



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
HOSPITAL MATERNOP INFANTIL GERMAN URQUIDI
GINECOOBSTETRICIA**

**FRACCION β -HCG EN FLUIDOS
VAGINALES COMO MARCADOR
DIAGNOSTICO PARA ROTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS
H.M.I.G.U.**

RESIDENTE: Dr. Cristian Brañez García. RIII

TUTOR: Dr. Antonio Pardo Novak

**2005 - 2006
COCHABAMBA - BOLIVIA**

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
HOSPITAL MATERNO INFANTIL GERMAN URQUIDI
GINECOOBSTETRICIA

FRACCION β -HCG EN FLUIDOS VAGINALES COMO
MARCADOR DIAGNOSTICO PARA ROTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS
H.M.I.G.U.

RESIDENTE: Dr. Cristian Brañez Garcia. RIII

TUTOR: Dr. Antonio Pardo Novak

2005 - 2006
Cochabamba-Bolivia



Dr. Antonio Pardo Novak
GINECOLOGO - OBSTETRA
P-599 P-111 P-11

INDICE

- INTRODUCCION	1
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
- MARCO TEORICO	4
- OBJETIVOS	7
- METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	8
- TECNICA DE RECOLECCION DE MUESTRA Y LABORATORIO	9
- RESULTADOS	10
- CONCLUSIONES	15
- OTROS TRABAJOS SIMILARES	17
- ANEXOS	18
- BIBLIOGRAFIA	27

FRACCION B-HCG EN FLUIDOS VAGINALES COMO MARCADOR DIAGNOSTICO PARA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

(En pacientes del H. M. I. G. U. de CBBA)

- INTRODUCCION.-

La rotura prematura de membranas (RPM) es una complicación propia del embarazo que ocurre con una frecuencia relevante. Un 80 % de los casos ocurre después de las 37 semanas, en tanto que el 20 % restante se presenta en embarazos de pretérmino.

Este último grupo contribuye con mucho a los casos de parto pretérmino, espontáneos y produce un importante impacto de morbilidad neonatal, atribuyéndose un 10 % del total de las muertes perinatales.

La rotura prematura de membranas también se asocia a un aumento de la morbilidad materna debido a un significativo incremento en la incidencia de corioamnionitis clínica y fiebre puerperal.

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad en las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad de gestación. Se requiere un intervalo de latencia mínimo de una hora para cumplir con dicha definición.

El periodo que transcurre entre la rotura de membranas y el inicio de trabajo de parto se denomina periodo de latencia. En pacientes con RPM de término, cerca del 90 % de los partos ocurre dentro de las 48 hrs. siguientes a la rotura de membranas. En cambio en pacientes con rotura prematura de membranas de pretérmino, el periodo de latencia suele prolongarse por más de 24 hrs. en el 50 % de los casos.

La rotura alta de las membranas se refiere a una condición mal definida en la que existe pérdida del líquido amniótico por el orificio cervical externo, pero es posible, observar o palpar el polo inferior del saco ovular y con frecuencia el examen ultrasonográfico del compartimiento inferior del útero (sobre el orificio cervical interno) muestra un volumen normal de líquido amniótico.

El sellado espontáneo de las membranas ovulares rotas es muy infrecuente y se asocia a un buen pronóstico materno y perinatal.

Ahora bien pese a que en muchas ocasiones, el diagnóstico de rotura de las membranas es fácil, por presencia de la clínica manifiesta, no es despreciable el buen grupo de pacientes en las cuales el diagnóstico se ve dificultado, ya sea por que la clínica, no es evidente en el momento del examen físico, o bien por la poca sensibilidad de los estudios con los que contamos en nuestra maternidad.

- **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-**

La incidencia de la rotura prematura de membranas (RPM), varía de 2 % a 18 %. Es responsable de 30 % a 40 % de todos los partos pretérmino y origina muertes perinatales de 2,6 % a 11 %, infecciones amnióticas de 3 % a 10 % e infecciones puerperales de 21,68 %. Se han empleado múltiples métodos para el diagnóstico de rotura prematura de membranas, ninguno eficaz en su totalidad. El examen microscópico del líquido amniótico que sale a través de los genitales externos permite determinar la presencia de: lanugo, cristales de uratos y oxalatos alcalinos, comprobación de gotas de grasa mediante tinción con Sudán III y cristalización rítmica del líquido amniótico. Otras pruebas incluyen: coloración de las células fetales mediante cloruro de pinacyanol, medición del pH del líquido colectado en fondo de saco posterior vaginal y la identificación de células naranjas a la tinción con sulfato de azul de nilo. Puede apreciarse disminución del índice de líquido amniótico al ecosonograma, que aunque es inespecífico apoya los signos de RPM. El único procedimiento que permite en forma directa diagnosticar la rotura real de las membranas es la histeroscopia.

La rotura prematura membranas constituye un serio problema obstétrico, debido a que es responsable de un gran número de partos pretérminos y de muertes perinatales. El diagnóstico preciso de RPM es difícil, en muchas ocasiones, debido a que no existe un método ideal, y sólo la combinación de ellos permite confirmarla.

En la búsqueda de un método de diagnóstico único se han propuesto diversas pruebas bioquímicas en fluidos cérvicovaginales. Hubert y col encontraron que la prolactina y la alfa -fetoproteína no eran marcadores útiles. Gaucherand y col. compararon tres marcadores: fibronectina fetal, alfafetoproteína y diamino-oxidasa y concluyeron que la fibronectina fetal tuvo un alto valor diagnóstico. Sin embargo, la fibronectina fetal está presente en secreciones vaginales en el 50 % de las mujeres que tienen parto pretérmino con membranas íntegras. Algunos autores han descrito una asociación entre las concentraciones elevadas de fracción β -HCG en fluidos vaginales con la presencia de RPM y parto pretérmino, (Takanobu 1996, Li Chang 2000, Berstein 2000), por lo que se plantea como una opción útil en el diagnóstico de RPM en aquellas pacientes en las cuales el diagnóstico se ve dificultado, el fundamento se basa en el hecho, de que las pacientes con RPM tienen valores mucho mayores de concentraciones de β -HCG que las pacientes sin RPM debido a que existen evidencias clínicas y experimentales que avalan el concepto de que un proceso inflamatorio que precede a la RPM y/o al trabajo de parto pretérmino produce liberación de proteasas capaces de degradar la matriz extracelular y activar las células del sincitiotrofoblasto, lo cual resulta en una producción elevada de hormona β -HCG que se secreta al cérvix y vagina; y por otra parte, se produce la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas. Se ha propuesto que el líquido amniótico constituye una posible fuente de origen para explicar la presencia de concentraciones elevadas de esta hormona en secreciones cérvicovaginales durante el segunda mitad del embarazo.