

UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO

HOSPITAL REGIONAL PRIMERO DE OCTUBRE
I.S.S.S.T.E.

**EVALUAR LA FRECUENCIA DE HEMATOMA
SUBCORIONICO EN LA POBLACION DEL HOSPITAL
CON HEMORRAGIA VAGINAL EN EL PRIMER
TRIMESTRE DE EMBARAZO MEDIANTE EL USG
TRANSABDOMINAL Y TRANSVAGINAL**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
RADIOLOGIA E IMAGEN

PRESENTA

DR. JOSE LUIS HERNANDEZ FLORES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ASESOR DE TESIS

DR. ENRIQUE GRANADOS SANDOVAL

PROFESOR TITULAR DE RADIOLOGIA E IMAGEN

DR. ALEJANDRO T. FRIAS GUILLOT

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR. HORACIO OLVERA HERNANDEZ

INDICE

Resumen.....	2
Summary.....	3
Introduccion.....	4
Justificacion.....	7
Material y Metodos.....	8
Resultados.....	9
Discusion.....	12
Conclusiones.....	14
Bibliografia.....	15
Figuras y Tablas.....	16

RESUMEN

La hemorragia transvaginal en el primer trimestre de embarazo es una de las principales causas de consulta para el servicio de ginecología y obstetricia y por consiguiente uno de los motivos por los cuales se solicita interconsulta al servicio de radiología e imagen para la realización de ultrasonido transabdominal y transvaginal para la corroboración de vitalidad fetal.

El objetivo principal de nuestro trabajo es determinar la existencia de hematoma subcoriónico en pacientes con hemorragia vaginal y evaluar el tamaño del hematoma, la edad gestacional y la edad materna con el resultado del embarazo, para lo cual se realizó un estudio prospectivo, transversal, abierto, observacional y descriptivo, sin grupo control, en el cual se incluyeron 80 pacientes del sexo femenino, en edad entre los 16 años a los 40 años, con un promedio de edad entre los 28. El grupo heteróteo que más fue atendido es el comprendido entre los 21 a los 25 años (40%); el tiempo de embarazo fue en las primeras 12 semanas de gestación.

Ultrasonográficamente por vía transvaginal se encontró que un 40% presentó hematoma pequeño, un 40% hematoma mediano y un 20% hematoma grande, esto de acuerdo al tamaño de la circunferencia del saco coriónico.

Así mismo se corroboró la vitalidad embrionaria con el ultrasonido por vía transvaginal.

Demostrando que el método diagnóstico por imagen de elección es el ultrasonido ya sea por vía transabdominal o transvaginal en la detección de hematoma, teniendo un 100% de especificidad y sensibilidad, y un 80% de fiabilidad diagnóstica en la vitalidad embrionaria por vía transabdominal, mas sin embargo por vía transvaginal se tiene el 100% en la sensibilidad y especificidad, por lo que este método beneficia al médico tratante en gran medida a formular un tratamiento adecuado para cada paciente.

SUMMARY

The transvaginal hemorrhage in the first trimester of the pregnancy, is the most important cause of consult in the gynecobstetrics services. For this reasons is a cause of consult in radiology and image for making transabdominal and transvaginal ultrasound for to secure the fetal vitality.

The main objective of our work is determinate the existence of subcorionic hematoma in female patient with vaginal hemorrhage and evaluate size of hematoma, gestacional age and patient age with the result of pregnancy. For this reasons we make a study propective, transversal, open, observative and descriptive, without control group. We have enclose 80 female patient bethwen 16 at 40 years, with a rate of 28 years. The age group observe most frecuently it was bethwen 21 at 25 years ago (40%). The time of pregnancy it was the 12 first weeks by sonography in transabdominal way, we observe that a 40% present a little hematoma a 40% present middle hematoma and 20% a grand hematoma. Thats according within corionic sac circumference.

At same time we ensure embryonic vitality with transvaginal sonography; we demonstrate that diagnostic method by image is the sonography transabdominal and transvaginal together. With 100% of espicifity and 80% of precition in the diagnostic of embryonic vitality, by transabdominal way.

Nevertheless by transvaginal way, we have 100% in the sensibility and specificity in the embryonic vitality, this method is a greate support in the specific treatment for each female patient.

INTRODUCCION

Puede producirse hemorragia en cualquier etapa del embarazo; pero su causa al principio de la gestación es decir en el primer trimestre del embarazo puede ser particularmente difícil de diagnosticar. Estas causas incluyen amenaza de aborto, hematoma subcorionico, embarazo ectópico, enfermedad trofoblastica y complicaciones del aborto inducido.(1)

La principal indicación de ecografía durante el primer trimestre es la hemorragia transvaginal determinada principalmente por una amenaza de aborto la cual es una expresión clínicamente descriptiva que se aplica a mujeres que presentan manchado o hemorragia vaginal, contracciones terinas leves y un orificio cervical cerrado durante las primeras 20 semanas de gestación. La presente exposición considerará a las mujeres durante las primeras 12 semanas de embarazo.(2)

La amenaza de aborto es una complicación común que afecta a aproximadamente 25% de los embarazos evidentes desde el punto de vista clínico. Pese a los esfuerzos por modificar el desenlace, más o menos la mitad de estos embarazos finalmente terminaran en aborto. En estos casos el embrión ya está muerto la mayoría de las veces, y por lo regular, lo ha estado por algún tiempo. Aunque el embrión está muerto, el tejido coriónico todavía puede funcionar, lo que determina que aun de positiva la prueba de embarazo.(3-4)

Si bien prácticamente todas las gestaciones no viables abortarán con el tiempo, la expulsión espontánea con frecuencia demanda semanas después del comienzo de los síntomas clínicos. Esto puede provocar hemorragia vaginal prolongada, infección y ansiedad del paciente. Pese a que ninguna de estas manifestaciones es peligrosa para la vida, no debe subestimarse su seriedad. El manejo clínico depende de sí el embrión está vivo. Por lo tanto, la identificación confiable de gestaciones no viables es importante para determinar a qué pacientes corresponde la evacuación uterina; por el contrario, ante embriones vivos, potencialmente visibles se adopta una

Conducta expectante.(5) Los métodos para evaluar vida embrionaria son análisis hormonales (L C G, estrógenos, progesterona, lactógeno placentario humano, B-glucoproteína específica de embarazo y fetoproteina) y ecografía. Aunque estas determinaciones son útiles, la ecografía es el examen fundamental en este contexto

clínico. Hay que tener presente que cuando la paciente, tiene una probabilidad de aproximadamente 50/50 de que el embarazo termine en aborto. Sin embargo, numerosos estudios confirman ahora que la demostración ecográfica de un embrión viviente modifica estas estadísticas de manera sustancial y favorable. Desafortunadamente, a medida que la identificación embrionaria más precoz se torna más común, el destino de estos pequeños embriones se vuelve menos favorable. Cuando se identifica un embrión viviente por ecografía transabdominal, 90-97% de los casos continúa, de todos modos, la visualización del embrión mediante ecografía transabdominal comienza con LCN de 5 mm y se hace universal a los 10mm. Los embriones de 2-4 mm de LCN observados en la ecografía transvaginal no parecen tener un pronóstico tan favorable. La ecografía transvaginal permite visualizar embriones vivientes que tienen una tasa de pérdida basal relativamente alta.(6)

El riesgo de aborto aumenta con la edad materna, lo que presumiblemente guarda relación con el riesgo más alto de anormalidades cromosómicas en madres mayores, las cuales son responsables de la mayoría de las pérdidas de embarazos tempranos. Es probable que factores similares incidan también en las tasas de pérdida de embriones tempranos identificados por ecografía transvaginal. No es razonable asumir que la visualización ecográfica de un embrión con latido cardíaco reduciría en forma milagrosa la tasa de pérdida a 5% como se solía citar en la era en que solo existía la ecografía transabdominal. Desde que podemos visualizar embriones diminutos en el rango etario de 5.5 a 6 semanas, la evidencia sugiere que hasta el 30% se perderá en mujeres con amenaza de aborto y alrededor de 15% será abortado en mujeres clínicamente normales.(7-8)

Quizá nunca sepamos o coincidamos en las tasas de pérdida precisa de embarazos “normales” y “con amenaza” en cada etapa del 1er trimestre, pero no hay dudas respecto de algunas verdades y tendencias.

Las tasas de pérdida son altas y tal vez muy altas en el rango de 5 a 6 semanas, incluso en mujeres que impresionan como normales desde el punto de vista clínico. Además los datos actuales indican que las mujeres con amenaza de aborto tienen alrededor del doble de probabilidad de perder el embarazo que las mujeres clínicamente normales una vez que la ecografía ha demostrado un latido cardíaco.(9-10) Como los ecografistas clínicos han perdido confianza en que la visualización de un latido cardíaco embrionario sugiere con firmeza que el embarazo continuará, se han hecho esfuerzos para predecir el fracaso del embarazo alejado del evento de embarazos vivientes. Estos esfuerzos se han orientado a observaciones auxiliares como acumulaciones intrauterinas de sangre (hematomas subcoriónicos), latidos cardíacos lentos (bradicardia embrionaria),

desproporciones en el tamaño del saco, en particular cuando éste impresiona como demasiado pequeño para el tamaño del embrión que lo ocupa (oligohidramnios precoz), y anormalidades del saco vitelino, sobre todo cuando éstos son demasiado grandes para la etapa de desarrollo temprano.

Algunos investigadores han observado que en presencia de un hematoma intrauterino (alrededor de un cuarto de las mujeres con amenaza de aborto), las tasas de pérdida del embarazo fueron del doble que en los casos en los que no había hematoma. La demostración ecográfica de un embrión que carece de movimiento cardíaco es la evidencia más específica de muerte del embrión.

Con frecuencia, la ecografía permite distinguir los sacos gestacionales anormales de los normales “vacíos” en un solo examen, sin importar los antecedentes menstruales. Ciertos criterios ecográficos tienen una especificidad de prácticamente 100% y anticipan de manera uniforme un desenlace anormal.(11)

Además de la amenaza de aborto, como se menciono anteriormente, son causas de hemorragia, el embarazo ectópico con diagnóstico clínico que no es en absoluto simple ya que no siempre se presenta la triada olasica, dolor, hemorragia anormal y masa anexial palpable, aquí es donde entra la ecografía para demostrar la presencia de embarazo intrauterino o no, demostrando los signos ecográficos de embarazo ectópico, así mismo otra patología causante de hemorragia temprana se debe a la mola hidatidiforme la cual no es tan frecuente afortunadamente.

Como se mencionó en este apartado nos abocaremos a la amenaza de aborto inducida por una separación prematura de la decidua y a su vez del corion (hematoma subcoriónico), en donde se cree que este tipo de hematoma está relacionado con la hemorragia de venas del margen placentario; con frecuencia se desconoce la etiología de esta entidad, pero el hallazgo anatomopatológico asociado de necrosis decidual en el margen placentario ha sido asociado con tabaquismo materno. Sin embargo se ha señalado que el examen ecográfico puede ser negativo pese a la hemorragia, si toda la sangre abandona el útero a través del conducto cervical sin acumulaciones de hematoma detectable por ecografía. Sin embargo la ecografía puede detectar hematomas en numerosas pacientes y aportar información pronóstica útil. (2-3)

JUSTIFICACION

La hemorragia transvaginal en el 1er trimestre de embarazo es uno de los problemas patológicos de mayor consulta para el ginecólogo, con una incidencia actual de aproximadamente 15%-20% con una pérdida fetal de aproximadamente el 50% y se ha visto un incremento en la visualización de sangre subcórionica; y en ausencia de evidencia de un hematoma subcórionico el 99% de los embarazos llegan a termino.

Por lo tanto dadas las circunstancias anteriores la indicación más común para ecografía en el primer trimestre de embarazo es el sangrado vaginal, y el ultrasonido es útil y el método inicial electivo de diagnóstico para detectar la presencia de hematoma subcórionico, así como su localización y extensión del mismo. La ecografía transvaginal es en la actualidad el método diagnóstico de elección en la confirmación de hematoma subcórionico, así como viabilidad embrionaria, tamaño del hematoma y otras entidades. (Ausencia de saco gestacional, embarazo ectópico, etc.)

Ambos procedimientos diagnósticos dan la suficiente información, con una alta calidad en él diagnóstico y relativamente a un menor costo, lo cual permite al ginecoobstetra tomar una decisión racional en cuanto al pronóstico y terapéutica a seguir.

Aproximadamente el 18% de mujeres con sangrado vaginal en el 1er trimestre de embarazo se ha demostrado sonográficamente hematoma subcórionico.

El propósito de este estudio fue evaluar la frecuencia del hematoma así como su tamaño, la edad gestacional y la edad materna con el resultado del embarazo.

El hematoma subcórionico es definido como un aérea anecoica que separa el corión en la parte interna del útero con una colección de fluido en la cavidad uterina. El tamaño del hematoma fue acordado al porcentaje de la circunferencia del saco coriónico elevado por el hematoma como sigue:

Pequeño indica una tercera parte de la circunferencia del saco coriónico.

Mediano indica la mitad de la circunferencia del saco coriónico.

Grande indica las dos terceras partes de la circunferencia del saco coriónico.

También se clasificó la edad gestacional (menor de 8 semanas y mayor de 8 semanas) y la edad materna (menor de 35 años y mayor de 35 años) en la examinación inicial.

MATERIAL Y METODOS

Del 1º de Enero de 1999 al 30 de septiembre de 1999 se realizo un estudio prospectivo, transversal, abierto, observacional y descriptivo, sin grupo control, en el cual se incluyeron 80 pacientes del sexo femenino en edad fértil de los 16 a los 40 años, que presenten embarazo y hemorragia durante el primer trimestre con probable hematoma subcoriónico, catalogadas previamente por el servicio de ginecología, como único criterio de inclusión.

Se eliminaron del estudio todas aquellas pacientes que presentaron hemorragia del 2º y 3er trimestre de embarazo, así como pacientes no embarazadas. Así mismo se excluyeron del estudio todas aquellas pacientes con alguna contraindicación para realizar la ultrasonografía como en las siguientes situaciones:

No-aceptación del paciente y/o familiar a realizar el procedimiento y fallecimiento del paciente antes de la realización de los estudios, así como cualquier otra entidad nosológica que no fuese hematoma subcoriónico.

A cada paciente se le interrogo edad, tiempo de embarazo, antecedentes patológicos previos y se confirmó el tiempo de embarazo mediante la ultrasonografía, procediendo a realizarla de manera transabdominal utilizando un equipo de USG marca General Electric tipo RT3000, con un transductor de 3.5MHZ, realizando rastreos sonográficos a través de la pared abdominal, al nivel de la cavidad pélvica utilizando como ventana acústica la vejiga a repleción, realizándose rastreos con cortes longitudinales, transversales y oblicuos tratando de obtener la mayor cantidad de información, y se confirmara el diagnostico con la USG transvaginal con equipo USG del mismo tipo que el anterior, sin embargo el transductor ahora será de 7.5MHZ, realizando el estudio con previo vaciamiento vesical en forma total, se introducirá posteriormente el transductor por vía vaginal, previa colocación de un preservativo en dicho transductor para evitar que este sea una fuente de infección, realizando cortes longitudinales, transversales y oblicuos, tratando de confirmar el diagnóstico obtenido por vía pélvica, procediendo posteriormente a la toma de placas convencionales, por lo que se utilizo películas radiográficas Ortho M 8 x 10 pulgadas.

Una vez reunidos los datos clínicos y realizados los procedimientos llevo a cabo el análisis de ellos.

El análisis logístico fue hecho para determinar la frecuencia de hematoma subcoriónico así como la asociación de pérdida en la vitalidad embrionaria con el tamaño del

hematoma, controlando la edad materna (< 35 años y > 35 años) y la edad gestacional (< 8 semanas y > 8 semanas).

RESULTADOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, abierto, observacional, descriptivo y sin grupo control del 1º de Enero de 1999 al 30 de septiembre de 1999, en el Servicio de Radiología e Imagen del Hospital Regional 1º de Octubre, I.S.S.S.T.E. el cual incluyó población abierta en edad reproductiva de 16 a 40 años todas procedentes del servicio de Ginecología del hospital, incluidas en protocolo de investigación para determinar la frecuencia de hematoma subcoriónico en la población del hospital con hemorragia vaginal durante el primer trimestre de embarazo mediante Ultrasonografía (USG) transabdominal y transvaginal.

El estudio estuvo conformado por un total de 80 pacientes de las cuales 15 (18.7%) presentaron hematoma subcoriónico cuya edad mínima fue de 16 años, con una máxima de 40 años y una edad media de 38 años. Las cuales fueron divididas en los siguientes rangos: El primero comprendió las pacientes entre 16 y 20 años con un total de 2 (13%), el segundo conformado por 6(40%) pacientes cuya edad osciló entre 21 y 25 años, un tercer grupo de las pacientes entre 26 y 30 años estuvo conformado por 4 (26%) pacientes, el cuarto grupo de 31 a 35 años conformado por 2 (13%) pacientes y por último del grupo de 36 a 40 años estuvo conformado por 1 (6%) paciente, dando un total de 15 pacientes. (FIGURA 1)

Así también se determinó las semanas de gestación conformada en los siguientes rangos: El primero comprendió de las 5-6 semanas con un total de pacientes de 3 (20%), el segundo conformado por 7 (46%) pacientes entre la edad gestacional 7-8 semanas, un tercer grupo con edad gestacional entre 9-10 semanas estuvo conformado por 4 (26%) pacientes y por último del grupo de 11-12 semanas conformado por 1 (6.6%) paciente. (FIGURA 2)

De la misma manera se determinó la frecuencia del tamaño del hematoma subcoriónico de la siguiente manera: 6 (40%) pacientes presentaron hematoma pequeño, 6 (40%) pacientes presentaron hematoma mediano y 3 (20%) pacientes presentaron hematoma grande. (FIGURA 3)

Además se valoró la frecuencia y porcentaje de la vitalidad embrionaria sobre la base de la frecuencia cardíaca observada por USG obteniéndose 8 (53%) pacientes sin presencia de actividad cardíaca demostrable mediante los 2 métodos ultrasonográficos (transabdominal y transvaginal) y 7 (47%) pacientes con actividad cardíaca. (Tabla 1)

Otras variables que nos interesó investigar fue la frecuencia de la pérdida de la vitalidad embrionaria con relación al tamaño del hematoma así encontramos pérdida embrionaria

en 2 (25%) pacientes con hematoma pequeño, así mismo 3 (37.5%) pacientes con hematoma mediano y por último 3 (37.5%) pacientes con hematoma grande. (FIGURA 4)

También se evaluó la frecuencia de la pérdida de la vitalidad embrionaria con relación a la edad gestacional presentando pérdida embrionaria 5 (62.5%) pacientes con embarazo menor de 8 SDG y 3 (37.5%) pacientes con embarazo mayor de 8 SDG. (FIGURA 5)

Por último se evaluó la frecuencia de la pérdida de la vitalidad embrionaria con relación a la edad materna obteniéndose pérdida embrionaria en 6 (75%) pacientes menores de 35 años y así mismo 2 (25%) pacientes mayores de 35 años. (FIGURA 6)

DISCUSION

Para nuestro conocimiento, este estudio, en el cual el tamaño del hematoma subcoriónico, la edad materna y la edad gestacional fue correlacionada con el resultado del embarazo en pacientes con sangrado vaginal en el primer trimestre con la presencia de actividad cardíaca embrionaria normal.

Hay que establecer como variantes independientes, el ritmo o velocidad del embarazo, con el tamaño del hematoma, la avanzada edad materna y la edad gestacional.

En cada grupo esto no fue sustancial en la diferencia de los resultados considerando la comparación del embarazo con hematomas medianos y grandes, pero el riesgo disminuye cuando el hematoma es pequeño ($1/3$ de la circunferencia del corión).

Estos resultados de datos de otros estudios en el cual el peor resultado del embarazo fue en pacientes con hematomas grandes o sangrado severo comparando con el resultado en pacientes con hematomas pequeños o ligero sangrado.

Dickey et al también establece un incremento en la pérdida embrionaria en pacientes con grandes hematomas comparado con los pacientes con pequeños hematomas.

Stabile et al reportó 22 embarazos con pequeños hematomas subcoriónicos, ninguno de los cuales terminó en aborto involuntario o espontáneo.

Conversel y Jouppila establecieron también 33 casos de hematoma subcoriónico con un 19% de pérdida embrionaria, el volumen estimado del hematoma no fue correlacionado con el resultado del embarazo.

Goldstein et al estableció un hematoma subcoriónico en solo 10 de 56 pacientes con sangrado vaginal y reporta un 80% de supervivencia del embarazo aunque no mencionó el tamaño del hematoma.

Mantoni también reportó un 13% de pérdida embrionaria en pacientes con amenaza de aborto después de que la FCF ha sido identificada.

El amplio rango de resultados es probablemente debido en parte por el pequeño número de pacientes en estos estudios, estuvo entre los 100 pacientes en cada estudio. Así mismo nuestros datos presentan diferencias en los resultados en comparación con los estudios mencionados ya que fue reportado un total de pérdida embrionaria de 53%. Sin embargo nuestros datos se sostienen por otras investigaciones, las que mostraron incremento en pérdida embrionaria asociada con la temprana edad materna y con la temprana edad gestacional con examinación ultrasonográfica.

Wilson et al estableció un total de pérdida embrionaria de un 40% en un grupo del primer trimestre sin considerar la edad materna y la edad gestacional, sin embargo este historial fue elevado en madres con edad temprana y embriones jóvenes.

Mackenzie et al también estableció un 2% de pérdida embrionaria en 500 pacientes con un embrión viable de 12 SDG. Esta evolución sin embargo, fue 3 veces más elevada donde los embriones menores de 8 SDG comparados con embriones mayores de 8 SDG y 10 veces más elevado en pacientes con una historia de aborto espontáneo.

Nuestro estudio tuvo un número de limitaciones que son uso de mención. Fue de no incluir información que considerara a pacientes que presentaban una historia de aborto espontáneo o deficientes resultados en embarazos previos, no se procuro valorar el volumen de cada hematoma sin embargo se utilizó la aplicación de nuestro criterio que consistía en pequeño (1/3), mediano(1/2) y grande (2/3) con relación al tamaño del saco coriónico ya que es una fácil y reproducible manera de describir el hematoma subcoriónico.

Finalmente nosotros no comparamos nuestra población de pacientes con un grupo de pacientes sin un hematoma subcoriónico, nosotros solo evaluamos el relativo incremento en el riesgo de pérdida embrionaria con grandes, medianos y pequeños hematomas en nuestra población.

CONCLUSIONES

1. Nuestro estudio demostró que el método diagnóstico por imagen de ultrasonografía con abordaje transabdominal y transvaginal tienen una sensibilidad y especificidad del 100% correlacionada con la literatura ya que permite al médico tratante en forma oportuna iniciar un tratamiento adecuado.
2. En el estudio se pudo observar que la USG transabdominal tuvo una fiabilidad diagnóstica del 80% en la detección de la viabilidad embrionaria; lo cual es obligado por parte del radiólogo continuar con un abordaje transvaginal para confirmar esta viabilidad la cual es del 100% la cual se correlaciona con la literatura.
3. Tanto por vía transabdominal y transvaginal se pudo detectar y apreciar la extensión del hematoma subcoriónico con la misma confiabilidad diagnóstica, no encontrándose correlación alguna con la vitalidad fetal.
4. El método diagnóstico idóneo ante la sospecha de sangrado transvaginal en mujeres embarazadas en el primer trimestre por su alta sensibilidad y especificidad diagnóstica (100%) se encuentra la USG transabdominal y transvaginal en lo posible de manera conjunta, brindando al médico tratante tomar una decisión terapéutica adecuada.
5. Se demostró que todos aquellos embarazos que cursaron con hematoma subcoriónico mayor del 75% no fueron compatibles con la viabilidad del producto y aquellos que fueron menores del 50% su reabsorción fue en 2-3 semanas siendo vial su embarazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Dickey R.P, Olar T.T, Curole DN, Taylor SN, Matulich EM. Relationship of first trimester subchorionic bleeding detected by color Doppler ultrasound, and pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 415-420.
2. Stabile I, Campbell S, Grudzinskas JC. Threatened miscarriage and intrauterine hematomas: sonographic and biochemical studies. *J Ultrasound Med* 1989; 8: 289-292.
3. Jouppila P. Clinical consequences after ultrasonic diagnosis of intrauterine hematoma in threatened abortion. *JCU* 1985; 13: 107-111.
4. Geneviev L., Bennett MD, Bryann Browley, Subchorionic hemorrhage in first trimester pregnancies: Prediction of pregnancy outcome with sonography, *Obstetrical Ultrasound*. 1996; 803-806.
5. Goldstein SR, Subramanyam BR, Subchorionic bleeding in threatened abortion: sonographic findings and significance. *AJR*, 1983; 141: 975-978.
6. Mantoni M. Ultrasound signs in threatened abortion and their prognostic significance. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 471-475.
7. Wilson RD, Kendrick V, Wittmann BK, Spontaneous abortion and pregnancy outcome after normal first-trimester ultrasound examination. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 352-355.
8. Mackenzie WE, Holmes D, Newton JR. Spontaneous abortion rate in ultrasonographically viable pregnancies. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 81-83.
9. Pedersen JF, Mantoni M. Prevalence and significance of subchorionic hemorrhage in threatened abortion: a sonographic study. *AJR* 1990; 154: 353-357.
10. Mandruzzato GP, Rustico MA, Fantana A, The intrauterine hematoma: diagnostic and clinical aspects. *JCU* 1989; 17: 503-510.
11. Cashner KA, Christopher CR, Dysert G, Spontaneous fetal loss after demonstration of a live fetus in the first trimester. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 827-830.

FIGURA1 FRECUENCIA POR GRUPO DE EDADES EN PACIENTES EMBARAZADAS CON HEMATOMA SUBCORIONICO

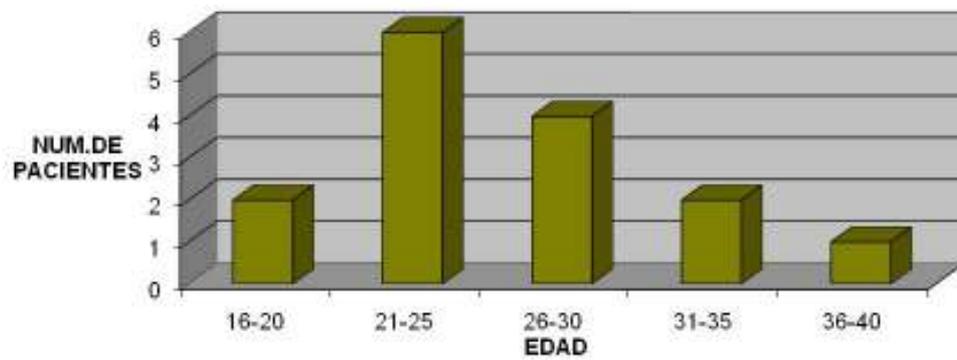
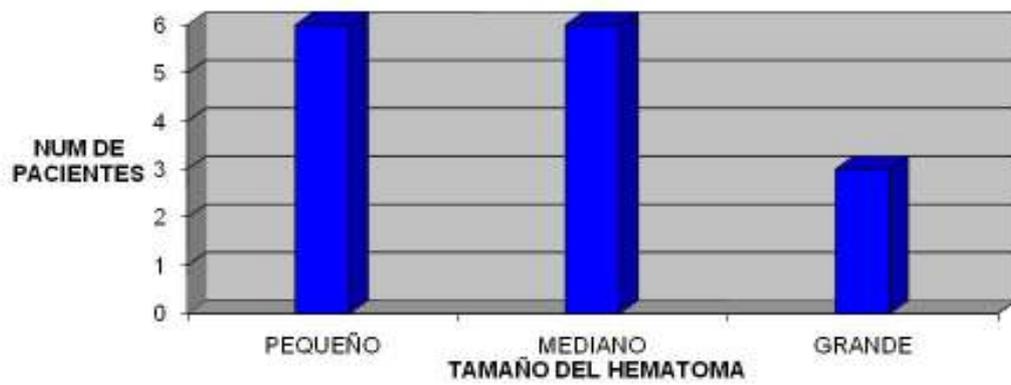


FIGURA 2 FRECUENCIA POR SEMANAS DE GESTACION EN PACIENTES CON HEMATOMA SUBCORIONICO



FIGUAR 3 FRECUENCIA DEL TAMAÑO DEL HEMATOMA SUBCORIONICO



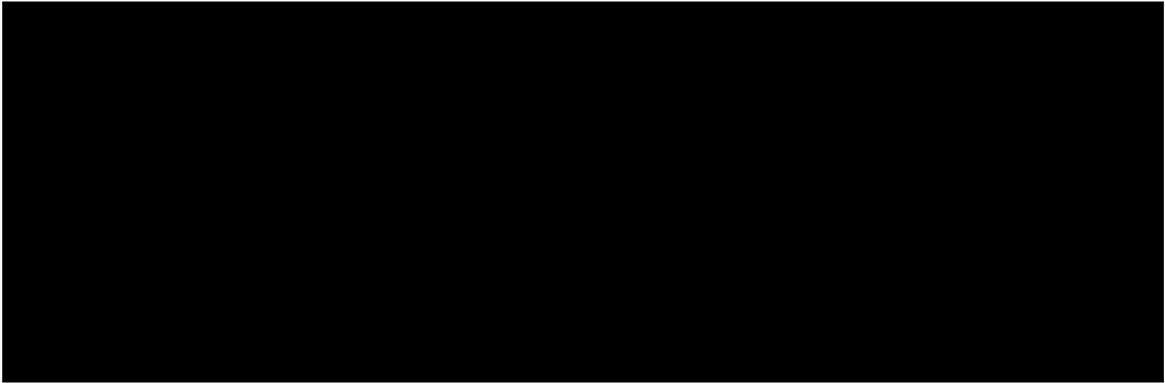


FIGURA 4 FRECUENCIA DE LA PERDIDA DE LA VITALIDAD EMBRIONARIA EN RELACION AL TAMAÑO DEL HEMATOMA

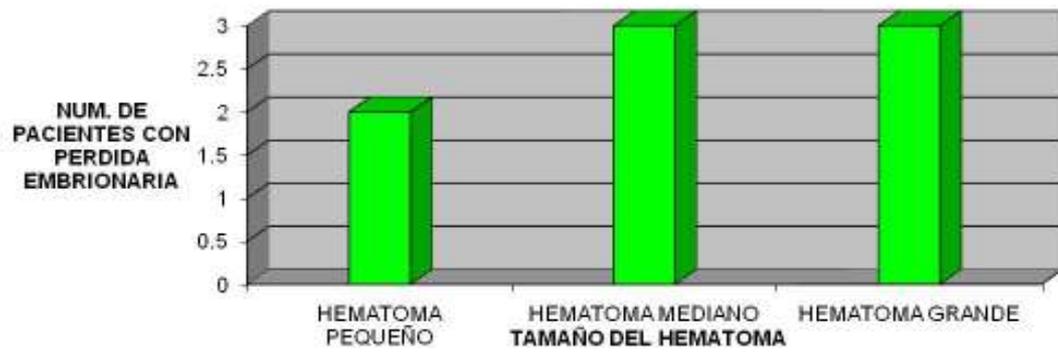


FIGURA 5 FRECUENCIA DE LA PERDIDA DE LA VITALIDAD EMBRIONARIA EN RELACION A LA EDAD GESTACIONAL



FIGURA 6 FRECUENCIA DE LA VITALIDAD EMBRIONARIA EN RELACION A LA EDAD MATERNA

