

ABORTO HABITUAL

INTRODUCCION

FACTORES ORGANICOS, CERVICO – UTERINOS

José Lino Zamudio

El tema que vamos a desarrollar, es de inquietud permanente entre los estudiosos de la gineco-obstetricia.

Su estudio se ha diversificado últimamente, en un esfuerzo por encontrar sus causas y poder dar la ayuda necesaria a los pacientes que acuden a nosotros en busca de la solución a su problema.

La mujer que ha visto truncada la gestación sufre un impacto psicológico que, generalmente, logra sobrellevar con la esperanza de una segunda oportunidad; pero cuando esto, se repite tres veces, seguidas, su estado anímico, así como el de su esposo y personas que la rodean sufre tremendamente. Cuando la paciente con aborto habitual recurre al ginecólogo, ya está predispuesta a una nueva pérdida y es, cuando el factor psicológico está en juego. Se define el aborto habitual, como la pérdida consecutiva de tres embarazos antes de su viabilidad (20 semanas) según el criterio cronológico, y con un criterio ponderal, de menos de 500 grs. de peso.

Con el interés que el tema suscita, se sigue encontrando causas etiológicas y descartando algunas que fueron consideradas anteriormente como tales.

Es conocido por todos el criterio de Malpas (1) que en 1938 presentó un estudio prospectivo sobre la incidencia del aborto, señalaba, que en pacientes con historia anterior de 1 aborto, estas tenían un 22% de posibilidades de abortar nuevamente; con historia de 2 abortos consecutivos, el 38% abortaría otra vez; con historia de 3 abortos consecutivos, 78% de sus gestaciones terminarían en aborto. (Williams) Esto fue considerado como un criterio para evaluar las posibilidades de las pacientes. Sin embargo, muchos otros autores, han encontrado cifras muy distintas, que discrepan y varían significativamente. Entre estos se encuentran Warburton y Frasier, quienes en 1964, en Inglaterra, encontraron que las pacientes con un aborto tenían un 23.7% de terminar su gestación en otro aborto, con 2 Ab=26.2, mientras que con 3 abortos consecutivos sus posibilidades de lograr un embarazo era 74%, es decir que sólo 25.9% de sus posibilidades eran de perderlo.

Por supuesto que los criterios siguen cambiando conforme se ha determinado los diferentes factores

causales y el tratamiento adecuado a cada uno de ellos.

El aspecto anatómico fundamentalmente concierne al cuello uterino y, en especial, al orificio interno o zona ístmica para otros, ya que el factor uterino si bien está comprometido su repercusión en el A.H. es menos frecuente.

Sin embargo, de esto me voy a ocupar en forma amplia seguidamente.

Los aspectos o factores inmunológicos y genéticos son materia de estudio más reciente.

Desde los primeros experimentos en que se demostró el poder antigénico del espermatozoide y se pudo producir espermotoxinas por Metchnikoff (1900) y Landsteiner (1899), la Obstetricia ha estado presente como pionera en el estudio de la inmunología, desde la primera transfusión sanguínea, o sea el injerto de un tejido vivo de una persona a otra, fue administrada por una obstetrix a una paciente que presentaba hemorragia vaginal (12).

El feto tiene un sistema inmunológico desde muy temprano. El sistema linfóide fetal se desarrolla in útero como parte del sistema retículo endotelial en el hígado fetal y luego en la médula ósea y en el timo. Existe interacción entre el feto, placenta y la madre. La madre es permeable a los hematíes y linfocitos del feto desde la 8va. semana, la madre forma anticuerpos bloqueadores. Cuando ello falla podría producirse rechazo.

EL ASPECTO GENETICO

El 50% de las gestaciones se pierden entre el momento de la fertilización y el final de ella.

Alrededor del 4% de los recién nacidos tienen alguna anomalía. El 0.5% tienen alteración cromosómica (13) mientras el 36% de los abortos lo tienen (4). En forma amplia este tema será tratado por el Dr. Aníbal Escalante.

El factor endrocrinológico es uno de los más importantes en cuanto a su frecuencia. La insuficiencia

del cuerpo luteo, el hipotiroidismo, la diabetes, etc. son asociados a pérdidas de la gestación. Yoshimi, Botella y Csapo han hecho mediciones hormonales durante la gestación y se ve que el papel del trofoblasto en la producción hormonal es muy temprana, el cuerpo luteo tiene un papel muy importante pero por un período de tiempo relativamente corto.

Sobre esto y, en forma más elocuente, expondrá el Dr. Juan Coyotupa.

EL FACTOR INFECCIOSO Y PARASITARIO

Entre estos se puede mencionar la sífilis, causante de abortos y natimueertos, a pesar de la profilaxis y el control que se ha realizado a nivel mundial, actualmente, hay un repunte que debe estar relacionado con la liberalidad sexual que existe.

La toxoplasmosis, que fue indicada como factor importante, en especial por la Escuela Alemana podría haber perdido su importancia.

La listeriosis relacionada con el aborto por Selinger en Alemania, estaría en relación a su presencia en el canal cervical en forma saprofita en un alto porcentaje y que en determinadas circunstancias adquirirá patogenicidad condicionando abortos.

Al micoplasma se le relaciona más frecuentemente en la actualidad con abortos a repetición. El Dr. Rodolfo Gonzales Enders, cubrirá este tema con el bagaje de su vasta experiencia.

FACTOR PSICOGENICO

La mujer gestante, como sabemos, se torna más susceptible y emocionalmente más labil. Es frecuente ver su respuesta exagerada a estímulos menores, su llanto, depresión, irritabilidad, etc., lo que la predispone a hiperreaccionar a la desarmonía conyugal, al temor de una nueva pérdida, y si es tres o más pérdidas, su aspecto anímico y emocional está profundamente afectado, llega a la cuarta gestación con un porcentaje en contra.

Este punto será ampliamente tratado por el Dr. Benjamín Benavente Lozada.

FACTOR CERVICO UTERINO

El factor cérvico uterino y, en especial, el cuello uterino y más aún el orificio interno del cuello uterino, ha sido asociado en forma preferencial con el aborto habitual por muchos años, hasta que entraron en juego los factores endrocrinológico, infeccioso, genético e inmunológico y psicógeno. Palmer y La Comme (1948) en Francia presentaron el primer informe al respecto; Lash & Lash (1950), en U.S.A.; Shirodkar en la India, Green, Armitage, Danforth en Gran Bretaña; MacDonald en Australia, Bergman en Suecia y May en Alemania para tan solo nombrar algunos, inician el estudio que despierta la curiosidad y la necesidad de estudios serios y profundos en Aborto habitual.

Se recuerda la íntima relación de cuello y útero, se recuerda que son parte de un mismo órgano, que la importancia que se da al cuello es parte de un todo y que al abordar el orificio interno se está hablando de una zona limitada del todo de que hablamos.

Si se recuerda que embriológicamente el aparato genital parte de los conductos mesonefricos o de Wolff y paramesonefricos de Muller, vemos que los conductos mesonefricos, parte caudal de los conductos nefricos en la mujer se atrofian y desaparecen o persisten tan sólo como los conductos de Gardner para-uterinos y para-uretrales.

El aparato genital femenino derivado de los conductos paramesonefricos o de Muller aparece ya a las 5 ó 6 semanas, en un embrión de 10 mm como dos invaginaciones del epitelio celómico junto al extremo cefálico. La extensión de los conductos de Muller es guiada por los conductos de Wolff lateralmente, luego los cruzan y se hacen centrales, formando así el seno urogenital a las 8 semanas de gestación.

Los conductos de Muller se fusionan caudalmente y su porción craneal dará origen al cuello, su porción media a las trompas y su porción caudal al útero y vagina.

Fourberq (1) en estudios hechos en animales y humanos con control autorradiográficos y enzymohistoquímico determina el origen del cervix y vagina como mullerianos.

Para comprender mejor el factor cérvico-uterino, debemos en forma somera referirnos al aspecto anatómico.

Debemos de hablar del útero como órgano principalmente del cuerpo humano y comprender que tiene dos partes de un todo, el cuello y el cuerpo, que tienen características distintas pero forman un solo órgano.

El cuello con su portio intravaginalis o vaginalis u hocio de tenca, llamado así por su similitud a la boca de pez tenca y su porción supravaginalis, o sea la que se encuentra por encima de la inserción vaginal, ocupa principalmente nuestra atención.

Hasta 1948, no se prestó mucha atención al estudio anatómico del cuello uterino, hasta que Palmer, Asplund y Lash hicieron notar su importancia.

Asplund y Danforth creen que el cuello uterino está formado por tejido fibroelástico casi en su totalidad, con muy poco tejido muscular. Posteriormente se demuestra que el predominio del tejido fibromuscular es el 65% y que aumenta con la paridad, pero que no sólo existen fibras musculares longitudinales en la superficie externa que se continúan con el útero, sino que dentro del tejido fibroelástico, existen fibras musculares circulares; cobra así importancia el istmo o zona de unión entre el cuello y el útero, tema de discusión durante años.

El istmo representa una zona mínima, de milíme-

tros de longitud, a partir de la cual por estiramiento y desarrollo se produce durante el embarazo el segmento inferior. Este comienza a desarrollarse a la 8va. semana y alcanza 3 a 4 mm a las 12 semanas y llega a medir de 9 a 11 cts. en el embarazo a término.

Existen dos teorías que prevalecen en el consenso mundial sobre la estructura del segmento.

La teoría de Aschoff la de Danforth. Según Aschoff el istmo es una parte del útero bien definida, comprendida entre el orificio anatómico interno (límite inferior del útero), representado por una constricción del útero y el orificio histológico interno, que corresponde a la unión del epitelio endometrial y endocervical que dista 6-10 mm del útero.

El istmo posee una cubierta externa endometrial pero que no posee respuesta hormonal y un almacén fibroconjuntivo cervical. Esta unión, según Aschoff es reconocible a simple vista.

Danforth y otro, basados en los cambios que existen entre los orificios anatómicos e histológicos, cree que el istmo es sólo la parte más baja del cuerpo uterino y su falta de respuesta hormonal sería dada por su localización tan baja.

El orificio anatómico estaría representado por la unión fibromuscular, dado por el tejido muscular corporal con el tejido fibroconjuntivo cervical.

Danforth cree que la formación del segmento inferior se produce en la zona muscular, por desespirilización de las fibras musculares.

La tendencia actual, según lo afirma F. Bonilla, está a favor de las opiniones de Aschoff (1900).

Etiología del aborto habitual, en lo que concierne al factor anatómico cervicouterino. Ya en el año 1900 Guibout (según lo publican Hervet y Houquiere - 1961) en su tesis doctoral habla sobre el problema de la incompetencia del orificio interno del cuello uterino. Palmer 48 años más tarde (1948) publica la posible incompetencia del orificio interno en un caso de aborto. Lash (1950) amplía este criterio.

El problema del aborto habitual en su aspecto anatómico se centralizó en el cuello uterino y se llegó a la conclusión de que el orificio interno era responsable de los fracasos en la gestación. Se llegó a determinar que la etiología del aborto habitual estaba ligada a dos orígenes, el traumatismo y el congénito, aun cuando autores reputados como O Driscoll (1954), MacDonald (1957) y Barter (1958), no encontraron ningún caso de etiología congénita, se creía que la incompetencia del orificio interno sólo era de origen traumático como consecuencia de partos distócicos (Forceps, versiones, dilataciones muy rápidas, laceraciones, cauterizaciones, conización, legrados repetidos, etc.)

Danforth y Bunkinham, al proclamar que el anillo anatómico que hace la vez de esfínter puede ser destruido por injurias mecánicas o por estructuras de-

ficientes, aceptan el origen congénito. Señalan que puede producirse laceraciones de consideración o múltiples laceraciones de menor cuantía, cuando se produce el parto de bebés grandes o partos forzados con occitócicos, añadimos que el uso indebido de dilatación manual o de vacuum puede contribuir a lesionar el cuello.

En un campo opuesto a Danforth, se encuentra Trythall (1958), quien reporta trece casos de incompetencia del orificio interno en primíparas y diecinueve en multiparas. Canel en 1961 encontró trece casos de origen traumático y diecisiete congénitos. Bonilla Musoles en estudios histerosalpingográficos encuentra una correlación evidente entre la incompetencia del O.I. con la morfología uterina.

El orificio interno comienza a formar entre las 20 y 28 semanas de gestación y en el 31.4% de los úteros de recién nacidos aún no se ha formado. En úteros de fetos desarrollados hay un 22% de O.I. incompetentes, mientras que en los úteros infantiles es el 45% y en los úteros atavicos (aquellos que presentan algún defecto de fusión de los conductos de Muller) es el 41.6%. En los úteros tabicados el 63.6% presenta cierta debilidad de O.I.

Estudios hechos en mujeres adultas dan un 15% de incompetencia de O.I. en diversas intensidades. Demuestra así Bonilla que el O.I. sigue desarrollándose aún después del nacimiento.

Edmond Novak y Howard Jones asocian 1/4 de los casos de doble útero al aborto habitual.

Jones y Jones enfatizan que el útero doble no es causa de aborto a no ser que se hayan descartado todas las otras causas. Sin embargo, en su publicación con Delfts, encuentran que el 4% de los abortos habituales tendrían algún grado de útero bicornio. Para Palmer y Sánchez habría una relación de 20 al 30%.

Los miomas uterinos sólo tiene significado cuando son submucosos y la implantación se realiza directamente sobre el tumor o cuando por su tamaño reducen la calidad uterina así como la elasticidad del endometrio.

DIAGNOSTICO

El estudio para llegar a un diagnóstico de aborto habitual debe contemplar la clínica y los medios auxiliares. Su apreciación será tanto en la mujer gestante como en la no gestante.

EN LA GESTANTE

1.— Anamnesis, se estudiará los antecedentes de aborto previo, como partos prematuros e inmaduros, partos precipitados. Se estudiará su evolución silenciosa patognomónica. El borramiento y la dilatación del cuello con protrusión de membranas en el segundo trimestre, sin actividad uterina, sin hemorragia.

Si siguiendo estos principios deberá hacerse exámenes frecuentes entre la onceava y veinticuatroava semana.

SIN GESTACION

1.— Bujías de Hegar. Su introducción deberá ser hecha durante la fase secretoria, pues el istmo estará más cerrado.

Consiste en introducir una bujía de Hegar en el conducto cervical sin mayor resistencia, cuando esto se consigue estamos frente a una dilatación patológica. El diámetro de la bujía a usarse varía algo según los autores. Para Greene y Armitage debe usarse la bujía de 6 mm.; para Palmer y d'Ernest debería usarse la bujía de 7 mm, sin embargo, para la mayoría la bujía de 8 mm es la más adecuada, que es la que nosotros usamos.

2.— Test de tracción.

- a) Bergman (Suecia) usa un cateter de Foley No. 16 el que se introduce en el útero y se infla con 1cc de agua. luego se aplica tracción hasta 1000 grs.. Si con 600 grms o menos se escapa el Foley es incompetencia de O.I.
- b) El balón de Lash, es un balón de dos secciones, la primera que se introduce en la cavidad uterina, quedando la segunda en el cuello uterino, estas porciones se llenan con una solución acuosa de contraste a presiones de 200 y 300 mm Hg., para luego tomar radiografías.
- c) La histerocervicografía con sustancia de contraste permite visualizar la amplitud istmica.

Asplund en 1952 demostró que mientras la amplitud istmica es de 2 a 6 mm en las mujeres normales, en las que presentan incompetencia es de 6 a 9 mm. Este estudio radiográfico nos da la oportunidad de estudiar posibles malformaciones del útero.

ECOSONOGRAFIA

En manos experimentadas permite hacer un estudio del canal cervical y del orificio interno, tanto en las mujeres gestantes como en las no gestantes, por su inocuidad puede hacerse en forma repetida tantas veces sea necesario.

TRATAMIENTO

Este ha sido considerado en sus dos aspectos: a) hormonal de Sherman (1966), que consiste en la administración de Progesterona. Nosotros usamos el tratamiento combinado, progesterona e isoxisuprime, este último ya sea por vía endovenosa gota a gota, intramuscular u oral.

b) Quirúrgico, varía en la no gestante o en la gestante.

En la no gestante.— Lash fue el primero en realizar el tratamiento quirúrgico, este consiste en incidir la pared vaginal por encima del portio, separar la vejiga, hacer la resección en cuña de la pared anterior del cuello a la altura del orificio interno y suturar con puntos interrumpidos. Cavid (1960), realiza la resección en cuña en la cara anterior y posterior.

Se ha usado otras técnicas como son la escarificación y la electrocoagulación del canal cervical, prácticas que están en desuso.

En la gestante.— Shirodkar (India) en el año 1955 describió su técnica del cerclage cervical, como tratamiento de la incompetencia del orificio interno. Para ello incide la mucosa vaginal longitudinalmente, rechaza la vejiga por encima del O.I., pasa una sutura por debajo de la mucosa y detrás de los ligamentos véscicouterinos para atarla en la cara anterior del útero.

MacDonald (1957-1963) cierra el cuello uterino lo más altamente posible circundándolo con puntos de transfijión. El material que se usa en estos métodos es diverso, varía del nylon, seda, polietileno, marsilene, dacron y alambre.

May, R. usa suturas interrumpidas del tipo Sturmdorf.

Wurm y Heffner usan una sutura de transición en "U" en sentido anteroposterior y lateral.

Nosotros al usar la técnica de Heffner pasamos una sutura de nylon de la cara anterior a posterior para regresar a la cara anterior, pero usamos un tubo de polietileno de 1 ctm. entre suturas, con el fin de evitar que el cuello se corte.

El momento de hacer el cerclaje se estima entre la 14 y 18va. semanas. Nosotros preferimos hacerlo entre la 12 y 16va. semana, de preferencia en la 14va.

Ningún intento de corrección quirúrgica deberá hacerse en la presencia de contracciones uterinas, cuando se haya producido ruptura de membranas, en caso de amnionitis o hemorragias uterinas.

Para la corrección del útero bicorne se usa la técnica de Strassman, que consiste en realizar una incisión transversal de cuerno a cuerno, sin excisión de tejido, suturando luego en sentido longitudinal.

En el septum uterino Jones y Jones hacen una resección cuneiforme del septum, suturando el útero en tres planos.

Mahgoub, realiza una incisión en el fondo y reseca el septum a través de ella con tijeras, dejando posteriormente un lippes loop en la cavidad uterina para evitar sinequias.