

CARRERA DE ESPECIALISTA
EN DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO



TESIS:
“HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN LOS CONTROLES POST
ABORTO”

AUTOR
COLOMBINI MARÍA
POLICLÍNICO PAMI I



TUTOR:
DRA. CIVETTA JULIETA

DIRECTORA DE LA CARRERA
DRA. MARIELA STUR



ÍNDICE:

1. ÍNDICE.....	2
2. ABREVIATURAS.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. OBJETIVOS.....	6
5. REVISIÓN DEL TEMA.....	7
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
7. RESULTADOS.....	20
8. CONCLUSIONES.....	26
9. CASOS CLÍNICOS.....	28
10. BIBLIOGRAFÍA.....	32



ABREVIATURAS

AB: aborto

APS: atención primaria de la salud

ILE: interrupción legal del embarazo

IVE: interrupción voluntaria del embarazo

AMEU: aspiración mecánica endouterina

RPOC: retención de restos ovulares y placentarios o Retained Products of Conception

PSV: pico de velocidad sistólica

ETG: enfermedad trofoblástica gestacional

MAVs: malformaciones arterio-venosas

EMV: Enhanced Myometrial Vascularity o aumento de la vascularización miometrial

B-hCG: subunidad Beta de gonadotrofina coriónica humana.

DIU: dispositivo intra uterino



INTRODUCCIÓN:

La OMS definió al aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno.

El aborto espontáneo es aquel que ocurre de manera natural sin intervención y el aborto inducido o provocado es la interrupción voluntaria del embarazo mediante medicamentos o técnicas quirúrgicas.

La OMS ha incluido a la atención integral para el aborto en la lista de servicios esenciales de salud. La atención integral para el aborto incluye en suministro de información, la gestión del aborto, la atención relacionada con la pérdida del embarazo o aborto espontáneo y la atención posterior al mismo.

Hasta hace un tiempo la única información oficial disponible sobre los abortos que se realizaban en Argentina se basaba en el número de hospitalizaciones ocurridas en los establecimientos públicos debidas a complicaciones relacionadas con abortos.⁽²⁾

El 15 de enero de 2021 se publicó en el boletín oficial de la República Argentina la Ley 27610 titulada Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Artículo 1º- Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, en el cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y de la mortalidad prevenible.⁽⁷⁾

La ecografía es el método de diagnóstico por imágenes elegido a la hora del control postaborto por su eficacia y también por su accesibilidad. Aunque en la actualidad la OMS publicó que no se recomienda el uso de la ecografía como requisito para la prestación de servicios de aborto, por la



alta accesibilidad del método en nuestro medio es una práctica recurrente, debido probablemente a la alta accesibilidad del método, aunque no establecida con obligatoriedad en el cotidiano.(4)



OBJETIVOS:

- El propósito de este trabajo es recabar los hallazgos ecográficos en un consultorio de APS en pacientes que por diversas causas están transcurriendo un post aborto, evaluando hallazgos predictivos en la ecografía y la eficacia de la misma frente a esto.
- Repaso acerca de hallazgos ecográficos con sus posibles diagnósticos diferenciales y su correlación clínico/imagenológica.
- detallar el rol de la ecografía como herramienta diagnóstica y la utilidad del Doppler color en estas pacientes.
- Analizar frecuencia de restos ovulares.
- Intentar, aunque de manera pretenciosa, la creación de una base de datos locales sobre los que luego se puedan construir consensos a la hora de solicitud de estudios de control



REVISIÓN DEL TEMA

En las últimas directrices publicadas por la OMS en el 2022 se sostiene que la atención integral para el aborto incluye el suministro de información, la gestión del aborto (incluido el aborto provocado), y la atención relacionada con la pérdida del embarazo o el aborto espontáneo y la atención posterior al aborto.⁽⁴⁾

Según la guía para la interrupción legal del embarazo de la Fetal Medicine Barcelona no se recomienda realizar ecografía sistemática tras la expulsión del feto y la placenta si la paciente está asintomática porque eleva la tasa de falsos positivos.⁽³⁾

No es necesario realizar un ultrasonido para brindar atención del aborto aunque en algunos lugares es común, como en nuestro medio. El ultrasonido para el seguimiento después del aborto con medicamentos tiene limitaciones diagnósticas. Excepto en el caso de continuación de un embarazo viable, la intervención después de un aborto con medicamentos debe basarse en los síntomas y signos clínicos, y no en los hallazgos de un ultrasonido.

Existen distintos métodos para realizar de forma segura la interrupción de un embarazo, ya sea con medicamentos pudiendo utilizarse solamente Misoprostol o, el estándar de oro propuesto por la OMS la combinación de Mifepristona con Misoprostol. También puede utilizarse la aspiración de vacío manual o eléctrica (AMEU) que consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío. Según sea la forma en que se produce el vacío, la técnica puede ser de aspiración eléctrica mediante una bomba eléctrica, o manual en la que el vacío se crea utilizando un aspirador plástico sostenido y activado con la mano llamado AMEU ⁽²⁾

La elección del método depende del deseo de la paciente y de la edad gestacional cursada. En nuestra ciudad en el ámbito público el AMEU se realiza en internaciones transitorias con controles ecográficos intra-procedimiento.



En el control ultrasonográfico posterior a una finalización de un embarazo con medicamentos puede haber diversos hallazgos:

- Continuación de embarazo viable en el cual el saco y/o embrión con actividad cardiaca están presentes.
- Saco gestacional persistente, en el cual el saco está presente pero no hay embrión viable
- Pérdida incompleta
- Aborto completo.

Se considera un aborto completo o pérdida completa cuando por ecografía puede verse un útero vacío, con un endometrio inferior a 15 mm de espesor, de aspecto homogéneo.

Una pérdida incompleta es la persistencia de restos ovulares después de la expulsión del embarazo. Se define retención de restos ovulares y placentarios o Retained Products of Conception (RPOC), como la persistencia de productos de la gestación (vellosidades coriales y decidua o restos placentarios) dentro de la cavidad uterina después de un proceso obstétrico. Se puede producir una RPOC después de un parto o cesárea (3-6%), de una pérdida gestacional espontánea (17% en pérdidas gestacionales de primer trimestre y 40% en aquellas de segundo trimestre), tras un aborto quirúrgico (6%) y farmacológico (15%) con prevalencias más altas de retención cuanto más precoz es la interrupción de la gestación). (6)

Como regla general, se debe sospechar la existencia de restos gestacionales retenidos en cualquier paciente que, tras un aborto, parto o cesárea, presente un sangrado más abundante o prolongado de lo habitual. La RPOC también puede manifestarse como dolor pélvico, alteraciones del ciclo menstrual, amenorrea, y ocasionalmente fiebre. Esporádicamente también puede diagnosticarse en una ecografía de control en pacientes asintomáticas.

La ecografía es, sin lugar a duda, la principal prueba de imagen en el diagnóstico de los restos gestacionales retenidos. La visualización de una



masa hiperecogénica dentro de la cavidad endometrial es el hallazgo fundamental en el diagnóstico ecográfico de los restos. La visualización de un endometrio lineal excluye esta patología con un valor predictivo del 100%. Tras los cambios que se producen en la cavidad en los días posteriores a la finalización de un embarazo, es posible afirmar que la ausencia de masa intracavitaria 8 semanas posparto o 2 semanas postaborto excluye la presencia de restos gestacionales retenidos, mientras que un grosor endometrial por encima de los 15 mm es un criterio diagnóstico ecográfico de esta entidad. Normalmente los restos tienen un aumento de vascularización que puede afectar también al miometrio subyacente. Es importante describir el tamaño de la masa si logra visualizarse, la ecogenicidad endometrial y el grado de vascularización.⁽⁶⁻⁸⁾

La clasificación de Gutenberg (2017), sirve para categorizar la RPOC, la cual se basa en la apariencia sonográfica de los restos y los patrones de vascularización al Doppler color, tanto intracavitaria como miometrial. Divide los hallazgos en:

Tipo 0: Masa ecogénica avascular
Tipo 1: Diferente ecogenicidad con mínima o sin vascularización
Tipo 2: Masa altamente vascularizada confinada al útero
Tipo 3: Masa altamente vascularizada con miometrio altamente vascularizado.

Cuadro 1: Clasificación ecográfica de Gutenberg. Fuente: restos ovulares retenidos. Abordaje terapéutico mediante histeroscopia

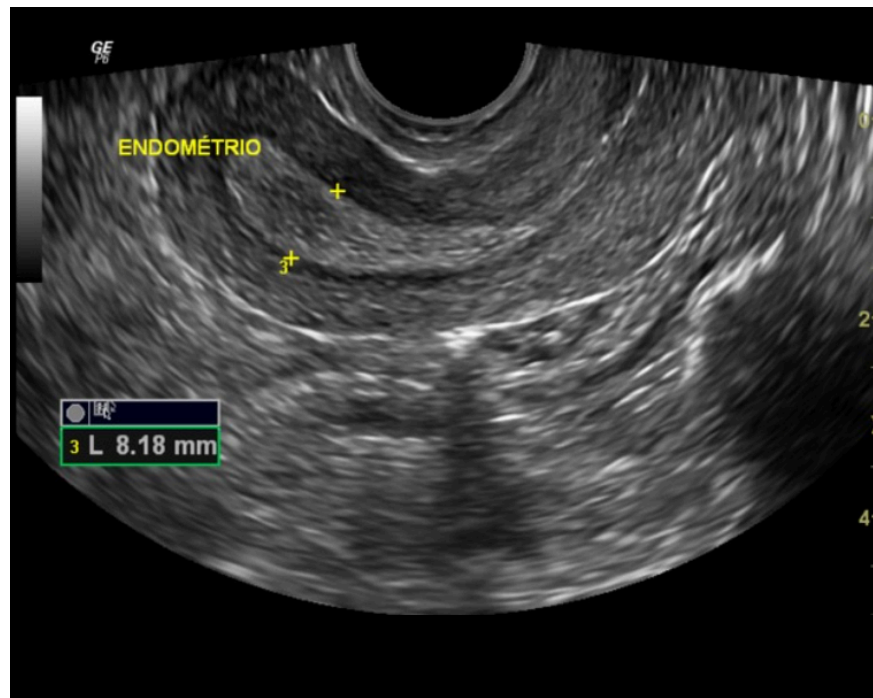


Figura 1: aborto completo: útero vacío con endometrio ecogenico homoganeo menor a 15 mm

Fuente: Radiopaedia 31750

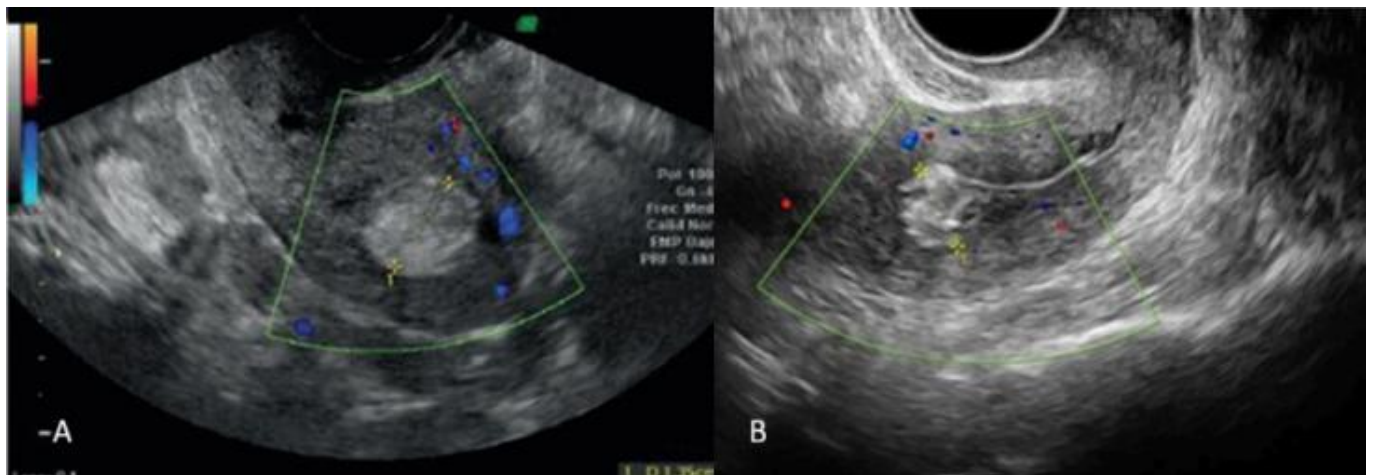


Figura 2: tipo 0: masa ecogénica avascular. Fuente: retención de restos ovulares y placentarios. Centro de medicina fetal y neonatal de Barcelona.

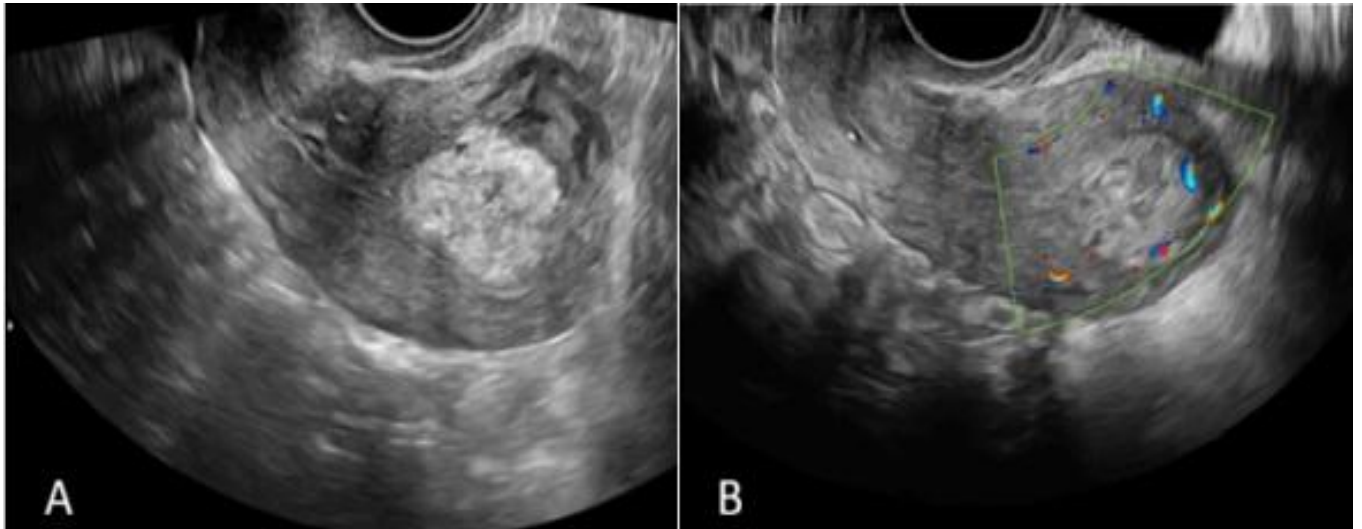


Figura 3: tipo 1: heterogeneidad endometrial sin vascularización(A) o con mínima vascularización (B). Fuente: restos ovulares retenidos. Abordaje mediante histeroscopia. Revista de ginecología y obstetricia.

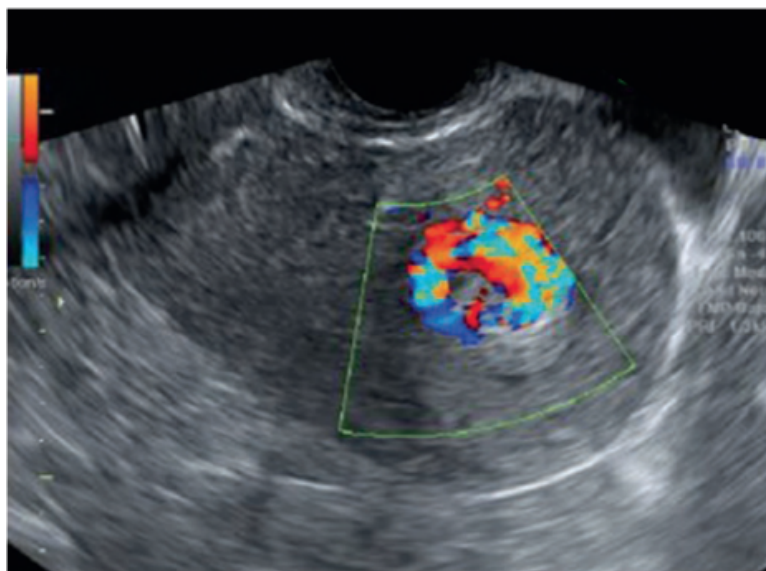


Figura 4: Tipo 2: masa altamente vascularizada confinada al útero. Fuente: retención de restos ovulares y placentarios. Centro de medicina fetal y neonatal de Barcelona.

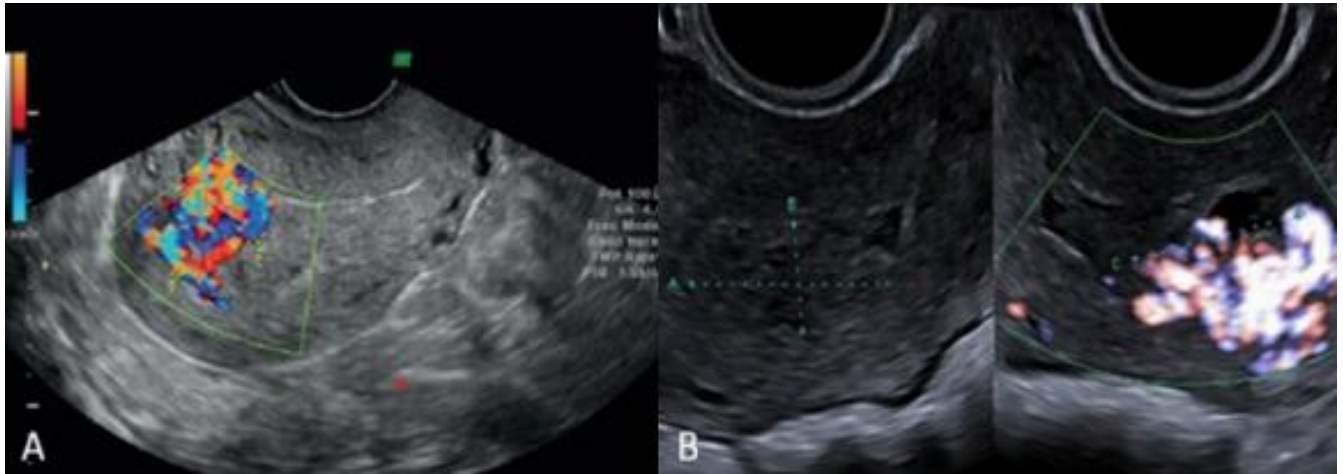


Figura 5: Tipo 3 : masa altamente vascularizada con miometrio altamente vascularizado.

Fuente:retención de restos ovulares y placentarios. Centro de medicina fetal y neonatal de Barcelona.

Los hallazgos patológicos por ecografía con Doppler color/espectral nos van a plantear diagnósticos diferenciales:

- RPOC: masa endocavitaria ecogénica pudiendo estar vascularizada con una PSV moderada.

- Enfermedad trofoblástica gestacional (ETG): masa heterogénea que puede ser endometrial o miometrial que al Doppler color va a mostrarse como vascularización en llamarada + hCG elevada.(Figura 6)

- Malformación arteriovenosa (MAV/EMV):se trata de una causa muy infrecuente de sangrado uterino anómalo. Se caracterizan por comunicaciones aberrantes entre vasos arteriales y venosos en el miometrio. Pueden ser congénitas o adquiridas. Las MAVs adquiridas, probablemente se deban a la presencia de “aumento de vascularización miometrial” o “Enhanced Myometrial Vascularity” (EMV).

Las MAVs y el EMV actualmente se consideran dos entidades diferentes. El EMV es el término utilizado para describir los cambios miometriales que se pueden observar tras una gestación intrauterina. Se caracterizan por la



presencia de vascularización aumentada, de morfología tortuosa, miometrial, con picos de velocidad sistólica >20 cm/s (PVS). Actualmente se considera un cambio producido por la gestación relacionado con la retención de restos ovulares. La EMV diagnosticada tras una pérdida gestacional de primer trimestre se considera un fenómeno transitorio y no se asocia a mayor tasa de complicaciones en caso de realizar manejo expectante o tratamiento quirúrgico (aspirado del contenido endouterino).(Figura 7) (6)

Aunque el diagnóstico definitivo de MAVs se realice mediante angiografía hay datos que nos ayudan a diferenciar entre estas dos entidades:

Cuadro 2: criterios de diferenciación entre EMV y MAV.Fuente: retención de restos ovulares y placentarios. Centro de medicina fetal y neonatal de Barcelona

	EMV	MAV
Antecedentes de gestación intrauterina	+	+/-
Vascularización endometrial	+	-
Vascularización miometrial	-/+	+
Pico de velocidad sistólica (PVS)	>20 cm/s	>50 cm/s
Comunicación arteriovenosa por angiografía	-	+

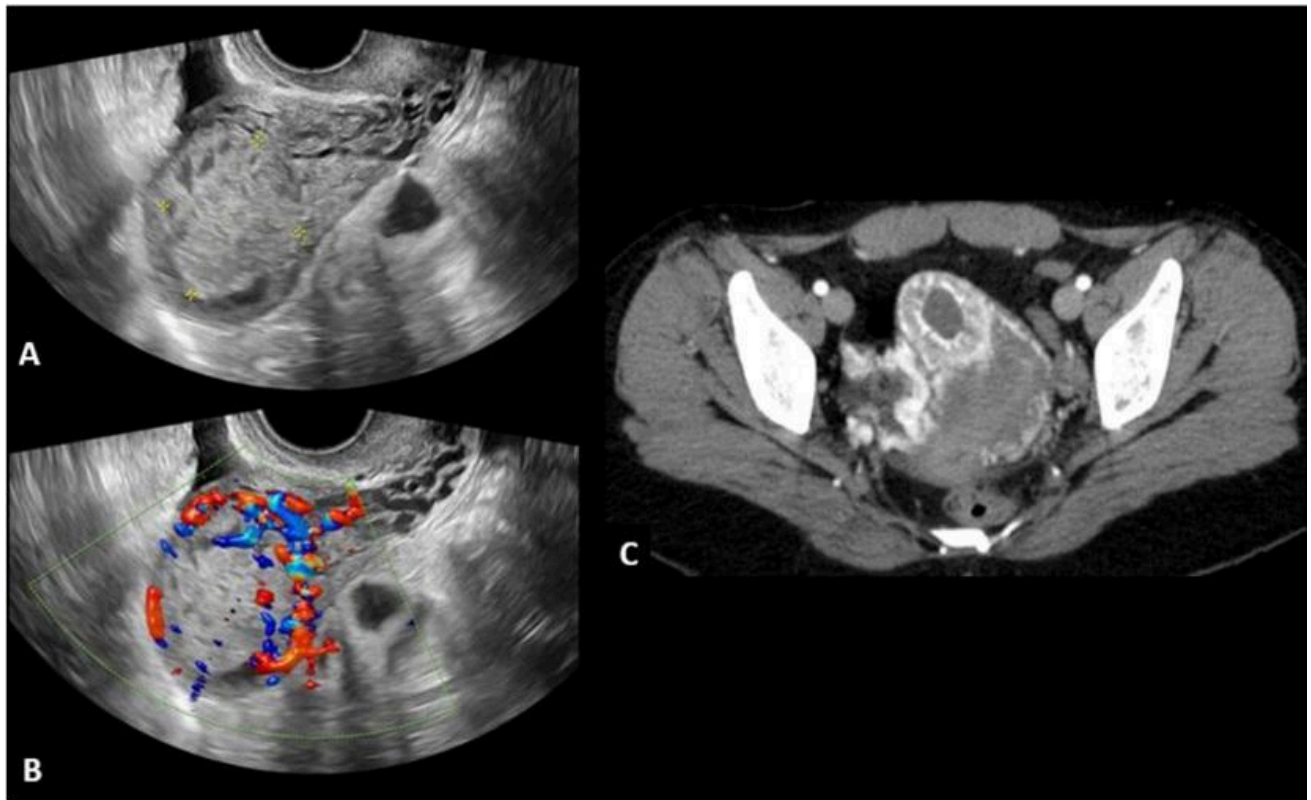


Figura 6: Ecografía en modo B (A), ecografía con Doppler color(B) y TC pelviana con contraste EV © en paciente que continúa con sangrado luego de sufrir un aborto espontáneo. Diagnóstico anatomopatológico posterior de mola invasiva. Fuente: enfermedad trofoblástica gestacional SERAM.

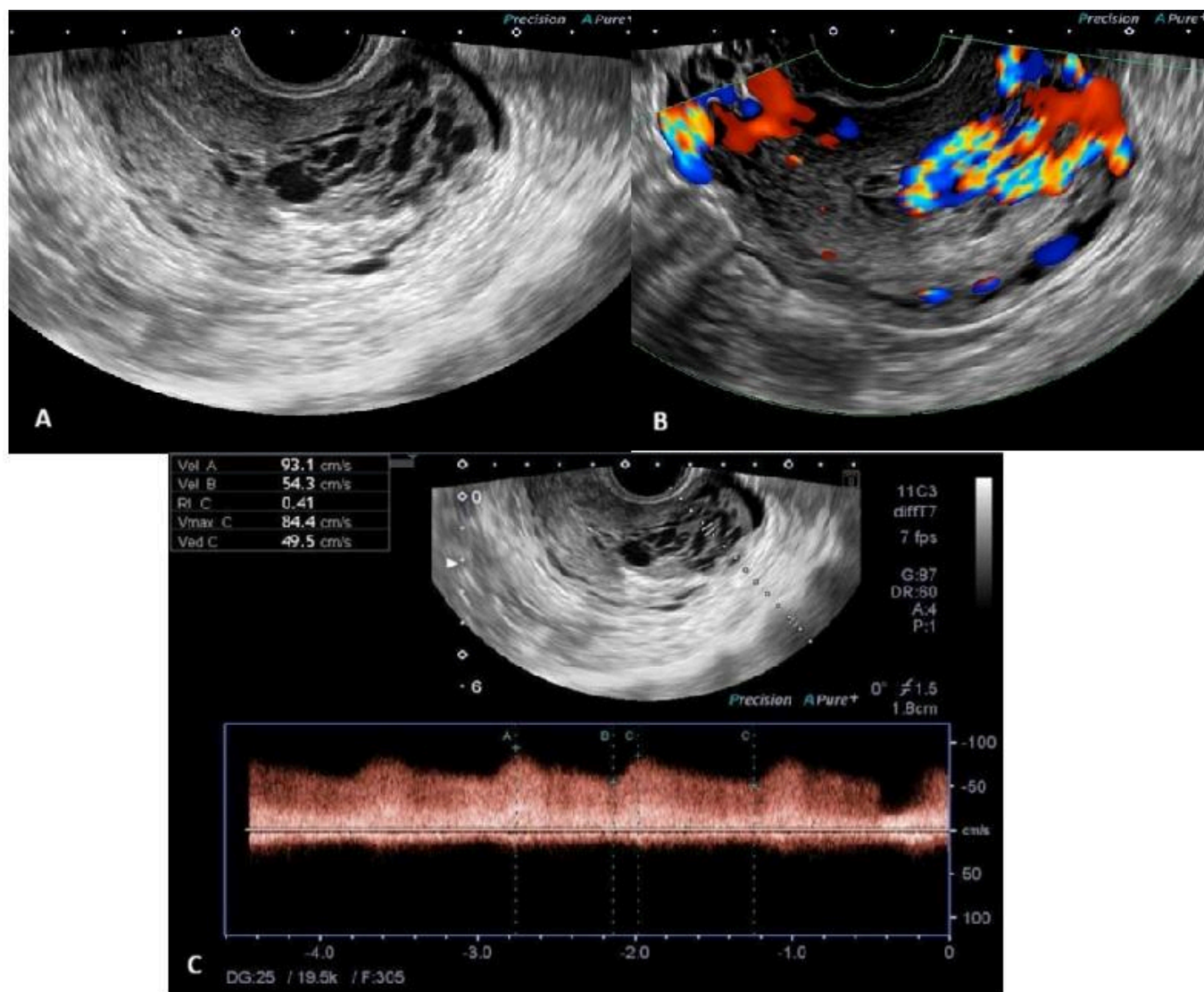


Figura 7: Ecografía en modo B con múltiples imágenes serpinginosas miometriales anecoicas (A), ecografía Doppler color que muestra alta vascularización de las mismas (B) y ecografía con análisis espectral que muestra patrón de baja resistencia y velocidades altas. Paciente con diagnóstico de MAV uterina asintomática. Fuente: Malformación arteriovenosa uterina Radiopaedia.



Características	RCOP hipervascular	EMV/MAV	ETG
Eco 2D	Masa endocavitaria ecogénica/heterogénea	Espacios anecoicos tubulares intramiometriales sin masa clara	masa heterogénea intrauterina cavitaria o endometrial
Doppler Color	vascularidad marcada endocavitaria	vascularidad turbulenta miometrial	vascularización intensa y difusa en llamarada
Doppler espectral	PSV moderado	PSV alto	sin patrón único
Clínica	sangrado persistente pudiendo ser leve	sangrado abundante o intermitente con riesgo de vida	sangrado variable con B-hCG elevada o en ascenso
Seguimiento	Control seriado con ecografía y B-hCG continuando con aspirado si persiste el sangrado	Evitar legrado. Sangrado: embolización. Asintomática: seguimiento con eco Doppler	Diagnóstico con B-hCG. Derivación a centro especializado.
Clave diferencial	Masa + vascularidad endocavitaria	Flujo miometrial difuso sin masa	vascularización intensa + B-hCG en aumento

Cuadro 3. Hallazgos clínicos/imagenológicos post IVE. Fuente SAEU



MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de investigación de tipo prospectivo observacional, en el cual se evaluaron estudios ecográficos de 26 pacientes que se encontraban cursando un aborto espontáneo o inducido. Se realizaron un total de 31 ecografías ya que algunas requirieron más de un estudio de control.

Las ecografías fueron realizadas por dos especialistas de diagnóstico por imágenes orientadas en ecografía obstétrica y por mí durante la rotación especial del cuarto año de la carrera. Los datos fueron recabados durante los meses de Noviembre, Diciembre del 2024 y Enero y Febrero del 2025.

Las pacientes fueron evaluadas en el consultorio ecográfico del centro de salud de la red Municipal Mauricio Casals en la ciudad de Rosario. El mismo es centro de derivación para estudios ecográficos de otros centros de salud pertenecientes al corredor Oeste (Dr. Hermes Binner, Luchemos por la vida y Barrio Toba)

El centro de salud cuenta con un ecógrafo portátil Sonosite micromaxx el que puede realizar estudios ginecológicos por vía trasabdominal y trasvaginal con evaluación de Doppler color.

Se atendieron a pacientes correspondientes a todo el corredor Oeste que fueron derivadas a dicho consultorio para atención bajo demanda espontánea mediante difusión de la creación del espacio particular para la recabación de datos dado que la solicitud de ecografías de control post aborto no es una práctica establecida de manera obligatoria en ese medio.

Las variables que se tuvieron en cuenta fueron la naturaleza del aborto, la edad gestacional que cursaban previo al mismo, los síntomas que presentaban al momento del estudio, el tiempo transcurrido desde la



realización del aborto en el caso de la toma de medicación o el tiempo transcurrido desde el comienzo del sangrado en el caso de tratarse de un aborto espontáneo y el número de controles ecográficos realizados.

Se les realizó un interrogatorio, previamente habiéndose explicado de la existencia de este trabajo y solicitando su consentimiento para la utilización de su historia clínica y hallazgos imagenológicos. En el interrogatorio inicial se recabaron los datos previamente mencionados

Los datos recabados mediante el estudio ecográfico fueron: espesor endometrial, aspecto del endometrio, presencia de restos, señal Doppler color mio-endometrial y hallazgos particulares a destacar.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres y personas gestantes pertenecientes al corredor Oeste que hayan realizado una interrupción de su embarazo o hayan cursado un aborto espontáneo con o sin síntomas al momento de la ecografía, a partir de las 72 horas de comenzado el sangrado.

Criterios de exclusión: pacientes cursando cuadro de ginecorragia sin confirmación de embarazo, pacientes con comienzo de los síntomas o toma de la medicación con menos de 72 horas de evolución.

Se realizaron tanto ecografías ginecológicas por vía transvaginal como transabdominal guiándonos tanto por solicitud médica como por criterio nuestro según mejor visualización del estudio.

Al momento de realizar la ecografía primero se comenzó realizando una ecografía en modo B en la cual se tomó el espesor del endometrio con la caracterización de la ecogenicidad del mismo, la documentación de la existencia de masas/restos endocavitarios y la visualización de otros hallazgos agregados. Luego se realizó la observación en modo Doppler color en una escala baja con la documentación del mismo y en caso de

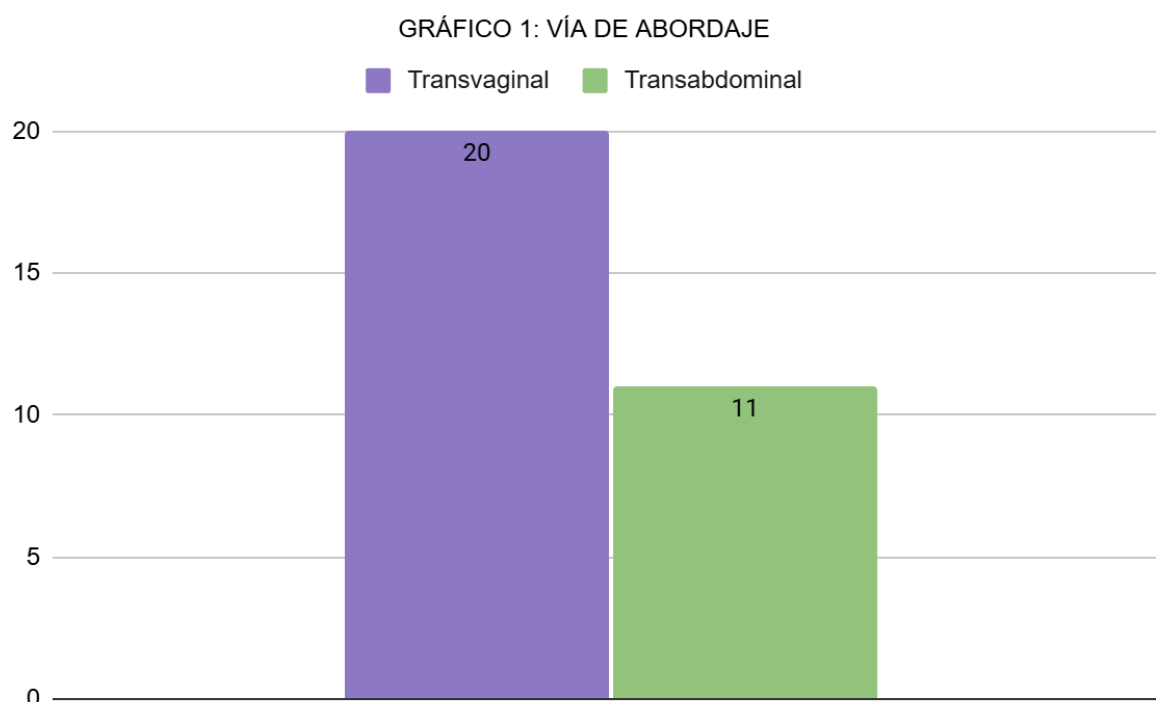


existir vascularización aumentada o zonas de aliasing la medición espectral de dicho flujo.

Cabe aclarar que el estudio ginecológico fue completado con análisis de anexos, ovarios y fondo de saco de Douglas.

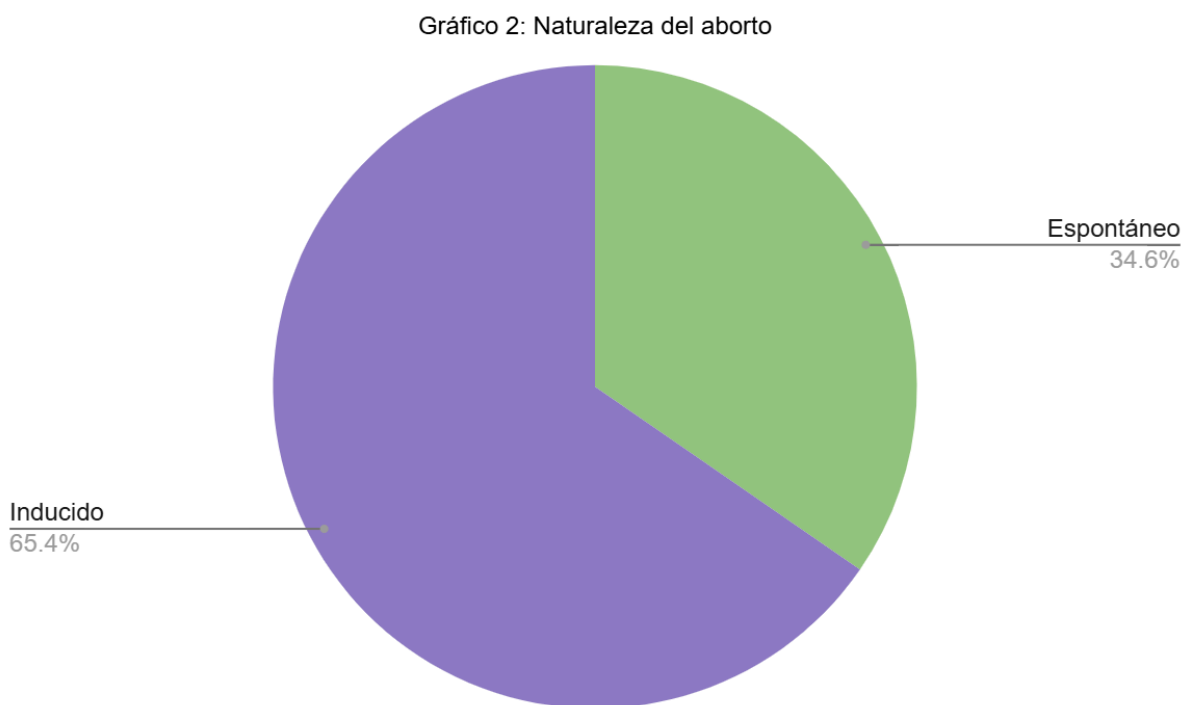
RESULTADOS

De las 31 ecografías, 20 fueron ecografías ginecológicas transvaginales y 11 fueron ecografías ginecológicas transabdominales (Gráfico 1).



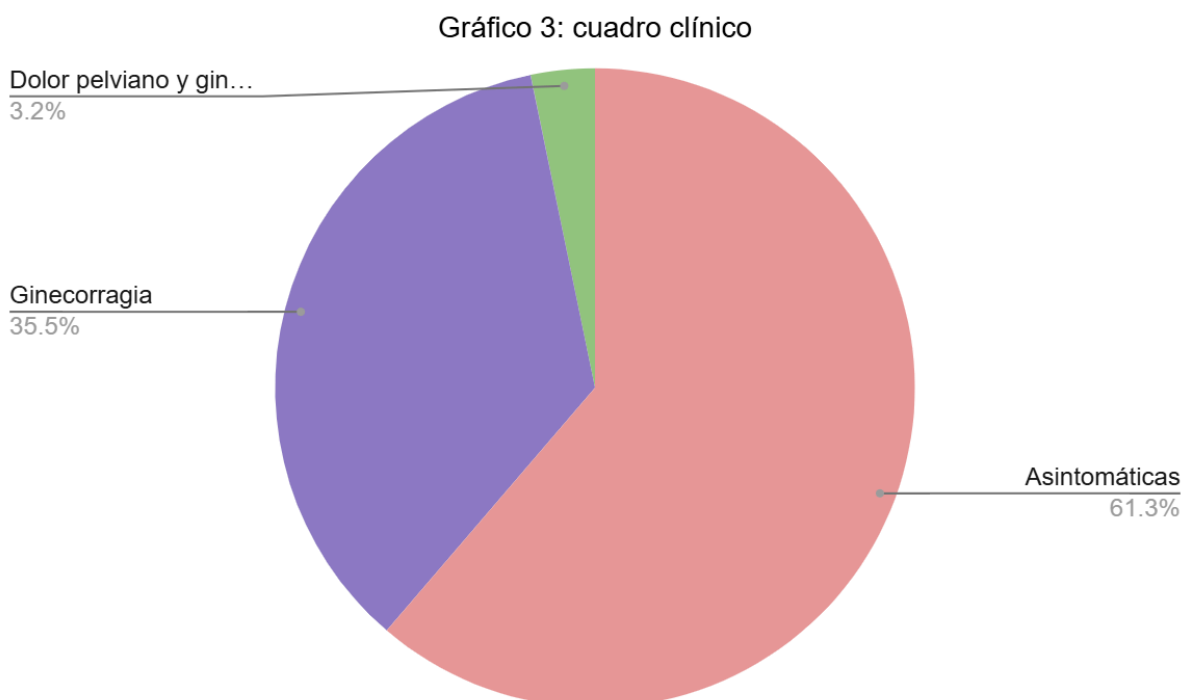
El número de pacientes evaluadas fue de 26 mujeres ya que a algunas de ellas fue necesario realizarle un segundo control y hasta un tercer control ecográfico por persistencia de los síntomas. A las pacientes que en su primer control ecográfico presentaban un endometrio por encima de los 15 mm las recitamos a las dos semanas de la primera ecografía para evaluar su evolución. Recitamos a 8 pacientes de las cuales solo concurrieron nuevamente al consultorio 4 de ellas y solo una de esas 4 requirió una tercera ecografía de control.

En cuanto a la naturaleza de los abortos 9 fueron abortos espontáneos, 17 fueron en marco de interrupción voluntaria del embarazo llevados a cabo mediante medicación y solo uno fue mediante aspiración manual endouterina siendo un embarazo detenido y retenido a las 9 semanas (Gráfico 2). Esta paciente se realizó la ecografía posterior como control luego de dos semanas de la realización del mismo, encontrándose asintomática.



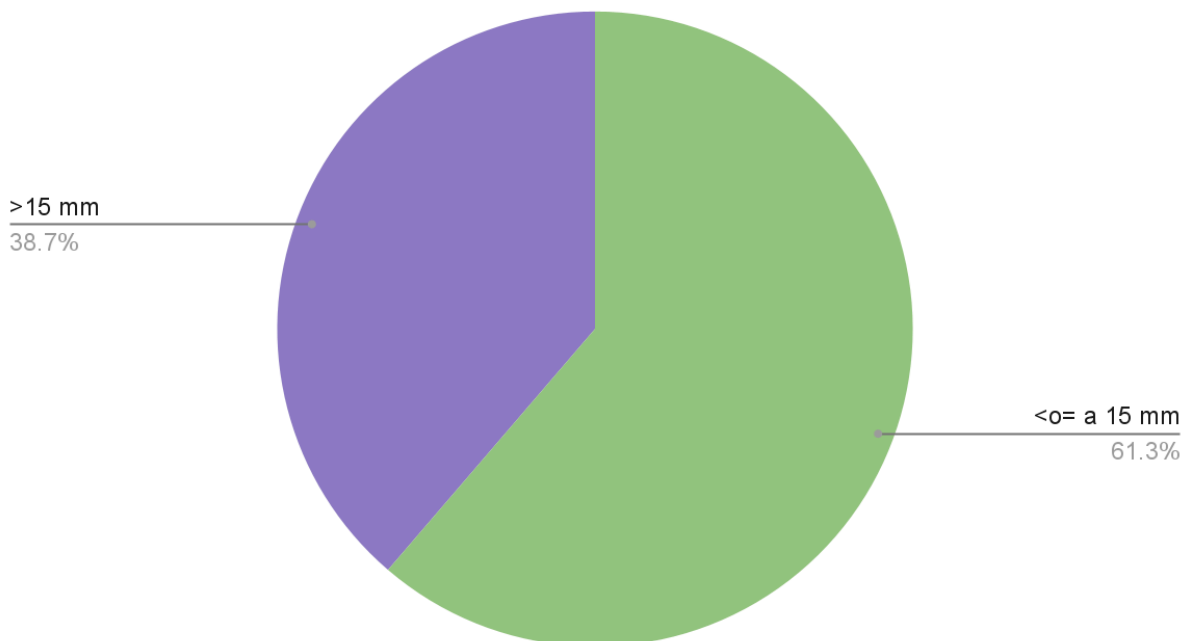
Al momento de la realización de la interrupción voluntaria del embarazo o de la pérdida espontánea del embarazo las edades gestacionales conocidas que cursaban dichos embarazos fueron desde las 5.2 semanas hasta las 10.2 semanas. Solo 3 pacientes de las cuales sufrieron un aborto espontáneo presentaban edad gestacional desconocida ya que no habían llegado a realizarse una primer ecografía pero tenían el diagnóstico de embarazo mediante B-hCG.

En cuanto a los motivos por los que se realizaron las ecografías 19 fueron por control encontrándose las pacientes asintomáticas, 11 fueron por persistencia de sangrado y solo 1 fue por presentar dolor pelviano y sangrado (Gráfico 3).



Teniendo en cuenta que el punto de corte del espesor endometrial es de 15 mm o menos para descartar una entidad como retención de restos ovulares 12 ecografías presentaron medidas mayores a este corte, contra un total de 19 ecografías que presentaban espesor endometrial conservado (Gráfico 4).

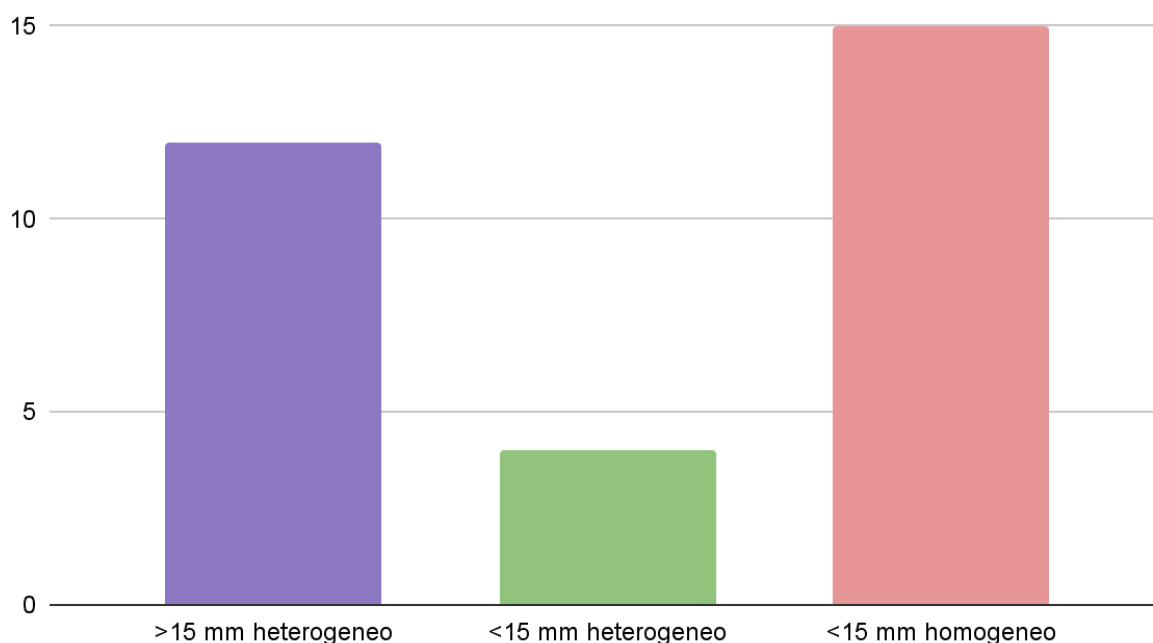
Gráfico 4 : Espesor endometrial



De las 12 pacientes que al momento del estudio presentaban algún signo o síntoma (Gráfico 3) la mitad presentaban en la ecografía un endometrio engrosado mientras que la otra mitad presentaba un espesor endometrial respetado por lo que no fue un parámetro concluyente a la hora de pensar en solicitar el estudio.

En cuanto al aspecto del endometrio, el 100% de las pacientes que presentaron un espesor endometrial superior a 15 mm también presentaron un endometrio de aspecto heterogéneo. Aún así, de las 19 ecografías que presentaban valores de espesor endometrial conservado 4 de ellas presentaron también aspecto heterogéneo del mismo. Las 15 restantes presentaban un aspecto homogéneo (Gráfico 5).

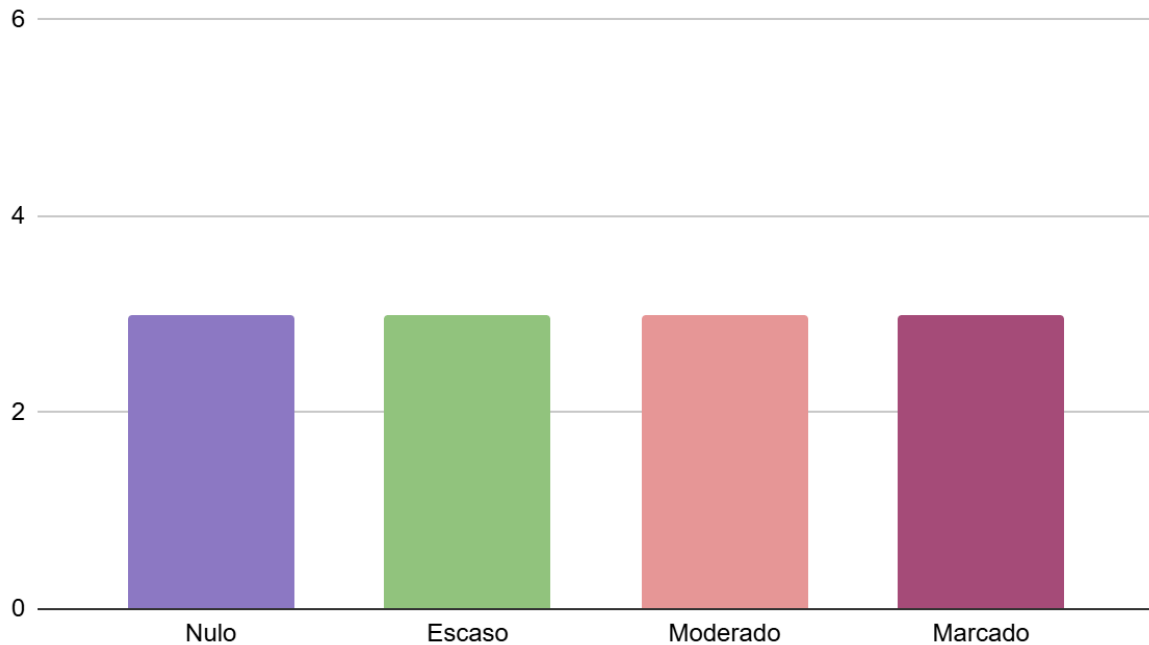
Gráfico 5: aspecto endometrial



De los 12 estudios que presentan el espesor endometrial por encima de punto de corte, solo 9 presentan señal al Doppler color, de los cuales 3 presentan escasa señal al Doppler, 3 presentaron señal moderada y 3 presentaron marcada señal al Doppler color, de las cuales solo 1 de estas presentaba zonas de Aliasing en donde se detectaron velocidades por encima de 60 cm/seg. Ésta paciente puntualmente se había realizado a las 7.2 semanas de gestación una interrupción voluntaria del embarazo mediante pastillas presentando en el primer control ecográfico a los 7 días de comenzado el sangrado un endometrio de 18 mm de aspecto heterogéneo sin señal al Doppler color. Se la recita a las dos semanas para un segundo control en la que se detecta un aumento del espesor endometrial, midiendo en esta oportunidad 23 mm, de aspecto heterogéneo con áreas líquidas en su interior y marcada señal al Doppler color, interpretándose como un EMV. (Gráfico 6)



Gráfico 6: Señal al Doppler color



Por último mencionar otros hallazgos encontrados durante los exámenes fueron solo 3: un mioma intramural de 12 mm, escaso líquido entre las hojas endometriales y por último DIU normoinserito en la paciente que se realizaba el control post AMEU. Estas tres pacientes se encontraban asintomáticas y con un endometrio menor a 15 mm.



CONCLUSIONES:

La primera conclusión a la que llegué realizando este trabajo es la falta de datos sobre la temática a nivel local y regional. Intuyo que puede deberse a la reciente legalización de la práctica de IVE. Al mismo tiempo sostengo que la realización de estos controles no presentó una dificultad elevada ni requirió de una tecnología con la que no contáramos en un consultorio de APS en nuestra ciudad por lo que es fácilmente replicable logrando un pool de pacientes locales a las cuales analizar, seguir y realmente poder realizar una recolección más representativa por fuera de la realización de esta tesis.

Se identificó un alto índice de pérdida en el seguimiento de las pacientes (solo 4 de las 8 pacientes con endometrio engrosado regresaron para el control a las dos semanas), esto señala una limitación del estudio prospectivo y la necesidad de fortalecer los mecanismos de seguimiento y adherencia de los pacientes en el ámbito de APS para futuras investigaciones que busquen documentar la resolución completa de los hallazgos.

Ninguna de nuestras pacientes presentó complicaciones graves post aborto como retención de restos ovulares, MAV o presencia de enfermedad trofoblástica gestacional.

En cuanto a los hallazgos positivos en las ecografías realizadas sabemos que solo una paciente requirió intervención posterior al aborto y fue una paciente que luego de sufrir un aborto espontáneo por la persistencia del sangrado y del espesor endometrial aumentado decidieron medicarla de manera ambulatoria con misoprostol. De esto podría concluir que las prácticas de interrupción voluntaria y legal del embarazo son prácticas seguras que no presentaron complicaciones en nuestras pacientes evaluadas, incluso las que presentaron endometrio engrosado y heterogéneo solo fueron controladas clínicamente.



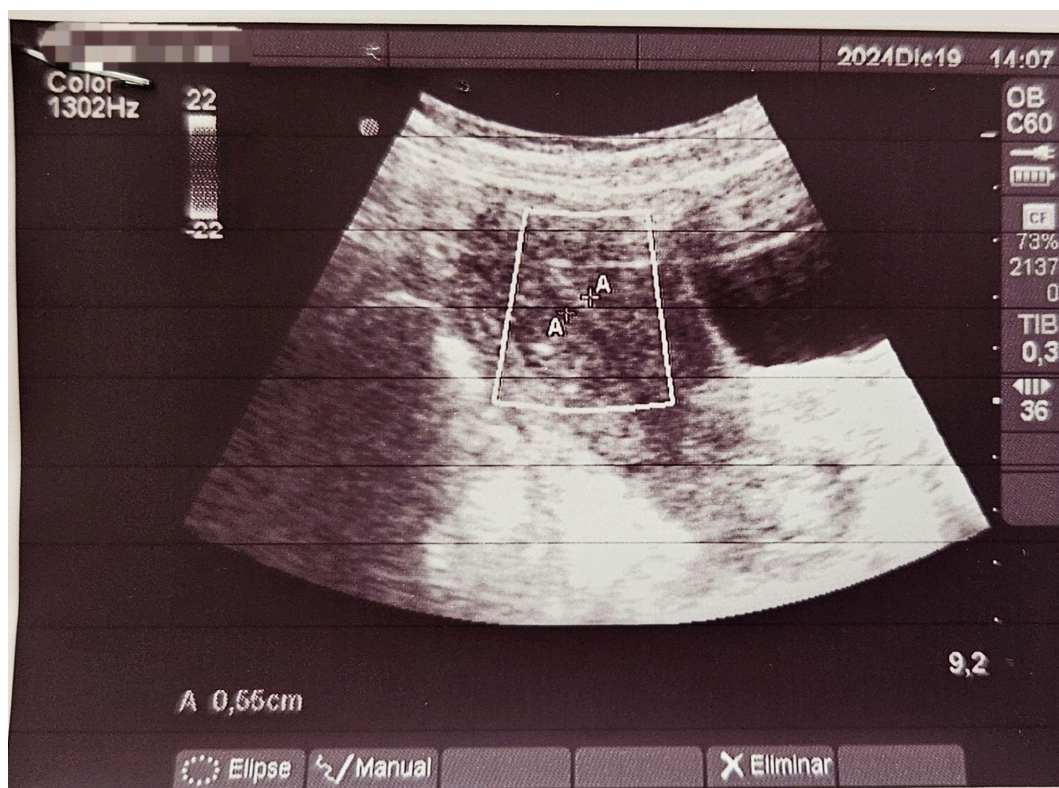
Analizando la utilidad de los parámetros ecográficos elegidos (espesor endometrial, aspecto y vascularización Doppler) y sumando los síntomas referidos podemos decir que el sangrado por sí solo no sirve para distinguir a qué pacientes solicitar estudios de control ya que la mitad de ellas presentaba espesor endometrial respetado. La heterogeneidad fue el hallazgo morfológico constante en el 100% de los endometrios que superaron el punto de corte de 15 mm, sin embargo, el Doppler color permitió una mejor caracterización del riesgo, ya que solo el 75% (9 de 12) de los endometrios engrosados mostraron algún grado de señal por lo que podría ser necesario incorporarlo a toda práctica de control post aborto, siendo importante el dato agregado a la hora de orientar un seguimiento adecuado de las pacientes tanto con controles clínicos o requerimiento de otro tipo de estudios.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1:

Paciente con diagnóstico certero de embarazo de 7 semanas por ecografía temprana consulta por cuadro de 7 días de evolución de sangrado leve a moderado, negando haberse realizado una IVE.

Se le realiza una ecografía ginecológica transabdominal en donde se visualiza un útero en AVF de tamaño conservado, un miometrio homogéneo y un endometrio de 5.5 mm de espesor de aspecto homogéneo que tras el Doppler color el mismo se presenta negativo. Ovarios y anexos sin particularidades y fondo de saco de douglas libre.



(Figura 8: paciente caso 1)

CASO 2:

Paciente es derivada a nuestro consultorio para control post IVE mediante toma de pastillas hace 7 días. La paciente se encontraba cursando un embarazo de 10.2 semanas y actualmente no presentaba sangrado ni otro síntoma acompañante.

Se le realiza una ecografía ginecológica en la cual se evidencia un útero globuloso con un DL de 95 mm, un miometrio homogéneo y un endometrio ecogénico homogéneo de 12 mm de espesor sin señal al Doppler color. Ovarios y anexos sin particularidades y fondo de saco de douglas libre.



(Figura 9: Paciente del caso 2)

CASO 3:

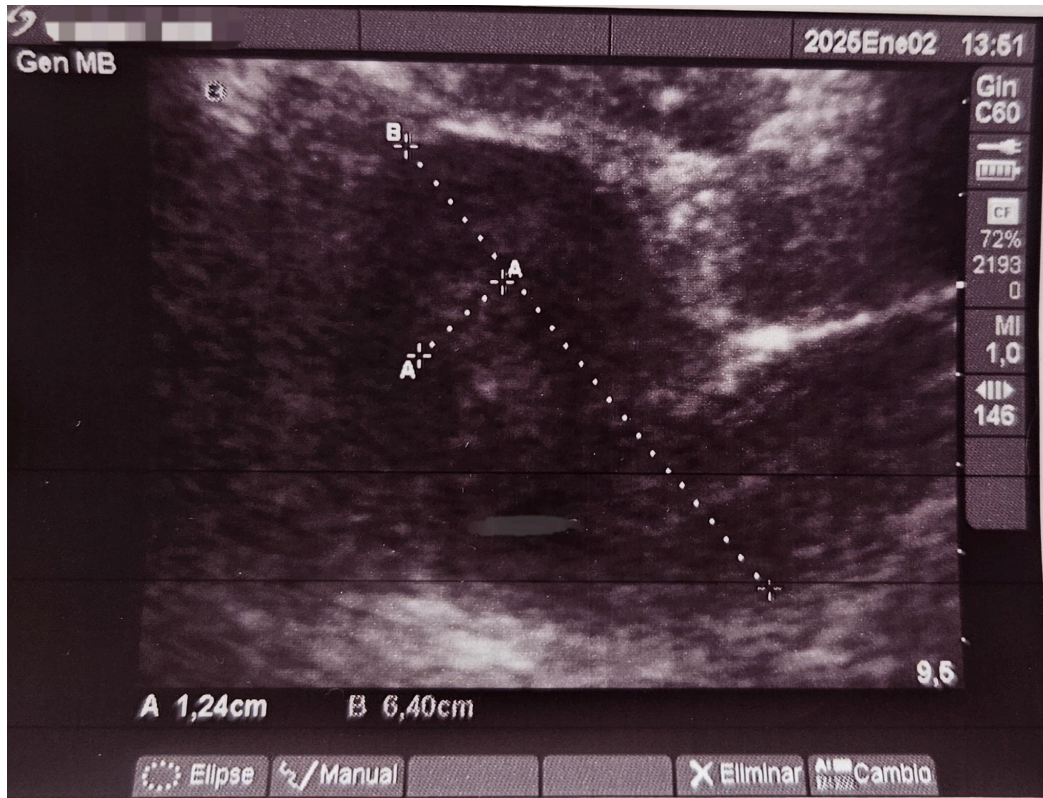
La siguiente paciente es derivada luego de tres semanas de haberse realizado una IVE mediante medicación oral. La misma cursaba un embarazo de 7 semanas y actualmente presentaba sangrado moderado. En la ecografía se evidenció un útero en AVF de tamaño conservado con un endometrio ecogénico heterogéneo que presentaba un espesor de 22 mm y al Doppler color se destacaba moderada vascularización en hoja anterior.

Ovarios y anexos sin particularidades y fondo de saco de douglas libre.

Se recita a la paciente en dos semanas para repetir la ecografía. La paciente ya no presentaba ginecorragia y a la ecografía lograba verse un endometrio ecogénico homogéneo con un espesor de 12 mm y sin señal al Doppler color.



(Figura 10: Paciente del caso 3. A en modo 2D, B en modo Doppler color.)



(Figura 11: Paciente del caso 3. Segunda ecografía)



BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. (2023). *Guía para el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo* (1a ed.). Editorial MinGéneros.
2. Dirección Nacional para la salud sexual y reproductiva. (2021). “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo”.
3. Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu y Universitat de Barcelona. (2023). *Protocolo: Manejo de la pérdida gestacional precoz* . Protocolos Medicina Materno Fetal. <https://www.medicinafetalbarcelona.org/>
4. Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo [Abortion care guideline: executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO .
5. Ipas. (2 de octubre de 2022). Hallazgos del ultrasonido en la consulta de seguimiento de aborto antes de las 13 semanas de gestacion. <https://www.ipas.org/clinical-update/spanish/recomendaciones-para-el-aborto-antes-de-las-13-semanas-de-gestacion/aborto-con-medicamentos/hallazgos-del-ultrasonido-en-la-consulta-de-seguimiento/>
6. Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu y Universitat de Barcelona. (sf). *Protocolo: Retención de restos ovulares y placentarios* . Protocolos Medicina MaternoFetal. <https://www.medicinafetalbarcelona.org/>



7. Ley 27.610. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. (2021). *Boletín Oficial de la República Argentina* , 15 de enero de 2021. <https://www.boletinoficial.gob.ar/seccion/primera>
8. Alonso Pacheco, L., & Bermejo, C. Correlación ecografía e histeroscopia. Master en Histeroscopia. Editorial Panamericana. https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Master_Histeroscopia/M2T11-Texto.pdf
9. Alanis-Fuentes J, Muñoz-Arteaga V. Malformación arteriovenosa posterior a retención de productos de la concepción. *Ginecol Obstet Mex* 2022; 90 (11): 886-892.
10. R. PISÓN, M. BOUTMY, E. HERNÁNDEZ, J. ALVES, G. SOTERO.
Restos ovulares retenidos (RPOC): abordaje terapéutico mediante histeroscopia. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*. 2022; Volumen 60, número 3: 169-175
11. Díaz Mediavilla, I., Asensi Miranda, J., Martínez Urabayen, U., Isusi Fontán, M., Ormaetxe Albéniz, L., González Ripalda, P., Lasa Gurrutxaga, M., Deba Ayarza, Í., & Díaz Fontaneda, V. (2024, 22–25 de mayo). *Enfermedad trofoblástica gestacional: lo que el radiólogo debe saber* [Comunicación presentada en congreso]. SERAM FERM RC Nacional, Barcelona, España.
12. Souza R, Malformación arteriovenosa uterina. Estudio de caso, Radiopaedia.org (Consultado el 27 de noviembre de 2025) <https://doi.org/10.53347/rID-56637>
13. Municipalidad de Rosario.(2025).Centros de salud y hospitales. <https://www.rosario.gob.ar/inicio/centros-de-salud-y-hospitales>.