

Protocol

Maneig de retenció de restes ovulars

Servei de Ginecologia i Obstetrícia

Codi | Versió 1 | Data 29/09/2026

1. Justificació

Les restes ovulars o placentàries són la retenció de teixit corial a nivell uterí després d'un avortament o part. Poden trobar-se en un 1% dels parts, 6% dels avortaments espontanis i 15% dels avortaments amb tractament farmacològic.

Aproximadament entre un 10-20% de les gestacions pateixen un avortament espontani. Per altra banda, a la província de Barcelona es van realitzar 14.744 interrupcions voluntàries de l'embaràs l'any 2020. Per tant, un 15% de 14.744 suposaria que hi hauria retenció de restes ovulars en aproximadament unes 2.211 dones en aquesta província.

Clàssicament el tractament d'elecció en aquests casos ha estat el legrat uterí. És un tractament que presenta algunes complicacions no despreciables a curt i llarg termini.

- Complicacions a curt termini: sagnat, lesió uterina o perforació uterina, riscos derivats de l'anestèsia, persistència de restes (29%, VS 1% en cas d'histeroscòpia).
- Complicacions a llarg termini: adherències uterines (30%, VS 13% en cas d'histeroscòpia), compromís de la fertilitat (gestació espontània posterior en un 59.9% i retard de 14.5 mesos, VS en un 68.8% i retard de 11.5 mesos en cas d'histeroscòpia).

En les últimes guies publicades es recomana la histeroscòpia com a tractament de primera línia en el maneig de les restes ovulars. En la bibliografia es recullen taxes d'èxit del tractament histeroscòpic entre un 94 i un 95%. A més, permet detectar la presència de malformacions uterines en un 10% dels casos.

2. Objectiu

Establir un protocol de maneig en el diagnòstic i tractament de retenció de restes ovulars.

3. Professionals implicats

Professionals mèdics adjunts i residents del servei de Ginecologia i Obstetrícia Vall d'Hebron.

4. Població diana (si procedeix)

Pacients que presentin diagnòstic de retenció de restes ovulars posteriors a un avortament o part.

5. Descripció del protocol

El símptoma més freqüent és la metrorràgia. Es poden presentar altres símptomes com amenorrea, dolor pèlvic, febre o leucorrea anòmala (aquests tres últims suggereixen sobreinfecció de restes ovulars). A llarg termini poden suposar risc de desenvolupar endometritis o adherències intrauterines que comprometin la fertilitat.

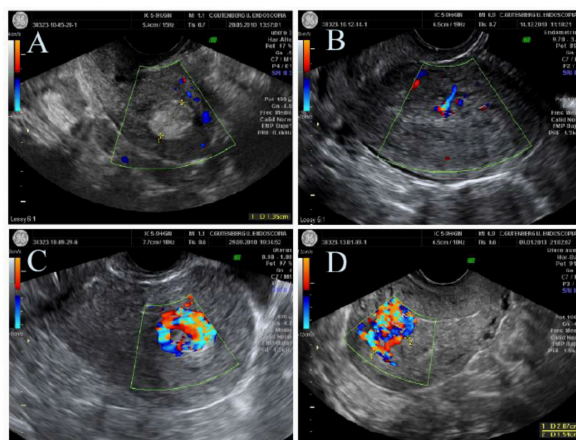
És una de les causes principals d'hemorràgia postpart.

La prova diagnòstica d'elecció és la ecografia transvaginal. És important valorar la mida i la vascularització del material retengut per poder fer un correcte diagnòstic diferencial amb la malformació arteriovenosa.

El diagnòstic ecogràfic es realitza quan es visualitza un gruix endometrial ecogràfic superior a 15mm (en una mesura anteroposterior amb o sense captació Doppler, o gruix endometrial ecogràfic inferior a 15mm amb captació Doppler important).

La classificació de Gutenberg (basada en la ecogenicitat i captació Doppler) pot ser útil en la avaluació preoperatòria ja que prediu el risc de sagnat.

- Tipus 0 (imatge A): massa intracavitària hiperecogènica avascular
- Tipus 1 (imatge B): massa intracavitària d'ecogenicitat mixta amb mínima o nul·la vascularització
- Tipus 2 (imatge C): massa confinada a la cavitat uterina altament vascularitzada
- **Tipus 3 (imatge D):** massa altament vascularitzada amb miometri altament vascularitzat



És important realitzar el diagnòstic diferencial entre restes ovulars altament vascularitzades i una malformació arteriovenosa (una complicació poc freqüent que pot donar-se després d'una gestació).

Troballes ecogràfiques en la MAV: àrees hipocoiques en el miometri, flux sanguini d'alta velocitat i multidireccional, component vascular en el miometri.

En cas d'alta sospita, altres proves d'imatge com l'angioTAC i subseqüentment l'arteriografia poden ser d'utilitat.

En relació al maneig de retenció de restes ovulars, en cas que es presenti un sagnat uterí agut i actiu, inestabilitat hemodinàmica o sospita d'infecció de restes estaria indicat fer un legrat uterí ecoguiat per aspiració urgent, intentant limitar la intervenció a la regió que presenti les restes per minimitzar la lesió de teixit sa.

En la resta de casos, el maneig posterior al diagnòstic pot ser expectant, tractament mèdic o quirúrgic, segons la situació clínica de la pacient i les preferències d'aquesta després d'haver estat informada adequadament.

El maneig expectant és una opció adequada per pacients asimptomàtiques o que presentin un sagnat lleu. Té una taxa de resolució espontània de fins al 90% a les 6 setmanes.

El tractament mèdic consta d'administració de misoprostol via vaginal, rectal o oral (en cas de presentar sagnat vaginal són preferibles aquestes dues últimes), administrant com a màxim dues tandes d'aquest de 4 comprimits cadascuna (800mcg).

Protocol	Versió

El tractament quirúrgic d'elecció és la extracció mitjançant histeroscòpia sota visió directa per tal de respectar l'endometri subjacent i la cavitat uterina (excepte si compleix les indicacions de raspat uterí descrites anteriorment).

PROTOCOL AL NOSTRE CENTRE

En cas d'avortament **diferit**, es realitzarà conducta expectant, tractament mèdic o tractament quirúrgic (legrat obstètric) segons les preferències de la pacient després d'explicar beneficis i riscos.

- En cas de realitzar conducta expectant, es realitzarà un control als 7 dies (programar visita a agenda CEX Urgències de la Dona).
- En cas de realitzar tractament mèdic, s'administraran 4 comprimits de misoprostol via vaginal (rectal o oral com a alternatives) i es realitzarà un control als 7 dies (programar visita a agenda CEX Obstetrícia - Urgències de la Dona).
- En cas de que no s'hagi produït la expulsió, es pot repetir una segona tanda de tractament mèdic i tornar a programar un control en 7 dies. En cas de que no s'hagi produït la expulsió, es programarà legrat obstètric (veure següent punt).
- En cas de realitzar tractament quirúrgic mitjançant legrat obstètric (programació a Outlook).
Indicacions en el moment de la visita a urgències:
 - Acudir en dejú a dia programat a Outlook a les 10h
 - Firmar consentiment informat de la cirurgia
 - Ha de tenir una analítica amb coagulació realitzada en els últims 3 mesos com a màxim.
 - Administrar-se la següent medicació a les 8h del mateix dia de la cirurgia: 2 comprimits de misoprostol via vaginal, 2.5mg de diazepam sublingual i 1g d'azitromicina via oral. Cal que hagi firmat el consentiment d'ús compassiu de misoprostol.

En cas d'avortament **incomplet**, es prioritzarà oferir com a opcions terapèutiques la conducta expectant o tractament mèdic segons preferències de la pacient després d'explicar beneficis i riscos.

- En cas de realitzar conducta expectant, es realitzarà un control als 7 dies (programar visita a agenda CEX Obstetrícia - Urgències de la Dona).
- En cas de realitzar tractament mèdic, s'administraran 4 comprimits de misoprostol via vaginal (rectal o oral com a alternatives) i es realitzarà un control als 7 dies (programar visita a agenda CEX Obstetrícia - Urgències de la Dona).
- En cas de que no s'hagi produït la expulsió, es pot repetir una segona tanda de tractament mèdic i programar un nou control en 7 dies (programar visita a agenda CEX Obstetrícia - Urgències de la Dona).
- Si després de la segona tanda de tractament mèdic hi ha una ecografia suggestiva de **retenció de restes** (endometri superior a 15mm de gruix amb o sense captació Doppler, o ecografia compatible amb classificació Gutenberg 0-1-2), en una pacient asimptomàtica o amb un sagnat lleu estable hemodinàmicament i sense signes d'infecció: es programarà visita de control a l'agenda de CEX Obstetrícia - Urgències de la Dona en 4 setmanes. Si en aquesta visita de control, la imatge ecogràfica persisteix, es derivarà a CEX Histeroscòpies de manera preferent amb ECOTV a Gabinet de Ginecologia.

La opció de legrat per aspiració no és recomanable d'entrada (a menys que compleixi els criteris exposats a continuació), tot i que la pacient té dret a escollir-la coneixent els beneficis i riscos d'aquesta. En cas que la pacient opti per realitzar un legrat per aspiració, s'ha de programar seguint les indicacions exposades anteriorment (en l'apartat d'avortament diferit).

Protocol	Versió

En cas de sagnat actiu, inestabilitat hemodinàmica o signes d'infecció en qualsevol moment del seguiment el tractament d'elecció és un legrat per aspiració urgent.

En cas de tenir en qualsevol moment del seguiment una ecografia compatible amb classificació **Gutenberg 3 i alta sospita de malformació arteriovenosa** es realitzarà maneig expectant (sense realitzar tractament mèdic) i control en 15 dies a l'agenda de CEX Obstetrícia Urgències de la Dona. En cas de persistència de la mateixa imatge, derivació de manera preferent a CEX Histeroscòpies + ECOTV a Gabinet de Ginecologia.

És important explicar a la pacient quins són els signes i símptomes d'alarma i criteris de reconsulta en aquest període (hemorràgia, signes clínics d'infecció com dolor abdominal, febre, leucorrea anòmala...).

En relació al tractament quirúrgic per histeroscòpia, el procediment d'elecció serà una histeroscòpia ambulatoria al Gabinet (Hospital Pere Virgili) amb la possibilitat d'extracció de les restes si es confirmen mitjançant un morcel·lador. En cas de que la pacient prefereixi realitzar el procediment sota anestèsia, o bé en cas de lesions de més de 3-4cm, es programarà el procediment als quiròfans de l'Hospital Pere Virgili. En el cas de pacients cardíopates o amb comorbiditats de base, el procediment es programarà al quiròfan de l'àrea maternoinfantil (AMI Hospital Vall d'Hebron). Així mateix, les lesions altament vascularitzades (Gutenberg 2), independentment de la seva mida, es programaran també al quiròfan de l'AMI.

En casos suggestius de malformació arteriovenosa, des de CEX Histeroscòpies es valorarà sol·licitar una angioRM i la realització d'una embolització selectiva de les artèries uterines de forma programada.

En cas de retenció de restes post-part, es realitzarà una valoració de manera individualitzada.

6. Algoritme (si aplica, inserir una representació gràfica de l'algoritme)

1. Algoritme de Maneig de l'Avortament Diferit

Conducta Expectant	Tractament Mèdic	Tractament Quirúrgic (Legrat)
• Control als 7 dies: Programar visita a l'agenda CEX Urgències de la Dona.	• Pauta Inicial: 4 comprimits de misoprostol via vaginal = 800mcg (rectal o oral com a alternatives). • Control als 7 dies: Programar visita a agenda CEX Obstetrícia - Urgències de la Dona. • En cas de NO expulsió en el control: - Es pot repetir una 2ª tanda de tractament mèdic i re-programar control en 7 dies (a la mateixa agenda). - Si encara no s'ha produït la expulsió: programar legrat obstètric.	• Programació: A través d'Outlook. • Indicacions al pacient: 1. Acudir en dejú el dia programat a les 10:00h 2. Signar consentiment informat 3. Anàlítica amb coagulació (realitzada en els últims 3 mesos) 4. Administrar medicació a les 8:00h del dia de la cirurgia: - 2 comp. misoprostol via vaginal = 400mcg - 2.5 mg diazepam sublingual - 1 g azitromicina via oral 5. Signar consentiment d'ús compassiu de misoprostol

2. Algoritme de Maneig de l'Avortament Incomplet

Es prioritzarà conducta expectant o tractament mèdic segons preferències de la pacient després d'explicar beneficis i riscos. La opció de legrat per aspiració no és recomanable d'entrada tot i que la pacient té dret a escollir-la coneixent els beneficis i riscos d'aquesta.

En cas de sagnat actiu, inestabilitat hemodinàmica o signes d'infecció en qualsevol moment del seguiment el tractament d'elecció és un legrat per aspiració urgent.

Conducta Expectant	Tractament Mèdic
• Control als 7 dies: Programar visita a l'agenda CEX Obstetrícia - Urgències de la Dona.	• Pauta Inicial: 4 comprimits de misoprostol via vaginal (rectal o oral com a alternatives) = 800mcg. • Control als 7 dies: Programar visita a agenda CEX Obstetrícia - Urgències de la Dona. • Si NO s'ha produït l'expulsió: Repetir una 2^a tanda de tractament mèdic i programar nou control en 7 dies a l'agenda CEX Urgències de la Dona.

Troballa de Retenció de Restes post-2^a tanda: ecografia amb endometri >15mm amb o sense captació Doppler (classificació Gutenberg 0-1-2)

En pacient asimptomàtica o amb sagnat lleu, estable hemodinàmicament i sense signes d'infecció, programar visita de control a CEX Obstetrícia - Urgències de la Dona en 4 setmanes.

Si en el control persisteix la imatge ecogràfica, derivació preferent a CEX Histeroscòpies amb ECOTV a Gabinet de Ginecologia.

⚠ **ATENCIÓ ESPECIAL: Classificació Gutenberg 3 (Sospita MAV)**

En cas de tenir en qualsevol moment del seguiment una ecografia compatible amb **classificació Gutenberg 3 i alta sospita de malformació arteriovenosa (MAV)**:

1. Realitzar **MANEIG EXPECTANT** (SENSE realitzar tractament mèdic)
2. Control en **15 dies** a l'agenda de CEX Obstetrícia - Urgències de la Dona
3. Si la imatge persisteix: Derivació preferent a **CEX Histeroscòpies + ECOTV a Gabinet de Ginecologia**.

7. Mètode d'avaluació (indicadors, instruments, altres)

Es realitzarà un recollida de dades i revisió de resultats de maneig de restes ovulars des de la implementació del protocol.

Protocol	Versió

8. Documents relacionats (protocols, procediments i altres documents amb els que es vincula)

Títol document	Codi

9. Resum d'aspectes claus i recomanacions (i altres especificacions útils per a la millor comprensió del protocol)

Tradicionalment el legrat uterí ha tingut un paper important en el tractament de retenció de restes ovulars. Es tracta d'una intervenció amb una morbiditat no despreciable per la pacient tant a curt com a llarg termini.

En l'actualitat, el maneig expectant és el tractament d'elecció en el maneig de la retenció de restes ovulars, que presenten resolució espontània en un 90% dels casos en les primeres 6 setmanes posteriors a un avortament o un part.

En cas de fracàs del maneig expectant, es poden realitzar fins a dos tandes de tractament mèdic (4 comprimits de misoprostol en cada tanda) separades per una setmana. En cas de fracàs del tractament mèdic, està indicada la realització d'una histeroscòpia diagnòstica ambulatoria +/- terapèutica.

El legrat uterí serà d'elecció només en els casos que presentin sagnat actiu important, inestabilitat hemodinàmica o signes suggestius d'infecció.

10. Nivells d'evidència i graus de recomanació

El legrat instrumental presenta una taxa d'adherències intrauterines/síndrome d'Asherman del 19-20%, mentre que la extracció dirigida per histeroscòpia de les restes redueix el risc preservant l'endometri sa. Nivell d'evidència IA-IB i grau de recomanació A.²

El maneig histeroscòpic aconsegueix una taxa de fertilitat/gestació posterior del 81.1% (vs 65.4% en maneig no histeroscòpic), amb un risc baix de complicacions (1.9%) i adhesions (6.8%). Nivell d'evidència IIA-IIB i grau de recomanació B.⁶

En pacients asimptomàtiques, el maneig expectant resol de manera espontània en un 57-60% de les restes ovulars sense increment d'efectes adversos ni infecció respecte el maneig mèdic/quirúrgic. Nivell d'evidència IB i grau de recomanació A.⁷

En pacients asimptomàtiques amb restes de petita mida o baix flux vascular, el maneig expectant té una taxa d'èxit d'aproximadament el 80% a mitjà termini, preservant la cavitat uterina de qualsevol manipulació i reduint costos. Nivell d'evidència IIB-IIIB i grau de recomanació B-C.⁸

11. Referències

1. Foreste, V., Gallo, A., Manzi, A., Riccardi, C., Carugno, J., & Sardo, A. D. S. (2021). Hysteroscopy and Retained Products of Conception: An Update. *Gynecology and minimally invasive therapy*, 10(4), 203–209. https://doi.org/10.4103/GMIT.GMIT_125_20

Protocol	Versió

2. Hooker, A. B., Lemmers, M., Thurkow, A. L., Heymans, M. W., Opmeer, B. C., Brölmann, H. A., Mol, B. W., & Huirne, J. A. (2014). Systematic review and meta-analysis of intrauterine adhesions after miscarriage: prevalence, risk factors and long-term reproductive outcome. Human reproduction update, 20(2), 262–278. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmt045>
3. Murugesu, S., Braun, E., Saso, S., & Bourne, T. (2024). Predictors of successful expectant and medical management of miscarriage: A systematic review. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 103(12), 2348–2372. <https://doi.org/10.1111/aogs.14934>
4. Pacheco L. A, Timmons D, Naguib M. S and Carugno J. Hysteroscopic management of retained products of conception: A single center observational study. Facts, Views & Vision in Obgyn (2019). 11(3), 217
5. Recomanacions del grup de treball de histeroscòpia GHISCAT sobre el maneig de les restes ovulars i placentàries (ROP). Maig 2022.
6. Taylor, C., Ellett, L., Hiscock, R., & Mooney, S. (2022). Hysteroscopic management of retained products of conception: A systematic review. The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology, 62(1), 22–32. <https://doi.org/10.1111/ajo.13455>
7. Tzur, Y., Berkovitz-Shperling, R., Goitein Inbar, T., Bar-On, S., Gil, Y., Levin, I., & Cohen, A. (2022). Expectant vs medical management for retained products of conception after medical termination of pregnancy: a randomized controlled study. American journal of obstetrics and gynecology, 227(4), 599.e1–599.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.025>
8. Wada, Y., Takahashi, H., Suzuki, H., Ohashi, M., Ogoyama, M., Nagayama, S., Baba, Y., Usui, R., Suzuki, T., Ohkuchi, A., & Fujiwara, H. (2021). Expectant management of retained products of conception following abortion: A retrospective cohort study. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, 260, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.02.028>

12. Annexos

Traçabilitat

Elaborat	Revisat	Validat
Nom/càrrec: Marta Dalmau Artal Servei/comissió: Ginecologia i Obstetrícia Direcció de referència:	Nom/càrrec: Sònia Monreal Anna Ruano Eva Vila Anna Brox Francisco José Barranco Itziar García Elena Suárez Servei/comissió: Ginecologia Direcció de referència:	Nom/càrrec: Servei/comissió: Direcció de referència:
Data: 20/09/2026	Data: 29/09/2026	Data:

Protocol	Versió

No es garanteix la validesa d'aquest document un cop imprès. La versió vigent està disponible en format electrònic al servidor.

Històric d'actualitzacions

Freqüència d'actualització programada cada anys <i>Indicar la freqüència prevista, per exemple, cada 4 anys.</i>		Propera actualització	
Versió	Motiu de l'actualització <i>Especificar. Ex: Protocol de nova creació / Actualització programada / Canvi de criteris / Noves normatives, etc.</i>	Responsable d'aprovació de la versió	Data de tancament de la versió
1			
2			
3			
4			