



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Título del trabajo:



Nombre del alumno: Nancy Carolina Gusman Santiz

Nombre de la asignatura: Ginecología

Semestre y grupo: Séptimo Semestre Grupo B

Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez Martinez

Comitán de Domínguez, Chiapas. Septiembre 2020

Aborto

Definición

Terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana contando desde el 1º día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con peso menor de 500gr.

OMS Antes de la semana 20 / Inferior a 500gr.

Williams Interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de viabilidad fetal.

Clasificación

Aborto espontáneo

- Amenaza de aborto
- Aborto inevitable
- Aborto incompleto
- Aborto diferido
- Aborto séptico
- Aborto completo

Aborto recurrente

- Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos
- Anomalías cromosómicas
- Anomalías de útero

Aborto inducido

- Aborto electivo / Voluntario
- Aborto terapéutico

Factores de riesgo

- Anomalías uterinas anatómicas
- Presencia de polipos mayores 2cm → Pérdida de embarazo
- Miomatosis uterina → Dificultad para la implantación / Deficiente aporte sanguíneo al feto, rápido crecimiento y degeneración con liberación de citocinas, ocupación total del espacio uterino que dificulta el crecimiento del feto.
- Anticuerpos antifosfolípidos y los anticuerpos anticardiolipinas → Aborto recurrente.
- Edad 25-40 años
- Descontrol metabólico DM 1/2.

Diagnóstico: Aborto espontáneo

- Ultrasonido transvaginal (98%)
- PIE (cuando no se identifican signos)
- Determinaciones seriadas de gonadotropina coriónica humana

Tratamiento farmacológico

- Aborto incompleto → Dosis altas misoprostol 1200 - 1400 pgr. (Vía vaginal)
- Embarazo menor a 7 semanas → Regimen Mifepristona 600 mg y 48 horas posterior 800 pgr. Misoprostol oral (Efectivo aborto médico)
- Mayor a 9 semanas → Mifepristona 200 mg oral / Misoprostol 800 pgr vaginal
- Considerar uso de prostaglandinas oral / vaginal de acuerdo a las condiciones de paciente.

Diagnóstico diferencial en sangrado transvaginal del 1º trimestre de gestación

- Anomalías cervicales (Excesiva frialdad, trauma, polipos y procesos malignos)
- Embarazo ectópico
- Sangrado idiópatrico en un embarazo viable
- Infección de vagina / Cérxix
- Embarazo molar
- Aborto espontáneo
- Hemorragia subcoriónica
- Trauma vaginal

Explicar que la expulsión de los restos puede ocurrir en horas o días siguientes y que puede sangrar más que una menstruación por 3/4 días y continuar manchando por 2 semanas más.

Misoprostol → Análogo prostaglandinas → Vaginal, oral y sublingual

Efectos adversos medicamentosa

- Dolor / Sangrado transvaginal
- Náusea, vómito, diarrea y fiebre.

LUI indicado

- Sangrado excesivo y persistente
- Inestabilidad hemodinámica
- Evidencia de tejido retenido infectado
- Sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional

Complicaciones LUI

- Perforación uterina, lesión cervical
- Trauma intraabdominal, síndrome Asherman

Recomienda régimen de antibiótico con doxiciclina 100 mg oral una hora previa al procedimiento y 200 mg oral después de realizado AMEU/LUI

Oxitocina

Relaciona con una disminución significativa en la cantidad de sangrado posterior a la realización AMEU/LUI

Asherman

Presencia de cicatrices, fibrosis, y adherencias dentro de cavidad uterina.

Oxitocina durante / Posterior a la evacuación uterina AMEU/LUI

Antibióticos → Disminuye riesgos de infecciones post procedimientos.

Aborto médico

Hasta 9 semanas (63 días)

- Mifepristona 200mg
- Oral / Dosis única

- Misoprostol 800 µg
- Vestibular, vaginal o sublingual
- Dosis única

Si no más de 7 semanas (49 días)

- Misoprostol 400mg
- Oral / Única dosis
- Usar 24-48 horas después de recibir mifepristona

- Misoprostol 800 µg
- Vaginal / Sublingual
- C/3-12 horas hasta 3 dosis

> 12 semanas (84 días)

- Misoprostol 800 µg, seguido 400 µg
- Vaginal, luego vaginal o sublingual

- Misoprostol 400 µg, seguido 400 µg
- Oral, luego vaginal o sublingual
- Cada 3 horas - 5 horas
- Comenzar usar 36-48 horas después de Mifepristona

9 - 12 semanas (63-84 días)

- Misoprostol 800 µg, seguido 400 µg
- Vaginal, luego vaginal / Sublingual
- Cada 3 horas hasta la expulsión / Hasta 5 días
- Iniciar 36-48 horas después de recibir mifepristona

- Misoprostol 400 µg
- Vaginal / Sublingual
- Cada 3 horas hasta 5 dosis

embarazo ectópico

Definición

Aquel en el que el blastocito se implanta por fuera del revestimiento endometrial de cavidad uterina.

Localización más frecuente es en la trompa de falopio, otras menos habituales: abdomen, ovario, cervix, porción intersticial de la trompa de falopio.

Factores de riesgo

• Daño en trompas de falopio: antecedente cirugía tubárica, cirugía pélvica, apendicectomía.

Cuadro clínico

• Triada clásica: Sangrado transvaginal abundante, dolor abdominal (abdomen agudo) y amenorrea.

• Hemoperitoneo >300ml son tres parámetros predictivos: dolor pélvico espontáneo de moderado a severo, fluida por encima del fondo uterino, o alrededor del ovario en la ecografía transvaginal y una baja hemoglobina <10g/dl.

Cuando 2 o más criterios están presentes la probabilidad de hemoperitoneo >300ml es indicador de ruptura.

Diagnóstico:

• Ecografía

• Determinación seriada B-HCG

Tratamiento

Tratamiento expectante se recomienda en:

- Pte hemodinámicamente estable
- B-HCG inicial <1000 UI/ml evolutivamente descendente
- Escasa Inula cantidad de líquido libre en fondo de saco (<100cc)
- Masa anexial pequeña (<2cm)
- Ausencia embrionaria

Médico:

Metotrexate → Efecto citotóxico tejido trofoblástico

Indicación para uso metotrexate

- Pte hemodinámicamente estable
- Sangrado transvaginal leve
- Sin dolor / Dolor leve
- Ausencia hemoperitoneo

Contraindicaciones Metotrexate

Absolutas

- Lactancia
- Disfunción renal, hepática, pulmonar, hematología
- Hipersensibilidad
- Ent. Acido péptico

Relativas

- Saco mayor a 3.5cm
- Actividad cardíaca embrionaria

Complicaciones Metotrexate

- ↑ Dolor abdominal / Pélvico
- Formación hematomas

Efectos colaterales

- Inmunosupresión
- Neumonitis inespecífica
- Falla renal
- Úlcera gástrica
- Falla hepática

Trofoblástica

ENFERMEDAD

La enfermedad trofoblástica gestacional comprende a la mola hidatiforme, mola completa → Ent. Benignas.

La neoplasia trofoblástica gestacional, incluye: Mola invasora, coriocarcinoma y tumor del sitio placentario → Patologías malignas.

Coriocarcinoma tumor maligno del epitelio trofoblástico. Compuesto sincitio y citotrofoblasto anaplásico y cel. gigantes multinucleadas.

Mola completa ausencia de tejido embrionario o fetal. Degeneración hidropíca de vellosidades coriales, hiperplasia trofoblástica difusa y marcada del trofoblasto.

Mola invasora (Coriocarcinoma destruens) lesión localmente invasora, que rara vez da metástasis a distancia, caracterizada por invasión local al miometrio sin involucrar al estroma endometrial.

Mola parcial presencia de tejido embrionario o fetal. Hiperplasia trofoblástica focal, variabilidad marcada en el tamaño de las vellosidades con importante edema y cavitación. Presentando inclusiones prominentes en el estroma trofoblástico de las vellosidades.

Factores de riesgo

- Mola previa
- Aborto previo
- Embarazo ectópico
- Embarazo previo a término

1º trimestre debe sospecharse

ETG

- Hemorragia uterina anormal
- Crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional
- Ausencia FC fetal
- Hiperemesis gravídica
- HTA gestacional las 1ºs 20 SDG
- Nivel ↑ Hgc

Pte sospecha de ETG:

- BH con diferencial / cuenta plaquetaria
- Tiempos de coagulación
- Pruebas de funcionamiento renal / hepático
- Grupo RH
- Niveles de hGC
- Tele torax
- US Obstétrico

Diagnostico diferenciales de una mola parcial por USG

1. Hematoma retroplacentario
2. Otras anomalías retroplacentarias
3. Degeneración de un mioma

Diagnostico definitivo → Histopatológico

Tratamiento Mola Hidatidiforme.

Mola completa → Evacuación mediante AMCO ó histerectomía en bloque.

Inducción de contracciones uterinas con Oxitocina / Prostaglandinas puede ↑ el riesgo de embolización y diseminación de tejido trofoblástico a través del sistema venoso.

Tratamiento trofoblástico

- Utilizar criterios Berkowitz. → Considera que el beneficio de la profilaxis se tiene en pie con 4 ó. más puntos, en relación al riesgo
- Dosis profiláctica Actinomicina D. 1. 25 mg/m² dosis única.