






ABORTO ESPONTANEO

El aborto espontáneo (AE) es la complicación más frecuente del embarazo (ocurre en el 10 al 15% de las gestaciones). Se le define como la pérdida del embarazo, clínicamente reconocida antes de las 20 semanas de gestación. La incidencia real de pérdida de embarazos es mucho mayor que la observada clínicamente. Los estudios con gonadotrofina coriónica humana (GCH) mostraron que el porcentaje de pérdida de embarazos después de su implantación es del 30 al 40%.

El AE, puede ser clasificado en las siguientes categorías:

-  Amenaza de aborto,
-  Aborto inevitable,
-  Aborto incompleto,
-  Aborto diferido (muerte fetal intrauterina antes de las 20 semanas sin sangrado vaginal)
-  Aborto recurrente.

En el embarazo con huevo anembrionico no se produce el desarrollo del embrión; su diagnóstico se efectúa al no identificar actividad cardiaca o polo fetal en el ultrasonido a las 6-7 semanas de gestación; las alteraciones cromosómicas constituyen la causa más común de esta alteración.

El aborto espontáneo recurrente (AER) ha sido definido como la verificación de 3 o más AE reconocidos clínicamente. Datos epidemiológicos indican que el riesgo de un nuevo aborto después de un AE es del 24%, pero asciende a un 40% después de 4 AE consecutivos.

La principal causa de (AER) es la aberración cromosómica en uno o ambos miembros de la pareja. El error cromosómico, advierten, puede ser heredado o surgir de una mutación espontánea durante el desarrollo temprano del embrión. La principal causa de aborto se debe a Trisomia del cromosoma 16 y le siguen la monosomia del cromosoma "X" y las triploidias.

En el 10 a 15% de los casos de AER se han involucrado factores anatómicos, éstos pueden ser divididos en congénitos y adquiridos. Los tabiques uterinos y los defectos relacionados con el uso de algunas hormonas son los factores congénitos que se asocian con mayor firmeza con el AR.

También se han propuesto como causa de AR las alteraciones de la arteria uterina. Entre los factores anatómicos adquiridos están las adherencias intrauterinas, los miomas, la endometriosis, adenomiosis, y las cirugías tubarias (salpingostomía e implantación útero-tubaria). En el caso de los miomas, se dice que su asociación con los AER puede obedecer a factores mecánicos, tales como reducción de la irrigación sanguínea, alteraciones de la placentación y

contracciones uterinas que determinan la expulsión fetal. se cree que el AER en mujeres con endometriosis puede deberse a la secreción de toxinas o a una mayor producción de prostaglandinas, que generan contracciones uterinas y alteraciones hormonales. Sin embargo, no se sabe si el aborto es ocasionado por la endometriosis o por mecanismos inmunológicos indirectos.

Algunos investigadores consideran que los factores endocrinos contribuyen al AER en un 10 a 20% de los casos, e indican que la incidencia de la insuficiencia de la fase lútea puede ser elevada (50%). La secreción de progesterona por el cuerpo lúteo es esencial para la sobrevivencia en el embarazo de menos de 9 semanas de gestación, y en las mujeres con fase lútea deficiente y diagnóstico histológico de endometriosis se ha demostrado que durante la fase folicular la secreción de FSH/LH es inadecuada o asincrónica.

Evidencias recientes sugieren, además, que la incapacidad del embrión para estimular la secreción de esteroides ováricos, o de éstos para responder a dicho estímulo, puede ser también causa de la insuficiencia lútea. Otros factores endocrinos implicados en el AER incluyen función tiroidea alterada (en especial hipotiroidismo), diabetes mellitus, síndrome de ovario poliquístico e hipersecreción de prolactina.

El síndrome de ovario poliquístico, es una afección caracterizada por la secreción inadecuada de hormona luteinizante, postulada como responsable del AER al producir la ovulación prematura de un ovocito inmaduro, hipersecreción de andrógenos, alteración de la secreción de estrógenos y prostaglandinas, hiperinsulinemia y asincronía del endometrio.

Distintos factores infecciosos han sido asociados con el AER, y estudios recientes presumen su participación en el 5% de los casos. Antes de analizar una posible relación causa-efecto con un microorganismo éste debe ser hallado en la madre, el feto y la placenta. Los micoplasmas, son los organismos más comúnmente vinculados al AER. Algunas infecciones del cuello uterino causadas por *Chlamydia trachomatis*, se relacionan con abortos durante el segundo trimestre, y con la ruptura prematura de membranas. Otras bacterias implicadas incluyen *Streptococcus* del grupo B; en cuanto a los virus, pueden estar involucrados el citomegalovirus, el herpesvirus, el parvovirus, el virus de la rubéola y el de la varicela.

También se vincula el AER con infecciones por listeriosis, toxoplasmosis, brucelosis y psitacosis, entre otras. Se han formulado diversas teorías inmunológicas para explicar el AE, y se especula que el aborto puede ser ocasionado por una perturbación de la tolerancia inmunológica materna al producto. Si bien se han propuesto 4 mecanismos humorales para el AER, indican que sólo los anticuerpos antifosfolípidos (anticardiolipina y antifosfatidilglicerina) pueden relacionarse con el AER.

Entre las complicaciones obstétricas vinculadas con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos mencionan al AER, la rotura prematura de membranas, el retardo del crecimiento intrauterino, la preeclampsia y la muerte fetal intrauterina. Los mecanismos fisiopatológicos que se proponen como responsables de esta causa inmunológica del AER son la producción de fenómenos de vasoconstricción y trombosis y la alteración plaquetaria y fibrinolítica, entre otros.

Algunas investigaciones han sugerido que las mujeres con anticuerpos IgG circulantes contra el espermatozoide de su esposo, detentan un riesgo mayor de AE. Otras posibles causas del AE, tanto recurrente como esporádico, incluyen factores ambientales (exposición crónica a tetracloruro de carbono, solventes y metales pesados), factores farmacológicos (antiprogesteronas, antagonistas del ácido fólico, antineoplásicos, anticonvulsivos) y enfermedades maternas (lupus eritematoso sistémico y enfermedades renales, cardíacas y hematológicas).

Si bien el momento exacto para iniciar el estudio de las parejas con AER es controvertido, se recomienda efectuarlo luego de 2 AE, en especial si la pérdida tuvo lugar antes del desarrollo cardíaco fetal, si las pacientes tienen más de 35 años, o si se trata de parejas con dificultades para concebir o muy ansiosas por iniciar la evaluación.

Al comenzar los estudios, indican, en primer lugar se debe aconsejar a la pareja que evite la concepción durante al menos 2 ciclos menstruales luego del AE. Durante este período se realizará una evaluación preconcepcional, de antecedentes clínicos de la pareja, antecedentes obstétricos, examen físico, estudios citogenéticos en leucocitos de sangre periférica (para determinar cariotipo), evaluación anatómica (con histerosalpingografía y ecografía), evaluación endocrina (con biopsia de endometrio para detectar defectos de la fase lútea, y determinación de LH y hormonas tiroideas), niveles de anticuerpos antifosfolípidos (anticardiolipina y antifosfatidilglicerina), y pruebas para el lupus.

Una vez que el embarazo se ha establecido, los autores recomiendan realizar un cuidadoso control, para confirmar que la implantación es intrauterina, ya que en las mujeres con AER se observa mayor incidencia de embarazo ectópico y gestaciones molares, así como de retardo de crecimiento intrauterino, nacimientos pretérmino, productos de bajo peso al nacer y preeclampsia. Algunas determinaciones hormonales que pueden ayudar a predecir el éxito o el fracaso del embarazo incluyen los valores de gonadotropina coriónica humana (GCH), beta-estradiol y progesterona, la ausencia de cuyo incremento en análisis seriados se asocia con cariotipo anormal.

Luego de que el nivel de GCH-beta alcanza de 1 000 a 5 000 mUI/ml se deben efectuar cada 2 semanas controles ecográficos; durante etapas más avanzadas de la gestación (16 a 18 semanas) la evaluación fetal debe incluir, determinaciones de alfa-fetoproteína en el suero materno, cuyos niveles elevados o bajos pueden representar defectos del tubo neural o alteraciones cromosómicas

del feto. En mujeres embarazadas con antecedentes de AER aconsejan realizar estudios del cariotipo fetal, mediante un muestreo de vellosidades coriónicas o amniocentesis. Finalmente, es benéfico proporcionar a estas parejas un oportuno apoyo psicológico.