

# Aborto Precoz

---

## INTRODUCCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

Aborto se define como la interrupción del embarazo, de forma espontánea o inducida, **antes de la viabilidad fetal**, es decir, a edad gestacional menor a 20 semanas de gestación, y peso fetal inferior a 500g, estimado por ecografía. En concreto, el **Aborto Precoz** se refiere a aquel que se produce antes de la **semana 12 de amenorrea**.

Es la complicación más frecuente del primer trimestre de la gestación, puede afectar hasta un tercio del total de concepciones, y de un 8 a 20% de las gestaciones diagnosticadas.

De hecho es una complicación mucho más frecuente de lo percibido *a priori*, ya que el 70% de los abortos ocurren antes de que la gestación sea detectada clínicamente.

La mayoría de las pérdidas se producen antes de la 10ª semana de gestación, de ellas, dos tercios se producen en el periodo preimplantacional y la frecuencia disminuye una vez se ha evidenciado un embrión con latido cardiaco positivo a partir de las 6-8 semanas.

## CLASIFICACIÓN DEL ABORTO

### - Criterios cronológicos:

- **Aborto precoz**: si se produce por debajo de la semana 12 de gestación
- **Aborto tardío**: si tiene lugar entre la 12 y la 22 semana de amenorrea.

### - Criterios ecográficos:

- **Amenaza de aborto**: hallazgo de gestación intrauterina viable en presencia de sangrado vaginal acompañado o no de dolor pélvico.
- **Aborto diferido**: retención de embrión o saco gestacional sin expulsión espontánea.
- **Aborto consumado**: se ha producido la expulsión del embrión o saco gestacional, en función del contenido uterino restante puede ser:
  - **Aborto consumado completo**: LME menor de 15 mm.
  - **Aborto consumado incompleto**: LME mayor de 15 mm.

## FACTORES DE RIESGO

Se han descrito numerosos posibles factores de riesgo de aborto, sin embargo sólo han demostrado relación:

- **Edad materna avanzada**
- **Antecedente de aborto previo**
- **Tabaco**

La edad materna avanzada es el factor de riesgo más importante para la pérdida gestacional precoz en mujeres sanas, la frecuencia de aborto comienza a aumentar de forma marcada desde los 30 años, y más exponencialmente desde los 35 años de edad.

El número de abortos previos presenta una relación directa con el riesgo de un siguiente aborto. Una paciente con gestación previa de curso normal tiene un riesgo mucho menor de aborto.

El hábito tabáquico intenso (más de 10 cig/día) aumenta la probabilidad de aborto, las causas no están claras, pero parece deberse a los efectos antimetabólicos y vasoconstrictor del tabaco.

Otros factores de riesgo postulados son:

- Factores reproductivos: paridad, retraso en implantación.
- Además del tabaco, alcohol, cocaína, AINEs, Cafeína.
- Bajo nivel de folato.
- Fiebre
- Antecedentes maternos: hipertensión crónica, celiaquía, peso extremo.

## ETIOLOGÍA

Existen múltiples causas que pueden producir la pérdida gestacional precoz, las más frecuentes son:

- **Cromosomopatías (50%)**
- **Exposición a teratógenos**

Causas fetales (65-70%)	Causas maternas (< 30%)
<ul style="list-style-type: none"><li>- Cromosomopatías</li><li>- Anomalías genéticas no cromosómicas</li><li>- Anomalías del trofoblasto.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alteraciones uterinas: miomas, sinequias, insuficiencia cervical, anomalías congénitas, alteraciones morfológicas de cavidad.</li><li>- Infecciones: Listeria, Toxoplasma, Parvovirus B19, Rubeola, VHS, CMV</li><li>- Endocrinopatías: diabetes mellitus, patología tiroidea, déficit de progesterona.</li><li>- Inmunológicas: Ac antifosfolípidos, Ac antinucleares, Ac antitiroideos.</li><li>- Otras: radiaciones, traumatismos, desnutrición.</li></ul>

## CLÍNICA

La presentación clínica es muy variable, la paciente puede encontrarse asintomática, o en el caso de presentar síntomas, la clínica más frecuente es:

- **Metrorragia**
- **Dolor pélvico**

La **metrorragia** puede ser en cuantía variable, desde un manchado vaginal escaso a un sangrado en cantidad mayor a menstruación; el volumen de sangrado no está relacionado con mayor posibilidad de aborto, un sangrado abundante no siempre concluye en aborto.

El sangrado es un síntoma frecuente en primer trimestre, que puede ocurrir en un 20-40% de las gestaciones, y no siempre dan lugar a las interrupción de la misma. Entre el 90-96% de las gestaciones con sangrado vaginal entre la 7ª y 11ª semanas en las que se objetivó actividad cardíaca fetal, la gestación no se interrumpió.

El **dolor pélvico** se trata de un dolor generalmente de tipo dismenorreico, de intensidad variable, en la amenaza de aborto suele ceder con analgesia, pero en los casos de aborto en curso durante la expulsión de los restos ovulares a través de OCE, la intensidad es mayor.

## Aborto Séptico

El aborto séptico es una complicación más frecuente en países sin adecuados recursos sanitarios, usualmente asociada a abortos provocados sin condiciones adecuadas de asepsia.

Es una situación muy grave que requiere actuación inmediata ante signos clínicos de sospecha, ya que amenaza la vida de la paciente si no recibe tratamiento adecuado.

Los signos clínicos que deben hacer sospechar un aborto séptico son:

- Fiebre mayor de 38°C
- Malestar general, tiritona, escalofríos.
- Secreción vaginal sanguinopurulenta; cérvix muy doloroso a la movilización.

## DIAGNÓSTICO

- Anamnesis: en la que se recojan los síntomas y antecedentes de la paciente
- Correcta datación gestacional según la fecha de última regla (aunque debido a ciclos menstruales irregulares o al desconocimiento de la FUR, los hallazgos ecográficos pueden no corresponder con la amenorrea).
- Exploración física y ginecológica completa, para evaluar la estabilidad hemodinámica de la paciente, cuantía del sangrado vaginal, la intensidad del dolor pélvico, la permeabilidad cervical o la presencia de restos ovulares en OCE o vagina; que van a orientar en el manejo clínico.

- **Ecografía transvaginal:** establece el diagnóstico de certeza de aborto, requiriendo uno de los siguientes criterios:

- **Latido cardíaco fetal negativo** en un embrión con **CRL  $\geq$  7 mm.**
- **Ausencia de polo embrionario** en un saco gestacional **> 25 mm.**
- **Ausencia de evolución** (crecimiento embrionario e inicio de actividad cardíaca) en dos ecografías separadas un intervalo mínimo de 7-14 días.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

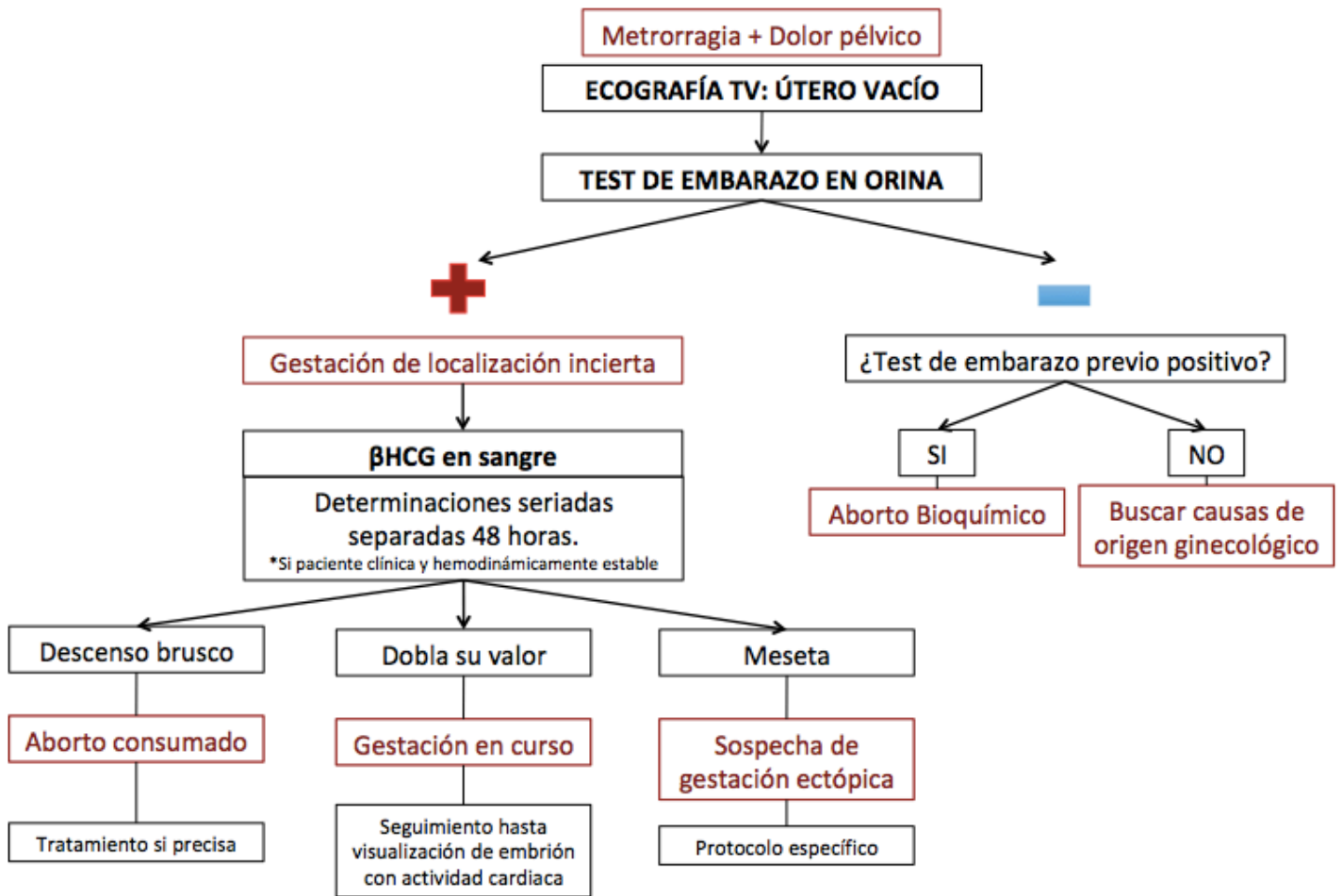
Ante una paciente con **test de embarazo en orina positivo que presente metrorragia** asociada o no a dolor pélvico, y ausencia de saco gestacional intrauterino en la ecografía transvaginal, es necesario realizar diagnóstico diferencial entre:

- Aborto incompleto.
- Embarazo ectópico
- Enfermedad trofoblástica gestacional

El test de embarazo en orina positivo descarta otras causas de sangrado vaginal de origen ginecológico, por lo que, si no se dispone del resultado, debe ser la primera prueba complementaria a realizar, tras una correcta anamnesis y exploración física, ante una mujer con metrorragia y ausencia de saco gestacional intrauterino en la ecografía.

Ante una **imagen intrauterina anecoica redondeada** existen ciertos signos ecográficos indicativos de Saco Gestacional:

- Signo del doble halo: doble anillo hiperecogénico a su alrededor.
- Refuerzo sónico posterior.
- Localización excéntrica en la cavidad uterina.
- Crecimiento de 1mm/día.
- Si tamaño mayor de 6mm debe visualizarse vesícula vitelina en su interior.
- Si tamaño superior a 15 mm deben visualizarse embrión en su interior.



## MANEJO DEL ABORTO PRECOZ

Las pacientes diagnosticadas de aborto diferido o aborto consumado incompleto son subsidiarias de recibir tratamiento para conseguir la evacuación uterina completa.

Siempre se debe tener un diagnóstico de certeza y descartar completamente la posibilidad de una gestación evolutiva antes de iniciar el tratamiento de aborto. En caso de no cumplir criterios ecográficos diagnósticos de aborto, se debe mantener una actitud expectante y realizar un control clínico y ecográfico en un plazo de 7-14 días, según los hallazgos.

En nuestro medio existen tres posibles actitudes ante el diagnóstico de aborto, que se deben ofrecer a la paciente, si no existen contraindicaciones, para ella decida:

- Actitud expectante
- Tratamiento médico
- Tratamiento quirúrgico: legrado evacuador

Antes de escoger cualquiera de ellas es necesario una analítica sanguínea reciente que incluya hemograma y coagulación; además de conocer el grupo sanguíneo y Rh, y administrar profilaxis antiD en casos de Rh negativo, ya que el aborto se considera un evento sensibilizante de Isoinmunización Rh.

Las tres opciones terapéuticas han demostrado en diversas revisiones, eficacia comparable para conseguir la evacuación uterina. LA cirugía tiene la ventaja de acortar el tiempo de tratamiento y menor riesgo de ingresos hospitalarios posteriores; siendo la más coste-efectiva.

### Tratamiento médico del aborto precoz

El fármaco de elección en nuestro medio es el análogo de prostaglandina PGE-1: Misoprostol, para dilatar el cérvix y conseguir contracciones uterinas que den lugar a la evacuación de su contenido.

Existen otros agentes como el metotrexato, tamoxifeno o mifepristona, sin embargo su uso no está muy extendido y no han demostrado mayor beneficio que misoprostol.

Indicaciones (condiciones)	Contraindicaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saco gestacional menor de 45 mm</li> <li>- CRL menor de 25 mm</li> <li>- Hemograma: Hb &gt; 10g/dL, plaquetas &gt; 100000</li> <li>- Hemostasia sin alteraciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o <u>Absolutas:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alergia o hipersensibilidad a las prostaglandinas</li> <li>- Sospecha de gestación extrauterina</li> <li>- Enfermedad trofoblástica gestacional</li> <li>- Inestabilidad hemodinámica, hemorragia incoercible,</li> <li>- 2 o más cesáreas previas,</li> <li>- Glaucoma, porfiria, Insuf. suprarrenal, asma grave.</li> <li>- Gestación con DIU in situ.</li> <li>- Enfermedad inflamatoria intestinal no controlada</li> </ul> </li> <li>o <u>Relativas:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiencia renal o hepática</li> <li>- Desnutrición (IMC &lt; 18.5)</li> <li>- Lactancia materna actual</li> <li>- Especial atención: factores de riesgo cardiovascular, tratamiento prolongado con corticoides o epilepsia.</li> </ul> </li> </ul>

\*No está contraindicado en : disfunción tiroidea, diabetes insulino-dependiente, embarazo múltiple, malformaciones uterinas, cirugía previa del cérvix, o asma leve.

La pauta de elección es **800 µg de misoprostol** (4 comprimidos) vía vaginal en dosis única.

Ha demostrado una eficacia alta, cercana al 90% en diversos estudios publicados; y menor necesidad de tratamiento quirúrgico posterior que la actitud expectante.

Se debe advertir a la paciente:

- El tratamiento producirá una metrorragia mayor a su menstruación habitual, usualmente acompañada de dolor tipo dismenorreico, para el que se pautará analgesia (AINEs, paracetamol o metamizol, etc)
- Efectos secundarios habituales leves: febrícula, náuseas y vómitos, o diarrea.
- La posibilidad de fracaso terapéutico con opción de repetir un segundo ciclo, y la necesidad de legrado evacuador si éste fracasa.
- La posibilidad de que se produzca una hemorragia uterina importante con desestabilización hemodinámica que requiera realizar tratamiento quirúrgico de urgencia.

Se indicará un **control clínico y ecográfico** de la eficacia del tratamiento a los 7 días de su administración. Si en la ecografía TV la paciente presenta:

- LME < 15mm: fin del tratamiento
- LME > 15mm: se debe repetir otro ciclo de misoprostol (máximo 2 ciclos) o realizar tratamiento quirúrgico.

En caso de que se repita un segundo ciclo de misoprostol que no logre la evacuación uterina completa (LME < 15 mm), se considerará un fracaso de tratamiento médico y se debe realizar un legrado evacuador.

### **Tratamiento quirúrgico del aborto precoz: legrado evacuador**

Consiste en la evacuación uterina mecánica en quirófano mediante aspiración o raspado con legras de Recamière.

Es la opción más efectiva, con una tasa de evacuación completa del 97%.

Indicaciones	Límites ecográficos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangrado excesivo o inestabilidad hemodinámica.*</li> <li>- Sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.</li> <li>- Aborto séptico.*</li> <li>- CRL mayor de 30mm, saco gestacional mayor de 45 mm</li> <li>- Contraindicación del tratamiento médico.</li> <li>- Fracaso de tratamiento médico previo.</li> <li>- Deseo de la paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CRL &gt; 45 mm</li> <li>- Edad gestaciones &gt; 12 semanas</li> </ul>

\*Se realizará legrado de forma urgente, en el resto de los casos, el legrado será programado.

### Aborto Séptico

Ante una paciente con sospecha clínica de aborto séptico, es necesario actuar con rapidez:

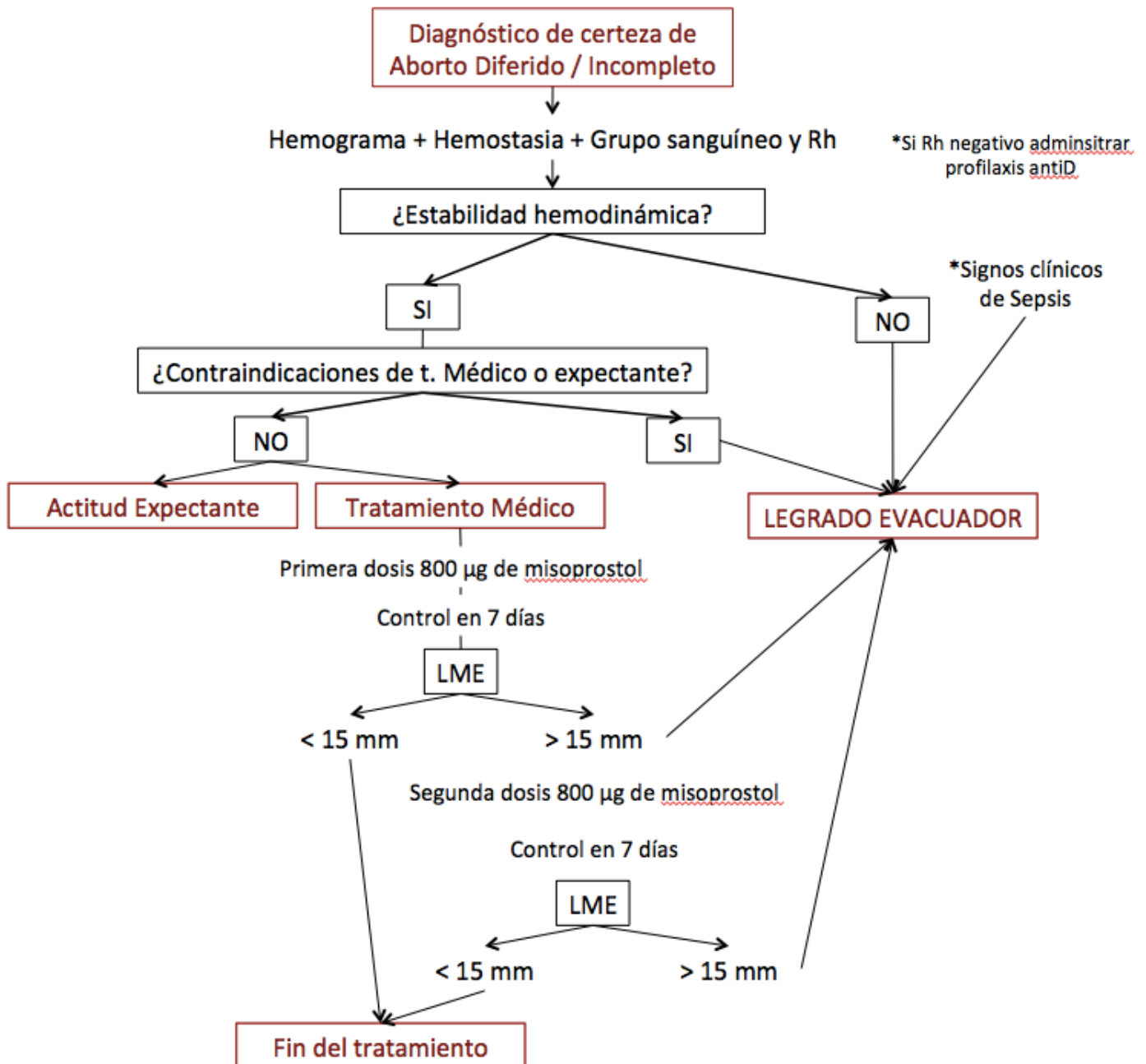
- Estabilización hemodinámica mediante fluidoterapia y hemoderivados si es necesario.
- Antibioterapia intravenosa de amplio espectro:
  - o Ceftriaxona 1g/12-24horas con Metronidazol 500mg/12 horas
  - o Alergias: Clindamicina 100mg/8horas y Gentamicina 240mg/24horas.
- Obtención de cultivos (hemocultivo y exudado cervical), que no deben demorar el inicio de antibioterapia.
- Legrado evacuador por aspiración del contenido uterino, foco de la sepsis, tras la estabilización de la paciente.

La maduración cervical previa con análogos de prostaglandinas (misoprostol) no está indicada en todos los casos, aunque sí se recomienda en gestaciones mayores de 10 semanas y en nulíparas.

El legrado es una intervención quirúrgica y como tal, tiene los riesgos derivados de la anestesia, y de complicación de la propia técnica quirúrgica como:

- Perforación uterina: es la complicación más frecuente y requiere ingreso para vigilancia de complicaciones que requieran reintervención quirúrgica
- Laceración cervical
- Síndrome de Asherman o sinequias uterinas, a largo plazo
- Incremento del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica o infertilidad posterior.





## BLIBIOGRAFÍA

1. Tulandi T, et al. Spontaneous abortion: Risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation. UptoDate April 2018
2. Tulandi T, et al. Spontaneous abortion: Management. UptoDate May 2018
3. Cunnigham G., Kenneth J., Steven L., et al. Williams Obstetrics. Ma Graw Hill. 24º Ed. EEUU. 2015.
4. Protocolos SEGO: Aborto espontáneo.
5. Román J., De La Puente M. Urgencias Gineco-obstétricas al descubierto. Italfarmaco. 1º ed. Madrid 2013.