



# MEDICINA UNIVERSITARIA

www.elsevier.es



## EDITORIAL

# Observaciones sobre el aborto y sus complicaciones

## *Observations on abortion and its consequences*

El manejo del aborto en la actualidad, es supervisado y avalado por organismos internacionales de salud, como la OMS, OPS, UNICEF, FIGO, entre otros. La causa de esta estrecha vigilancia, se debe a los riesgos potenciales que pueden poner en peligro la vida de la mujer. Si analizamos la mortalidad materna mundial, en lugares como África y América Latina, las complicaciones por aborto ocupan un tercer y cuarto lugar como causa de muerte. En México, encontramos que en el año 2 008 ocurrieron 1 167 muertes maternas, y de ellas 78 (6.6%) fueron por aborto.<sup>1</sup> Sin embargo, además de las complicaciones fatales que pueden ocurrir en el manejo quirúrgico del aborto, se reconocen otras, relacionadas con infertilidad, aborto de repetición, mayor incidencia de placenta previa, placenta acreta, como se anota en el artículo que se presenta en este número de Medicina Universitaria, la adenomiosis.

Por miles de años, el aborto fue tratado sólo con la administración de bebidas medicinales con acción oxi-tóxica. El uso del legrado uterino apareció hasta 1 845, cuando en Francia, el Dr. Joseph Recamier (1774-1852) inventó la legra usando unas cucharillas, que eran muy usadas en medicina para raspar excrecencias y tejido de granulación de las heridas. Recamier las adaptó uniéndolas a un tallo metálico largo. Su uso se generalizó por los años 1860's y 1870's, cuando se hicieron más ligeras y flexibles. Al utilizar la legra con mayor frecuencia, aparecieron graves complicaciones inmediatas como la perforación uterina, la hemorragia e infección. Otras, de aparición más tardía se relacionaron con infertilidad y abortos de repetición. La infertilidad ocurre por el agresivo raspado de la cavidad uterina, que elimina amplias zonas de la capa basal del endometrio, que al cicatrizar forman adherencias entre la pared anterior y posterior del útero, causando amenorrea e infertilidad. El primero en describirlas fue Heinrich Fritz en 1921, pero fue hasta 1948 que Joseph G. Asherman publicó una serie de artículos que describían la frecuencia, etiología, síntomas

y hallazgos radiológicos de esta condición, motivo por el cual se le conoce como *síndrome de Asherman*.<sup>2</sup>

Los abortos de repetición, después de un legrado uterino ocurren en aquellos casos donde es necesario dilatar el cérvix. La dilatación se hace con instrumentos como las bujías de Hegar, que son unos cilindros metálicos de punta roma, de diferentes diámetros, que se introducen en el cérvix, aumentando el grosor gradualmente hasta lograr su objetivo. Otros dilatadores usados en el siglo XIX eran tan complicados como pinzas de dos, tres y hasta cinco puntas, que se mantenían unidas para poder introducir las en el canal cervical, y luego, al hacer girar un mecanismo de tuerca colocado en la base, estas puntas se separaban ejerciendo una presión mecánica sobre las paredes del endocervix, causando en muchas ocasiones lesión estructural del mismo. Este daño del cérvix se conoce como insuficiencia o incompetencia cervical, y clínicamente se caracteriza porque al aumentar el peso del embarazo a partir del segundo trimestre, el orificio cervical interno lesionado cede a la presión ejercida por la gestación, y termina por dilatarse tempranamente, con el consiguiente nacimiento de un producto inmaduro.

Los grandes avances en el manejo del aborto, aparecieron cuando las legislaciones de diferentes países empezaron a aceptar el aborto legal en casos seleccionados y posteriormente, como una medida de planificación familiar. A finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, la prohibición del aborto se mantuvo de manera estricta, con penas severas contra la madre y el médico o partera que estuviesen involucrados. Sin embargo, al ver que la tasa de abortos no disminuía, y sobre todo, por el alto número de complicaciones en las madres, ciertos países se vieron obligados a hacer cambios legislativos. Por los años 1950's aparecieron leyes en los Estados Unidos y Europa, que suavizaron las penalizaciones por cometer aborto, y lo hicieron legal en ciertos casos específicos, como la violación y en caso de riesgo de muerte de la madre. El movimiento feminista de los años 1960's,

tuvo gran influencia para que en los 1970's, las leyes comenzaran a aceptar el aborto por decisión de la mujer.

Por estos años aparecen medicamentos análogos a las prostaglandinas, como la dinoprostona, que fue descubierta en 1957, pero estuvo disponible para su uso hasta 1970, y el misoprostol que apareció en 1973. Estas drogas actúan estimulando las contracciones uterinas y activando la enzima colagenasa en el cérvix uterino, lo que induce a su reblandecimiento y dilatación. Estas sustancias se utilizan para inducir el aborto y para dilatar el cuello uterino.<sup>3</sup>

El uso de la aspiración como un método para extraer el contenido uterino, fue publicado en China, por los doctores Wu Yuntai y Wu Xianzhen en 1958, después de varios años de estar usando la técnica.<sup>4</sup> Sin embargo, sus trabajos fueron traducidos al inglés al cumplir el 50 aniversario del inicio de su aplicación. Posteriormente, un psicólogo de los Estados Unidos, Harvey Karman refinó el método a principios de los años 1970's con el desarrollo de la cánula de Karman, suave y flexible, que evitaba la necesidad de la dilatación cervical y reducía los riesgos de perforación uterina. Actualmente, las organizaciones de salud así como los Colegios de Ginecología y Obstetricia recomiendan usar siempre que sea posible este método, y dejar el uso de la legra sólo en casos seleccionados. El uso de la aspiración endouterina en el Hospital Universitario UANL lo iniciamos el año 2001, con el apoyo del *Population Council*, y gradualmente sustituyó al legrado instrumental. Para el año 2002, el 84% de los abortos incompletos eran atendidos con este método. Además de las ventajas técnicas ya descritas, la aspiración endouterina, al ser un procedimiento ambulatorio y que no amerita anestesia, logra una clara mejoría en el tiempo de atención, la calidad de la misma y en los costos.<sup>5</sup>

Histológicamente el endometrio es una delicada línea epitelial, que es muy sensible al trauma y a la infección, pudiendo ser dañada mucho más fácilmente de lo que se pensaba. La función más conocida del endometrio es la relacionada con el ciclo menstrual, ya que es la más evidente, sin embargo también actúa como una barrera (convertido en decidua) en el embarazo, que impide que el tejido trofoblástico invada al miometrio. Estudios recientes han relacionado una mayor incidencia de placenta previa y placenta acreta, en aquellas mujeres sometidas a aborto inducido y que fueron tratadas con legrado, en comparación con las que se usó el método de aspiración.<sup>6</sup>

Acerca del tema que nos ocupa en este escrito, la adenomiosis es un trastorno benigno que afecta al útero, y que consiste en la presencia de glándulas endometriales de tipo basal, más allá de 2.5 mm en la profundidad del miometrio. Se asocia a multiparidad y al antecedente de cirugías previas, como legrado uterino, cesárea e histeroscopia. La causa de este fenómeno no se conoce, pero estudios experimentales y en humanos apuntan hacia una invaginación endometriometrial, facilitada por una debilidad del tejido muscular e incremento de la presión endouterina. En esta teoría se explica, que después de un legrado uterino pueden quedar áreas débiles que

durante la menstruación y debido a las contracciones uterinas propias de este proceso, las células endometriales son introducidas al miometrio.<sup>7</sup> El cuadro clínico de la adenomiosis se relaciona a los cambios reactivos en el músculo uterino por la presencia de esas glándulas, como hipertrofia e hiperplasia muscular, sangrado abundante y dismenorrea. Llama la atención que las partes uterinas donde se encuentra con mayor frecuencia son las caras anterior y posterior, lugares donde el uso de la legra es más accesible. Aunque el diagnóstico final es hecho por Anatomía Patológica, en los últimos años se han presentado trabajos que reportan una buena correlación diagnóstica con el uso de la resonancia magnética.<sup>8</sup>

El aspecto más relevante de este estudio es que demuestra con una clara metodología estadística, la relación entre la adenomiosis y el traumatismo endometrial causado por el legrado uterino. Asimismo, nos ha permitido revisar los problemas médicos relacionados con la atención quirúrgica del aborto, que van desde algunos que ponen en peligro la vida de la madre, hasta enfermedades ginecológicas que hasta hace pocos años no conocíamos su origen. Lo más importante, es que hablamos de lesiones iatrogénicas, lesiones que la mujer no padecía y que nosotros, los médicos, causamos.

En una ocasión, el Dr. Héctor Salinas, famoso Gineco-obstetra neoleonés, oriundo de los Herreras e inventor del fórceps que lleva su nombre, mencionó: "En medicina todo es un paso para adelante y otro para atrás", refiriéndose a como se vuelven a poner de moda procedimientos de épocas anteriores. Y la verdad es que hoy, al contar con los análogos de las prostaglandinas, estamos volviendo a la antigua práctica de dar un medicamento y mantener una conducta expectante de vigilancia, evitando en todo lo posible cualquier procedimiento intrauterino.

**Dr. José Luis Iglesias-Benavides**

Jefe del Servicio de Obstetricia

Facultad de Medicina y Hospital Universitario

Dr. José Eleuterio González de la UANL.

Monterrey, N.L., México.

*Correspondencia:* Servicio de Obstetricia.

Hospital Universitario

Dr. José E. González de la UANL.

Madero y Gonzalitos s/n. C.P. 64460.

Teléfono: 8389 11 73.

*Correo electrónico:*

joseluisiglesiasbenavides@yahoo.com.

## Referencias

1. Consultado el 25 de mayo de 2012. [www.sinais.salud.gob.mx](http://www.sinais.salud.gob.mx).
2. Asherman JG. Amenorrhoea Traumatica (Atretica). *J Obstetrics Gynecology British Empire* 1948;23-30.
3. Karim SM, Trussell RR, Patel RC, et al. Response of pregnant human uterus to prostaglandin F2a induction of labour. *Br Med J* 1986;4:621-623.

4. Wu Y, Wu X. A report of 300 cases using vacuum aspiration for the termination of pregnancy. *Chinese J Obstetrics of Gynecology* 1958;447-449.
5. Iglesias B, González I, Livas S, et al. Manejo integral de la atención post-aborto en el Hospital Universitario de la UANL. Implementación de la técnica de aspiración manual endouterina. *Revista Universitaria* 2004;6:9-15.
6. Dueñas G, Rico O, Rodríguez M. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007;72(4):266-271.
7. Gallo JL, Pérez-Herrezuelo I, Díaz MA, et al. Adeniosis: Una Afección uterina frecuente. *Clin Invest Gin Obst* 2006;2:59-63.
8. Gordts S, Brossens JJ, Fusi L, et al. Adeniosis uterina: la necesidad de una terminología uniforme y la clasificación de consenso. *Reprod Biomed* 2008;17(2):244-248.