

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Primera versión.

INDICE

1. Definición.
2. Clínica.
3. Diagnóstico.
4. Diagnóstico diferencial.
5. Tratamiento.

1. DEFINICIÓN

La retención de restos ovulares y placentarios (ROP) se define como la presencia de tejido placentario y/o fetal que permanece dentro del útero después de una pérdida espontánea del embarazo (aborto espontáneo), terminación planificada del embarazo o parto. En términos generales, se considera que la cavidad endometrial vuelve a la normalidad a las 2-3 semanas postaborto y 6-8 semanas postparto.

Es una complicación que involucra alrededor del 1 % de los embarazos a término, ya sea por vía vaginal o cesárea, y es más común después de un aborto espontáneo o interrupción voluntaria del embarazo, en el primer o segundo trimestre, con una prevalencia de alrededor del 6%, siendo más frecuente tras el tratamiento médico del aborto.

2. CLÍNICA

Los síntomas variarán en función del tiempo de retención, el tamaño de los restos y la vascularización de los mismos. También puede cursar de forma asintomática, siendo un hallazgo casual ecográfico.

La presentación clínica más frecuente es el **sangrado abundante** o un **sangrado prolongado** (más de tres semanas si el embarazo ha finalizado en la primera mitad de la gestación o más allá de seis semanas en partos que se producen, en la última parte de la gestación). Además, pueden aparecer otros síntomas como el dolor pélvico y el aumento de la sensibilidad uterina, y en casos de infección, la fiebre.

3. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza mediante ecografía. Los parámetros ecográficos que pueden ser útiles para respaldar un diagnóstico clínico son:

- Masa hiperecoica heterogénea intrauterina
- Interfase endometrio-miometrio mal definida
- Hematometra acompañante
- Engrosamiento endometrial irregular. Se han descrito de forma arbitraria puntos de corte para el grosor endometrial, muy diferentes. No existe un punto de corte establecido que se

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

considere patológico, pero a partir de 2-3 semanas postaborto y 8 semanas postparto, una línea endometrial irregular y por encima de 13 mm, sería sugerente de ROP.

Una vez que se establece el diagnóstico ecográfico, se deben clasificar los hallazgos, según la clasificación Gutenberg. Dicha clasificación, correlaciona los diferentes patrones ecográficos con el aspecto histeroscópico de los restos retenidos, permitiendo además anticiparse a la complejidad y al grado de dificultad que podemos encontrar en el momento de su evacuación.

Se establecerá siempre, mediante ecografía, el tipo de ROP, ante el que nos encontramos, no siendo imprescindible la histeroscopia para el diagnóstico, que se realizará en caso de duda o cuando se haga con intención terapéutica y valorando siempre los riesgos en función de la vascularización visualizada mediante Doppler color.

Ante la sospecha de ROP, se remitirá a la paciente a Medicina Fetal para cita.

Clasificación ecográfica:

- Tipo 0: Patrón hiperecogénico avascular.
- Tipo 1: Avascular o mínimamente vascularizado.
- Tipo 2: Masa intracavitaria altamente vascularizada.
- Tipo 3: Masa intracavitaria hipervascularizada con gran vascularización miometrial.

Clasificación histeroscópica:

- Tipo 0: Se aprecia un tejido blanco, delicado en el que no se puede identificar ninguna estructura.
- Tipo 1: Se aprecian vellosidades coriales avasculares (blancas o pálidas)
- Tipo 2: Vellosidades coriales vascularizadas con poca vascularización en el área de implantación.
- Tipo 3: Vellosidades coriales vascularizadas con gran vascularización en el área de implantación.

La determinación de Beta-HCG sérica no tiene utilidad, salvo en aquellos casos en los que se sospeche la presencia de enfermedad trofoblástica.

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Malformación arterio-venosa: áreas hipoecoicas en el miometrio y un flujo sanguíneo de alta velocidad y multidireccional. En caso de sospecha ecográfica se solicitará un angioTAC, aunque la confirmación definitiva será, tras el diagnóstico en angioTAC, mediante arteriografía, que además, permite la realización de tratamiento.
- Anomalías anatómicas y patología intrauterina, como pólipos o miomas.
- Embarazo molar.

5. TRATAMIENTO

Manejo expectante:

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

Para las personas que están hemodinámicamente estables, poco sintomáticas y en ausencia de infección, vale la pena considerar el manejo expectante como la primera línea en el manejo de ROP, fundamentalmente, para evitar posibles complicaciones de la cirugía.

Se recomienda, especialmente, en pacientes con restos tipo 2 y tipo 3, debido al mayor riesgo de sangrado en la manipulación uterina y en aquellas pacientes con legrados previos y deseos genésicos.

El tiempo de expectación será inicialmente de seis a ocho semanas desde el final de la gestación (tasa de resolución de hasta el 90%), realizándose controles ecográficos cada 4 semanas, pudiendo espaciarse los controles en función de la vascularización, de la sintomatología de la paciente y de los deseos de gestación más o menos inmediatos. Se informará a la paciente de la posibilidad de sangrado durante este periodo de tiempo. Deberá de consultar en caso de sangrado abundante, aumento del dolor pélvico o fiebre. No existe evidencia de la necesidad de antibiótico de forma profiláctica, en estas pacientes.

Si durante el seguimiento se aprecia aumento del tamaño de los restos o infiltración de la pared miometrial, se hará una determinación de Beta-HCG y eventual biopsia histeroscópica para descartar enfermedad trofoblástica, especialmente en aquellos casos que, por tratarse de un aborto espontáneo o inducido farmacológicamente, no se haya obtenido muestra para estudio histológico.

Tratamiento médico:

Actualmente, no existe evidencia de que el tratamiento médico con misoprostol sea superior al manejo expectante en la retención de ROP, especialmente en aquellas pacientes tratadas previamente mediante legrado o tratamiento médico. No obstante, puede considerarse como una opción en aquellas pacientes en que la ecografía muestre los restos en vías de expulsión.

No se recomiendan las dosis repetidas de misoprostol. Tampoco se recomienda el tratamiento hormonal, ya que su efecto se limitará al endometrio y no a los ROP.

Tratamiento quirúrgico:

Aunque tradicionalmente se ha empleado el legrado como tratamiento quirúrgico, actualmente el tratamiento de elección, siempre que sea posible, será mediante histeroscopia, ya que tiene menos riesgo de perforación, permite la evacuación selectiva de los restos con un menor daño del endometrio adyacente y menor tasa de adherencias intrauterinas.

Se deben evitar, especialmente, los legrados de repetición, que pueden dañar la capa basal del endometrio favoreciendo, no solo la aparición de sinequias, sino también el adelgazamiento progresivo del mismo, pudiendo afectar a la fertilidad posterior.

- *Histeroscopia en consulta:* en pacientes con grosor endometrial inferior a 20-30 mm y con vascularización ausente o muy escasa.

No serán necesarios estudios analíticos previos, ayuno previo a la intervención, ni preparación cervical. Se hará solicitud de histeroscopia en consulta de forma preferente.

- *Histeroscopia en quirófano:* en pacientes con grosor endometrial \geq 20-30 mm o restos muy vascularizados (tipo 2-3), por el elevado riesgo de sangrado. No obstante, la recomendación en estos casos, será la actitud expectante, ya que en general la

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

vascularización sufrirá una disminución progresiva, haciendo más seguro el procedimiento quirúrgico, si finalmente no se produce una resolución espontánea. En los casos en los que, por la persistencia, sea necesario realizar un tratamiento quirúrgico, se podría contemplar la posibilidad de realizar una embolización previa, si se prevé un alto riesgo de sangrado, en aquellas pacientes con deseos genésicos cumplidos.

Si no se trata de una cirugía urgente, se hará inclusión en lista de espera quirúrgica de forma preferente. El ingreso se hará en planta de Ginecología, siendo necesario estudio preoperatorio y solicitud de pruebas cruzadas.

En cuanto a la evacuación mediante histeroscopia, se podrá realizar de forma mecánica, ya sea con pinzas, tijeras, asa fría o morcelador histeroscópico o mediante electrocirugía (berbiquí o resector bipolar). De forma general, no se realizará profilaxis antibiótica. Sí se realizará, en pacientes con endometriosis, hidrosálpinx o antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria.

Legrado: Se hará ecoguiado y se reservará para aquellos casos en los que el sangrado sea abundante e impida la visualización histeroscópica y en caso de sobreinfección de los restos, por el riesgo de diseminación de la infección a cavidad peritoneal. No obstante, en casos seleccionados, en los que la evacuación de los restos no sea posible mediante legrado, por anomalías anatómicas o patología uterina (por ejemplo, úteros miomatosos) se podría plantear la realización de evacuación histeroscópica con baja presión. En caso de infección, siempre se instaurará tratamiento antibiótico y se enviará muestra de los restos para estudio microbiológico.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso, L. Restos Gestacionales Retenidos (RPOC): Indicaciones y Métodos. *Hysteroscopy Newsletter*. 2022 Jun; 8(3):19-21.
2. Foreste V, Gallo A, Manzi A, Riccardi C, Carugno J, Sardo ADS. Hysteroscopy and Retained Products of Conception: An Update. *Gynecol Minim Invasive Ther*. 2021 Nov 5;10(4):203-209.
3. Jakopič Maček K, Blaganje M, Kenda Šuster N, Drusany Starič K, Kobal B. Office hysteroscopy in removing retained products of conception - a highly successful approach with minimal complications. *J Obstet Gynaecol*. 2020 Nov;40(8):1122-1126.
4. Lemmers M, Verschoor MAC, Oude Rengerink K, Naaktgeboren C, Bossuyt PM, Huirne JAF, et al. MisoREST: Surgical versus expectant management in women with an incomplete evacuation of the uterus after misoprostol treatment for miscarriage: A cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017 Apr;211:83-89.
5. Ohmaru-Nakanishi T, Kuramoto K, Maehara M, Takeuchi R, Oishi H, Ueoka Y. Complications and reproductive outcome after uterine artery embolization for retained products of conception. *J Obstet Gynaecol Res*. 2019 Oct;45(10):2007-2014.
6. Raz N, Sigal E, Gonzalez Arjona F, Calidona C, Garzon S, Uccella S, et al. See-and-treat in-office hysteroscopy versus operative hysteroscopy for the treatment of retained products of conception: A retrospective study. *J Obstet Gynaecol Res*. 2022 Sep;48(9):2459-2465.
7. Smorgick N, Barel O, Fuchs N, Ben-Ami I, Pansky M, Vaknin Z. Hysteroscopic management of retained products of conception: meta-analysis and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014 Feb;173:19-22.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

8. Stewart KT, Lee JS, Pan K, Albert AY, Fisher S. Outcome of using vaginal misoprostol for treatment of retained products of conception after first trimester miscarriage: a retrospective cohort study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2020 Dec;25(6):474-479.
9. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, Read M, Vyas S, Smith L. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ*. 2006 May 27;332(7552):1235-40.
10. Tzur Y, Berkovitz-Shperling R, Goitein Inbar T, Bar-On S, Gil Y, Levin I, et al. Expectant vs medical management for retained products of conception after medical termination of pregnancy: a randomized controlled study. *Am J Obstet Gynecol*. 2022 Oct;227(4):599.e1-599.e9.

7. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Resolución espontánea	% Casos correctamente con resolución completa tras expectación, sin complicaciones.	Recogida en base de datos	
Resolución histeroscópica consulta	% de casos resueltos en consulta de histeroscopia	Recogida en base de datos	

Autores	Dra. Aida González Paredes/ Dra. Mari Paz Carrillo Badillo		
Fecha elaboración	13/02/2023	Vigencia	13/2/2025