estéril y solución salina.



ABORTO RECURRENTE

¿Qué nos aporta el estudio genético del material ovular?

Un resultado "negativo" (normalidad genética) nos obliga a descartar el aborto de causa ovular e investigar otras causas



ABORTO RECURRENTE

Maternal homocysteine and chorionic vascularization in recurrent early pregnancy loss

Willianne L.D.M. Nelen^{1,4}, Johan Bulten², Eric A.P. Steegers¹, Henk J. Blom³, Antonius G.J.M. Hanselaar² and Tom K.A.B. Eskes^{1,1}

Departments of Obstetrics and Gynaecology, ² Pathology and ³ Paediatrics, University Hospital Nijmegen St Radboud,

PO Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands



ABORTO RECURRENTE

La vascularización defectuosa de la vellosidad corial ha sido relacionada con la muerte del embrión.

Se estudió el material de aborto de 19 pacientes que presentaron AR temprano empleando:

- Histología
- Inmunohistoquímica (CD4)
- Sistema de análisis de imágenes



ABORTO RECURRENTE


Aquellas paciente que presentaban

Niveles elevados de homocisteína

* mas de $18.3 \mu\text{mol/l}$ en ayunas

tenían áreas y perímetros vasculares con una mediana significativamente inferior a la normal.





Esto constituye una indicación
más para la administración
rutinaria de Ac. Fólico a
quienes tienen deseos de
reproducción



La administración de Metformina podría ser útil para tratar a aquellas pacientes con PCO que presentan aborto recurrente.

El tratamiento de las hiper PRL con bromocriptina ó cabergolina (que no tendría los efectos adversos teratogénicos antes sospechados) disminuiría la presentación de AR en pacientes con PRL elevada.



ABORTO RECURRENTE

El manejo de la pareja que presenta aborto recurrente requiere como primera medida un "tender, loving care" .

Dr. Roger Kempers
Conferencia
Congreso FLASEF
Panama, 2000



ABORTO RECURRENTE

Tratamiento etiológico:

- En los trastornos genéticos parentales, FIV + PGD o donación de gametas



ABORTO RECURRENTE

Tratamiento etiológico:

- En las malformaciones uterinas, corrección quirúrgica.

¿Cuándo?

¿Cómo?



ABORTO RECURRENTE

Tratamiento etiológico:

* En el útero septado, siempre.

Mediante histeroscopia

* Pólipos y miomas submucosos, siempre.



ABORTO RECURRENTE

Tratamiento etiológico:

•Otros miomas: según tamaño, Localización y cantidad.

•Utero bicorne y otras malformaciones: solo ante la certeza de que sea esa la causa

Mediante laparoscopia toda vez que sea posible

Complementando la histeroscopia con la laparoscopia toda vez que sea posible

¿Surrogancia si el defecto uterino no es reparable o exige su extirpación?



ABORTO RECURRENTE

Tratamiento etiológico:

- Tratamiento del SAF mediante aspirina

¿O heparina a bajas dosis?

- Tratamiento de otros Trastornos autoinmunes

¿Con inmunoglobulinas o sensibilización Leucocitaria?

La evidencia no avala estos tratamientos



ABORTO RECURRENTE

Tratamiento etiológico:

* Corrección de la disfunción hormonal y/o ovulatoria:

Hormona tiroidea

Cabergolina o bromocriptina

Metformina

Citrato de clomifeno o gonadotrofinas



ABORTO RECURRENTE

Tratamiento etiológico:

* Tratamiento de las trombofilias



ABORTO RECURRENTE

Tratamiento etiológico:

¿Progesterona o FSH para el Tratamiento de la fase lútea inadecuada?

La evidencia no avala este tipo de tratamientos.

Muchos autores discuten la validez de la Bx endometrial

Sin embargo aún se sigue empleando
-muchas veces con éxito -
el soporte de la fase lútea
o el de la folículogénesis



Muchas gracias

