

Aborto de repetición

El aborto de repetición se define como la **pérdida de 3 ó más embarazos antes de las 20 semanas de gestación** y afecta a entre un **2 a 5% de las parejas** convirtiéndose en una autentica pesadilla para las parejas que lo sufren. Aunque la tasa de aborto clínico se sitúa alrededor del 15%, esta probabilidad aumenta al 18% cuando ya ha habido un aborto previo, y alcanza el 25-30% cuando son dos o más los abortos anteriores.

Actualmente no existe consenso en cuanto el numero de abortos a partir del cual es necesario iniciar el estudio de aborto de repetición. Parece razonable la individualización de cada caso, teniendo en cuenta las circunstancias en que se han producido los abortos, la edad de la mujer, los antecedentes familiares y la ansiedad de la pareja.

Dentro de las diferentes causas de aborto de repetición, encontramos causas genéticas, hormonales, inmunológicas, endocrinas, relacionadas con problemas de la coagulación de la madre (llamadas trombofilias) y relacionadas con problemas en el útero. De todas estas causas, las más frecuentes son las relacionadas con alteraciones cromosómicas de los embriones

La **histeroscopia** es muy útil en la valoración de las causas que afectan al útero y que están relacionadas con **abortos recurrentes**

Genéticas

La principal causa de aborto de repetición es de tipo genético. Hasta en un 5% de las parejas que tienen abortos de repetición se detecta algún problema cromosómico en el cariotipo de sangre periférica de alguno de los miembros de la pareja, que hasta ese momento ellos mismos desconocían. Las más habituales son: translocaciones balanceadas, inversiones y aneuploidias. Por este motivo es **importante incluir el análisis del cariotipo** en el estudio de aborto de repetición. La realización de una histeroscopia con toma de biopsia (embrioscopia) antes de la realización de un legrado, puede explicarnos la causa de un aborto.

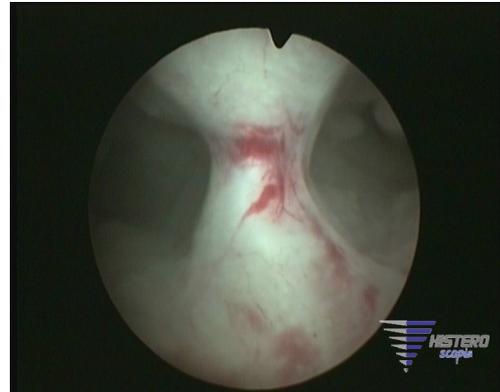
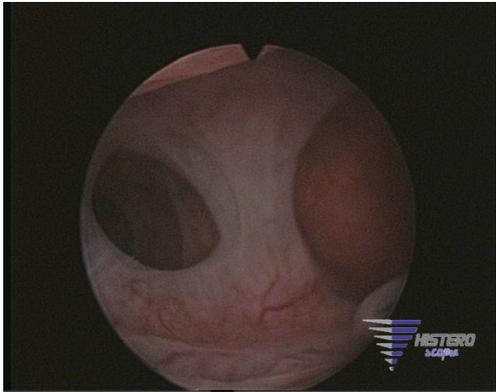
Anatómicas

Las malformaciones uterinas pueden producir abortos de repetición o partos inmaduros o pretérminos. Estas malformaciones pueden corresponder a adherencias en su interior o síndrome de Asherman, a la existencia de miomas, a la forma del útero, ausencia o atrofia de una mitad, duplicidad del mismo o a la presencia de un tabique o septo uterino.

La existencia de un **septo uterino** **esta considerada como la alteración uterina más frecuente** en mujeres con abortos de repetición. La relación que guarda el septo con los abortos de repetición parece que se debe a que el endometrio que tapiza el septo puede presentar un defecto en su desarrollo, además el tejido del septo presenta una vascularización deficiente lo que interfiere y dificulta la implantación y el desarrollo embrionario. **El tratamiento es la metroplastia**, técnica histeroscópica mínimamente invasiva que consiste en la sección del septo, consiguiendo así una cavidad uterina más amplia.

El **síndrome de Asherman** consiste en la presencia de adherencias a nivel intrauterino (dentro de la cavidad del útero), estas adherencias causan distintos grados de afectación de la cavidad. La formación de estas adherencias suele estar en relación con la realización de **legrados** uterinos bien por abortos o en el postparto, suponiendo esta causa más del 90% de las adherencias intrauterinas;

en otras ocasiones, puede estar en relación con cirugía uterina previa, cesareas o afectación del útero por tuberculosis. El síndrome de Asherman está claramente relacionado con abortos de repetición habiéndose publicado cifras de aborto durante primer trimestre en torno al 50%



Endocrinas

La diabetes y el hipotiroidismo pueden ser causa de aborto en mujeres mal controladas y muy descompensadas. El embarazo espontáneo debe mantenerse en sus primeras semanas gracias a la secreción hormonal del ovario. Concretamente es el cuerpo lúteo el que produce la mayoría de las hormonas que necesita el embarazo para desarrollarse. La más importante es la progesterona. Un **déficit en la secreción por parte del ovario**, puede causar una pérdida precoz del embarazo. En mujeres con el síndrome del ovario poliquístico se dan mayores porcentajes de abortos, que se atribuyen a trastornos hormonales relacionados con niveles excesivos de la hormona LH en la primera fase del ciclo menstrual, hiperinsulinismo e hiperandrogenismo.

Infecciosas

Algunas infecciones han sido detectadas como potenciales productoras de abortos. Por fortuna, pocas de ellas permanecen el tiempo suficiente como para producir abortos de repetición. Mención especial merece la **endometritis crónica** que consiste en una inflamación persistente de la capa endometrial. Esta inflamación crónica parece relacionarse con problemas de fertilidad, abortos espontáneos, parto pretérmino y fallos de implantación en la fecundación in vitro. Es un proceso poco conocido e infradiagnosticado debido a su curso generalmente asintomático. Al afectar a la fertilidad, puede afectar el embarazo durante el desarrollo de una técnica de reproducción asistida, siendo un hallazgo frecuente en mujeres con fallos recurrentes de la implantación tras FIV, encontrándonos el diagnóstico de endometritis crónica en casi el 42% de las pacientes con fallos recurrentes de implantación tras FIV.



Inmunológicas

Muchos abortos de repetición que se etiquetan como de causa desconocida, podrían corresponder a causas de tipo inmunológico. Destaca la importancia del **síndrome antifosfolípido** como causante de aborto de repetición. Esta enfermedad se calcula que es responsable de un 10% de los casos de aborto de repetición. En el síndrome antifosfolípido existen anticuerpos circulantes en sangre materna que son los causantes de los abortos de repetición. Si la respuesta inmune esta alterada, es decir, si el organismo “reacciona contra el embrión” en vez de protegerlo, se producen abortos de repetición

Trombofilias

Dentro de este grupo se incluyen una serie de patologías que se caracterizan por un desequilibrio **del sistema de coagulación sanguínea**, lo que provoca una mayor tendencia a que se produzcan trombos que obstruyen los vasos que nutren al embrión, produciendo un aporte sanguíneo insuficiente y provocando abortos de repetición. Destacan los deficits de la proteína C, proteína S, antitrombina III así como mutaciones de genes implicados en la cascada de la coagulación (gen de la protrombina, Factor V y MTHFR)

Causas masculinas

Cuando hablamos de causas masculinas y su relación con abortos de repetición, nos referimos a **alteraciones cromosómicas presentes en los espermatozoides**. Para determinar esta posibilidad realizamos un estudio de los espermatozoides con una técnica denominada FISH, No hay tratamiento aunque sí alternativas: en función de la alteración encontrada, estudio de los embriones obtenidos mediante fertilización in vitro antes de la implantación. Se transfieren al útero solo los embriones que no tienen alteraciones. Si esto no fuera posible se propone el uso del banco de semen. Una mayor fragmentación del DNA de los espermatozoides es también una causa de abortos recurrentes

Cúal es el estudio que se debe realizar en estas parejas?

Las pruebas que se suelen solicitar como parte del estudio de aborto de repetición en una pareja son:

-**Pruebas de imagen** para descartar malformaciones o alteraciones uterinas: ecografía, histerosalpingografía o sobre todo una histeroscopia,

-**Analitica de sangre completa** para descartar causas endocrinas, inmunológicas y trombofilias

-**Cariotipo de ambos miembros de la pareja**

-**Grado de fragmentación del DNA espermático**

-**FISH de los espermatozoides**