



ABORTOS TARDÍOS: HALLAZGOS EN ESTUDIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

LATE ABORTIONS: FINDINGS IN STUDIES OF PATHOLOGY

Rivas-Perdomo Édgar¹
Vásquez -Deulofeutt Doris²
Méndez-Rodríguez Rogelio¹

Correspondencia: erivasp@unicartagena.edu.co

Recibido para evaluación: noviembre-25-2013. Aceptado para publicación: septiembre-6-2014.

RESUMEN

Introducción: se define aborto tardío como la pérdida del embarazo con edad gestacional entre 12 y 22 semanas o expulsión del feto con peso inferior a 500 gramos.

Objetivos: determinar cuáles son los hallazgos más frecuentemente en estudios de anatomía patológica en abortos tardíos.

Metodología: estudio de tipo serie de casos. Se incluyeron 54 pacientes con abortos tardíos, a quienes se les realizó estudio de anatomía patológica tanto al feto como a la placenta. 55 productos de la concepción son valorados. Se revisaron expedientes clínicos. Para la determinación de las causas primarias de muerte fetal se siguió la clasificación propuesta por Ovalle en 2005.

Resultados: la edad de las pacientes estudiadas tuvo q25-75: 21-27 años y la edad gestacional tuvo q25-75: 17-19 semanas. La hipoxia fetal extrínseca fue la causa primaria más frecuentemente encontrada en el estudio placentario, principalmente por hematomas retroplacentarios y depósitos masivos de fibrina intervillositaria

Conclusión: la principal causa primaria de aborto tardío que fue determinada en el grupo estudiado fue hipoxia fetal. **Rev.cienc.biomed. 2014;5(2):247-252.**

PALABRAS CLAVES

Aborto espontáneo; Hipoxia fetal; Enfermedades placentarias; Anomalías congénitas.

SUMMARY

Introduction: late abortion is defined as the loss of pregnancy between 12 and 22 weeks of gestation or expulsion of the fetus weighing less than 500 grams.

Objectives: to determine the most frequent findings in pathological studies on late abortions.

Methodology: this is a case series study. Fifty-four patients with late abortions, who underwent pathological study of both the fetus and the placenta were included. Fifty-five products of conception were evaluated. Medical records were reviewed. Classification given by Ovalle in 2005 was used to determinate the primary causes of stillbirth.

Results: the age of the patients studied was 21-27 years (quartile 25-75) and the gestational age 17-19 weeks (quartile 25-75). Extrinsic fetal hypoxia was the most frequently primary cause found in placental study, mainly retroplacental hematoma and massive deposits of intervillous fibrin.

¹ Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Docente. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

² Enfermera. Clínica Maternidad Rafael Calvo. Cartagena. Colombia.

Conclusions: the fetal hypoxia was determined as the main primary cause of late abortion. **Rev.cienc.biomed. 2014;5(2)247-252.**

KEYWORDS

Spontaneous abortion; Fetal hypoxia; Placenta diseases; Congenital abnormalities.

INTRODUCCIÓN

Se ha estimado que la reproducción humana es relativamente ineficiente. Solo el 30% de los huevos fertilizados termina en un embarazo viable y son muy comunes las pérdidas tempranas del embarazo. Al menos 15-20% de los embarazos clínicamente identificados, terminan como pérdidas del embarazo y sólo el 50-60% de todas las concepciones avanzan hasta alcanzar una edad gestacional igual o superior a las 20 semanas (1)

La muerte fetal es entendida como la que ocurre antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independiente de la edad gestacional (2). A partir de la décima revisión de la Clasificación internacional de enfermedades [CIE], esta división sufrió cambios, de tal forma que actualmente las muertes fetales se dividen solo en dos: abortos y mortinatos. Los abortos incluyen las muertes de los productos del embarazo hasta antes de las 22 semanas de gestación y menos de 500 gramos (3). Estos se clasifican a su vez en tempranos y tardíos (4). Se define aborto tardío como la pérdida del embarazo con edad gestacional entre 12 y 22 semanas o expulsión del feto con peso inferior a 500 gramos (4).

El cuidado de la salud materna y perinatal ha adquirido una importancia creciente, y se multiplican las acciones para mejorarla. Para diseñar acciones eficaces se necesita: [A] Identificar los factores de riesgo que se encuentran más asociados con su ocurrencia, [B] Conocer sus principales causas, [C] Precisar sus niveles y tendencias para evaluar su comportamiento epidemiológico. Para determinar la causa del proceso clínico se requiere del estudio de anatomía patológica de la placenta y del feto (5,6). Se plantea como objetivo la necesidad de realizar un estudio que permita determinar cuáles son los hallazgos más frecuentes en estudios de anatomía patológica en abortos tardíos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: se realizó un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos.

Población: se incluyeron todos los casos de abortos tardíos con estudios de anatomía patológica que se atendieron en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, Cartagena, Colombia, durante el año 2013 y realizó.

Criterios de inclusión: pérdida de embarazo con edad gestacional entre 12 y 22 semanas o peso fetal igual o menor de 500 gramos. Realización de estudio de anatomía patológica tanto al feto como a la placenta.

Criterios de exclusión: se excluyeron los casos con reclamaciones médico-legales.

Procedimiento: se revisaron los expedientes clínicos de todas las pacientes con diagnóstico de muerte fetal intrauterina con edad gestacional entre 12 y 22 semanas de gestación con criterios de inclusión al estudio. Se determinó la edad gestacional por la historia menstrual, cuando fue confiable, o por biometría fetal ultrasonográfica previa al ingreso.

Se revisaron los informes de los estudios histológicos feto-placentarios que fueron realizados por el Servicio de patología de la institución. Los casos con fetos en estado de maceración avanzada o placenta con alteraciones involutivas (cambios secundarios a muerte fetal) se catalogaron como no clasificables. Se determinó la edad y el número de abortos atendidos en la institución; la paridad, las pérdidas fetales previas, los antecedentes médicos; así como el sexo, el peso y la talla para determinar el índice ponderal.

Para la determinación de las causas primarias de muerte fetal se siguió la clasificación propuesta por Ovalle en 2005 (7).

Análisis: para el análisis se creó una base de datos. Para los análisis se utilizó el software estadístico Stata 12. Se describen las

variables continuas por medio de medidas de tendencia central y de dispersión; las variables categóricas se presentan por medio de proporciones.

Consideraciones éticas: es una investigación sin riesgo de acuerdo con la Res. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia lo cual además está de acuerdo con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Se contó con la aprobación del Comité de Ética de la institución.

RESULTADOS

Se revisaron 85 historias de abortos tardíos, de los cuales se excluyeron 29 porque no fueron estudiadas las placentas, seleccionándose 55 casos; de estos uno era embarazo gemelar para un total de 54 maternas. La edad promedio de las pacientes estudiadas fue de 24.61 años con una desviación estándar de 6.55, con un amplio recorrido entre los 13 y 42 años. q25-75: 21-27 años. La edad gestacional tuvo un q25-75: 17-19 semanas.

En la Tabla N°1, se presentan las características y los antecedentes médicos de las pacientes estudiadas. El número de feto-placenta estudiado fue 55. El peso de los fetos tuvo q25-75: 200-300 gramos, la talla tuvo q25-75: 21-25 cm. La Tabla N°2 presenta los hallazgos de edad gestacional, sexo y patologías encontradas a los fetos. Las Figuras N°1 y N° 2 histogramas de edad materna y edad gestacional. La Figura N°3 el índice ponderal según edad gestacional. La Tabla N° 4 los hallazgos patológicos en el estudio placentario y la Tabla N° 5 las causas de muerte fetal señaladas en el informe de patología.

DISCUSIÓN

Durante el año de estudio se registraron 9011 nacimientos y se atendieron 3191 casos de abortos en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo en Cartagena, Colombia, lo cual establece una tasa de 35.4 abortos por cada 100 nacidos vivos. La edad promedio de las pacientes estudiadas fue de 24.6 años con desviación estándar de 6.5 años, con amplio recorrido entre los 13 y 42 años, lo cual no se corresponde con otros autores (8).

TABLA N° 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS n = 54	
EDAD EN AÑOS, n (%)	
13-19	13 (24.0)
20-34	37 (68.5)
>34	4 (7.5)
NÚMERO DE HIJOS NACIDOS, n (%)	
0	23 (42.6)
1	11 (20.4)
2	10 (18.5)
≥ 3	10 (18.5)
NÚMERO DE ABORTOS PREVIOS, n (%)	
0	10 (18.5)
1	27 (50.0)
2	10 (18.5)
3	5 (9.2)
4	2 (3.8)
ANTECEDENTES MÉDICOS MATERNOS, n (%)	
Ninguna	45 (83.3)
Oligohidramnios	1 (1.8)
Macrosomía fetal	1 (1.8)
Hipertensión arterial	1 (1.8)
Insuficiencia renal crónica	1 (1.8)
Incompetencia cervical	1 (1.8)
Infección de vías urinarias	1 (1.8)
Pérdidas recurrentes	2 (3.8)
Trastorno bipolar	1 (1.8)

TABLA N° 2. HALLAZGOS FETALES n = 55	
EDAD GESTACIONAL n (%)	
12-14 (SEMANAS)	6 (10.9)
15-18 (SEMANAS)	24 (43.6)
19-22 (SEMANAS)	25 (45.4)
Sexo masculino	29 (52.7)
Sexo femenino	22 (40.0)
No definido	4 (7.3)
Peso, X (DS)	265.2 (240.9)
Talla, X (DS)	22.1 (5.7)
PATOLOGÍA FETAL, n (%)	
Ninguna	47 (85.4%)
Derrame pericárdico e hipoplasia pulmonar	1 (1.8)
Higroma quístico	1 (1.8)
Múltiples malformaciones	1 (1.8)
Displasia renal	1 (1.8)
Inmadurez pulmonar	3 (5.4)

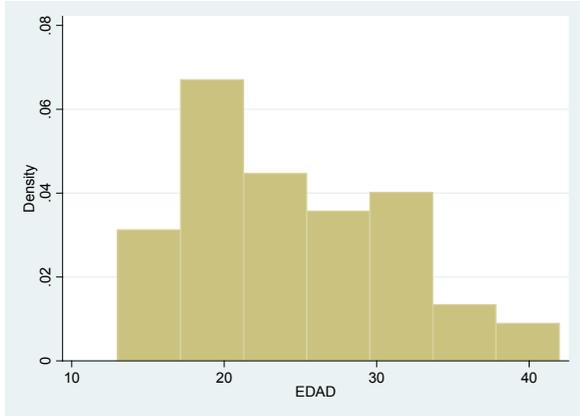


FIGURA N° 1.
HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DE EDADES MATERNAS

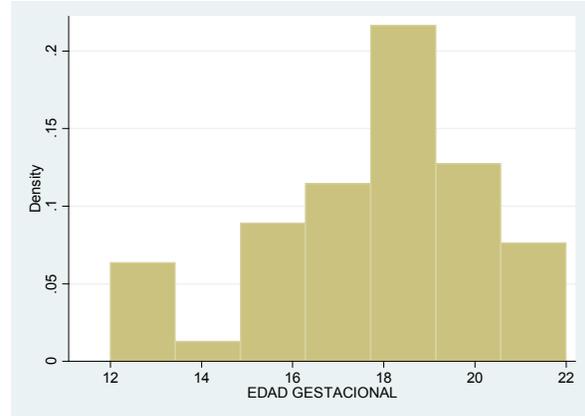


FIGURA N° 2.
HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DE EDAD GESTACIONAL

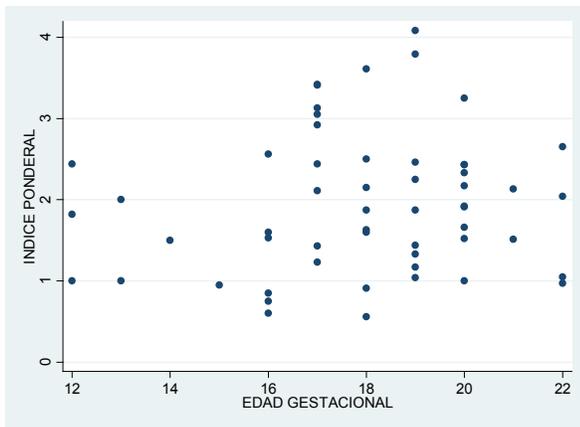


FIGURA N° 3. DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE PONDERAL SEGÚN EDAD GESTACIONAL.

TABLA N° 3.
HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN LAS PLACENTAS
DISTRIBUCIÓN SEGÚN RANGOS ETARIOS

HALLAZGOS PATOLÓGICOS	EDAD GESTACIONAL			TOTALES
	12 -14	15 - 18	19 - 22	
Corioamnionitis	0	1	3	4
Depósitos de fibrina intervellositaria	3	0	11	14
Hematomas retroplacentarios	1	4	2	7
Infarto placentario	0	1	0	1
Hipoperfusión de causa no determinada	0	1	1	1
Trombosis y necrosis	0	1	0	1
Vasculopatía tipo esclerosis fibromuscular	0	0	1	1
Ninguna	2	11	7	20

TABLA N° 4.
CAUSAS DE MUETE FETAL
DISTRIBUCIÓN SEGÚN RANGOS ETARIOS

CAUSAS PRIMARIAS	SUBGRUPOS	EDAD GESTACIONAL			TOTALES	
		12-14	15-18	19-22		
HIPOXIA FETAL EXTRÍNSECA	Patología placentaria	Hematomas	1	5	4	10
		Depósitos masivos de fibrina intervellositaria	3	5	11	19
		Infartos placentarios	0	1	0	1
		Trombosis	0	1	0	1
	Enfermedades maternas	Hipertensión arterial	0	0	1	1
		Diabetes	0	1	1	2
		Insuficiencia placentaria	0	0	4	4
		Pérdidas recurrentes	0	0	4	4
	Vasculopatía tipo esclerosis fibromuscular	0	0	1	1	
INFECCIONES SEPSIS		0	2	3	5	
ANOMALÍAS CONGÉNITAS		0	2	0	2	
NO DETERMINADA		1	7	4	12	
ANHIDRAMNIOS		0	3	2	5	

El 50% central fue q25-75: 21-27 años. Las frecuencias por grupos etarios antes de 20 años o mayores, de 24.08% y 68.52% respectivamente, no se corresponde con lo reportado por otros autores (9,10) y sí con los datos de la OMS citados por Animaw (12).

Las frecuencias de abortos tardíos por edades gestacionales en esta serie, varían centrándose el 50% entre las 17-19 semanas, siendo más frecuente en la medida en que aumenta la edad gestacional. Ello contrasta con Lorh, quien indica que la mayor frecuencia de abortos se encuentra entre las 13-15 semanas (13). Michels, señala que la muerte fetal es rara en el segundo trimestre (14). Sin embargo, al analizar el total de abortos atendidos en la institución, pareciera que la mayor frecuencia de abortos ocurre en el primer trimestre. Adisso reporta mayores tasas de abortos antes de 12 semanas (15).

Hay controversias sobre el papel que pudiera ejercer la multiparidad como factor de riesgo para pérdida fetal. En esta serie, el 20.3% de los casos tenían antecedente de tres o más partos, lo cual contrasta con otros autores (16). Algo similar ocurrió con el antecedente de abortos, con mayor frecuencia de antecedente de un aborto, pero menos pacientes presentaban dos o más abortos previos. Sin embargo, al evaluar la totalidad de abortos previos, se encuentra que el 75.9% de los casos lo habían presentado, lo cual contrasta con otros autores (8-16).

Se observó ligero incremento en fetos de sexo masculino y ello se muestra contrario a otro estudio sobre muerte fetal (17).

La distribución del índice ponderal se observó centrada entre los valores de 1 y 3 en su mayor proporción, ello en correspondencia con los valores de peso y talla y que pudiera interpretarse como estado nutricional adecuados para su edad gestacional.

Pocos casos presentaron malformaciones fetales destacándose la hipoplasia pulmonar con derrame pericárdico, higroma quístico y malformaciones estructurales como gastrosquisis y displasia renal multiquística con un caso cada uno. Es de importancia el estudio

convencional de anatomía patológica de los especímenes hísticos de la pérdida gestacional temprana, para la integración diagnóstica y el fundamento del futuro reproductivo de la pareja (4).

Así, los hallazgos de patología más frecuentes fueron los depósitos de fibrina intervellositaria, lo que se muestra de acuerdo con otro trabajo realizado con óbitos de más edad gestacional. Junto con los hematomas retroplacentarios ocasionan las causas placentarias de muerte fetal, unido a las causas maternas conforman el grupo de hipoxia fetal extrínseca como la principal causa de muerte fetal registrada en nuestra serie. De resaltar que en 12 casos (22.2%) no se determinó la causa por estudios de patología. La tasa de "muerte fetal no explicada" difiere entre los diferentes países dependiendo de los recursos disponibles y del interés que se tenga. En los países con pocos recursos con frecuencia es más difícil de determinar (18), y se debe tener presente que más de una condición podría contribuir a la muerte fetal en un caso particular (5,19). Sepúlveda indica un frecuencia del 21 al 50% de los casos como inexplicada (20), lo cual se ajusta a las observaciones del presente estudio.

El 7.4% de los casos de corioamnionitis que se registraron en el segundo trimestre, resalta la importancia de la pesquisa y el tratamiento de las infecciones cérvico-vaginales y urinarias de la población en riesgo (7). Roncari et al, muestran incremento de marcadores de inflamación entre el segundo trimestre después de dilatación cervical (21). No obstante, se debe tener en cuenta que por varias razones no es muy clara la relación causa efecto entre la infección materna y la muerte fetal, ya que es difícil conocer la vía exacta por la cual ocurre, y porque la presencia del organismo en la placenta o el feto no prueba la causalidad (22,23).

CONCLUSIÓN

Los abortos tardíos en esta serie ocurrieron más frecuentemente entre las 17 y 19 semanas de edad gestacional, siendo la principal causa primaria la hipoxia fetal y los depósitos masivos de fibrina intervellosa.

CONFLICTOS DE INTERESES: ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN: recursos propios de los autores. Estudios de Patología realizados durante su atención asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berghella M. Recurrent pregnancy loss. In: Berghella V. Obstetric evidence based guidelines. London Informa UK Ltd; 2007:109-15.
2. Heredia B. Muerte fetal En: Rigol O, Santiesteban SR, Cuié E, Cabezas E. Obstetricia y Ginecología. La Habana: CIP-Edt Ciencias Médicas; 2004:237.
3. Simpson JL, Jauniaux E. Pregnancy loss. En: Gabbe, SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux E, et al. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 5 ed. Philadelphia: Saunders; 2007:629.
4. Fernández-De Alba J. Obstetricia clínica de Llaca-Fernández. 2 Edc. México: McGraw-Hill. 2009:117-20.
5. Silver RM, Varner MW, Reddy U, Goldenberg R, Pinar H, Conway D. et al. Work-up of stillbirth: a review of the evidence. *AJOG*. 2007;196:433-44.
6. Velaszo-Murillo V, Palomares-Trejo A, Navarrete-Hernández E. Causalidad y tendencia de la mortalidad perinatal hospitalaria en el IMSS, 1998-2002. *Cir Ciruj*. 2003;71:304-13.
7. Ovalle A, Kakariaka E, Correa A, Vial MT, Aspillaga C. Estudio anatómo-clínico de las causas de muerte fetal. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2005; 70(5):303-12.
8. Lafaurie MM, Grossman D, Troncoso E, Billings DL, Chávez S. Women's Perspectives on Medical Abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: A Qualitative Study. *Reproductive Health Matters*. 2005;13(26):75-3.
9. Cabezas-García E, Langer-Glass A, Álvarez-Vázquez L, Bustamante P. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Salud Pública de México*. 1998;40(3):265-71.
10. Ngo TD, Keogh S, Nguyen TH, Le HT, Pham KH, Nguyen YB. Risk factors for repeat abortion and implications for addressing unintended pregnancy in Vietnam. *Int J Gynecol Obstet*. 2014;125(3):241-46.
11. Blair G, Simancas W, Edelman A, Guerra C, Tolosa J, Rodríguez MI. Post-abortion and induced abortion services in two public hospitals in Colombia. *Contraception*. 2014;90(1):36-1.
12. Animaw W, Bogale B. Abortion in university and college female students of Arba Minch town, Ethiopia, 2011. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2014; 5:17-2.
13. Lohr PA. Surgical Abortion in the second trimester. *Reproductive Health Matters*. 2008; 16(31 Supp):151-61.
14. Michels TC, Tiu A. Second trimester pregnancy loss. *Am Fam Physician*. 2007; 76:1341-46.
15. Adisso S, Hounkpatin B, Komongui GD, Sambieni O, Perrin RX. Introduction of misoprostol for the treatment of incomplete abortion beyond 12 weeks of pregnancy in Benin. *Int J Gynecol Obstet*. 2014;(126):s36-s39.
16. Janiak E, Kawachi I, Goldberg A, Gottlieb B. Abortion barriers and perceptions of gestational age among women seeking abortion care in the latter half of the second trimester. *Contraception*. 2014;89:322-27.
17. Rivas-Perdomo E, Vásquez D. Óbito fetal: Hallazgos de patología en una institución de alta complejidad. Cartagena, Colombia, 2010-2011. *Rev. Colomb Obstet Ginecol*. 2012; 63(4):376-81.
18. Gravett MG, Rubens CE, Nunes TM; Gapps Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 2010;10:s2-s2.
19. Molina S, Alfonso A. Muerte fetal anteparto ¿es una condición prevenible? *Univ Méd*. 2010;51:59-73.
20. Sepúlveda J, Quintero E. Muerte fetal inexplicada. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2004;55:300-07.
21. Roncari D, Politch J, Sonalkar S, Finneseth M, Borgatta L. Inflammation or infection at the time of second trimester induced abortion. *Contraception*. 2013;87:67-70.
22. McClure EM, Goldenberg RL. Infection and stillbirth. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2009;14:182-89.
23. Goldenberg RL, McClure EM, Saleem S, Reddyajbt UM. Infection-related stillbirths. *Lancet*. 2010;375:1482-90.