

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"ABORTO HABITUAL"
(REVISION DE 16 CASOS DE 1967 A 1971
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA).

**ANA MARIA CONSUELO GUADALUPE
SALAZAR GUZMAN DE ESTRADA**

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. MATERIAL Y METODOS
- III. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL ABORTO HABITUAL

Concepto

Frecuencia

Etiología

Sintomatología

Diagnóstico

Tratamiento

Pronóstico

- IV. ANALISIS ESTADISTICO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO HABITUAL EN EL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA.
- V. RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- VI. BIBLIOGRAFIA.

I. INTRODUCCION

El aborto habitual en nuestro medio no es una entidad muy frecuente, al menos tomando en consideración lo resuelto en el Hospital Roosevelt de Guatemala (16 casos en un período de 5 años).

Este trabajo tiene como objetivos: evidenciar las causas etiológicas del aborto habitual, recalcar en la necesidad de efectuar investigación de las mismas y no circunscribirnos a que la única posibilidad causal de la entidad es la incompetencia del cuello uterino (tal y como lo evidencia el manejo realizado en la mayoría de las pacientes que conforman nuestro estudio), exponer un bosquejo del manejo diagnóstico y terapéutico de acuerdo a la etiología, y contribuir en mínima parte a la cada vez más extensa bibliografía médica nacional.

II. MATERIAL Y METODOS

El presente estudio consta de 16 casos de aborto habitual que ingresaron al departamento de Gineco-Obstetricia del hospital Roosevelt de Guatemala, durante el período comprendido del 1o. de enero de 1967 al 31 de diciembre de 1971.

Se realizó un análisis de las posibles causas de la entidad nosológica del estudio, se investigó en las historias clínicas las características médicas y de carácter general en posible concomitancia, así como el manejo, tratamiento y resultados de todos y cada uno de los casos.

La información obtenida en nuestra casuística fue colectada en un protocolo el cual se detalla a continuación.

PROCOLO

Caso No. _____

Registro médico _____

DATOS GENERALES:

Nombre _____

Edad _____ Estado Civil _____ Grupo étnico _____

Religión _____ Originaria de _____

Residente en _____ Ocupación _____

Fecha de ingreso _____

ANTECEDENTES:

a) Familiares _____

b) Médicos _____

c) Quirúrgicos _____

d) Ginecológicos:

menarquia _____ años, Ritmo _____ por _____ días No. años _____

diarios _____ , coágulos _____ , dolor _____

Fecha de últimas dos reglas y alguna característica especial de las mismas

e) Obstétricos:

Grávida _____ , para _____ , Abortos _____

espontáneos _____ , provocados _____

legrados _____

HISTORIA

a) Motivo de consulta _____

b) Historia _____

c) Examen físico de ingreso _____

d) Examen ginecológico _____

e) Diagnóstico Provisional _____

f) Examen por Jefe de Servicio e I.C. _____

EVOLUCION:

a) Exámenes de laboratorio _____

b) Estudios radiológicos _____

c) Papanicolau _____

TRATAMIENTO

a) Médico _____

b) Quirúrgico: _____

Tipo operación _____ Fecha _____

Anestesia _____

Complicaciones post operatorias _____

c) Anatomía Patológica _____

EGRESO:

a) Fecha _____ b) Diagnóstico _____

RECONSULTAS

a) Fecha _____ b) Resultado _____

EMBARAZOS POST TRATAMIENTO:

No. embarazos _____ Partos _____ Abortos _____

III. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE ABORTO HABITUAL

Concepto:

Cuando la paciente ha tenido por lo menos 3 abortos consecutivos e inexplicables y cuando no hay antecedentes de gestación hasta la viabilidad. (1, 2, 4, 14) Mac Donald y colaboradores (9) expresan que implica la existencia de dos o más abortos consecutivos probados, precediendo al embarazo corriente.

Frecuencia:

Brainerd (4) y Novak (12) concuerdan en una frecuencia de 0.4 a 0.41 o/o de todos los embarazos y 4 o/o de los abortos, Schwarcz (14) expone que es del 0.5 o/o de los embarazos y 3 o/o de los abortos.

Etiología:

- 1) **Endocrinopatías:** diabetes sacarina, hiper e hipotiroidismo, insuficiencias hipofisarias y suprarrenales. (1, 2, 10, 14)
- 2) **Anomalías Anatómicas del Utero:** Fibromas uterinos sobre todo los submucosos, pólipos endometriales y esclerosis del endometrio. (1, 2, 10, 14)
- 3) **Enfermedades Renales Crónicas:** Glomerulonefritis y enfermedad vascular renal crónicas (10)
- 4) **Anomalías Congénitas del Utero:** Utero hipoplásico, útero doble, acortamiento congénito del cérvix (insuficiencia), útero uni y bi cornio, útero septado y útero arquato. (1, 2, 10, 13, 14)
- 5) **Incompetencia o Insuficiencia del Orificio Cervical Interno:** Por lo general ocasiona aborto en el segundo trimestre del embarazo. (1, 2, 10, 11, 14)

La incompetencia cervical puede ser de tres tipos: (1, 2, 10, 11, 14)

- a) **Congénita:** Malformaciones uterinas, acortamiento congénito del cérvix, escasa cantidad de tejido colágeno en el cuello.

- b) *Traumática*: Dilataciones cervicales intempestivas con bujías mayores de 10, amputación del cuello, electrocoagulaciones profundas, legrados, partos difíciles (extracción de nalgas, extracción rápida, traumatismo por forceps), cesárea abdominal baja, etc.
- c) *Funcional*: Contractilidad uterina excesiva, resultante del empleo de occitocina para estimular el parto, elevada presión del huevo dentro del útero e hipotonía del istmo.
- 7) *Sífilis*. (1, 2, 10, 14)
- 8) *Incompatibilidad sanguínea feto materna*. (1, 10)
- 9) *Intoxicaciones*: Plomo, mercurio, arsénico, fósforo, alcohol, tabaco, etc., (2, 10, 14)
- 10) *Liberación espontánea de prostaglandinas en el embarazo temprano por cualquier forma de estímulo mecánico*. (3)
- 11) *Mecanismo de Stress o esfuerzo*. (4, 5)
- 12) *Anomalías cromosómicas en el cariotipo materno*. (7, 14, 15)
- 13) *Deficiencias nutritivas totales o parciales*: Hipovitaminosis, carencia de vitamina E, proteínas, carbohidratos, grasas, deficiencia de minerales, etc. (10, 12, 14)
- 14) *Mecanismo alérgico*. (10)
- 15) *Enfermedades Crónicas*: Bacterianas (tuberculosis, brucelosis, sífilis, etc.), Parasitarias (Toxoplasmosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, paludismo, etc.) (10, 14)
- 16) *Pólipo cervical mucoso que indica algún grado de insuficiencia hormonal*. (9)
- 17) *Enfermedad Celíaca* (8)
- 18) *Insuficiencia Endocrina sexual*. (4, 10)
- 19) *Plasma Germinal Deficiente*. (4, 5, 12)

- 20) *Cardiopatías maternas descompensadas*. (10)
- 21) *Distopías uterinas*. (10)
- 22) *Infecciones focales*: Dentarias, amigdalinas, vesiculares, sinusales, etc. (10)

Endocrinopatías:

El hipotiroidismo puede tempranamente alterar el desarrollo somático de la mujer y ocasionar aborto, por la concurrencia de factores mecánicos y hormonales que afectan al útero y al huevo (10)

Anomalías Anatómicas del Utero:

Miomas uterinos y pólipos endometriales alteran la anatomía de la pared uterina, modifican la decidua con alteración de la nidación ovular. (10)

Anomalías Congénitas Uterinas:

Los úteros congénitamente alterados se comportan como recipientes demasiado justos, de paredes inextensibles y miometrio fácilmente irritable y excitable, de aquí que el aborto suela ocurrir en etapa temprana de la gestación. (10)

Enfermedades Renales Crónicas:

Cuando hay grandes albuminurias y trastornos del metabolismo nitrogenado, agua, sales y de la presión arterial, pueden ocasionar infartos rojos o blancos placentarios así como hemorragias útero placentarios. (10)

Incompetencia del ostium interno del cérvix:

La insuficiencia o incompetencia cervical no es frecuente, pero es la mayor causa de pérdida fetal en el segundo trimestre del embarazo. (11) Stromme y Haywa (11) encontraron que la incompetencia del cuello responde por el 16 o/o de pérdidas fetales en el segundo trimestre el embarazo de una pérdida general del 1.6 o/o de las gestaciones.

Danforth (11) sugiere agrupar las causas de insuficiencia cervical en tres grupos: a) Lesión Mecánica del cuello uterino (Incluye las lesiones traumáticas mencionadas), b) Cuello Uterino anormal sin lesión (anomalías congénitas cervicales) y c) Anomalías funcionales que precipitan la dilatación cervical prematura (hipotonía del istmo y demás causas funcionales mencionadas).

Lash y Lash (5) llaman a este proceso "Orificio interno inepto del cuello uterino", en tanto que Palmer y Lacomme (5) "Bloqueo del orificio interno del cuello".

La insuficiencia cervical permite la protrusión del saco amniótico y el desarrollo de una labor de parto prematura; cuando la incompetencia del cuello depende de desgarros cervicales, además de lo mencionado, estos desgarros actúan como centros de estímulos anormales que excitan la contracción del cuerpo uterino interfiriendo por fenómenos mecánicos, la continuación del embarazo o imposibilitando la nidación al no contener al huevo. (10)

Sífilis:

La lúes materna lesiona la decidua y los vasos nutricios del huevo culminando con su desprendimiento. (10)

Intoxicaciones:

Intoxicaciones por plomo (saturnismo), mercurio, arsénico, fósforo, alcohol y tabaco, etc. pueden conducir al aborto habitual cuando es continuada la exposición al tóxico. (2, 10, 14)

El plomo selectivamente afecta al epitelio corial ocasionando el desprendimiento del huevo. Este elemento es dañino para la formación ovular aún a dosis muy por debajo de la tóxica materna. (10)

Liberación espontánea de Prostaglandinas:

Bodin (3) refiere que en las mujeres con aborto habitual (excluyendo en las que se ha sospechado o identificado otras causas), el proceso podría ser resultado de cualquier estímulo mecánico capaz de liberar espontáneamente prostaglandinas en el embarazo temprano. El trauma no diagnosticado o sospechado puede ser de significación, aún el estímulo cervicovaginal y abdominal del coito en el embarazo incipiente o quizá

antes del mismo podrían provocar la liberación de prostaglandinas, éstas por supuesto están en alta concentración en el flujo seminal y podrían tener relación con el aborto habitual. Una mujer podría someterse a prueba de sensibilidad a las prostaglandinas, lo que podría sugerir medidas, por lo menos teóricas, en el manejo del problema.

Mecanismo de Stress o Esfuerzo:

Se ha reconocido que el aborto habitual es en sí mismo un mecanismo de stress o esfuerzo. Puede que evidencie el rechazo femenino a los embarazos consecutivos y a la maternidad. (5)

Greenhill (5) postula: "La iniciación de las contracciones uterinas prematuras (Trabajo en miniatura), la hemorragia de la decidua y la ruptura prematura de membranas se debe al encadenamiento de diversos factores que podrían expresarse así: Stress —epinefrina— histerostenia grave. Luego que la paciente consigue lo deseado por este camino, es de esperarse que lo use una y otra vez.

Anomalías Cromosómicas en el cariotipo materno:

Cariotipos anormales como 45 X-O y 47 XXX han sido reconocidos en pacientes de aborto habitual. (7, 15)

Cariotipo X-O:

La pérdida fetal se atribuye a la frecuencia aumentada de cigotos 45 X-O resultantes de la línea germinal X-O de la célula materna. El 45 X-O es el cariotipo más común en abortos habituales. Si un óvulo 45 X-O es fertilizado por un cromosoma Y del espermatozoide, el producto resultante es 45 Y-O el cual no es viable, en efecto no se ha informado a la fecha aborto con este cariotipo. Si un óvulo 45 X-O es fecundado con cromosoma X del espermatozoide el cigoto resultante es 45 X-O. La incidencia de infantes nacidos con síndrome de Turner (45 X-O) es muy baja (1 en cada 3,000 ó 5,000 nacimientos), de aquí que el aborto con un mosaico 45 X-O es fácil de comprender, pudiéndose de hecho afirmar que: La probabilidad de aborto espontáneo y repetido o el nacimiento de bebés con deformidades, está íntimamente relacionado con la proporción de células normales (45 XX) o anormales (45 X-O), en el tejido germinal. (7, 15)

Cariotipo 47 XXX

Este mosaico predispone a la disfunción ovárica, tal como lo demostró Hsu en una serie de 101 pacientes con 47 XXX, en las cuales encontró 28 o sea (27 o/o) con cierto grado de disfunción ovárica que podría ser responsable del aborto habitual, una mujer con esta anomalía cromosómica y dos con síndrome de Stein Leventhal concomitante con este mosaico mostraron fracaso reproductivo. (7)

Deficiencias Nutritivas Totales o Parciales:

Las deficiencias vitamínicas (particularmente la E), proteínas, carbohidratos, grasas, minerales, etc. han sido mencionadas como posibles causas de aborto habitual (10, 12, 14)

La vitamina C intervendría directamente en la elaboración de progesterona y hormonas corticoadrenales, su deficiencia podría conducir al aborto en el primer trimestre. (10)

Deficiencias de vitaminas A, B, C, alteran la nidación y desarrollo ovular. (10)

Las vitaminas E (alfa y beta tocoferol) que se encuentran en el aceite de germen de trigo, mantequillas, verduras y ensaladas, a juicio del consejo de Farmacia y Química de la Asociación Médica Americana hay pocas pruebas de que su deficiencia juegue papel importante en la etiología del aborto, empírica aunque no condenablemente puede indicárselas con fines terapéuticos profilácticos al principio del embarazo en asociación con la progesterona o similares. (10, 12)

Mecanismo Alérgico:

Una sustancia hipotética "H", similar a la histamina, interferiría con el músculo liso y permeabilidad capilar uterinas. (10)

Enfermedades Crónicas:

Bacterias y parásitos han sido relacionados con el aborto habitual. (10, 14) La tuberculosis dificulta la hematosis y excita la contractilidad del miometrio por exceso de CO₂. En regiones endémicas de malaria se ha comprobado la excitación de la contractilidad uterina en coincidencia con los ascensos térmicos. (10)

Pólipo Cervical Mucoso:

Mac Donald (9) detectó deficiencia hormonal en 40 de 56 pacientes con pólipo cervical mucoso.

Enfermedad Celíaca:

Joske y asociados (8) comprobaron bajos niveles de folatos séricos con niveles normales de vitamina B-12, en 2 de 3 pacientes con historia de aborto habitual, la investigación concluyó en enfermedad celíaca asintomática la cual luego de corregida permitió la prosecución, hasta el término, de embarazos ulteriores.

Insuficiencia Endocrina Sexual:

Se le atribuyen 30 o/o de los abortos. Buen número de amenazas de aborto muestran bajos niveles de gonadotropina coriónica. La deficiencia del cuerpo amarillo del ovario ocasiona a) Interferencia en la nidación y b) anomalía en la nidación ya efectuada, en este último caso al no existir la acción frenadora de la progesterona sobre la excitabilidad miometrial, acción ésta que se encuentra presente cuando la concentración de progesterona es normal. Durante el tercer mes de la gestación la progesterona placentaria reemplaza la ovárica y su insuficiencia podría incidir en el aborto, un huevo en crecimiento requiere diariamente 25 mlgs. de progesterona y 2.5 mlgs. de estrógenos, esta relación es importante para la conservación del embarazo, de suerte que, buen número de casos de aborto habitual serían atribuibles a un desequilibrio entre tales hormonas. (10)

Plasma Germinal Deficiente:

Wall y Hertig (5) en 100 casos de aborto habitual establecieron que en 58 se repetía la misma etiología, 43 de estas 58 mujeres mostraron como factor etiológico el huevo patológico y en 15 alteraciones maternas.

Cardiopatías Maternas Descompensadas:

Conducen a hemorragias deciduales por congestión pasiva. (10)

Distopías Uterinas:

La retroflexión uterina generalmente ocasiona aborto en el segundo o tercer mes de la gestación. Malposiciones uterinas por adherencias poco elásticas, secuelas de infección pélvica, pueden causar aborto por fenómenos congestivos y mecánicos. (10)

Infecciones Focales:

Dentarias, sinusales, amigdalinas, vesiculares, etc., constantemente lanzan gérmenes sépticos a la circulación general los que podrían afectar al producto. (10)

Sintomatología:

El aborto habitual en curso evoluciona como otros tipos de aborto, cuando la causa es la insuficiencia cervical, el proceso tiende a ser indoloro, rápido y con expulsión del huevo en bloque, quizá el único pródromo sería: molestias difusas en el abdomen inferior. (14)

Diagnóstico:

El diagnóstico de aborto habitual no es difícil si nos circunscribimos a los requisitos de su concepto, más difícil es llegar a la conclusión etiológica del proceso en algunos casos.

Deberán ser detectados defectos maternos y paternos coadyuvantes al aborto, esto se consigue con el interrogatorio prudente de ambos cónyuges incluyendo las características del acto sexual, frecuencia del mismo, etc. (4, 10)

Ante la evidencia de aborto habitual y hechas las consideraciones anteriores, el diagnóstico etiológico requeriría:

- 1) Examen clínico y ginecológico completos para descartar: anomalías uterinas adquiridas y congénitas, enfermedades generales del tipo de cardiopatías, nefropatías, tuberculosis avanzada, parasitosis, etc., etc., (1, 10)
- 2) Estudio Endocrino: antecedentes de menarquía, ritmo, características menstruales, dosificación hormonal (estrógenos, progesterona, gonadotropina coriónica), pruebas tiroideas (exceptuando el ¹³¹I)

durante el embarazo), metabolismo basal, determinaciones de colesterol, glucosa en sangre y pruebas de tolerancia a la glucosa, biopsia endometrial en etapa post-ovulatoria para determinar la respuesta endometrial a las hormonas del cuerpo amarillo. (4, 5, 10)

- 3) Histerograma en la etapa de no embarazo para determinar alteraciones uterinas adquiridas o congénitas. (1, 4)
- 4) Insuficiencia cervical será sospechada cuando el aborto ocurra en el segundo trimestre o si en este período ocurre ruptura de membranas con pérdida consecutiva del feto. (4)

El diagnóstico de incompetencia cervical durante el No embarazo puede hacerse clínica y radiológicamente. (4) Clínicamente porque el examen vaginal puede demostrar un desgarramiento cervical que afecte al istmo y porque el pasaje por el canal endocervical de una bujía de Hegar del número 8 o más no ocasiona dificultad ni dolor, sobre todo en la segunda mitad del ciclo menstrual (cuando el istmo es más tenso). Radiológicamente: el histerograma usando como medio de contraste el lipiodol muestra desaparición del estrechamiento normal del orificio interno del cuello. (5, 14)

Durante el embarazo el diagnóstico se basa en el examen ginecológico y los antecedentes de abortos repetidos en el segundo trimestre, la exploración después de la 16 semana frecuentemente muestra un cérvix en dilatación parcial, membranas abultadas por lo general sin dolor. (5, 14) Deberán ser investigados antecedentes quirúrgicos en la esfera genital. (10)

Cuando no hay tratamiento correctivo previo, la incompetencia cervical y embarazo siguen esta evolución: dilatación progresiva del cuello, herniación de las membranas ovulares, inicio de contracciones y expulsión rápida e indolora del producto en bloque. (14)

- 5) Reacciones serológicas cualicuantitativas tipo VDRL para descartar Lúes. (1, 2, 10, 14)
- 6) Grupo Sanguíneo y factor Rh de madre y padre así como

antecedentes de ictericia del recién nacido en partos anteriores permitirán concluir en eritroblastosis fetal. (1, 10)

- 7) Investigación de exposición crónica a tóxicos como plomo (pintores, tipógrafos, fabricantes de flores, obreros de talleres de acumuladores), mercurio, arsénico, fósforo, alcohol y tabaco. (2, 10, 14)
- 8) Pruebas de sensibilidad a las prostaglandinas si se llegase a la conclusión de que juegan papel etiológico en el aborto habitual. (3)
- 9) Evaluación Psiquiátrica en pacientes con stress y esfuerzo, incluyendo situaciones conflictivas emocionales en el matrimonio y durante embarazos previos. (4, 5)
- 10) Cariotipo materno cuando se sospechen mosaicos maternos anormales. (7, 14, 15)
- 11) Investigar deficiencias nutricionales involucradas. (10, 12, 14)
- 12) Desequilibrio endocrino sexual puede evidenciarse por estudios de frote cervicovaginal (pólipo cervical mucoso) determinaciones de estrógeno total, pregnandiol y gonadotropina coriónica en orina de 24 horas. (9)

El frote cervicovaginal debe ser secado y examinado después de 10 minutos de la toma de la muestra, criterios diagnósticos para pólipo cervical mucoso (traduce desequilibrio hormonal) son: índice cariopicnótico elevado (normal menos de 5 o/o), hacinamiento celular escaso o inexistente en el pólipo y encrespamiento de los bordes. Encontrar en un frote citolisis es indicio de infección. (9)

En las determinaciones de estrógeno, progesterona, y gonadotropina coriónica, es de esperarse alguna deficiencia o desequilibrio en el caso de pólipo cervical mucoso. (9)

- 13) En los casos sospechosos deberá investigarse la enfermedad celíaca a través de determinaciones plasmáticas de caroteno, calcio, fósforo, colesterol, folatos, vitamina B-12, tiempo de protrombina; rayos "X" y/o biopsia de intestino delgado, frote periférico, contenido graso de las heces, curva de acidez, etc. (4, 8)

Tratamiento:

El tratamiento será etiológico si se conoce la causa, de modo que, considerando las posibles causas de aborto habitual, podría seguirse un esquema como el siguiente:

- 1) Atención prenatal adecuada. (4)
- 2) Dieta: adecuada, con suplementos vitamínicos A, B, C, E y K; se recomiendan 500 mgls. diarios de vitamina C y 5 mgls de vitamina K. La vitamina E, aunque no se ha comprobado que su deficiencia ocasione aborto, no se condena su empleo. (4, 5, 10)
- 3) Control de trastornos gestacionales de los primeros meses; a través de sedantes y atarácicos para la tensión, antieméticos por náuseas y vómitos, etc. (4, 10)
- 4) Peso adecuado durante el embarazo de acuerdo a la talla y constitución de la paciente. (4)
- 5) Evitar: actividad innecesaria incluyendo los deportes, baños calientes y duchas vaginales. (4, 5)
- 6) Evitar tabaco, alcohol y exposición a otros tóxicos. (4, 10)
- 7) No dar aceite mineral pero mantener evacuación intestinal diaria (5, 10)
- 8) Reposo relativo, absoluto en caso de hemorragia y dolor en cuyo caso se hospitalizará a la paciente. (4, 5, 14)
- 9) Abstención del coito en aquellos casos en que el volumen excesivo del pene signifique riesgo. (5, 10, 12)
- 10) Tratar infecciones y parasitosis. (1, 10)
- 11) Tratamiento adecuado de cardiopatías y nefropatías conexas. (1, 10)
- 12) Manejo adecuado de problemas tiroideos. (1, 4, 5, 14)
- 13) Controlar la insuficiencia endocrina sexual de acuerdo a la hormona insuficiente. Beck (1) y Brainerd (4) no creen en la utilidad del

tratamiento a base de progestínicos, señalan el peligro de virilizar in útero a un feto femenino; Moragués (10) y Novak (12) en contraposición, recomiendan la administración de 10 a 50 mlgs. intramusculares diarios de progesterona para disminuir la irritabilidad miometrial, estas dosis se aplicarían en los días que coinciden o preceden a la fecha en que ocurriría la catamenia menstrual. Las dosis serían más altas en caso de pesantez pelviana o dolor hipogástrico. Novak (12) opina que la progesterona deberá administrarse tan pronto se tenga la seguridad de embarazo, a dosis de 1 a 5 mlgs. intramusculares 2 a 3 veces por semana.

En la insuficiencia de progesterona se recomienda 50 a 100 mlgs. diarios intramusculares de esta hormona, con mediciones semanales de pregnandiol, si continúan bajos dar la dosis mencionada cada 8 ó 12 horas hasta obtener niveles urinarios normales de pregnandiol. (100

En desequilibrio estrógenos-progesterona: 10 mlgs. de progesterona con 10 mlgs. de dietil-estil-bestrol intramuscular al día durante los tres primeros meses del embarazo. (10)

En deficiencia de estrógenos: 5 mlgs. diarios de dietil-estil-bestrol, con aumentos semanales de 5 mlgs. pudiéndose llegar a 120 mlgs. la administración de estrógenos ha dado resultados halagadores en casos de aborto habitual de causa oscura, diabéticas, hipertensas, etc. (10)

En casos de pólipo cervical mucoso, Mac Donald (9) recomienda 2 tabletas de dihidrogesterona al día con lo que el pólipo suele desaparecer a la 13 semana.

- 14) Tratamiento Psiquiátrico cuando esté indicado. (5)
- 15) Si las prostaglandinas fueran responsables de casos de aborto habitual, es cuestión de tiempo elaborar y usar antiprostaglandinas. (3)
- 16) Algunos casos han sido tratados con antihistamínicos pero el resultado de esta terapéutica no se reporta. (10)
- 17) Tratamiento de infecciones focales. (10)
- 18) Corregir las distopías uterinas particularmente la retroflexión. (4, 10)
- 19) Tratar la hipoplasia genital mediante agentes hormonales y

físicos. (10)

- 20) Tratamiento Quirúrgico de Anomalías Anatómicas Adquiridas del Utero: miomectomía excisión de pólipos endometriales, tumores anexiales, etc. (1, 4, 10)
- 21) Tratamiento de Anomalías Uterinas congénitas como operación de unificación en útero doble, etc. (1, 4, 10)

Strassman (13) practicó la primera metroplastía exitosa, desde entonces es el procedimiento de elección para el tratamiento del aborto habitual por malformación uterina congénita, preferentemente el útero bicornio. La uteroplastía sólo se indica en 30 a 40 o/o de mujeres con útero bicornio, en las que se ha descartado que procesos asociados a la anomalía uterina son responsables o coadyuvantes al aborto habitual.

Sánchez (13) opina que el útero didelfo no es indicación de uteroplastía a menos que se compruebe que es el 100 o/o responsable del aborto habitual.

- 22) Tratamiento Quirúrgico de La Incompetencia Cervical: Lash Lash en Estados Unidos, Palmer y Lacomme en Francia y Shirodkar en la India fueron los primeros en formular técnicas quirúrgicas para la corrección de la insuficiencia cervical, los primeros dos grupos crearon procedimientos para usarse en mujeres no embarazadas, en tanto que Shirodkar lo hizo para mujeres en gestación. Shirodkar usó fascia lata homóloga para constriñir el cuello uterino, Dusbabeck, Riva y Parks introdujeron la tira de mersilene. (11)

La operación Shirodkar está indicada entre la 16 y 28 semana de gestación, cuando el cuello esté en dilatación o dilatado con membranas abultadas pero enteras y que no haya trabajo de parto. (1, 11)

El procedimiento consiste en: Incisiones anteriores y posteriores en el epitelio vaginal sobre el orificio interno separación por despegamiento de los tejidos suprayacentes al cuello, introducción de la banda de mersilene (10 cms. de largo por 0.5 cms. de ancho), usando una aguja larga de aneurisma se efectúa sutura en bolsa de tabaco abajo de la mucosa vaginal y alrededor del cérvix a nivel del ostium interno,

apretar la banda lo más posible y anudar, en la banda y el cuello se colocan puntos de fijación de material inabsorbible para sujetar la primera, el epitelio vaginal se cierra sobre la sutura circular de sostén empleando material absorbible. Al término de la gestación se retira la banda cortándola, a fin de que ocurra el parto por la vía natural. (1)

Desgarros cervicales extensos que causen insuficiencia del cuello, deberán repararse cuando no haya embarazo y si éste está presente se reparan en el segundo trimestre. (1)

La operación de Lash-Lash está indicada cuando no hay embarazo y brinda posibilidades de solucionar definitivamente el problema. Procedimiento: Extensa ablación en el ostium interno incompetente mediante la incisión vaginal de histerotomía, extirpación de un segmento de 2 cms. de ancho por 3 a 4 cms. de largo que se extiende desde la pared anterior del cérvix hasta la unión cérvico uterina, sutura de la herida con catgut o hilo de tantalio. Si se identifica un segmento cervical delgado o traumatizado se practica en ese sitio la resección, en caso contrario siempre se hará en la cara anterior del cuello incluyendo la unión útero cervical. La intervención puede efectuarse inmediatamente después del aborto o tres meses después. (5)

Estudios de Nishijima (11) evidencian una efectividad de 63 o/o para la operación Shirodkar.

Pronóstico:

Corregida la causa del aborto habitual, la mujer tiene 70 a 80 o/o de posibilidades de llevar el feto a la viabilidad en el caso de haber tenido 3 abortos previos; si éstos han sido en número de 4 ó 5, el porcentaje disminuye del 65 al 70 o/o. (4)

IV. ANALISIS ESTADISTICO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO HABITUAL EN EL HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA

Nuestro estudio analiza estadísticamente 16 casos de aborto habitual registrados en el hospital Roosevelt de Guatemala, en el período de cinco

años comprendido del 1o. de Enero de 1967 al 31 de Diciembre de 1971. Se enfatiza en las características posiblemente involucradas en la etiología de la entidad nosológica motivo del trabajo, mismas que fundamentan las conclusiones y recomendaciones de esta tesis.

Edad:

CUADRO No. 2
DISTRIBUCION DE EDAD EN 16 PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO HABITUAL
HOSPITAL ROOSEVELT 1967-1971

Edad	No casos	Porcentaje
Menores de 15 años	0	0.0
15 a 20 años	1	6.2
21 a 23 años	7	43.7
26 a 30 años	2	12.5
31 a 36 años	5	31.2
36 a 40 años	1	6.2

El cuadro que antecede muestra la distribución de edad en relación al tema que nos ocupa. El aborto habitual en nuestra serie fue más frecuente en el grupo de edad comprendido entre los 21 y 25 años con 7 casos o sea el 43.7 o/o.

Procedencia y Grupo Etnico:

Los 16 pacientes (100 o/o) fueron clasificadas como ladinas, 5 casos o sea el 31.2 o/o procedieron de la capital y 11 casos o sea el 68.8 o/o del área rural.

Paridad:

CUADRO No. 2
DISTRIBUCION DE EMBRAZOS EN 16 PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO HABITUAL
HOSPITAL ROOSEVELT 1967-1971

Embarazos	No. casos	Porcentaje
2X	2	12.5
3 a 5	8	50.0
6 o más	6	37.5

El mayor número de casos ocurrió en pacientes con 3 a 5 embarazos como lo muestra el cuadro No. 2. La llamada (x) se refiere a dos pacientes, hubo de considerárselas como abortadoras habituales (transgrediendo numéricamente el concepto de aborto habitual), pues el diagnóstico de insuficiencia cervical fue tan obvio al examen ginecológico, que era de esperarse nuevo aborto en subsecuentes embarazos de no aplicarse cirugía cervical correctiva en ese momento.

Número de Partos:

10 casos o sea el 62.4 o/o mostraron antecedentes de nuliparidad, 3 casos o sea el 18.7 o/o fueron primíparas y 3 casos mostraron esta paridad: 1 paciente o sea el 6.2 o/o con 2 partos, 1 caso o sea el 6.2 o/o con 3 partos y otra o sea el 6.2 o/o con 4. Estas pacientes con 2,3 y 4 partos, lógicamente con paridad aceptable y por ende con porvenir obstétrico menos sombrío que las nulíparas, es probable que el aborto habitual haya sido producto de sus antecedentes obstétricos.

Abortos:

CUADRO No. 3
DISTRIBUCION DEL NUMERO DE ABORTOS EN 16 PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO HABITUAL
HOSPITAL ROOSEVELT 1967-1971

No. Abortos	No. casos	Porcentaje
2 X	3	18.7
3	3	18.7
4	7	43.7
5	3	18.7

En el cuadro que antecede se sintetiza la información colectada del número de abortos consecutivos en nuestros 16 casos. La llamada (x) se refiere a 3 pacientes con dos abortos consecutivos cada una, el diagnóstico de aborto habitual se hizo en base a insuficiencia cervical plenamente comprobada, esta llamada incluye los dos casos de 2 embarazos con 2 abortos señalados con el signo (x) en el cuadro No. 2.

La mayor parte de abortos ocurrieron en la segunda mitad del embarazo, lamentablemente en el historial clínico no se indica el período gestacional en muchos casos, esto nos hace imposible tabular estadísticamente los mismos.

Antecedentes Ginecológicos:

Ningún antecedente ginecológico en los casos del estudio.

Motivo de Consulta:

7 casos, es decir el 43.7 o/o de la serie, consultaron por embarazo e historia de aborto previos en número suficiente para considerarlos abortos habituales. 9 pacientes o sea el 56.3 o/o acudieron con historia de aborto habitual sin embarazo presente.

Diagnóstico

El diagnóstico de aborto habitual fue común en las 16 pacientes del estudio, ya sea por el número de abortos repetidos o por insuficiencia cervical evidente. En los casos de incompetencia del cérvix la etiología quedó plenamente establecida correspondiéndole 9 casos o sea el 56.2 o/o; sin diagnóstico etiológico quedaron 7 pacientes, es decir el 43.7 o/o. Es de hacer notar que en el grupo de casos sin diagnóstico etiológico preciso, están involucradas dos pacientes con sospecha de disturbios funcionales tiroideos tal y como se verá más adelante.

Procedimientos Diagnósticos:

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
EN 16 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO HABITUAL
HOSPITAL ROOSEVELT 1967-1971

Procedimiento	No.	Normal	Anormal
Histerosalpingograma	3	2	1
Pruebas tiroideas	3	1	2
V.D.R.L.	16	16	0
Grupo sanguíneo y Rh	3	3	0
Glicemia	1	1	0
Prueba de retención cervical sonda Foley	2	0	2

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
EN 16 PACIENTES DE ABORTO HABITUAL
HOSPITAL ROOSEVELT 1967-1971

Procedimiento	o/o normales*	o/o anormales*	o/o efectuado**
Histerosalpingograma	66.6	33.3	18.7
Pruebas Tiroideas	33.3	66.6	18.7
V.D.R.L.	100.0	00.0	100.0
Grupo sanguíneo y factor Rh	100.0	00.0	18.7
Glicemia	100.0	00.0	6.2
Prueba Retención Sonda Foley	000.0	100.0	12.5

* tomando como 100 o/o el número de exámenes efectuados.

** tomando como 100 o/o los 16 casos del estudio.

Histerosalpingograma se realizó en 3 pacientes o sea el 18.7 o/o de estos, 2 o sea el 66.6 o/o fueron normales y 1, es decir el 33.3 o/o fue anormal informándose la existencia de un mioma (?)

Pruebas tiroideas se practicaron en 3 pacientes que representan el 18.7 o/o de los casos, 2 de éstas, es decir el 66.6 o/o mostraron anomalía evidenciando en un paciente hipotiroidismo (metabolismo basal bajo) y en otra hipertiroidismo (T3 y T4 elevadas). Una paciente o sea el 33.3 o/o no mostró disfunción tiroidea.

Fueron hechos 16 V.D.R.L. no mostrando alteración.

Se estudió grupo sanguíneo y factor Rh en 3 pacientes o sea el 18.7 o/o de nuestra casuística, no se encontró incompatibilidad sanguínea que hiciera suponer problema de eritroblastosis fetal.

Examen en glucosa en sangre fue practicado en una sola paciente siendo normal.

Prueba de retención cervical de sonda de Foley se realizó en dos pacientes en las que hubo duda diagnóstica en cuanto a insuficiencia cervical se refiere, ambos exámenes demostraron la incapacidad del cuello uterino.

Procedimientos Quirúrgicos:

CUADRO No. 6

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EFECTUADOS EN 8 DE 16
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO HABITUAL
HOSPITAL ROOSEVELT 1967-1971

Procedimiento quirúrgico	No. casos	Porcentaje*
Operación Lash-Lash	6	75.0
Operación Shirodkar	2	25.0

* tomando como 100 o/o los 8 procedimientos quirúrgicos efectuados.

El cuadro No. 6 pormenoriza los procedimientos quirúrgicos practicados en las pacientes con aborto habitual por incompetencia cervical. Una paciente con indicación de operación de Shirodkar rehusó el procedimiento lo cual sumado a las ocho intervenciones efectuadas nos da las 9 pacientes con diagnóstico de aborto habitual por insuficiencia cervical.

Anestesia:

En 7 intervenciones o sea el 87.5 o/o de las operaciones efectuadas se usó anestesia raquídea en tanto que en un caso, es decir el 12.5 o/o se utilizó anestesia epidural.

Complicaciones Post-Operatorias:

Ninguna complicación post-operatoria se presentó en las pacientes intervenidas.

Anatomía Patológica:

5 pacientes o sea el 31.2 o/o de la serie muestran examen anatomopatológico, que como es lógico suponer corresponden al grupo con operación Lash-Lash. Un examen anatomopatológico del Grupo no fue realizado. De los 5 exámenes efectuados, 2 o sea el 40.0 o/o fueron informados normales, en tanto que 3, es decir el 60.0 o/o anormales. Las anormalidades consistieron en 1 caso de Leiomioma y 2 de cervicitis crónica.

Embarazos Posteriores a Operaciones de Lash-Lash:

Ante las características especiales de cada caso que imposibilitan su agrupación en cuadros que sintetizan los datos colectados, se prefiere hacer una breve reseña de la historia obstétrica post-operatoria de cada uno de ellos.

Casos 1:

La paciente no acudió a citas post-operatorias, su record clínico queda trunco a la altura del post-operatorio hospitalario, ignorándose su destino obstétrico.

Caso No. 2 y 3:

Con comportamiento similar al caso No. 1.

Caso No. 4:

4 meses después de la operación acudió a control prenatal presentando embarazo de 12 semanas, éste llegó a término obteniéndose niña viable de 5 libras 9 onzas 1/2, a través de cesárea segmentaria transperitoneal la que fue justificada por: a) Cirugía previa del cuello, b) falta de progreso en la dilatación cervical y el descenso, c) procúbito de miembro superior, d) trabajo de parto prolongado y e) inercia primaria.

Caso No. 5:

Acudió a control prenatal a los 7 meses después de la operación mostrando embarazo de 14 semanas. Al examen ginecológico se comprobó la existencia de un pólipo endocervical el cual fue extirpado, 20 días después, consultó por amenaza de aborto la cual fue tratada satisfactoriamente. La paciente no volvió ignorándose el destino de su embarazo y los subsecuentes.

Caso No. 6:

Un año después de sometida a la operación Lash-Lash consultó por embarazo de 8 semanas, éste progresó a parto a las 36 semanas de gestación obteniéndose niño mortinato. 2 años después de la operación cervical tuvo parto prematuro, con niño viable, de edad gestacional no descrita y con peso de 4 libras, 15 onzas 1/2.

Operación Shirodkar y sus Resultados:

Caso No. 1

El embarazo concomitante con incompetencia cervical progresó al aborto a las 26 semanas de gestación no obstante la operación efectuada. La paciente no ha vuelto a consultar.

Caso No. 2:

El embarazo progresó a parto eutócico simple en occipito ilíaca izquierda anterior, obteniéndose niño viable y a término, 3 años después presentó parto eutócico simple en occipito ilíaca izquierda anterior, con niño viable, sin haber recibido operación de Lash-Lash en el tiempo no grávido, ni shirodkar durante este segundo embarazo.

Tratamiento en el Grupo sin Diagnóstico Etiológico:

3 pacientes o sean el 42.8 o/o de las 7 sin diagnóstico etiológico preciso, fueron tratadas como amenaza de aborto, 3 o sea el 42.8 o/o, egresaron sin ningún tratamiento y una o sea el 14.2 o/o se trató como gran mal y amenaza de aborto.

Todo el grupo de pacientes sin diagnóstico etiológico mostraron historia de aborto habitual y embarazo concomitante, después de su egreso del hospital 4 (57.1 o/o) no reconsultaron y 3 (42.9 o/o) evolucionaron a parto eutócico simple en presentación cefálica izquierda anterior, habiendo recibido control prenatal estricto.

V. RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Se estudian 16 casos de aborto habitual, codificados en el hospital Roosevelt de Guatemala, en un período de 5 años comprendidos entre 1967 y 1971.
2. El mayor número de casos 7 o sea el 43.7 o/o se presentaron en el grupo de edad comprendido entre los 21 y 25 años. Esto está de acuerdo al mayor número de embarazos que ocurren en esta etapa de óptima reproductividad.
3. El mayor número de pacientes con la entidad nosológica del estudio, habían presentado 3 a 5 embarazos constituyendo 8 casos o sea el 50.0 o/o, le siguen 6 pacientes con 6 o más gestas y finalmente 2 con 2 embarazos cada una. Es de hacer notar que en las pacientes con dos embarazos hubo de hacerse diagnóstico de aborto habitual por la incompetencia cervical evidente.

Ya que la mayor incidencia de aborto habitual se presentó en pacientes con 3 a 5 embarazos, es dudosa la idea de que la mayor paridad juega papel predisponente en la etiología del aborto habitual, pues de ser esto cierto era de esperarse que el mayor número de casos ocurrieran en pacientes con 6 o más embarazos.

4. 10 o sea el 62.4 o/o de los casos no mostraron antecedentes de parto, 3 o sea el 18.7 o/o habían tenido 1 parto y con 2,3 y 4 partos previos hubo (6.2 o/o) caso de cada una de estas paridades. Los casos con antecedentes de 1, 2, 3 y 4 partos previos a la aparición del problema, habían sido partos con producto viable.

Lo anterior nos hace concluir que el concepto clásico de aborto habitual expuesto en este trabajo, debería flexibilizarse en el sentido de omitir: "Que no haya antecedentes de gestación hasta la viabilidad". Por otra parte, los casos con gestación previa deben suponerse de aborto habitual adquirido, muy posiblemente como resultado de los antecedentes obstétricos de la paciente, las pacientes sin antecedentes de gestación hasta la viabilidad obligan a suponer problema etiológico diferente posiblemente de tipo congénito que deberá descartarse.

5. El mayor número de pacientes 7, es decir 43.7 o/o mostraron 4 abortos consecutivos, 3 casos (18.7 o/o) presentaron 2 abortos en dos embarazos continuos. Estos casos de dos abortos, si bien no se adaptan al concepto tradicional de aborto habitual, hubo de considerárseles como tales por la innegable insuficiencia cervical diagnosticada al examen. Lo anteriormente expuesto nos hace recomendar que: en toda paciente con dos abortos consecutivos en quien sea demostrable insuficiencia cervical durante el embarazo o en el post-aborto habitual, debiera considerarse como afectada por esta entidad.
6. El diagnóstico de aborto habitual fue común a las 16 pacientes, 9 casos (56.2 o/o) respondieron a etiología de insuficiencia cervical, en tanto que 7 (43.7 o/o) quedaron sin diagnóstico etiológico.

Rutinariamente a todas las pacientes gineco-obstétricas se les practica examen de cardiolipina y de grupo sanguíneo y factor Rh. En nuestra casuística las 16 pacientes presentaron V.D.R.L. negativo y sólo 3 se sometieron a determinación de grupo sanguíneo y factor Rh el cual

no evidenció problema. En una sola paciente se determinó glucosa en sangre y en 3 se realizaron pruebas tiroideas.

Lo anterior nos lleva a la conclusión de que: EL ESTUDIO DE LAS PACIENTES CON ABORTO HABITUAL EN NUESTRO MEDIO ANALIZADO, NOS CONDUCE A DIAGNOSTICO ETIOLOGICO CUANDO LA ENTIDAD DEPENDE DE INCOMPETENCIA CERVICAL, CONFORMANDONOS CON DEJAR SIN ETIOLOGIA AQUELLOS CASOS NO RELACIONADOS CON ESTA ANOMALIA DEL CUELLO.

Es recomendable un estudio más completo en las pacientes con etiología obscura, el cual podría efectuarse (hasta donde sea posible), durante la estancia hospitalaria; esto se justifica dada la idiosincracia de nuestras pacientes de no acudir al hospital una vez resuelto el problema del aborto en curso. La consecuencia de esta conducta sería ofrecer un porvenir obstétrico favorable a aquellas pacientes en las cuales el problema pueda ser corregido y no condenarlas a la maternidad frustrada.

7. En lo referente a los procedimientos quirúrgicos efectuados, 2 o sea el 12.5 o/o fueron operaciones Shirodkar, exitosa una, es decir, el 50 o/o de las efectuadas. Seis, es decir, el 37.5 o/o fueron operaciones de Lash-Lash, cuatro de las mismas no fueron controladas por ausentismo de las pacientes, en tanto que dos acudieron a control postoperatorio habiendo presentado embarazos y partos normales.

Se concluye que el tratamiento quirúrgico efectuado fue exitoso en el mayor porcentaje de las pacientes que acudieron a control post-operatorio, cabría suponer un porcentaje alto (quizá similar al de las pacientes controladas), en el grupo que no acudió al control postoperatorio.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Beck Alfred C. *Obstetricia. Versión española de H. Vela Treviño. 8a. ed. México, Ed. Interamericana, 1968. pp.307-309.*
2. Benson, R.C. *Manual de ginecología y obstetricia. Versión española de F. Reyes R. 2a. ed. México, Ed. El Manual moderno, 1969, 5 Jun. 1971.*
3. Bodin, M. *prostaglandins and habitual abortion. Br. Med. J. 2:587, 5 Jun. 1971.*
4. Brainerd, H. Margen, Sh. y Chatton M. *Diagnóstico y tratamiento. Versión española de D.Kershenobich. 4a. ed. México, Ed. El Manual Moderno. 1969. pp. 484-485.*
5. Greenhill, J.P. *Principios y Práctica de obstetricia de DeLee. Versión española de O. Carrera. 2a. ed. México, Ed. UTEHA, 1955, pp. 1369-1371.*
6. Guatemala. *Hospital Roosevelt, Archivos Clínicos; 1967-1971.*
7. Hsu, L.Y. et al. *Fetal wasrage and maternal mosaicism. Obstet. Gynecol. 40:98-103, Jul. 1972.*
8. Joske. R.A. et al. *Coeliac disease presenting as recurrent abortion. J. Obstet. Gynnaecol. Br. Commonw. 78:754-8, Augu. 1971.*
9. Mac Donald R.R. et al. *Cervical mucus, vaginal cytology and steroid excretion in recurrent abortion. Obstet. Gynecol. 40:394-402, Sep. 1972.*
10. Moragués, J. *Clínica obstétrica. 8a. ed. Buenos Aires, Ed. El Ateneo, 1960. pp. 321-332.*
11. Nishijima, S. *Antepartum cervical cerclage operations. Analysis at Kapiolani maternity and gynecological hospital from 1957 through 1966. Amer. J. Obstet. Gynec. 104:273-8, 15 May. 1969.*
12. Novak, E. y Novak, E.R. *Tratado de ginecología. Versión española de G. Cuervo Rubio. 5a. ed. México, Ed. Interamericana, 1958. pp. 785-88.*

13. *Sánchez, C.J. et al. Uteroplasty in infertility caused by congenital malformations. Ginecol. Obstet. Mex. 26:305-14, Sep. 1969.*

14. *Schwarcz, R. Sala, S. y Durverges C. Obstetricia. 3a. ed. Buenos Aires, Ed. El Ateneo, 1970, pp495-500.*

15. *Shapiro, L.R. Repeated abortions in XO-XX mosaicism. Lancet 2:806, 11 Oct. 1969.*

Vo. Bo.

Sra. Ruth Ramírez de Amaya
Bibliotecaria

Br. Ana María Consuelo Guadalupe Salazar Guzmán de Estrada

Dr. José Benedito Vásquez y Vásquez
Asesor

Dr. Herbert Macz
Revisor

Dr. Julio de León M.
Director de Fase III

Dr. Carlos Alberto Bernhard
Secretario

Vo. Bo.

Dr. César Augusto Vargas M.
De cano