

**ALGORITMO DE ESTUDIO Y
TRATAMIENTO DEL:
ABORTO RECURRENTE**

**II CURSO DE ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA
GINECOLOGICA Y REPRODUCTIVA**

SAEGRE Filial Litoral Sur

ROSARIO, Octubre de 2005

Dr. HECTOR MIECHI – PROAR - ROSARIO

**EL ABORTO RECURRENTE UN
DESAFIO DE LA MEDICINA
REPRODUCTIVA**

**¿QUÉ HACER CON LA PAREJA
QUE PADECE ESTA
PATOLOGIA?**

DEFINICION

**Pérdida de tres o más embarazos
clínicos consecutivos y espontáneos.**

DEFINICION ACTUAL

Pérdida de 2 o más embarazos consecutivos:

- **Preclínico**

2 o más dosajes de sub β cuanti-ascendentes:
4 a 5 semanas.

- **Embrionarios**

saco gestacional presente aún sin visualizar estructura
embrionaria con o sin LF +: 6 a 10 semanas.

- **Fetales**

con visualización del feto con LF + : 10 a 20 semanas

CONSIDERACIONES CLINICAS: ETIOLOGIA

Sin causa demostrable (50 %)

- Anormalidades cromosómicas fetales (50%)
- Alteración de la receptividad endometrial
- Factores genéticos (HLA-B y DR) (Edmonds, 1992)

CONSIDERACIONES CLINICAS: ETIOLOGIA

Con causa demostrable (50 %)

- Anormalidades cromosómicas de la pareja
- Patología uterina
- Defectos endometriales primarios
- Síndrome antifosfolipídico
- Trombofilias

CONSIDERACIONES CLINICAS: ETIOLOGIA

- Desordenes endocrinológicos (LH, PRL, PCOS)
- Alteraciones inmunológicas
- Incompetencia cervical
- Factores nutricionales y ambientales
- Stress y enfermedades maternas
- Alteraciones espermáticas

PAUTAS DE ESTUDIO EN EL ABORTO RECURRENTE

Principios generales

- Estudio global y completo
- No iniciar medidas terapéuticas.
- Instaurar medidas anticonceptivas.
- Historia clínica exhaustiva.
- Examen clínico y ginecológico.
- Contención emocional.

PAUTAS DE ESTUDIO EN EL ABORTO RECURRENTE

Estudio básico

- Ac. lúpico y anticardiolipinas. (IgG-IgM)
- Histerosalpingografía. Ecografía.
- Biopsia de endometrio.
- Cariotipo de la pareja.

PAUTAS DE ESTUDIO EN EL ABORTO RECURRENTE

Estudios adicionales: básicos normales, en función de resultados obtenidos o con sospecha de patología definida.

- **Causas uterinas:**
ecografía , sonohistero- y/o histeroscopia
- **Causas endócrinas:**
en FLI determinación de P4, LH y PRL
- **Con o sin sospecha clínica:**
estudio función tiroidea y TTOG
- **Estudio inmunológico (HLA, cultivo mixto)**

CONSIDERACIONES CLINICAS Y RECOMENDACIONES

Causas Genéticas – Aspectos Diagnósticos

- Análisis citogenético de la pareja.
- Estudio cromosómico del material abortivo.
- Estudio prenatal de abortadoras recurrentes.

CONSIDERACIONES CLINICAS Y RECOMENDACIONES

Causas Genéticas – Aspectos Terapéuticos

- No existe tratamiento.
- Consejo y asesoramiento genético.
- Adopción o FAAC con donación de gametos o embriones.

CONSIDERACIONES CLINICAS Y RECOMENDACIONES

Alteraciones anatómicas uterinas

- La relación entre el aborto recurrente y las causas anatómicas es incierta.
- Son diagnosticadas con histerosalpingografía, sonohisterografía e histeroscopia.
- No hay consenso en la evaluación rutinaria (1)

(1) ACOG, Practice Bulletin: 24, 2001

CONSIDERACIONES CLINICAS Y RECOMENDACIONES

Alteraciones anatómicas uterinas

- Se sugiere resección histeroscópica de:
tabiques, adherencias y miomas subserosos.
- No existen estudios controlados que prueben
los beneficios de la cirugía. (1)

(1) ACOG, Practice Bulletin: 24, 2001

CONSIDERACIONES CLINICAS Y RECOMENDACIONES

Causas endócrinas

- Defectos luteínicos, diabetes y patología funcional tiroidea.
- Se discute el posible efecto deletéreo de la LH.
- Se sugiere evaluación endometrial.
- TTOG solo con estigmas clínicos.
- Evaluación tiroidea de rutina.

CONSIDERACIONES CLINICAS Y RECOMENDACIONES

Causas endócrinas

- La relación entre los defectos luteínicos y el aborto recurrente sigue siendo tema de controversia.
- Se sugiere terapéutica con progesterona o de soporte del cuerpo lúteo.

CONSIDERACIONES CLINICAS Y RECOMENDACIONES

Causas infecciosas

- Cualquier enf. infecciosa aguda puede ser causal de aborto esporádico (agentes del grupo Torch)
- Chlamydia y Mycoplasma han sido implicados como causas de aborto recurrente?
- La lues es la única enfermedad con efecto demostrado en el aborto recurrente.

CONSIDERACIONES CLINICAS Y RECOMENDACIONES

Causas infecciosas

- No resulta útil la evaluación rutinaria (serológica o endocervical) de Mycoplasma, Chlamydia o vaginosis en mujeres asintomáticas.
- Tratamientos empíricos con antibióticos, sin infección demostrada, no son aconsejables.

CONSIDERACIONES CLINICAS Y RECOMENDACIONES

Síndrome antifosfolípídico y trombofilias

- Se deben testear el ac. lúpico y ant. anticardiolip.
- El papel de las trombofilias es controversial.
- Los beneficios de los trat. con acetil-salicílico y/o heparina están comprobados.
- Los resultados con trat. antitrombóticos en las trombofilias son inciertos.

CONSIDERACIONES CLINICAS Y RECOMENDACIONES

Causas aloinmunes

- De HLA, fact. séricos bloqueantes y anticuerpos antilinfocitos paternos no predicen la evolución de embarazos subsecuentes.
- La inmunización linfocitaria y/o tratamiento con inmunoglobulinas tiene resultados controvertidos.
- El estudio sistemático no es recomendado y los tratamientos no garantizan la evolución.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Guidelines N° 17 (BJ Obstet Gynaecol, 2003)

A: Por lo menos un ensayo clínico randomizado de buena calidad (evidencia nivel Ia, Ib)

B: Estudios clínicos controlados (evidencia nivel IIa, IIb, III)

C: Evidencia de opinión de expertos o experiencias clínicas de autoridades respetadas (evidencia nivel IV).

FACTORES GENETICOS

C: Realizar cariotipo a toda pareja con historia de aborto recurrente.

El hallazgo de una anomalía parental debe ser referido para asesoramiento genético.

C: En parejas con aborto recurrente, ante una nueva pérdida, se debe realizar cariotipo en el material de aborto.

FACTOR UTERINO

C: En toda mujer con aborto recurrente se debe realizar una HSG y una ecografía pelviana para evaluar la anatomía y morfología uterina

B: El cerclaje cervical se asocia con potenciales riesgos relacionados con la cirugía.

Sólo debe considerarse en las mujeres que probablemente se beneficien.

FACTORES ENDOCRINOS

- C:** La evaluación de rutina de diabetes “subclínica” o de enfermedad tiroidea a través de pruebas funcionales en mujeres asintomáticas, no son informativas.
- A:** No hay evidencias suficientes para evaluar el efecto de la suplementación de progesterona para prevenir un aborto espontáneo
- A:** No hay evidencias suficientes para evaluar el efecto de la suplementación de hCG para prevenir un aborto espontáneo

FACTORES ENDOCRINOS

- A:** La supresión preconcepcional de niveles altos de LH en mujeres ovulatorias con aborto recurrente y ovarios poliquísticos con hipersecreción de LH no mejora la tasa de nacidos vivos.
- B:** Los ovarios de aspecto poliquístico en mujeres con historia de aborto recurrente que conciben espontáneamente (ovulatorios) no predicen un mayor riesgo de abortos futuros.
- A:** No hay evidencias suficientes para evaluar el efecto de la hiperprolactinemia como factor de riesgo para aborto recurrente.

FACTORES INMUNOLOGICOS

Anticuerpos antitiroideos

B: No está recomendado el screening de rutina de anticuerpos tiroideos en abortadoras recurrentes.

Síndrome antifosfolípídico

C: Para el diagnóstico de SAF son necesarios dos análisis positivos, con 6 semanas de diferencia, del Ac. lúpico, o de anticardiolipinas IgG o IgM.

B: Los embarazos asociados a anticuerpos antifosfolípidos se encuentran en alto riesgo de complicaciones los 3 trimestres del embarazo.

SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

A: No hay evidencia confiable que muestre que los corticoides mejoren la tasa de nacidos vivos en mujeres abortadoras recurrentes con SAF.

A: El tratamiento combinado con aspirina y heparina mejora la tasa de éxitos en mujeres con aborto recurrente y anticuerpos antifosfolípidos.

FACTORES ALOINMUNES

A: La inmunoterapia, incluyendo la inmunización con células paternas, leucocitos donados de terceros, membranas trofoblásticas e inmunoglobulinas endovenosas, en mujeres con aborto recurrente sin causa aparente no mejora la tasa de embarazos.

INFECCIONES

C: El screening de TORCH es inútil en la evaluación del aborto recurrente.

A: El screening y tratamiento de vaginosis bacteriana , en mujeres con historia previa de abortos de 2do trimestre o parto prematuro espontáneo, puede reducir el riesgo de aborto tardío y parto prematuro recurrente.

CONSIDERACIONES CLINICAS Y RECOMENDACIONES

Sin causa demostrable

- El control clínico frecuente mas ecografías seriadas (TLC-Tender loving care) podrían mejorar los resultados.
- Grupo TLC 80 % de embarazo a término. (*)
- Grupo cuidado ordinario 30 % de embarazo a término (*)

*(Liddell H.S. et al., Aust. NZ Ostet. Gynaecol, 1991.

Stray Pederson, Am. J. Obstet. Gynecol, 1984)

H.M. - PROAR

ABORTO RECURRENTE

CONCLUSIONES

Recomendaciones basadas en evidencias científicas consistentes (Nivel A) *

- Testear el ac. lúpico y anticardiolipinas en dos oportunidades c/6 u 8 semanas de intervalo.
- Con niveles anormales tratamiento con ac. acetil salicilico y heparina.
- La inmunización con linfocitos paternos o la inmunoglobulinoterapia no son probadamente efectivas.

* ACOG, Practice Bulletin: 24, 2001

ABORTO RECURRENTE

CONCLUSIONES

Recomendaciones basadas en evidencias científicas limitadas o inconsistentes (Nivel B) *

- La asociación entre los defectos lúteos y el aborto recurrente son controvertidos. La FLI debe ser confirmada con biopsia endometrial.
- No se ha podido probar la eficacia terapéutica del soporte con progesterona.

ABORTO RECURRENTE

CONCLUSIONES

Recomendaciones basadas en consensos u opiniones de expertos (Nivel C) *

- Se debe realizar estudio cromosómico de pareja.
- Pacientes con tabique uterino deben realizar resección histeroscópica.
- Cultivos, TTOG, tiroides, estudios inmunológicos, no son recomendados en la evaluación de mujeres clínicamente normales.

* ACOG, Practice Bulletin: 24, 2001

ABORTO RECURRENTE

CONCLUSIONES

- Con este enfoque diagnóstico y las terapéuticas generales y específicas, las probabilidades de conseguir un hijo vivo superarían el 75%.
- Las parejas con aborto recurrente deben ser informadas de la posibilidad de un embarazo a término sin tratamiento.

MUCHAS GRACIAS