



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina
Ginecología y Obstetricia

Resumen “aborto, embarazo ectópico y enfermedad trofoblastica”

Presenta

Yessenia Arlette López Hernández

7 semestre grupo “A”

DR. Suarez Martínez Romeo

Comitán de Domínguez, Chiapas

Septiembre 2020

Aborto

Definición: El aborto se define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal. Por tanto, es apropiado que el aborto espontáneo y el aborto sean términos intercambiables. El Centro Nacional de Estadísticas de Salud, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Organización Mundial de la Salud definen el aborto como la interrupción o la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto expulsado con un peso.

Clasificación



Sintomatología

- ✓ Hemorragia de carácter diverso
- ✓ Dolor tipo cólico
- ✓ Útero blando y doloroso a la palpación
- ✓ Referir expulsión de restos ovulares

Diagnostico

- ✓ Ecografía
- ✓ Exploración del cervix
- ✓ HCG
- ✓ La ecografía transvaginal es otra herramienta más, y se busca la longitud cervical y la presencia de canalización.

Manejo

El manejo es similar en muchos aspectos al utilizado para el aborto provocado en el segundo trimestre, Una excepción es el cerclaje cervical, que se puede emplear para la insuficiencia cervical.

Primer trimestre

- ✓ Mifepristona/misoprostol a Mifepristona, 200-600 mg por vía oral; seguido en 24-48 h por:
- ✓ Misoprostol, 200-600 µg por vía oral o 400-800 µg por vía vaginal, bucal o sublingual
- ✓ Misoprostol solo c 800 µg por vía vaginal o sublingual cada 3 horas por 3 dosis
- ✓ Metotrexato/misoprostol d Metotrexato, 50 mg/m² BSA por vía intramuscular o por vía oral; seguido en 3-7 días por:
- ✓ Misoprostol, 800 µg por vía vaginal. Repetir si es necesario 1 semana después de administrar metotrexato al inicio del tratamiento

Segundo trimestre

- ✓ Mifepristona/misoprostol Mifepristona, 200 mg por vía oral; seguido en 24-48 h por:
- ✓ Misoprostol, 400 µg por vía vaginal o bucal cada 3 horas hasta 5 dosis
- ✓ Misoprostol solo Misoprostol, 600-800 µg por vía vaginal; seguido de 400 µg por vía vaginal o bucal cada 3 horas hasta 5 dosis
- ✓ Dinoprostona 20 mg de supositorio vaginal cada 4 horas
- ✓ Oxitocina concentrada 50 unidades de oxitocina en 500 mL de solución salina normal infundida durante 3 horas; luego diuresis de 1 hora (sin oxitocina); luego se escalan secuencialmente de manera similar a través de 150, 200, 250 y finalmente 300 unidades de oxitocina cada una en 500 mL de solución salina normal

Embarazo ectópico

Después de la fecundación y el tránsito por las trompas de Falopio, el blastocisto normalmente se implanta en el revestimiento endometrial de la cavidad uterina. La implantación en otro lugar se considera ectópica y representa del 0.5 al 1.5%.

Clasificación

La ampolla (70%) es el sitio más frecuente, seguido de los embarazos ístmicos (12%), fimbriales (11%) y tubáricos intersticiales (2%), el 5% restante de los embarazos ectópicos no tubáricos se implanta en el ovario, la cavidad peritoneal, el cuello uterino o en una cicatriz previa por cesárea, Ocasionalmente, un embarazo múltiple contiene un embrión con implantación uterina normal que coexiste con un implante ectópico.

Manifestaciones clínicas

Con el diagnóstico posterior, la tríada clásica es la menstruación retrasada, el dolor y el sangrado o manchado vaginal. Con la rotura de las trompas, el dolor abdominal bajo y pélvico generalmente es intenso y frecuentemente se describe como agudo, punzante o lacrimoso.

- ✓ El fórnix vaginal posterior puede abultarse por la sangre en el fondo de saco rectouterino, o se puede sentir una masa blanda al lado del útero.
- ✓ El útero puede estar también ligeramente agrandado debido a la estimulación hormonal.
- ✓ Los síntomas de irritación diafragmática, caracterizados por dolor en el cuello u hombro, especialmente en la inspiración
- ✓ las mujeres con embarazo tubárico reportan cierto grado de manchado vaginal o sangrado.
- ✓ Las respuestas a la hemorragia moderada incluyen ningún cambio en los signos vitales, un ligero aumento de la presión arterial o una respuesta vasovagal con bradicardia e hipotensión.
- ✓ Se desarrollan alteraciones vasomotoras que van desde el vértigo hasta el síncope

Diagnostico

El diagnóstico diferencial para el dolor abdominal que coexiste con el embarazo es extenso. El dolor puede deberse a afecciones uterinas, como abortos, infección, leiomiomas degenerativos o agrandados, o dolor de ligamentos redondos.

Se han propuesto varios algoritmos para identificar el embarazo ectópico. La mayoría incluye estos componentes clave:

- ✓ hallazgos físicos

- ✓ ecografía transvaginal (TVS, transvaginal sonography)
- ✓ medición del nivel de β -hCG en suero
- ✓ tanto el patrón inicial o posterior de aumento o disminución, como la cirugía de diagnóstico que incluye dilatación y curetaje (D&C)
- ✓ laparoscopia y ocasionalmente, laparotomía.
- ✓ Para la subunidad beta de la hCG, con estos ensayos, los límites de detección más bajos son de 20 a 25 mIU/mL para la orina y ≤ 5 mIU/mL para el suero

Manejo medico

La terapia médica tradicionalmente implica el metotrexato antimetabólico (MTX, methotrexate). Este fármaco es un antagonista del ácido fólico. Se une con fuerza al dihidrofolato reductasa, bloqueando la reducción de dihidrofolato a tetrahidrofolato que es la forma activa del ácido fólico.

Tratamiento quirúrgico

Los estudios de gestión quirúrgica han comparado la laparotomía con la cirugía laparoscópica para el embarazo ectópico. En general, la permeabilidad tubárica y el número de embarazos uterinos posteriores no difieren entre estas vías. Por tanto, la laparoscopia es el tratamiento quirúrgico preferido para el embarazo ectópico a menos que una mujer sea hemodinámicamente inestable.

Enfermedad trofoblástica gestacional

La enfermedad trofoblástica gestacional es el término utilizado para abarcar un grupo de tumores tipificados por la proliferación anormal del trofoblasto. El trofoblasto produce gonadotropina coriónica humana por lo que la medición de esta hormona peptídica en el suero es esencial para el diagnóstico, manejo y vigilancia de la GTD.

Las molas hidatidiformes son placentas inmaduras excesivamente edematosas. Estos incluyen la mola hidatidiforme completa benigna, la mola hidatidiforme parcial y la mola invasiva maligna.

Sintomatología

La presencia de mujeres con un embarazo molar ha cambiado de manera notable en las últimas décadas porque la atención prenatal es cada vez más temprana y la ecografía es prácticamente universal. Por lo general, 1 a 2 meses de amenorrea preceden al diagnóstico.

- ✓ Los embarazos molares no tratados casi siempre causan sangrado uterino que varía de manchado a hemorragia profusa.
- ✓ En las molas más avanzadas con hemorragia uterina oculta considerable, se desarrolla una anemia moderada por deficiencia de hierro.
- ✓ Las náuseas y los vómitos pueden ser significativos.

Diagnostico

- ✓ Mediciones de β -hCG en suero: Con un embarazo molar completo, los niveles séricos de β -hCG suelen estar por encima de los niveles esperados para la edad gestacional. Con las molas más avanzadas, los valores en millones no son inusuales.
- ✓ Ecografía: Aunque este es el pilar del diagnóstico de la enfermedad trofoblástica, no todos los casos se confirman en un inicio, La apariencia a menudo se describe como una “tormenta de nieve”. Una mola parcial tiene características que incluyen una placenta multiquística engrosada junto con un feto o al menos un tejido fetal.

Menejo medico

- ✓ Terminación del embarazo molar: Se recomienda la dilatación cervical preoperatoria con un dilatador osmótico si el cuello uterino está mínimamente dilatado, Dependiendo del tamaño uterino, es típico un diámetro de 10 a 14 mm. A medida que se inicia la evacuación, se infunde oxitocina para limitar el sangrado.
- ✓ Vigilancia posevacuación: Este control se realiza mediante la medición en serie de β -hCG en suero para detectar la proliferación trofoblástica persistente o renovada. Como una glucoproteína, la hCG muestra heterogeneidad estructural y existe en diferentes isoformas.
- ✓ El nivel inicial de β -hCG se obtiene dentro de las 48 horas posteriores a la evacuación. Esto sirve como línea básica, que se compara con la cuantificación de β -hCG realizada con posterioridad cada 1 a 2 semanas hasta que los niveles disminuyen de manera progresiva hasta convertirse en indetectables.