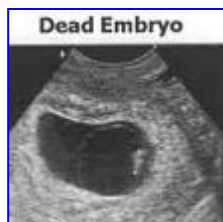


Edita: Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas

Nº 55

Diciembre 2015



PREVENCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS: Aborto de repetición (o recidivante)



Montserrat Real Ferrero¹, Paloma Fernández Martín¹,
M^a Regla García-Benítez¹, M^a Luisa Martínez-Frías^{1,2,3}

¹Centro de Investigación sobre Anomalías Congénitas (CIAC) – Instituto de Salud Carlos III, Madrid

²CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER) U724

³Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define aborto espontáneo como la finalización inesperada del embarazo antes de que el feto sea viable; esto es, antes de que pese 500 gramos, lo que corresponde a una gestación de 20-22 semanas.

La frecuencia de abortos espontáneos en la población general alcanza el 10-15% de los embarazos clínicamente identificados.^{1,2} Por consiguiente, la pérdida del embarazo durante el primer trimestre es la complicación más frecuente de la gestación, aunque no siempre se pueda dar una respuesta sobre sus causas, ni evitar la repetición. Esto puede ocasionar un estado de ansiedad y frustración a la pareja, aunque la mayoría de las mujeres que tienen un aborto espontáneo tendrán posteriormente un embarazo normal. No obstante, hay mujeres que vuelven a tener abortos, y cuando una misma mujer tiene dos o más abortos consecutivos, o más de dos alternos se consideran “abortos de repetición”.

CAUSAS

Por lógica, hay que contemplar que el “envejecimiento” uterino puede hacer más difícil la implantación del embrión y su mantenimiento, como se ha observado en ovodonaciones a mujeres añosas. Por lo demás, uno de los factores predictivos más importantes para tener un aborto, es que la mujer haya

tenido algún aborto previo. En consecuencia, el riesgo aumenta progresivamente con el número de gestaciones previas malogradas.² No obstante, se conocen muchos factores que pueden causar la pérdida precoz de la gestación, y en algunas ocasiones pueden concurrir más de un factor de riesgo en la misma pareja (Tabla 1).

Tabla 1: Causas más frecuentes de aborto de repetición

1. Anatómicas uterinas
2. Endocrinopatías
3. Genéticas
4. Infecciosas
5. Inmunológicas: auto o aloinmunes
6. Trombofilias
7. Exposiciones ambientales

1.-Alteraciones anatómicas uterinas. Pueden ser, congénitas o adquiridas. Entre ellas se incluyen el útero septo y la incompetencia cervical, los miomas, las sinequias, y las anomalías relacionadas con el dietilestilbestrol.^{2,3}

2.-Endocrinopatías. Además de la diabetes, son causa de abortos las alteraciones tiroideas mal controladas, la deficiencia de progesterona (en especial en la fase de cuerpo lúteo), así como la hipersecreción de LH.

3.-Causas genéticas: Las más frecuentes son las **alteraciones cromosómicas**, que en conjunto suponen

el 50% de los abortos espontáneos.² Además, como el aumento de la edad materna incrementa el riesgo para alteraciones cromosómicas numéricas en la descendencia, también se relaciona con la producción de abortos espontáneos (Tabla 2).

Tabla 2: Riesgo de aborto en relación a la edad materna³

EDAD MATERNA (años)	RIESGO DE ABORTO ESPONTÁNEO
12-19	13,3 %
20-24	11,1 %
25-29	11,9 %
30-34	15,0 %
35-39	24,6 %
40-44	51,0 %
45 o más	93,4 %

4.-Infecciones. Se han implicado múltiples agentes infecciosos como causa ocasional de aborto esporádico (*Chlamydia*s y *Mycoplasma*, entre otros); además se ha demostrado que el *Treponema pallidum* tiene un papel etiológico en los abortos de repetición. También se viene valorando la hipótesis de que ciertos microorganismos asociados a vaginosis bacteriana puedan, de modo asintomático, colonizar la cavidad endometrial provocando alteraciones de la fertilidad, en modo de abortos de causa no identificada.³

5.-Inmunológicas, auto o aloinmunes. Entre las *autoinmunes*, el síndrome antifosfolípido es el más frecuente. En cuanto a la *aloinmunidad*, se pueden destacar las alteraciones de la respuesta linfocitaria en la implantación del blastocisto.

6.-Trombofilias hereditarias y no hereditarias: Constituyen un grupo variado de trastornos relacionados con alteraciones de proteínas que intervienen en el proceso de la coagulación y que implican mayor riesgo de procesos trombóticos.

7.-Exposiciones ambientales, tanto maternas como paternas. Incluyen la utilización de algunos fármacos, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, cocaína, etc.) y ciertas exposiciones laborales y recreativas.

PAUTAS DE ESTUDIO EN LA PAREJA CON ABORTOS DE REPETICIÓN^{1,2,3,4:}

El estudio de parejas con abortos debe establecerse considerando la evidencia de que la etiología es multifactorial, y debe incluir:

a.-Anamnesis exhaustiva: historia personal y familiar, incluyendo antecedentes tanto médicos como quirúrgicos, obstétricos y ginecológicos. Exposición a ciertos fármacos, a tóxicos ambientales y laborales de los dos miembros de la pareja.

b.-Exploración clínica: debe ser tanto general como ginecológica incluyendo ecografía, y si fuera necesario histerosalpingografía.

c.-Descartar infecciones: además de la serología luética si se sospecha otra causa infecciosa se realizarán cultivos cervicales y endometriales.

d.-Hormonas: sexuales (LH, FSH, estrógenos, progesterona), tiroideas, metabolismo de la glucosa, y biopsia de endometrio premenstrual.

e.-Cariotipo: de ambos miembros de la pareja y, si se puede, de restos abortivos embrionarios o fetales.

f.-Estudio de trombofilias (de cualquier causa): detección de anticuerpos antifosfolípidos (anticoagulante lúpico y anticardiolipina).

g.-Causas hereditarias: analizar la presencia de: Mutación del Factor V de Leiden, mutación del gen de la protrombina III, mutación del gen de la metilentetrahidrofolato reductasa; y los valores de homocisteína, de proteína S, proteína C, Factor XII, etc.

No obstante, según los resultados obtenidos en el estudio básico, se podría considerar necesario la realización de otras exploraciones complementarias. Hay que tener en cuenta que las pruebas a realizar, así como el momento de hacerlas, están sujetos a las particularidades de cada caso en concreto.

Recomendaciones tras la realización de la historia:

1. No instaurar el tratamiento (si es posible) hasta no tener los resultados de todas las pruebas diagnósticas, y recomendar a la pareja evitar una nueva gestación hasta la finalización del estudio.
2. No establecer medidas terapéuticas empíricas, o de eficacia no adecuadamente establecida.^{2,3}
3. Valorar la indicación de apoyo psicológico mientras se realizan las pruebas diagnósticas e incluso cuando se consiga embarazo, pues contribuiría a mejorar la actitud de la pareja y los resultados obstétricos.³

Referencias:

1. Romero Guadix B, Martínez Navarro L, González Paredes A, Fontes Jiménez J. Epidemiology of recurrent miscarriage. Prog Obstet Ginecol.2012;55:312-320.
2. Balasch Cortina J, Ación Álvarez P, Egozcue J, Viscasillas Molins P, Comino Delgado R, Parrilla Paricio J. Grupo aborto de repetición. SEGO. <http://www.sego.es/Content/pdf/abortorepeticion.pdf>
3. Horne AW, Alexander CL. Recurrent miscarriage. J Fam Plann Reprod Health Care 2005 Apr;31:103-107.
4. Ruiz Santos A et al. Protocolo de abortos de repetición. 31 Congreso Nacional de la SEGO 2011.

Agradecimientos:

Al Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad. A las Consejerías de Sanidad de: Cantabria, Castilla y León, Principado de Asturias y Región de Murcia. Fundación 1000, sobre defectos congénitos.

© ECEMC