

Aborto Espontâneo de Repetição ou Aborto Recorrente

Rosiane Mattar

O aborto é a perda da gravidez antes de atingir a viabilidade. A Organização Mundial de Saúde definiu abortamento a perda do concepto antes de 20 semanas, 500 g ou 16,5 cm. Esta é uma das doenças mais frequentes em Obstetrícia, sendo que o aborto esporádico acontece em 15 a 20% de todas as gestações.

A repetição do aborto é algo triste para os casais e frustrante para os médicos. O questionamento fundamental dos casais é qual a razão da recorrência da perda. Todos que trabalham com Aborto espontâneo de Repetição (AER) têm certeza que ele não acontece ao acaso e que deve haver uma etiologia, mas ela, muitas vezes, é difícil de ser determinada.

Embora classicamente o AER seja definido como a perda de três ou mais gestações consecutivamente, a OMS em 2009 sugeriu que com perda de duas ou mais gestações já fosse iniciada alguma pesquisa. Essa recomendação se baseou no fato de que o risco de perda gestacional é de 15% após 1 perda, 17 a 31% após 2 perdas consecutivas, 25 a 46% após 3 perdas consecutivas e que as mulheres atualmente estão engravidando com mais idade. Assim, atualmente, a melhor recomendação é iniciar a investigação após a 2ª perda gestacional consecutiva de causa não estabelecida, principalmente se a mulher tiver mais de 35 anos, infertilidade prévia e se for AER primário.

A anamnese do casal e a caracterização de perdas anteriores é fundamental para orientar a pesquisa da causa e a forma de tratamento.

Existem fatores de risco para a ocorrência de AER, sendo que a idade materna é o principal. Assim no quadro abaixo podemos ver que conforme a idade materna vai aumentando, o risco de abortamento aumenta progressivamente, principalmente após 35-40 anos, e em relação a isso ainda não há tratamento. Assim o risco médio de abortar com 20 a 30 anos é 9 a 17%, com 35 anos é 20%, com 40 anos é 40% e com 45 anos é cerca de 80%. Outros fatores de risco são tabagismo, consumo de álcool e drogas, , mulheres muito magras ou muito gordas nos extremos de peso (IMC <18 ou >25) e portadoras de doença celíaca

Em relação à causa do AER é importante realizar pesquisa direcionada ao quadro clínico e história das perdas.

Os abortos precoces, que ocorrem até 12 semanas, representam 80% dos abortamentos, A causa mais frequente de aborto precoce, principalmente se esporádico, é a anormalidade cromossômica. As mais encontradas no material de aborto são: Trissomias autossômicas: cromossomo 16 (30%), cromossomo 22 (14%); Monossomia X (20%); Poliploidias (15%) e outras como as estruturais e os mosaicos. A incidência

das cromossomopatias diminui com a idade gestacional. A análise do material de aborto na busca de cromossomopatias deve ser indicada a partir do 2º aborto, seja por cultura – Banda G ou técnicas moleculares.

Também deve ser solicitado o cariótipo do casal. Em cerca de 4% dos casais com AER se encontra, em um dos pais, a presença de anormalidade cromossômica: translocação balanceada ou não e mosaico. Nestes casos é necessário analisar o prognóstico de futura gestação.

Em todas as portadoras de AER deve-se pesquisar anormalidades uterinas sejam adquiridas ou congênitas, pois podem causar alterações na vascularização endometrial, e ocasionar maior risco de abortamento. A presença de útero bicorno, septado e outros está mais comumente associada a abortos tardios ou prematuridade. Deve-se considerar correção cirúrgica em defeitos importantes para melhorar a chance em gravidez futura.

Na pesquisa da causa deve-se procurar doenças endócrinas: tireopatias principalmente com presença de anticorpos e diabetes mal controlado.

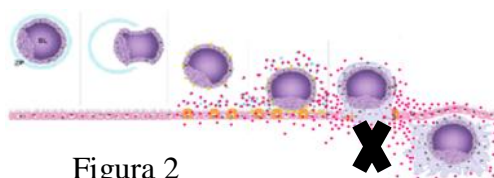
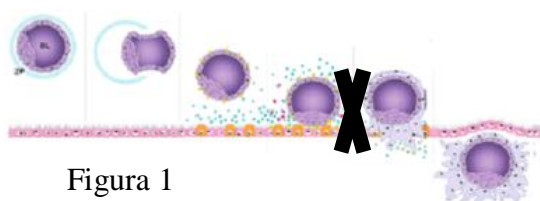
Em relação às trombofilias, as adquiridas se relacionam ao aborto precoce de repetição. Deste modo, todas as pacientes com 3 ou mais abortos precoces com menos de 10 semanas devem ser submetidas à pesquisa de Síndrome de Anticorpos Antifosfolípides. Já no que se refere à trombofilia hereditária, os estudos têm mostrado não haver associação com AER não se justificando rotineiramente sua pesquisa. O uso da heparina de baixo peso molecular parece justificado nos casos de SAF em associação com aspirina em baixa dosagem.

Em relação aos pais também há necessidade da verificação da idade paterna e do estado dos espermatozoides.

Mas, mesmo fazendo pesquisa completa relacionada acima não conseguimos determinar a causa em 50% dos casos, em razão desta dificuldade sempre estamos tentando encontrar meios melhores e eficazes da pesquisa da causa e do tratamento dos casais com AER.

Novidade no AER

A novidade em AER é a pesquisa da causa imunológica que seria identificada pela presença de linfócitos nK de padrão muito inflamado ou muito pouco inflamado nas células endometriais. Assim, baseados na pesquisa proposta por Ledee, na França, temos realizado biópsia de endométrio para estudo imunohistoquímico dos linfócitos presentes na camada endometrial. A fisiopatologia seria que em mulheres com endométrio com pouca resposta inflamatória o ovo não conseguiria apresentar implantação adequada na decídua como mostra a figura 1 e nas com endométrio muito inflamado a implantação seria adequada mas logo após haveria rejeição local como na figura 2 .



Nas mulheres pouco inflamadas haveria necessidade de estimular a resposta inflamatória com procedimentos intra-uterinos e exposição a antígenos paternos e nas com muita inflamação usa-se medicamentos que diminuem a resposta imunológica.

Nos estudos de Ledee observa-se melhora no prognóstico da futura gravidez, sendo uma nova luz na assistência aos casais com AER.