

# Pérdida gestacional recurrente

## Dr. John Fidel Cano Franco

Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad CES  
Magíster en Reproducción humana de la Universidad de Valencia  
Docente Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad de Antioquia

La definición clásica de aborto recurrente (AR) es la pérdida de tres o más gestaciones consecutivas antes de las 20 semanas de gestación y el peso fetal en ese momento es de < 500 g. Sin embargo, múltiples autores aceptan que las pérdidas pueden no ser consecutivas, pues, el hecho de tener algún Recién Nacido Vivo (RNV) entre los abortos o antes de ellos no disminuye la probabilidad de volver a abortar. La Escuela americana considera que se puede hablar de AR a partir de dos pérdidas gestacionales.

El aborto espontáneo es, sin duda, la complicación más frecuente de cualquier embarazo y se estima que un 15% de las gestaciones clínicas termina en aborto y, aproximadamente, el 25% de las mujeres experimentará un aborto clínico a lo largo de su vida reproductiva. Esta cifra parece subvalorada si se considera que entre un 30 y 50% de embarazos se detienen precozmente en su desarrollo y los llamados embarazos bioquímicos o subclínicos que, en su mayoría, la mujer no alcanza a reconocer por presentar escaso o ningún atraso menstrual. Dichos abortos obedecen, principalmente, a un desorden cromosómico esporádico de esa gestación en particular y no constituye un factor de riesgo para embarazos futuros. Afortunadamente, únicamente el 5% de las parejas en edad reproductiva experimenta dos abortos espontáneos clínicos consecutivos y entre 1-3% sufren tres o más abortos. Esta última cifra es superior a la esperada estadísticamente por azar (0.5%), de lo que se desprende que existe un grupo de parejas más propensas a abortar y que merecen nuestros máximos

esfuerzos, así como la mayor comprensión para entender el sentimiento de frustración que frecuentemente comparten tanto pacientes como los médicos tratantes.

La importancia de distinguir entre aborto espontáneo y recurrente radica en el pronóstico y en la necesidad de realizar estudios en la pareja. Las parejas que presentan aborto espontáneo tendrán un 80% de éxito en su siguiente embarazo sin mediar tratamiento alguno y no se justifica, en general, la solicitud de exámenes complementarios. Por el contrario, las parejas con aborto recurrente (dos o más pérdidas) tendrán 50-60% de éxito global en su siguiente embarazo no tratado. Son múltiples los factores que pudieran condicionar el mal resultado reproductivo y que es preciso investigar.

## Factores asociados

Existen factores generales que aumentan el riesgo de aborto en cualquier gestación y al menos cinco grupos de factores específicos asociados con aborto recurrente. Dentro de los factores generales destacan la exposición a tabaco y otros tóxicos ambientales, la obesidad materna, la edad materna, el pasado reproductivo y la edad gestacional. La exposición a tabaco eleva el riesgo de aborto en 1.4 a 1.8 veces e incluye a las fumadoras pasivas, que ven su riesgo aumentado en 1.52 a 2.18 veces. Por otro lado, el consumo de más de un trago de alcohol al día o la ingesta de más

de 375 mg diarios de cafeína, equivalentes a tres tazas de café, se asocia con riesgos ajustados de aborto de 4.84 (2.87 - 8.16) y 2.21 (1.53 - 3.18), respectivamente.

Una clara asociación ha sido descrita por diversos autores entre obesidad materna y el riesgo de aborto, tanto esporádico como recurrente. Esto se respalda en la conocida mayor probabilidad de aborto que tienen las mujeres portadoras de síndrome de ovario poliquístico, sobre todo, aquellas con sobrepeso e insulino resistencia.

La edad materna es el factor de riesgo de mayor peso para aborto hasta ahora conocido. Existe una fuerte relación entre mayor edad y deterioro de la calidad ovocitaria, lo que determina una mayor predisposición al establecimiento de gestaciones aneuploides que evolucionan, la mayoría de las veces, hacia el aborto espontáneo. A modo de ejemplo, se describen tasas de aborto clínico de 9-15% en mujeres menores de 35 años y de 51-75% en las mayores de 40 años, como aparece representado en la Tabla 1. Si se incluyen los abortos subclínicos, las tasas son aún superiores puesto que fluctúan entre 22% y 57% para el grupo etario menor de 35 años.

El pasado reproductivo también debe ser tomado en consideración en el momento de estudiar y tratar a una pareja que consulta por aborto recurrente. Un gran estudio prospectivo realizado en mujeres fértiles mostró una tasa global de aborto clínico espontáneo de 12%; sin embargo, dicha tasa fue de 24% en mujeres que únicamente habían experimentado abortos y tan baja como 4% o 5% en primigestantes y multíparas, respectivamente. A medida que aumenta el número de abortos previos, mayor es la probabilidad de presentar un nuevo aborto.

Cabe destacar que la mayoría de los abortos clínicos espontáneos ocurre en las primeras semanas de embarazo (cinco a ocho semanas de gestación) y es mayor la probabilidad de aberraciones cromosómicas cuanto más precoz se presente el aborto. Se estima que 56% de dichas anomalías corresponde a trisomías (principalmente 13, 15,

16, 21 y 22), 20% a poliploidías, 18% a monosomías X y 4% a translocaciones no balanceadas. Por el contrario, la frecuencia de anomalías cromosómicas en abortos de segundo trimestre representa el 5.6%. Es ideal, por ende, contar con análisis citogenético del tejido abortado, particularmente a partir del segundo aborto. Aunque se reconoce que el estudio puede tener limitaciones como fallas de cultivo o contaminación con células maternas, si el resultado arroja una trisomía no se requiere mayor investigación en la pareja y se considera que el aborto ocurrió por azar, sobre todo en mujeres de avanzada edad reproductiva. Por el contrario, se hace imprescindible estudiar a parejas con abortos euploides o con translocaciones desbalanceadas.

## Etiología

De todas las causas habitualmente propuestas en los protocolos de AR (Tabla 1), solo dos han sido confirmadas por medio de análisis fetales/embrionarios prenatales o haciendo uso de estudios prospectivos aleatorizados, revisiones sistemáticas y meta-análisis: las genéticas y el síndrome antifosfolípidos (SAF).

## Factores genéticos

La necesidad de solicitar cariotipo de ambos progenitores en parejas con aborto recurrente radica en que 2.5 a 8% son portadores de un desorden genético estructural, especialmente translocaciones balanceadas o robertsonianas.

Esto es especialmente válido en parejas con aborto recurrente primario y en las que el estudio citogenético del tejido abortado evidenció una translocación desbalanceada. Característicamente, dichos individuos son fenotípicamente normales y pueden manifestarse exclusivamente con infertilidad, aborto esporádico o recurrente, muerte fetal o antecedente de feto/recién nacido malformado. El consejo genético es imprescindible en estos casos por la alta probabilidad de aborto en las siguientes gestaciones, que alcanza

**Tabla 1.** Posibles causas Aborto Recurrente

<b>Genéticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genes</li> <li>• Cromosomas</li> </ul>
<b>Anatómicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Congénitas</li> <li>• Adquiridas</li> </ul>
<b>Inmunológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoinmunes</li> <li>• Aloinmunes</li> </ul>
<b>Trombofilias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Congénitas</li> <li>• Adquiridas</li> </ul>
<b>Endocrinas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia de cuerpo lúteo</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Hiperprolactinemia</li> <li>• SOP</li> <li>• Trastornos tiroideos</li> </ul>
<b>Infecciosas</b>	
<b>Otras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tóxicas</li> <li>• Ambientales</li> <li>• Psicológicas</li> </ul>
<b>Idiopáticas</b>	

Fuente: J. Bellver, J. Giles. Aborto de repetición. Manual práctico de esterilidad y reproducción humana, aspectos clínicos. 5ª Edición. Editorial Panamericana. 2018;485-506.

72.4% en el caso de mujeres afectadas y 61.1% cuando el hombre es el portador. El uso de fertilización *in vitro* con diagnóstico genético preimplantacional (PGD) puede constituir una herramienta útil en el manejo de parejas portadoras de translocaciones balanceadas (0.4%). No obstante, estas cifras pueden ser muy superiores en grupos seleccionados de mujeres con falla reproductiva o si se incluye el útero arcuato que, para muchos, constituye una variante anatómica normal. Para su diagnóstico sigue siendo útil la histerosalpingografía que mostrará una cavidad uterina dividida con dos cuellos independientes en el caso del útero didelfo, una cavidad elongada y lateralizada en los úteros unicornes o una cavidad indentada con forma de V en los úteros bicornes y septados. En estos últimos, el diagnóstico diferencial se realiza mediante laparoscopia que confirmará un fondo uterino con una depresión central en el útero bicornes y que

le da un aspecto típicamente acorazonado, en oposición al útero septado, que tendrá una configuración externa normal. En el mismo acto quirúrgico se procederá a la remoción del séptum mediante técnica histeroscópica (resectoscopia). Los defectos de fusión no deben ser corregidos pues las secuelas post metroplastia suelen ser peores que la evolución espontánea de la malformación. Recientemente, el uso de ultrasonido tridimensional y la resonancia nuclear magnética han ido desplazando rápidamente a la histerosalpingografía como método diagnóstico de anomalías müllerianas en países desarrollados. Estos exámenes ofrecen la ventaja de ser menos invasivos y más cómodos para la paciente; sin embargo, su alto costo es todavía una limitante para su uso masivo en nuestro medio.

Un grupo de defectos anatómicos adquiridos corregibles, que pueden asociarse con aborto y fallas de implantación recurrentes, son las sinequias uterinas, los miomas submucosos y los pólipos endometriales, y la presencia de defectos en la cicatriz de la cesárea, llamado Istmocele. La remoción histeroscópica de dichas lesiones podría mejorar el pronóstico de parejas con aborto recurrente basado en escasos trabajos no controlados con placebo.

Finalmente, un defecto congénito, afortunadamente en extinción, es el útero hipoplásico en forma de T ocasionado por la exposición *in útero* a dietilestilbestrol. Dicha anomalía se asociaba con aborto a repetición y mal resultado reproductivo. Se recomienda cerclaje profiláctico con regulares resultados.

## Factores anatómicos

La incompetencia cervical y algunas malformaciones uterinas representan causas congénitas o adquiridas corregibles de aborto a repetición. La historia de aborto en bloque de segundo trimestre, sin trabajo de aborto reconocido, es altamente sugerente de incompetencia cervical, como lo son también el hallazgo de herniación pasiva de membranas ovulares a la ecografía y el endocérnix dilatado en

situación no gestante que permite el paso de un dilatador de Hegar No 8 sin esfuerzo. Las pacientes pueden presentar esta condición secundaria a traumatismos cervicales, como desgarros postparto y conización, o, como ocurre en la mayoría de los casos, corresponder a una alteración primaria cervical que se descubre en el primer embarazo. Una forma factible de detectar esta anomalía es mediante histerosalpingografía, en la que se observa un canal endocervical muy amplio y con abundante reflujo del medio de contraste. En cualquier caso, es la sospecha clínica ante una historia sugerente la que más pesa en el momento de decidir si realizar o no un cerclaje. Las técnicas más usadas para cerclajes electivos son las vaginales de McDonald y de Shirodkar. El primero es el más empleado por su simpleza y buenos resultados. Para cerclajes de emergencia, en pacientes con modificaciones cervicales y herniación de membranas, la vía abdominal está también descrita y se requiere un operador experimentado por su mayor riesgo y técnica más compleja. Ante diagnósticos dudosos se recomienda optar por un cerclaje entre las 12 y 16 semanas de gestación y se considera el riesgo cercano al 100% de pérdida fetal en casos de incompetencia cervical no tratados. Este margen para la realización de la cirugía ofrece las ventajas de haber seleccionado ya un feto viable y encontrarse aún con un cérvix fácil de maniobrar. En cualquier forma, el cerclaje debe ser retirado cumplidas las 36 semanas, ante trabajo de parto y ante sospecha de infección intrauterina.

Las malformaciones müllerianas que pueden asociarse con fallas reproductivas son las anomalías mayores producidas por defecto en la reabsorción septal, conocido como útero septado y los defectos en la fusión de los conductos de Müller, como el útero didelfo, si es completo, o el útero bicorne o unicornio, si hubo fusión parcial. Al respecto, es reconocido que el útero septado se correlaciona únicamente con aborto recurrente, mientras que los úteros didelfo, bicorne y unicornio se asocian con parto prematuro y, menos frecuentemente, con abortos de segundo trimestre. Esta última asociación ha sido también descrita para el grado menor de defecto de reabsorción septal denominado útero

arcuato. Se calcula que 2.3% de las mujeres en edad fértil son portadoras de alguna de estas anomalías y el útero septado es la más frecuente (1.6%), seguida del bicorne.

Pese a los grandes avances en medicina reproductiva, el aborto recurrente sigue siendo un frecuente dolor de cabeza para los equipos tratantes por cuanto son numerosas las parejas estudiadas a quienes no se les encuentra ningún factor reconocible. Este grupo, llamado abortadoras recurrentes idiopáticas, tiene, sin embargo, un excelente pronóstico y exhibe una probabilidad de embarazo que rodea el 70% en un futuro cercano. En ese sentido, es preciso reforzar en la pareja la necesidad de identificar factores susceptibles de modificar, pero, a su vez, entregarle un mensaje positivo cuando no se encuentran.

## Factores inmunológicos

Durante el embarazo son numerosos los cambios en la respuesta inmune que experimenta la mujer ante la presencia del embrión. Pese a que hereda antígenos de ambos progenitores, normalmente no es rechazado por la madre gracias a una modulación de la inmunidad, más que a un estado de inmunosupresión. Al respecto, se han descrito múltiples mecanismos por los que el embrión podría estar protegido durante el embarazo, como la falta de expresión trofoblástica de antígenos del complejo mayor de histocompatibilidad (CMH Ia), la respuesta inmune humoral con predominio de expresión de citocinas del tipo Th2 (interleukinas 3, 4, 5, 10 y 13) en lugar de una respuesta citotóxica del tipo TH1 (interleukina 2, factor de necrosis tumoral alfa y beta, interferón gamma), la disminución de expresión de células NK en el tejido endometrial, la producción de ligandos apoptóticos como el sistema Fas/FasL que impedirían la acción citotóxica de células inmunes activadas y la presencia de anticuerpos bloqueadores. Desgraciadamente, no se dispone de suficiente evidencia para solicitar el estudio rutinario de factores inmunológicos en parejas con aborto recurrente, mucho menos para recomendar tratamientos, como la inmunización con leucocitos paternos, con linfoci-

tos de donante o con membranas trofoblásticas, o el uso de inmunoglobulina intravenosa, pues su eficacia todavía no ha sido probada. El uso de corticoesteroides tampoco está indicado en pacientes con aborto recurrente y anticuerpos antinucleares positivos, a menos que existan criterios clínicos de actividad de artritis reumatoidea. De hecho, su uso se ha asociado con un aumento de complicaciones maternas y fetales, sin demostrarse efecto positivo en las tasas de recién nacido vivo.

Donde sí existe suficiente evidencia para sustentar el estudio y tratamiento de causas autoinmunes de aborto recurrente es en el síndrome antifosfolípido (SAF). Esta condición podrían presentarla cerca del 15% de las parejas con aborto recurrente y existe consenso en que para su diagnóstico es necesario reconocer al menos un criterio clínico y uno de laboratorio (Tabla 2).

Los mecanismos por los que el SAF se asocia con pérdidas embrionarias y fetales incluyen una disminución de la fusión, diferenciación e invasión trofoblástica, así como trombosis progresiva e infartos placentarios. El tratamiento que ha evidenciado hasta ahora una mayor tasa de recién nacidos vivos en pacientes con aborto recurrente y SAF es

la combinación de ácido acetilsalicílico en bajas dosis más heparina no fraccionada, con lo que se reporta una disminución de 54% en la tasa de abortos. El uso de heparina de bajo peso molecular ha demostrado hasta la fecha, ser equivalente pero no superior a la heparina no fraccionada. Se estima que hasta un 90% de las gestaciones con síndrome antifosfolípidos no tratadas terminarán en aborto, por lo que se recomienda suspender la terapia periparto y restablecerla en el puerperio inmediato. Las pacientes portadoras de lupus eritematoso sistémico merecen un comentario aparte por su elevado riesgo de aborto espontáneo y recurrente, particularmente, las que tienen anticuerpos antifosfolípidos positivos, marcador que se encuentra presente en 37%.

## Factores trombofílicos

Recientemente ha acaparado la atención un grupo de factores congénitos o adquiridos conocidos como trombofilias que aumentan el riesgo de desarrollar fenómenos trombóticos y de producir abortos secundarios a un es-

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos del SAF

<b>Criterios clínicos</b>	<p><b>Trombosis vascular:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 episodio de trombosis arterial, venosa o capilar, en cualquier tejido u órgano.</li> </ul> <p><b>Complicaciones gestacionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una o más muertes inexplicadas de fetos morfológicamente normales de 10 o más semanas de gestación.</li> <li>• Una o más muertes inexplicadas de fetos morfológicamente normales de 34 semanas de gestación o menos por causa de eclampsia, preeclampsia grave o insuficiencia placentaria grave.</li> <li>• Tres o más abortos espontáneos consecutivos inexplicados de menos de 10 semanas de gestación.</li> </ul>
<b>Criterios analíticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticuerpos anticardiolipina: Isotipos IgG y/o IgM en suero o plasma en concentraciones moderadas o altas (&gt;40 GPL o MPL, o &gt; percentil 99) en dos ocasiones o más separadas al menos por 12 semanas, medidos por Elisa.</li> <li>• Anticuerpos anti B2 glicoproteína I: Isotipos IgG y/o IgM en suero o plasma en concentraciones moderadas o altas (&gt; percentil 99) en dos o más ocasiones separadas al menos por 12 semanas, medidos por Elisa estandarizado.</li> <li>• Anticoagulante lúpico: detectado en sangre en dos o más ocasiones separadas por al menos 12 semanas, según las normas de la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia.</li> </ul>

Fuente: L. E. Pérez, V.C. Pertuz. Aborto recurrente espontáneo. Infertilidad y endocrinología reproductiva. Editorial Universidad Militar Nueva Granada. 2015; 421-438

tado de hipercoagulabilidad. Hasta el 8% de abortos recurrentes podría asociarse con una trombofilia y las más frecuentes son la hiperhomocisteinemia, el Factor V de Leiden y la resistencia a la proteína C activada. El uso de ácido fólico en altas dosis, junto a vitamina B6 y B12, es el tratamiento de elección para la hiperhomocisteinemia, mientras que la tromboprolifaxis con heparina es lo propuesto para las otras trombofilias, no obstante, se requieren más estudios prospectivos randomizados para sustentar su real beneficio.

## Factores endocrinológicos

Por mucho tiempo se han atribuido los abortos como secundarios a un déficit de progesterona, conocido como defecto de fase lútea o cuerpo lúteo insuficiente. Hasta la fecha, son controversiales los estudios que apoyan la existencia de un defecto primario del cuerpo lúteo como causa de aborto a repetición y se estima que la baja producción de progesterona es la consecuencia y no la causa del aborto. Tradicionalmente, se ha considerado sospechoso de insuficiencia lútea una duración de dicha fase inferior a 12 días, una medición de progesterona plasmática en fase lútea media menor a 10 ng/ml o la sumatoria de tres mediciones inferior a 30 ng/dl y se fija como gold standard la biopsia endometrial en fase lútea media desfasada por más de dos días. No obstante, siguiendo ese criterio, hasta 31% de pacientes fértiles puede tener una fase lútea desfasada, y hasta 50% de mujeres con criterios histológicos de defecto de fase lútea tienen simultáneamente niveles normales de progesterona plasmática, lo que pone en duda el real significado del hallazgo. La mayoría de las veces, el defecto de fase lútea es consecuencia de una fase folicular insuficiente, secundaria a una hiperprolactinemia, una disfunción tiroidea o anovulación crónica, que, por ser corregidas, normalizarán la función lútea. Hasta ahora el apoyo de fase lútea con progesterona oral, vaginal o intramuscular

ha resultado equivalente a la estimulación lútea con hCG en bajas dosis y ha demostrado utilidad en mujeres con aborto recurrente idiopático según la reciente revisión Cochrane. En los casos indicados, se recomienda iniciar precozmente el apoyo de fase lútea y mantenerlo hasta la octava semana de gestación cuando se trata de embarazos viables.

El hipotiroidismo no tratado puede elevar el riesgo de aborto, razón por la cual resulta de suma utilidad solicitar estudio de TSH en toda paciente con historia de aborto recurrente. Pese a la mayor frecuencia reportada en algunos estudios de anticuerpos antitiroideos antimicrosomales y antitiroglobulina en mujeres con aborto a repetición, se recomienda tratar únicamente a las mujeres hipotiroideas porque no existe evidencia de beneficio para pacientes eutiroideas. Estas últimas, sin embargo, tienen mayor riesgo de desarrollar hipotiroidismo durante el embarazo por lo que es recomendable monitorizar con TSH en cada trimestre de la gestación.

La hiperprolactinemia es otra patología endocrina corregible de aborto a repetición, que provoca alteración del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal y, por ende, tanto foliculogénesis como fase lútea insuficiente. La medición de prolactina en ayunas al inicio del ciclo menstrual y el uso de bromocriptina o cabergolina en pacientes con resultados elevados ha demostrado un beneficio en mujeres con aborto a repetición.

La diabetes mellitus constituye un factor de riesgo para aborto y malformaciones fetales cuando existe un mal control metabólico, por lo que no se justifica el screening con hemoglobina glicosilada en pacientes asintomáticas o con glicemias basales normales. A su vez, se recomienda euglicemia en las pacientes afectadas, antes de exponerse a embarazo.

Por último, mujeres portadoras de síndrome de ovario poliquístico, especialmente con insulino resistencia, también pueden ver aumentado su riesgo de padecer aborto a re-



petición. Por esta razón, el uso de insulino sensibilizadores asociado con dieta y equilibrio en el peso corporal resultan de suma utilidad en pacientes con esta condición.

## Otras causas posibles

Si bien algunos cuadros infecciosos genitales o sistémicos pueden producir aborto esporádico, no existen evidencias para vincular a infecciones vaginales, virales ni parasitarias como la causa de abortos a repetición.

También es discutible la asociación entre factor masculino y aborto recurrente; sin embargo, algunos autores han mostrado una mayor prevalencia de abortos a repetición en casos de teratospermia, lo que justificaría solicitar un espermograma dentro del estudio de estas parejas.

Hay numerosos trabajos de investigación en curso que pretenden responder la incógnita de los abortos recurrentes idiopáticos, con líneas tan relevantes como el déficit de expresión de moléculas necesarias para la implantación endometrial y la disminución en la perfusión uterina peri y post implantación. El problema principal que plantean los grupos estudiados es la dificultad para seleccionar pacientes que compartan similares condiciones y la alta tasa de éxito espontáneo en las pacientes con aborto recurrente idiopático, que llega hasta el 50-60%.

## Estudio sugerido para parejas con aborto recurrente

El protocolo diagnóstico del AR se basa en la información anterior y se considera desde un punto de vista eminentemente clínico y práctico. (Tabla 3). Se deben buscar y diagnosticar aquellas patologías sobre las que existan evidencias de su relación causal con el AR.

El protocolo se aplicará en mujeres con tres o más abortos, consecutivos o no, o a partir de dos abortos si se trata de

**Tabla 3.** Protocolo diagnóstico de Aborto Recurrente

Etiología	Test diagnóstica
Genética	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cariotipos paternos</li> <li>• Estudio citogenético del aborto</li> <li>• PGS</li> </ul>
Anatómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía vaginal (preferiblemente 3D) o histeroscopia</li> </ul>
Trombofilia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticuerpos anticardiolipina IgG, IgM</li> <li>• Anticuerpos anti B2 glicoproteína I IgG, IgM</li> <li>• Anticoagulante lúpico</li> <li>• APCR (ratio &lt; 2: Factor V Leiden)</li> <li>• Mutación G2021A del Factor II</li> <li>• Antitrombina</li> <li>• Proteínas C y S</li> <li>• Homocisteína en ayunas</li> </ul>

Fuente: J. Bellver, J. Giles. Aborto de repetición. Manual práctico de esterilidad y reproducción humana, aspectos clínicos. 5ª Edición. Editorial Panamericana. 2018;485-506.

mujeres infértiles o de edad avanzada, ya que pueden presentar causas comunes que justifiquen ambos problemas. Por ejemplo, la incidencia de anomalías cromosómicas embrionarias *de novo* aumenta con la edad de la mujer, y también puede originar AR y fallo de implantación, que produce infertilidad. Del mismo modo, la prevalencia de SAF o de miomas es mayor en mujeres de edad avanzada, y también se han relacionado con problemas de implantación y AR. De una manera simple los estudios para solicitar son: cariotipo de ambos miembros de la pareja, histerosalpingografía, estudio de ciclo con biopsia endometrial o progesterona en fase lútea media, prolactina, TSH, anticuerpos anticardiolipinas y anticoagulante lúpico, espermograma. En casos especiales por su clínica, solicitar: estudio de trombofilia (proteína C, factor V Leiden, Antitrombina III). Anti B2GP1 IgG e IgM. Estudio de insulino resistencia en el contexto de ovario poliquístico. Idealmente, en cada aborto, realizar estudio de cariotipo de los restos ovulares.

## Apoyo emocional

Se ha dejado para el final un aspecto que debe tenerse en consideración. No olvidar que estas parejas están viviendo una situación extremadamente estresante. Cada embarazo representa una nueva esperanza, una nueva posibilidad de cumplir sus sueños, pero, sobre todo, un enorme temor de volver a fracasar. Los abortos son vividos como un duelo, que no se puede minimizar por cuanto no existe proporcionalidad entre la edad gestacional de la pérdida y la magnitud del dolor humano. Un apoyo emocional brindado por especialistas en el tema (psicólogos y terapeutas familiares) es altamente recomendable para ambos.

El médico tratante debe tener presente todos estos aspectos para desarrollar una relación empática con la pareja con el objeto de avanzar en el estudio de los factores asociados. Además, brindar confianza para aventurarse en otro embarazo o, en casos de mal pronóstico, ayudarlos a definir alternativas terapéuticas más complejas que van desde la reproducción asistida con diagnóstico pre-implantatorio, la donación de óvulos y la adopción. Es importante enfatizar en que el tiempo empleado no ha sido en vano, como tampoco la experiencia vivida, por dura que parezca, que el futuro es promisorio en la mayoría de los casos y que, probablemente, habrá contribuido en su aprendizaje como padres. Finalmente, recordarles que con un diagnóstico y terapia adecuada más del 80% de las parejas, lograrán, finalmente, tener un bebé en casa. ■





## Referencias bibliográficas

1. ASRM Practice Committee. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril* 2013; 99:63.
  2. Branch DW, Gibson M, Silver RM. Clinical practice: recurrent miscarriage. *N Engl J Med* 2010;363:1740-1747.
  3. Sugiura-Ogasawara M, Ozaki Y, Suzumori N. Management of recurrent miscarriage. *J Obstet Gynecol Res* 2014;40:1174-1179.
  4. Hodes-Wertz B, Grifo J, Ghadir S, et al. Idiopathic recurrent miscarriage is cause mostly by aneuploid embryos. *Fertil Steril* 2012;98:675-680.
  5. De Jong PG, Kaandorp S, Di Nisio M, Goddijn M, Middeldorp S. Aspirin and/or heparin for women with unexplained recurrent miscarriage with or without inherited thrombophilia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Jul 4;7:CD004734
  6. Wong LF, Porter TF, Scott JR. Immunotherapy for recurrent miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;10:CD000112.
  7. J. Bellver, J. Giles. Aborto de repetición. *Manual práctico de esterilidad y reproducción humana, aspectos clínicos*. 5ª Edición. Editorial Panamericana. 2018;485-506.
-