
PROTOCOLO: RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS
--

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. INTRODUCCIÓN

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. El manejo dependerá principalmente de la clínica y del tiempo de evolución.

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 farmacológico (15%), quirúrgico (6%) y tras interrupciones legales del embarazo (ILE, con prevalencias más altas de retención cuanto más precoz es la interrupción de la gestación).

2. CLÍNICA

El signo guía para sospechar RPOC es la presencia de un **sangrado uterino anormal** (SUA) abundante y/o persistente tras un parto, cesárea o pérdida gestacional. 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.

3. DIAGNÓSTICO

Anamnesis

Dirigida a identificar los **factores de riesgo** de RPOC (antecedente de cirugías con entrada a cavidad uterina, malformaciones uterinas, antecedente personal de RPOC; así como causas obstétricas como óbito fetal, parto pretérmino, preeclampsia o retraso de crecimiento intrauterino) y la **sinomatología de sospecha/alarma** (características del sangrado, descripción del dolor, signos y síntomas sugestivos de proceso infeccioso).

PROTOCOLO: RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

Exploración física

Valorar las características del sangrado (cantidad, clínica anémica) y descartar posibles signos de infección (fiebre, leucorrea, movilización cervical dolorosa, etc.).

Laboratorio

Los parámetros analíticos no son diagnósticos, pero pueden resultar útiles para orientar el cuadro y tomar decisiones terapéuticas.

- **Analítica sanguínea básica:** cursar hemograma y coagulación en caso de sangrado abundante/persistente o clínica anémica. Ante la sospecha de infección, se solicitarán reactantes de fase aguda (PCR).
- **Microbiología:** en caso de sospecha de endometritis, se recomienda cursar cultivo de aspirado endometrial. Si la paciente está febril, se cursarán también hemocultivos.
- **Niveles de bHCG en plasma:** no está indicada la monitorización de bHCG en sospechas de RPOC, sólo en aquellos casos con hallazgos discordantes o sospecha de proceso neofornativo o degeneración molar.

Ecografía Transvaginal

Actualmente es la técnica de imagen de elección para el diagnóstico de RPOC. Ecográficamente, la RPOC se caracteriza por el hallazgo de una masa endometrial hiperecoica y/o heterogénea. Es importante describir el **tamaño** de la imagen ecográfica, la **ecogenicidad endometrial** y el **grado de vascularización** ("Anexo 1: plantilla descripción ecográfica"). Para valorar la vascularización al estudio Doppler se recomienda utilizar PRF entre 0.6 y 1.2. La presencia de masa endometrial y el patrón de vascularización Doppler constituyen las bases de la **clasificación de Gutenberg (2017)**, que ha demostrado utilidad para su manejo clínico:

Clasificación de Gutenberg (2017) (Ver Anexo 1)	
Tipo 0	Formación hiperecogénica avascular (score Doppler 1/4).
Tipo 1	Heterogeneidad endometrial con mínima vascularización o ausencia de ésta (score 1-2/4).
Tipo 2	Formación altamente vascularizada limitada en la cavidad uterina (score 3-4/4).
Tipo 3	Formación altamente vascularizada con alta vascularización miometrial (score 3-4/4).

PROTOCOLO: RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

Histeroscopia diagnóstica

En aquellos casos que presenten dudas al diagnóstico ecográfico, la histeroscopia (HSC) nos permite una visualización directa de la cavidad para confirmar o descartar la presencia de RPOC.

El tejido retenido suele tener un aspecto de lesión blanquecina, nacarada, con superficie lisa o textura friable, con aspecto hipotrófico, bordes bien definidos y presencia ocasional de focos necróticos.

No se recomienda la realización de histeroscopia en caso de sospecha de proceso infeccioso para evitar una infección ascendente.

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Patología orgánica endometrial: por ej. Pólipos/miomas.
- Subinvolución del lecho placentario (muy infrecuente).
- Mola invasora.
- **Malformación arteriovenosa (MAV):** se trata de una causa muy infrecuente de sangrado uterino anómalo, cuya incidencia y prevalencia exactas se desconocen y se han descrito menos de 150 casos en la literatura. Se caracterizan por comunicaciones aberrantes entre vasos arteriales y venosos en el miometrio. Pueden ser congénitas o adquiridas. Las MAVs adquiridas se asocian a procesos infecciosos, acretismo placentario, cáncer de endometrio, enfermedad trofoblástica o de forma yatrogénica tras radioterapia o cirugía uterina (aspirado, cesárea o cirugía pélvica). La histología de las MAVs muestra errores en la morfogénesis y por lo tanto es poco probable que retrocedan espontáneamente. La Angiografía es el *Gold Standard* para el diagnóstico de MAVs y su tratamiento es la embolización.

Los casos descritos en la literatura de resolución espontánea de MAVs adquiridas, probablemente se deban a la presencia de “aumento de vascularización miometrial” o “*Enhanced Myometrial Vascularity*” (EMV). Las MAVs i el EMV actualmente se consideran dos entidades diferentes.

El incremento de la utilización del estudio Doppler ha comportado un incremento aparente de los casos de malformaciones vasculares, sin embargo, si estos no son confirmados por angiografía actualmente se considera que se tratan de EMV y no de MAVs.

- **“Aumento de vascularización miometrial” o “*Enhanced Myometrial Vascularity*” (EMV):** 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 >20cm/s (PVS). La incidencia

PROTOCOLO: RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

real de EMV es desconocida ya que el término ha sido a menudo asociado a MAV en la literatura. Actualmente se considera un cambio producido por la gestación relacionado con la retención de restos ovulares tras una gestación intrauterina. 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).

	EMV	MAV
Antecedente gestación intrauterina	+	+/-
Vascularización endometrial	+	-
Vascularización miometrial	-/+	+
Pico velocidad sistólica (PSV)	>20cm/s	>50cm/s
Comunicación arteriovenosa por Angiografía	-	+

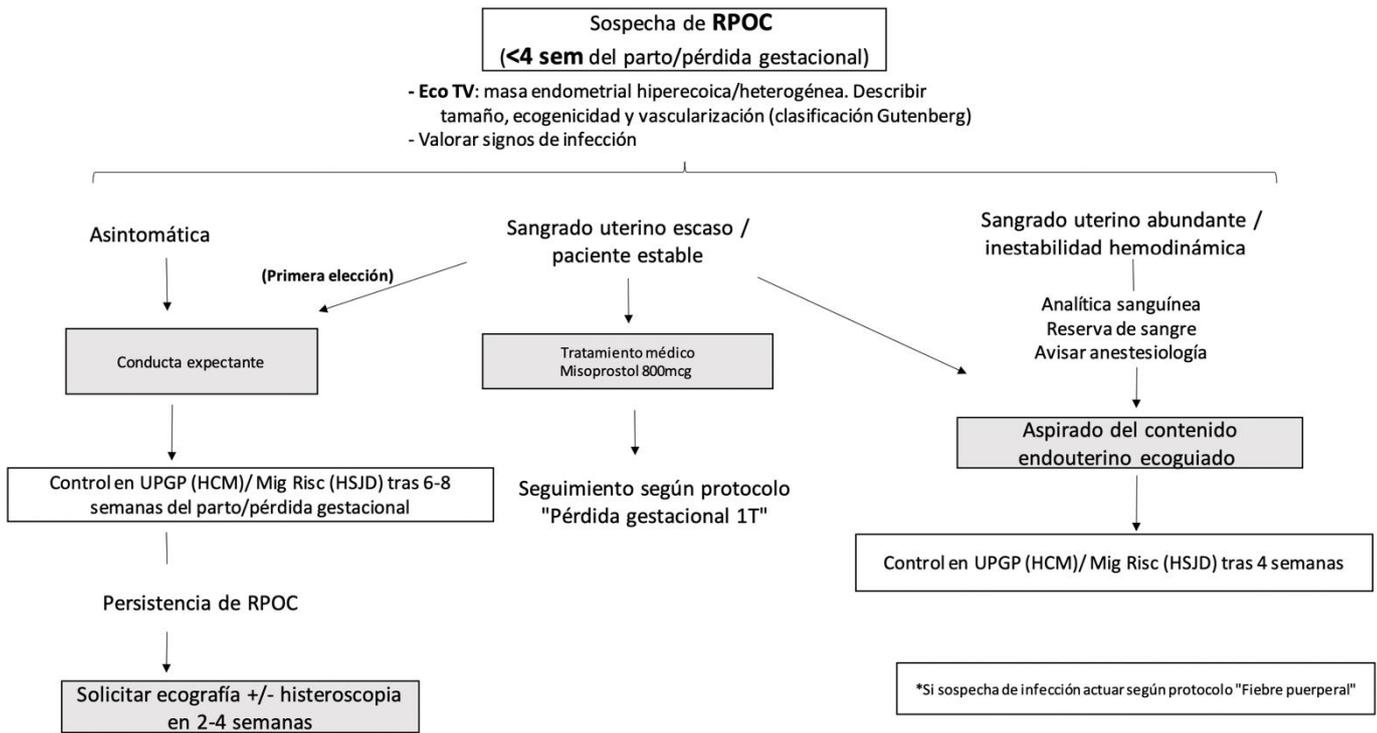
5. TRATAMIENTO

El algoritmo de manejo de la RPOC dependerá de la **severidad de la clínica** (sobre todo la severidad del sangrado), del **tiempo de evolución (> o < 4 semanas después del parto/pérdida gestacional)**, el aspecto ecográfico de los restos, la sospecha de infección, así como las preferencias de la paciente después de ser debidamente informada. A continuación, se detalla el algoritmo de manejo. Es importante informar sobre nuestra orientación diagnóstica, nuestra recomendación y pasos a seguir, y sobre los signos y síntomas de alarma por los que acudir a urgencias (sangrado vaginal importante, fiebre, etc.).

De entrada, se recomendará conducta expectante en los casos leves y aspirado del contenido endouterino en los casos severos. En cuanto al tiempo de evolución, en los casos de <4 semanas la conducta expectante será la conducta de elección, mientras que en los casos de >4 semanas se valorará la realización de tratamiento histeroscópico.

PROTOCOLO: RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

5.1 RPOC < 4 semanas después del parto / pérdida gestacional:



En los casos <4 semanas del evento obstétrico, ante el hallazgo de RPOC en urgencias o en CCEE se ofrecerán las siguientes conductas terapéuticas explicándose beneficios y riesgos de cada una de ellas:

- **CONDUCTA EXPECTANTE:** la espera de una media de 6-8 semanas presenta unas tasas de éxito entre el 60-90% según reportado en la literatura. El tiempo de espera también contribuye a la desvascularización del material y, por tanto, a un menor riesgo de sangrado ante una conducta activa. En pacientes **asintomáticas** o con **sangrado vaginal escaso** se recomendará esta conducta ya que se trata de una opción altamente efectiva y con una tasa de complicaciones muy baja. De optarse por esta vía se debe solicitar un control clínico y ecográfico (UPGP en Sede Maternidad y Mig Risc en Sede SJD) sobre las 6-8 semanas del evento obstétrico. En caso de imagen tipo 2 o tipo 3, sospecha de MAV y/o múltiples cirugías uterinas, el control se realizará en unidad de PLACENTA-MIOMETRIO (Sede SJD Mig Risc miércoles). En caso de ILE se valorará la persistencia de restos en la visita R-TOP (Sede Maternidad).
- **TRATAMIENTO MÉDICO:** administración de Misoprostol 800mcg vía vaginal dosis única (siguiendo el mismo manejo que el indicado en el protocolo de “pérdida gestacional de primer trimestre”). Aunque no existe una evidencia clara sobre el uso del tratamiento médico en RPOC, se podrá valorar esta conducta según las preferencias de la paciente.
- **ASPIRADO DEL CONTENIDO ENDOUTERINO ECOGUIADO:** considerado el tratamiento quirúrgico clásico, en estos casos se recomienda cursar previamente una analítica sanguínea con hemograma y

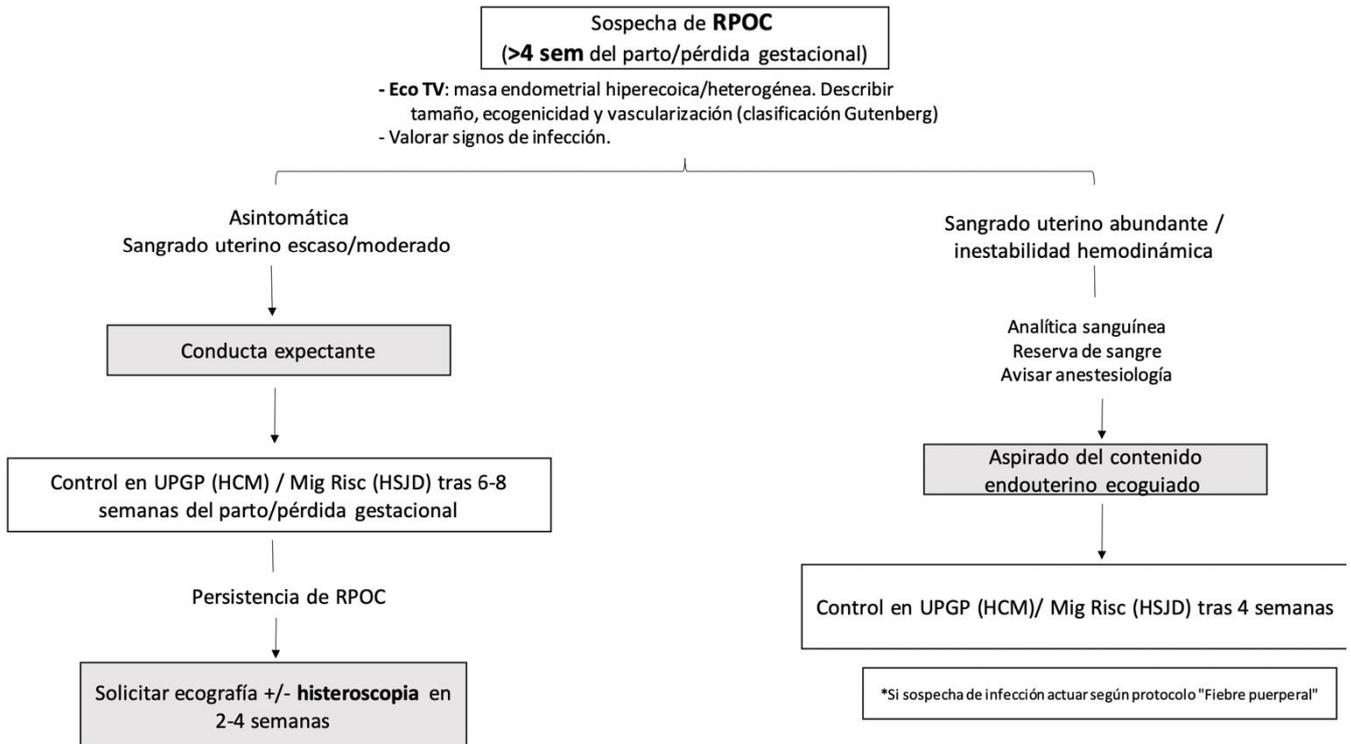
PROTOCOLO: RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

coagulación, valorar solicitar una reserva sanguínea, y realizarse de forma ecoguiada. Se considera la conducta de elección ante **sangrado uterino abundante** o **inestabilidad hemodinámica**. Debe administrarse profilaxis antibiótica en la inducción anestésica. Puede valorarse la administración previa de 400mcg de misoprostol vaginal según las condiciones cervicales. Se han descrito complicaciones como sangrado, perforación uterina, evacuación incompleta de los restos, adherencias intrauterinas postprocedimiento e infertilidad secundaria. Al alta, se solicitará control telefónico (UPGP en Sede Maternidad y Mig Risc en Sede SJD) en unas 4 semanas. Si se sospecha evacuación incompleta de restos se realizará un control presencial.

En caso de **sospecha de infección**, se optará por el aspirado siguiendo las indicaciones del protocolo "Fiebre puerperal".

Si en la visita post-tratamiento **persisten los restos** y no se sospecha un acretismo placentario de alto grado, se realizará una derivación para **ecografía ginecológica + histeroscopia en Seu Villarroel (Sede Maternidad) y en CCEE GIGEN Lunes (Sede SJD) en 2-4 semanas** (teniendo siempre en cuenta el tiempo de evolución desde el evento obstétrico), especificando RPOC en la derivación, donde se valorará la realización de HSC diagnóstica el mismo día (ver apartado "tratamiento histeroscópico"). Si se sospecha un acretismo placentario de alto grado, se remitirá a la Unidad de Placenta-Miometrio.

5.2 RPOC > 4 semanas después del parto /pérdida gestacional:



PROTOCOLO: RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

En los casos de **>4 semanas del evento obstétrico**, ante el hallazgo de RPOC en urgencias o en CCEE en pacientes **asintomáticas o con sangrado vaginal escaso** se recomendará como primera opción una conducta expectante solicitándose un control (UPGP en Sede Maternidad y Mig Risc en Sede SJD) a las 6-8 semanas del evento obstétrico. Si en esta visita **persisten los restos** y no se sospecha un acretismo placentario de alto grado, se realizará una derivación para **ecografía ginecológica + histeroscopia en Seu Villarroel (Sede Maternidad) y en CCEE GIGEN Lunes (Sede SJD) en 2-4 semanas** (teniendo siempre en cuenta el tiempo de evolución desde el evento obstétrico), especificando RPOC en la derivación, donde se valorará la realización de HSC diagnóstica el mismo día. Si se sospecha un acretismo placentario de alto grado, se remitirá a la Unidad de Placenta-Miometrio.

En caso de producirse un **sangrado vaginal abundante o inestabilidad hemodinámica** de la paciente, se actuará de la misma manera que en el algoritmo anterior.

TRATAMIENTO HISTEROSCÓPICO:

Actualmente se considera la exéresis bajo visión histeroscópica como **tratamiento quirúrgico de elección en los casos de persistencia de RPOC > 4 semanas del parto/pérdida gestacional ante un fracaso de la conducta expectante**. Se trata de un procedimiento dirigido con extracción selectiva de los RPOC bajo visión directa que ha demostrado beneficios respecto al aspirado: mayor tasa de efectividad (97%), menor tasa de adherencias intrauterinas (<10%), menor tasa de complicaciones (<1% perforación), menor infertilidad secundaria y mayor tasa de embarazo posterior.

El tratamiento histeroscópico de RPOC se realizará en la Unidad de histeroscopias Escalera 5 Planta 2, Sede Villarroel o Unidad de CMA del Hospital Sant Joan de Déu. En función del antecedente obstétrico se programará preferiblemente:

- A partir de las 6-8 semanas del aborto/parto vaginal.
- A partir de las 8-10 semanas si antecedente de cesárea.

Se intentará no demorar el tratamiento histeroscópico más allá de las 12 semanas del evento obstétrico, aunque se individualizará en cada caso. Los hallazgos ecográficos (tamaño y vascularización al estudio Doppler) serán determinantes para orientar la técnica histeroscópica:

- Si **RPOC tipo 0-1** de Gutenberg (< riesgo de complicaciones como el sangrado que puede dificultar la técnica histeroscópica) se programará histeroscopia quirúrgica, si es posible el mismo día. Si el tamaño de los RPOC es > 2 cm se valorará exéresis mediante sistema de morcelador histeroscópico, dado que la evidencia muestra mejor tolerancia, mayor rapidez y mayor tasa de efectividad.

PROTOCOLO: RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

- Si **RPOC tipo 2-3**, se propondrá mantener conducta expectante con control ecográfico en 3 semanas:

Si persiste tipo 2-3 a las 16 semanas del parto/cesárea/pérdida gestacional, valorar exéresis histeroscópica en CMA. Si persiste tipo 3, valorar realización previa de Angio-TAC para descartar MAV.

Responsables del protocolo:	D Boada, H Castillo, M López, N Masoller, M Munmany, E Meler
Fecha del protocolo y actualizaciones:	24/05/2023
Última actualización:	24/05/2023
Próxima actualización:	24/05/2027
Código Hospital Clínic:	MMF-113-2023
Código Sant Joan de Déu:	

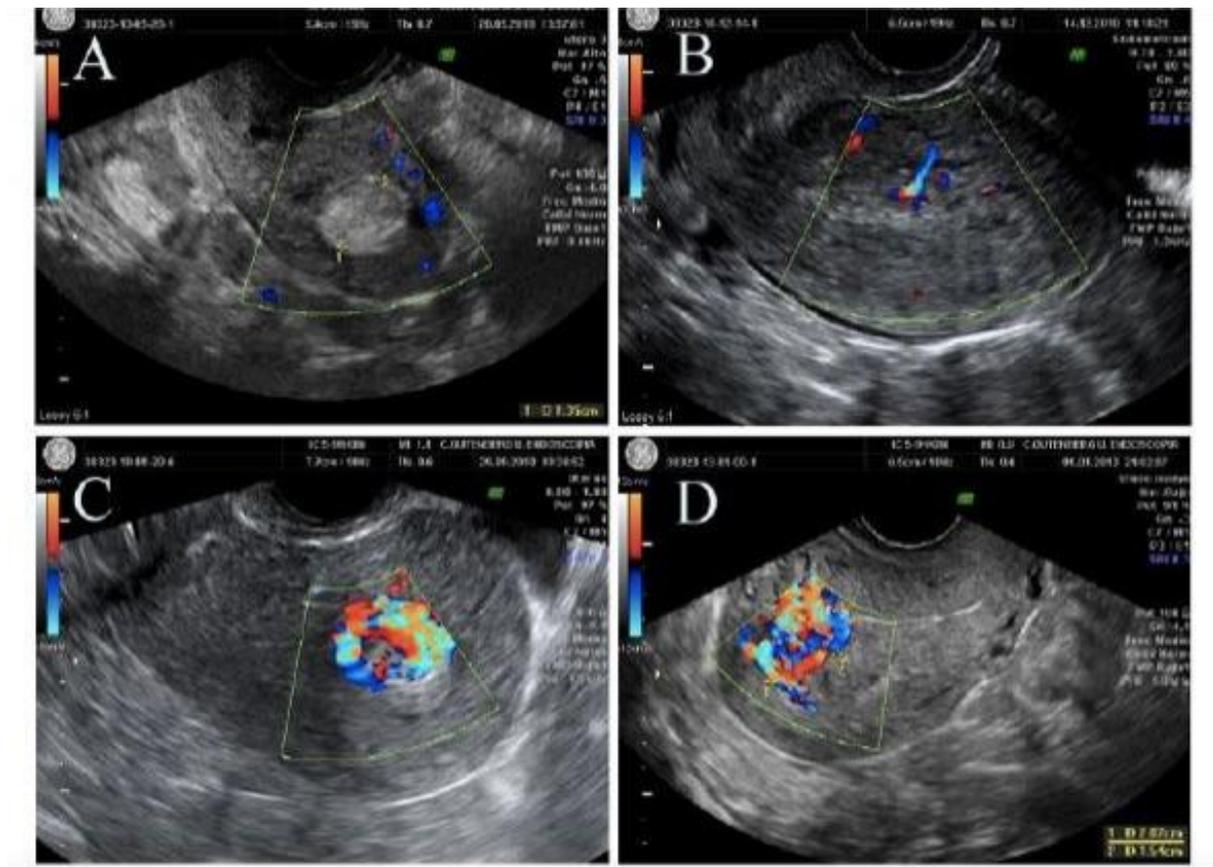
PROTOCOLO: RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

7. ANEXO 1

Plantilla de descripción ecográfica:

Cavidad endometrial ocupada por formación hiperecoica de XXX mm

- Sin vascularización al estudio Doppler (score 1/4) compatible con RPOC **tipo 0** (Clasificación Gutenberg 2017).
- Con **escasa vascularización** al estudio Doppler (score 2/4) compatible con RPOC **tipo 1** (Clasificación Gutenberg 2017).
- Con **abundante vascularización** al estudio Doppler (score 3-4/4) compatible con RPOC **tipo 2** (Clasificación Gutenberg 2017).
- Con **abundante vascularización** de la misma y del **miometrio** (score 3-4/4) compatible con RPOC **tipo 3** (Clasificación Gutenberg 2017).



PROTOCOLO: RETENCIÓN DE RESTOS OVULARES Y PLACENTARIOS

8. REFERENCIAS

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;10(4):203-209. Published 2021 Nov 5.

Golan A, Dishy M, Shalev A, Keidar R, Ginath S, Sagiv R. Operative hysteroscopy to remove retained products of conception: novel treatment of an old problem. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011 Jan-Feb;18(1):100-3.

Grewal K, Al-Memar M, Fourie H, Stalder C, Timmerman D, Bourne T. Natural history of pregnancy-related enhanced myometrial vascularity following miscarriage. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020 May;55(5):676-682.

Hooker AB, Aydin H, Brölmann HA, Huirne JA. Long-term complications and reproductive outcome after the management of retained products of conception: a systematic review. *Fertil Steril.* 2016;105(1):156-64.e642.

Munros J, Gracia M, Nonell R, Cardona M, Lavilla P, et al. Delayed Hysteroscopic Removal of Retained Products of Conception is Associated with Spontaneous Expulsion. *SRL Reprod Med Gynecol.* 2017;3(1): 024-028.

Ros C, Barnes D, Fervienza A, Oses G, Alcázar JL, Martínez-Román S, et al. Ultrasound-guided transvaginal thrombin injection of uterine arteries pseudoaneurysms. *Br J Radiol* 2017; 90: 20160913.

Timmerman D, Wauters J, Van Calenbergh S, et al. Color Doppler imaging is a valuable tool for the diagnosis and management of uterine vascular malformations. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;21(6):570-577.