

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

“Resumen”

Presenta: Mayra Mercedes Lopez Morales

MATERIA: ginecología

Semestre: 6°

Grupo: “B”

Docente: Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas

05/09/2020.

Aborto

el aborto es el nacimiento prematuro antes de que sea posible vivir, también se conoce como terminación inducida del embarazo para destruir al feto. La duración del embarazo también se emplea para definir y clasificar el aborto con fines estadísticos y legales.

Si bien el término se utiliza de manera indistinta en un contexto médico, el uso popular de la palabra aborto se refiere a la interrupción intencional del embarazo. Es por esta razón que muchos prefieren utilizar el término aborto espontáneo para referirse a la muerte del feto antes de su viabilidad. Para sumarse aún más a la confusión, el uso tan extendido de la ecografía y la gonadotropina coriónica humana sérica permiten identificar embarazos muy incipientes y se han creado términos para describirlos

Clasificación:

aborto espontáneo, aborto recurrente, aborto inducido en la clínica: amenaza de Aborto, aborto Inevitable, aborto Incompleto, aborto Completo, aborto Diferido, aborto Séptico, borto Recurrente.

Sintomatología:

Hemorragia en la decidua basal, Necrosis e inflamación en el área de implantación, Comportamiento de cuerpo extraño en el útero, Contracciones uterinas y dilatación cervical, El producto de la concepción se desprende parcial o totalmente y expulsión del producto de la concepción en casi todos los casos.

Diagnostico:

El ultrasonido transabdominal y transvaginal son complementarios, prueba Inmunológica de embarazo, anticuerpos monoclonales, progesterona sérica.

Evaluación y tratamiento:

Una vez confirmada, la insuficiencia cervicouterina clásica se corrige por medio de un cerclaje, que refuerza de manera quirúrgica el cuello uterino débil con la colocación de una sutura en bolsa de tabaco. Algunas contraindicaciones del cerclaje son la hemorragia, las contracciones uterinas o la rotura de membranas. Asimismo, se realiza una ecografía para confirmar que el feto vive y excluir alguna anomalía fetal importante. Se toman muestras cervicales para buscar gonorrea y clamidia, y se administra tratamiento para éstas y otras infecciones cervicales evidentes. Cuando menos durante una semana después de la cirugía se prohíbe el coito.

Gracias a que en la actualidad es posible verificar la muerte embriofetal por medio de ecografía, el tratamiento se puede individualizar más. La conducta expectante y el tratamiento tanto médico como quirúrgico constituyen opciones razonables a menos que exista una hemorragia o infección grave. El tratamiento quirúrgico es

definitivo y predecible, pero también es radical e innecesario en todos los casos. La conducta expectante y el tratamiento médico evitan la necesidad de realizar un legrado, pero se acompañan de hemorragia impredecible y algunas mujeres necesitan cirugía.

Embarazo ectópico

Definición:

En condiciones normales el blastocisto se implanta en el revestimiento endometrial de la cavidad uterina. Su implantación en cualquier otro sitio se considera un embarazo ectópico. La palabra se deriva del término griego ektopos —fuera de lugar.

Clasificación:

Alrededor del 95% de los embarazos ectópicos se implanta en los distintos segmentos de las trompas de Falopio, de éstos, la mayor parte corresponde a implantaciones ampollares. El 5% restante se implanta en el ovario, la cavidad peritoneal o el cuello uterino. En fecha reciente se observó que los embarazos en las cicatrices de las cesáreas son cada vez más frecuentes.

De manera ocasional, y casi siempre con técnicas de reproducción asistida (ART, assisted reproductive technologies), se implantan varios embarazos al mismo tiempo de manera ectópica o un ectópico y otro intrauterino.

Factores de riesgo:

La lesión tubaria previa, ya sea por un embarazo ectópico anterior o por una cirugía tubaria para corregir la infertilidad o con fines de esterilización, confiere el mayor riesgo para tener un embarazo ectópico

Después de un embarazo ectópico previo, la probabilidad de tener otro es cercana al 10%, la infertilidad, al igual que el uso de ART para corregirla, aumentan el riesgo de padecer embarazos ectópicos.

Sintomatología:

Sin un diagnóstico oportuno, la evolución natural de los casos “clásicos” se caracteriza por retraso menstrual variable seguido de hemorragia leve o manchado vaginal. Cuando el embarazo se rompe produce dolor intenso en los cuadrantes inferiores del abdomen y en la pelvis que a menudo se describe como agudo, lancinante o desgarrante.

Se acompaña de alteraciones vasomotoras, que van de vértigo a síncope. Además, existe hipersensibilidad a la palpación abdominal y la exploración pélvica bimanual, sobre todo al mover el cuello uterino, que genera un dolor muy intenso.

Triada clásica; dolor, hemorragia transvaginal, masa anexial.

Los síntomas del embarazo ectópico varían y a menudo faltan hasta la rotura. La mayoría de las pacientes tienen dolor pelviano (que a veces es de tipo cólico) o sangrado vaginal. La menstruación puede faltar o no, y las pacientes pueden no estar concientes de que están embarazadas.

La rotura puede ser precedida por un dolor repentino e intenso, seguido de síncope o signos y síntomas de shock hemorrágico o peritonitis. La hemorragia rápida es más probable en los embarazos rotos de los cuernos uterinos.

También puede haber dolor a la movilización cervical, dolor anexial unilateral o bilateral, o una masa anexial. El útero puede estar ligeramente agrandado.

Diagnóstico:

Pruebas de laboratorio; Gonadotropina coriónica humana (hCG-b), progesterona sérica, marcadores séricos novedosos, hemograma, ecografía (ecografía transvaginal, ecografía transabdominal).

Diagnóstico multimodal: Los embarazos ectópicos se identifican con la combinación de datos clínicos, análisis séricos y ecografía transvaginal. Se han propuesto diversos algoritmos, pero la mayor parte comprende cinco componentes principales:

1. Ecografía transvaginal.
2. Concentración sérica de hCG-b —tanto la concentración inicial como el patrón de incremento o descenso ulteriores.
3. Concentración sérica de progesterona.
4. Legrado uterino.
5. Laparoscopia y en ocasiones laparotomía.

Tratamiento

Farmacológico: Metotrexate + Ácido Fólico monodosis 50 mg/ m2SC IM

Quirúrgico: Laparoscopia, laparotomía exploratoria, salpingectomía

Enfermedad Trofoblástica Gestacional

Definición

El término enfermedad trofoblástica gestacional se refiere a un espectro de tumores placentarios relacionados con el embarazo. La enfermedad trofoblástica gestacional se divide en tumores molares y no molares. Los tumores no molares se agrupan como neoplasia trofoblástica gestacional

Clasificación

Mola hidatiforme: Completa y parcial

Neoplasia trofoblástica gestacional: Mola invasiva, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario y tumor trofoblástico epiteliode.

Mola Hidatidiforme

- Mola Hidatidiforme Completa: La mola completa ocurre cuando un espermatozoide haploide fertiliza un óvulo vacío. Como resultado, el material genético del espermatozoide se replica a sí mismo, el tejido resultante es de origen completamente paternal, usualmente con un cariotipo 46XX. Las características de una CHM incluyen una hiperplasia generalizada e hinchazón del tejido trofoblástico, con una marcada atipia del tejido trofoblástico en el sitio de implantación. No hay tejido fetal identificable.
- Mola Hidatidiforme Parcial: Resultado de la fertilización entre un óvulo normal y dos espermatozoides. El componente genético del tejido contiene material cromosómico tanto materno como paterno, pero la replicación de las células resulta en un cariotipo triploide, usualmente 69XXY. El tejido trofoblástico tiene únicamente áreas difusas de hiperplasia trofoblástica e hinchazón, con una atipia leve de las células trofoblásticas en el sitio de implantación. La PHM tiene tejido fetal identificable asociado; sin embargo, el feto que se desarrolla no es viable y exhibe anomalías congénitas asociadas con la triploidía.

Neoplasia trofoblástica gestacionala

- Mola Invasiva : Proliferación del tejido trofoblástico de la mola invasiva lleva a que las vellosidades coriónicas edematosas se extiendan directamente al miometrio. Las molas invasivas raramente hacen metástasis más allá del útero. Esta condición ocurre tras la evacuación de una mola hidatidiforme completa en aproximadamente 20% de las pacientes.
- Coriocarcinoma: Caracterizado por una mezcla de células trofoblásticas mononucleadas alternadas con láminas de sincitiotrofoblasto. Se desarrolla cuando el tejido trofoblástico anormal evoluciona en una malignidad epitelial.
- Tumores Trofoblásticos de localización Placentar : Rara forma de neoplasia trofoblástica gestacional, este tumor surge del sitio de implantación placentaria y puede ocurrir después de cualquier embarazo, ya sea intrauterino o ectópico, o tras un aborto espontáneo o inducido. Este tipo de

tumor no contiene vellosidades coriónicas. Puede ocurrir después de cualquier evento gestacional, pero a diferencia del coriocarcinoma es más frecuente después de un embarazo a término o no molar.

- Tumores Trofoblásticos Epitelioides: Forma muy rara pero distintiva de GTN también derivado de las células intermedias. Microscópicamente el tumor se compone de una población relativamente uniforme de células trofoblásticas intermedias mononucleadas que forman nidos y masas sólidas.

Sintomatología:

Por lo general, hay uno o dos meses de amenorrea. Es posible que haya náusea y vómito considerables. Al final, la hemorragia uterina es casi universal y varía desde manchado hasta una hemorragia profusa. Es posible que comience justo antes del aborto molar espontáneo o, más a menudo, que tenga una evolución intermitente durante semanas o meses. En las molas más avanzadas puede haber hemorragia uterina oculta considerable con anemia ferropénica moderada.

Casi en la mitad de los casos, el crecimiento uterino es más rápido de lo esperado. El útero tiene una consistencia blanda. Los grandes quistes de la teca luteínica a veces son difíciles de distinguir del útero crecido en la exploración bimanual. Aunque el útero está crecido, en general no se detecta movimiento cardíaco fetal

Sangrado vaginal, usualmente entre las semanas 6-16 de gestación (46%), un tamaño uterino grande para la fecha (24%) e hiperémesis (14%). Las complicaciones posteriores tradicionalmente reportadas en el embarazo molar como la anemia, preeclampsia hipertiroidismo y distrés respiratorio son raras actualmente.

Diagnóstico:

Algunas mujeres se presentan pronto con evacuación espontánea de tejido molar. Sin embargo, en la mayoría de los casos hay amenorrea de duración variable, casi siempre seguida de hemorragia irregular. Por lo general, estas manifestaciones conducen a la práctica de prueba de embarazo y ecografía. Si no se trata, casi siempre ocurre la expulsión espontánea alrededor de las 16 semanas. La apariencia ecográfica característica de una mola completa incluye una masa uterina ecógena compleja con muchos espacios quísticos, sin feto ni saco amniótico

Tratamiento:

Quimioterapia profiláctica

Legrado con succión

Histerectomía

Otros métodos de terminación: En Estados Unidos, sólo rara vez se usan la inducción de trabajo de parto o histerotomía para la evacuación molar. Es probable

que ambas medidas aumenten la pérdida sanguínea y la incidencia de enfermedad trofoblástica persistente.

Vigilancia posterior a la evacuación