



**Universidad del Sureste**  
**Campus Comitán de Domínguez Chiapas**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**Tema:** Tipos de aborto, Casos Clínicos.

**Nombre del alumno:** José Alberto  
Cifuentes Cardona.

**Grupo:** "B" **Grado:** Primer semestre.

**Materia:** Biología del desarrollo.

**Nombre del profesor:** Dr. Natanael Ezri  
Prado Hernández.

## TIPOS DE ABORTO

La Organización Mundial de la Salud define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno.

**Aborto** es la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos. (Guía de practica Clínica)

La amenaza de aborto se define como la presencia de sangrado trasvaginal, que puede estar acompañado o no de dolor abdominal, así como ausencia de dilatación cervical antes de la semana 22 de gestación.

La amenaza de aborto temprana se define cuando existe un embarazo de menos de 14 semanas de gestación. La amenaza de aborto tardía es aquella que se presenta entre la semana 14 a 22 (Huchon C, 2016).

Para el diagnóstico y pronóstico debe existir reporte de ultrasonido que demuestre actividad cardíaca fetal, hormona gonadotropina coriónica humana cuantitativa seriada, y datos clínicos. El tratamiento debe estar enfocado en la etiología, las semanas de gestación y sintomatología, teniendo como objetivo principal evitar la pérdida de la gestación (Wahabi H, 2018).

**El sangrado vaginal durante las primeras 20 a 22 semanas de gestación, con o sin dolor lumbopélvico y cérvix cerrado, se conoce como amenaza de aborto involuntario. Esto se puede presentar en forma de manchas de sangre al choque potencialmente fatal. Una vez que la dilatación del cuello uterino ha comenzado el aborto involuntario es inevitable.**

Se recomienda realizar USG en mujeres con sospecha de amenaza de aborto, para determinar el sitio y la viabilidad del embarazo (identificar actividad cardíaca fetal, saco gestacional, saco vitelino y polo fetal).

Repetir el estudio cuando exista algún marcador ultrasonográfico de mal pronóstico.

La evidencia actual no es suficiente para prescribir progesterona, los pocos estudios concluyen que el tratamiento con progesterona es más efectivo para prevenir abortos en pacientes con amenaza de aborto. La dihidroprogesterona oral previno el aborto en pacientes con amenaza de aborto al compararlas con el grupo control (tratado únicamente con placebo o con manejo conservador), sin embargo, no hubo diferencia clínica entre la dihidroprogesterona vía oral contra la progesterona vaginal. Al comparar los subgrupos tratados con progesterona vía vaginal con diferente dosis, 400 mg o menos de 400 mg, en pacientes con amenaza de aborto, no hubo diferencia significativa entre los grupos tratados con 400 mg contra el control o menos de 400 mg contra el control.

Los tocolíticos o relajantes musculares uterinos, han sido evaluados por su papel en el tratamiento de la amenaza de aborto. La presencia de la actividad uterina ha sido propuesta como un contribuyente potencial al riesgo de amenaza de aborto; por lo tanto, la relajación de las células del músculo liso uterino potencialmente reducirá la motilidad uterina y el riesgo de progresión al aborto inevitable.

Los tocolíticos que han sido evaluados incluyen la atropina, agentes escopolaminas e hioscinas (por su actividad antiespasmódica) y betas agonistas (terbutalina, entre otros).

**Pérdida Repetida de la gestación o aborto recurrente:** Es la pérdida espontánea en 2 o más ocasiones en forma consecutiva o alterna.

Las pacientes con aborto recurrente o anomalías anatómicas uterinas deben ser atendidas por gineco obstetricia. Las pacientes con aborto recurrente deberán contar con un ultrasonido pélvico como estudio inicial, ya que este puede hacer evidente la presencia de miomas, alteraciones anatómicas uterinas, pólipos, ováricos y de endometrio

**Las anormalidades cromosómicas** son responsables de 49% de los abortos espontáneos. La mayoría

de estas anormalidades son eventos aleatorios, tales como errores en la gametogénesis materna o paterna, entrada de dos espermatozoides en un ovulo o no disyunciones.

El termino indeterminado ha llevado a varias confusiones por lo cual se recomienda utilizar las siguientes definiciones:

a) Embarazo de localización no conocida o indeterminada cuando no se identifican signos de embarazo intra ni extrauterino o productos de la concepción retenidos en una mujer con una prueba inmunológica de embarazo positiva.

b) Embarazo de viabilidad incierta: cuando se observa un saco intrauterino (con diámetro promedio menor de 20 mm) sin huevo o feto. O bien cuando el ultrasonido fetal indica longitud cefalocaudal menos de 6 mm sin actividad cardiaca. Para confirmar o refutar la viabilidad el estudio se debe repetir con un intervalo mínimo de una semana. Inclusive en manos expertas, mediante ultrasonido transvaginal del 8 a 31% puede no ser posible determinar en la primera consulta, si el embarazo es intrauterino o extrauterino. En los casos en que se reconoce que un embarazo es intrauterino, la viabilidad puede ser incierta en la primera consulta en 10% de los casos.

Las pruebas modernas basadas en anticuerpos monoclonales pueden detectar las gonadotropinas criónicas en niveles de 25 UI/L, nivel que se alcanza a los 9 días posteriores a la concepción (día 23 a 28 del ciclo).

## Defectos congénitos y aborto espontáneo: factores cromosómicos y genéticos

Las anomalías cromosómicas, que pueden ser numéricas o estructurales, son causa importante de defectos al nacimiento y abortos espontáneos. Se calcula que 50% de las concepciones termina en aborto espontáneo y que 50% de estos productos de aborto tiene anomalías cromosómicas importantes. Así, alrededor de 25% de los embriones tiene un defecto cromosómico importante. **Las anomalías cromosómicas más frecuentes en los productos de aborto son 45,X (síndrome de Turner), triploidía y trisomía 16.** Las anomalías cromosómicas son responsables de 10% de los defectos congénitos principales, y las mutaciones genéticas generan un 8% adicional.

### Cuerpo blanco (albicans)

Si la fecundación no ocurre, el cuerpo lúteo alcanza su desarrollo máximo alrededor de 9 días después de la ovulación. Puede reconocerse con facilidad como una proyección amarillenta en la superficie del ovario. Posteriormente, el cuerpo lúteo se contrae por la degeneración de las células luteínicas (luteólisis) y 74 constituye una masa de tejido cicatrizal fibrótico, el cuerpo blanco (*corpus albicans*). De manera simultánea, **la síntesis de progesterona disminuye, lo que precipita la hemorragia menstrual. Si el ovocito es fecundado, la gonadotropina coriónica humana evita la degeneración del cuerpo lúteo, una hormona que secreta el sincitiotrofoblasto del embrión en desarrollo.** El cuerpo lúteo sigue creciendo y forma el cuerpo lúteo del embarazo (*corpus luteum graviditatis*). Al final del tercer mes esta estructura puede corresponder a entre un tercio y la mitad del tamaño total del ovario. Las células lúteas de tonalidad amarilla siguen secretando progesterona hasta el final del cuarto mes; a partir de entonces involucionan con lentitud al tiempo que la secreción de progesterona del componente trofoblástico de la placenta se vuelve suficiente para mantener el embarazo. **La extirpación del cuerpo lúteo del embarazo antes del cuarto mes suele desencadenar un aborto.**

### Cigotos anormales

El número preciso de cigotos anormales que se forma se desconoce debido a que estos suelen perderse en el transcurso de 2 a 3 semanas de la fecundación, antes de que la mujer sepa que está embarazada, por lo que no se detectan. Algunos cálculos indican que hasta 50% de los embarazos termina en aborto espontáneo, y que la mitad de esas pérdidas es consecuencia de anomalías cromosómicas. **Estos abortos son un medio natural de eliminar embriones con defectos, lo que disminuye la incidencia de malformaciones congénitas.**

## CASOS CLINICOS

Px femenino de 23 años, con embarazo de 14 SDG por FUM. Ingresa a la sala de urgencias por presentar dolor abdominal leve a nivel del hipogastrio, acompañado de sangrado transvaginal escaso. Sin antecedentes patológicos de importancia. Al examen ginecológico hay presencia de sangre en el canal vaginal y el cuello uterino está cerrado y sin cambios. Hb 11.1, leu 6000, plaq 240,000.

¿Cuál es el dx más probable?

R: Amenaza de aborto involuntario.

¿Cuál es la causa más común de este diagnóstico?

R: Infecciones de vías urinarias.

¿Cuál es el siguiente paso en esta paciente?

R: Valoración de sangrado transvaginal, Reposo absoluto en cama

Acude a urgencias una paciente de 28 años con amenorrea de 10 semanas, acude por presentar menorragias, menores que una regla, sin dolor. Le solicita un test de embarazo que es +. A la exploración ginecológica se objetivan restos hemáticos escasos en vagina, no sangrado activo, cérvix cerrado. En la ecografía transvaginal se objetiva una vesícula gestacional de 18 mm con un embrión de 3 mm en la que no se objetiva latido cardíaco.

¿Cuál es el diagnóstico?

R: Amenaza de aborto involuntario.

¿Cuál es el siguiente paso en esta paciente?

Valoracion por GyO posterior a ecografía pélvica para corroborar viabilidad del embarazo y actividad cardiaca fetal, Realizar prueba de hCG cuantitativa.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

Sadler, T. (2010). Langman *Embriología Medica 11° EDICIÓN*. España S.A.: Lippincott Williams & Wilkins.

Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2020.