

Empleo de progesterona en metrorragia en gestaciones precoces

Elisa Simón San José. Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid.

PALABRAS CLAVE: Progesterona, gestación precoz, metrorragia, aborto, recién nacido vivo.

KEYWORDS: Progesterone, early pregnancy, vaginal bleeding, miscarriage, live birth.

Especialidades: Ginecología

Enlace revista original: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31067371>

ABSTRACT

a administración de progesterona durante el primer trimestre de gestación en pacientes con sangrado vaginal precoz no aumenta de manera significativa la incidencia de recién nacidos vivos, comparado con placebo.

The administration of progesterone during the first trimester among patients with bleeding in early pregnancy does not significantly increases the incidence of live births, when compared to placebo.

ARTÍCULO

La incidencia de amenaza de aborto se estima en un 25%. De ellos un 10-20% progresarán a pérdida de la gestación. Durante el embarazo, la progesterona parece jugar un papel fundamental, tanto en la preparación endometrial, como en el desarrollo inicial de la placenta. Tradicionalmente los estudios acerca de la administración precoz de progesterona en pacientes con sangrado temprano parecían demostrar una reducción de dicha progresión a aborto. Sin embargo, estos estudios se caracterizaban por su escasa evidencia científica y su pequeño tamaño muestral.

Este ensayo clínico multicéntrico, randomizado, doble ciego, compara las tasas de recién nacido vivo de más de 34 semanas en pacientes con sangrado vaginal en las primeras semanas de gestación tratadas con progesterona (400 mg/12 h vaginal o rectal) respecto a las tratadas con placebo. Tras aleatorizar a 4153 pacientes de entre 16 y 39 años, no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de recién nacido vivo (75% progesterona vs 72% placebo, RR: 1.03; IC 95%: [1.00-1.07], p 0.08). Al analizar por subgrupos, únicamente resultó significativa la diferencia en la incidencia de recién nacidos vivos en pacientes con 3 o más abortos previos (72% progesterona vs 57% placebo, RR: 1.28; IC 95%: [1.08-1.51], p 0.007). No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la incidencia de aborto (20% progesterona vs 22% placebo, RR: 0.91; IC 95%: [0.81-1.01]).

COMENTARIO

Desde que en los años 30 comenzasen a describirse las características endocrinológicas de la gestación en términos de niveles hormonales (hCG, progesterona...), y sus variaciones en gestaciones no evolutivas [1], numerosos estudios han tratado de demostrar la utilidad del uso precoz de progesterona para incrementar sus niveles en las amenazas de aborto y así disminuir las tasas de este último. No obstante, los ensayos previos a este estudio han sido de escasa evidencia. Coomarasamy y col. demuestran, tras emparejar a las pacientes por variables de confusión para el riesgo de aborto (edad, índice de masa corporal, movimiento cardíaco fetal, edad gestacional o cantidad de sangrado) lo que guías clínicas como la ACOG [2] ya defendían recientemente: el uso precoz de progesterona en pacientes con amenaza de aborto es controvertido, ya que no incrementa la incidencia de recién nacidos vivos. Podría existir únicamente un beneficio en el primer trimestre en pacientes con 3 o más pérdidas gestacionales previas. De hecho, el número de abortos previos es uno de los dos únicos factores de riesgo considerados pronósticos, junto con la edad, para identificar a pacientes con alto riesgo de pérdida gestacional recurrente [3].

No obstante, y pese a lo revelador de estos resultados, deben ser tomados con precaución, ya que no son generalizables para otras dosis, preparados o vías de administración de la progesterona. Por otro lado, tampoco resultan extrapolables para gestaciones muy precoces (previo a la visualización ecográfica de vesícula gestacional) ni posteriores a la semana 16 de gestación. Por último, este ensayo tampoco ha sido dimensionado para detectar resultados infrecuentes, como podrían ser las anomalías congénitas en el grupo de pacientes tratadas con progesterona (resultado no significativo en el diseño actual).

Idea final:

El empleo de progesterona natural micronizada por vía vaginal en gestaciones precoces (inferiores a 12 semanas, desde la aparición ecográfica del saco gestacional) que presentan sangrado vaginal, no incrementa de manera significativa la incidencia de recién nacidos vivos mayores de 34 semanas de gestación, cuando se compara con placebo. No parece por tanto indicada su utilización en estos casos para tratar de disminuir la tasa de abortos. Únicamente sería planteable en pacientes con abortos de repetición (3 o más).

BIBLIOGRAFÍA

1. Browne JSL, Henry JS, Venning EH. The significance of endocrine assays in threatened and habitual abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1939; 38: 927-55.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin — clinical management guidelines for obstetricians–gynecologists: early pregnancy loss. May 2015.

3. ESHRE Early Pregnancy Guideline Development Group. Recurrent pregnancy loss: guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology. November 2017.