



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Presentan

José Lenin Quiñones López

7° semestre, grupo "B"

Docente:

Dr. Romeo Suares Martinez

Materia:

GINECOLOGIA Y OBTETRICIA

Comitán de Domínguez, Chiapas, 05/09/ 2020

ABORTO:

Cuando hablamos de aborto nos referimos a la interrupción del embarazo, o más específicamente, a la interrupción de la gestación del embrión abruptamente durante los primeros 180 días. Cuando esto sucede, independiente a que sea de forma natural o provocado, el feto muere y lo expulsamos de nuestro cuerpo.

Los motivos por los que se produce un aborto pueden ser muchas y varían en cada mujer. En todo caso, los abortos espontáneos y naturales son bastante comunes. De hecho, el 15% de los embarazos terminan en abortos espontáneos, e incluso el 40 % resultan en abortos naturales o pérdidas tempranas.

Tipos de aborto:

Aborto espontáneo: El aborto espontáneo es aquel que no se da de forma intencionada, sino a causa de una serie de complicaciones en el feto o en la madre. Generalmente ocurre durante las 12 primeras semanas de gestación y no precisa de ningún tipo de intervención quirúrgica, pero a partir de la semana 20 pasa a denominarse muerte fetal.

Las causas de un aborto espontáneo pueden ser varias, aunque lo más común es que se deba a problemas en los cromosomas u otros factores como niveles hormonales anómalos, diabetes no controlada, incompetencia del cuello uterino o algunos medicamentos. Otro tipo de causas pueden ser infecciones, obesidad, problemas físicos en los órganos reproductores de la madre, problemas con la respuesta inmunitaria o enfermedades graves.

Existen síntomas que pueden indicar un aborto espontáneo como lumbalgia, dolor abdominal, cólicos o sangrados vaginales. Si el aborto se da durante las primeras semanas, normalmente el tejido se expulsa por la vagina de forma natural sin necesidad de intervención. En el caso contrario, se puede precisar de una cirugía como el legrado o medicamentos para terminar de expulsar los restos que queden en el útero. Esto es lo que se conoce como un aborto séptico y debe tratarse rápidamente ya que de lo contrario puede provocar infecciones, fiebre, sangrado vaginal, cólicos o flujo vaginal fétido.

Muerte fetal: Cuando el aborto ocurre con posterioridad a las 20 primeras semanas de gestación se conoce como muerte fetal y en estos casos siempre se requiere de cirugía para extraer el feto del útero. Es un caso extraordinario, pues sólo ocurre en menos del 1 por ciento de los embarazos.

Los primeros síntomas de una muerte fetal se suelen mostrar al detectar un menor movimiento del bebé o espasmos y dolores en la pelvis, la espalda o el vientre. Factores como el tabaquismo, la hipertensión arterial o la diabetes pueden aumentar las probabilidades de que esto ocurra, pero también se puede producir por preclampsia y eclampsia, enfermedades infecciosas, anomalías congénitas graves, posmadurez o lupus, entre otras patologías.

Aborto inducido: El aborto inducido es aquel que se realiza por propia voluntad de la mujer. Hay dos formas de interrumpir un embarazo:

1. **Aborto médico:** Se toma un medicamento para llevar a cabo el aborto. Sólo se puede hacer durante las nueve primeras semanas de embarazo. El más común es la mifepristona, una hormona que bloquea la progesterona. Este y otros medicamentos se toman durante tres sesiones en una clínica bajo la supervisión de un médico, y pueden surgir algunos sangrados vaginales a causa de los medicamentos.
2. **Aborto quirúrgico:** Se realiza una cirugía para extraer el feto. Existen dos métodos frecuentes de aborto quirúrgico:
 - 2.1. **Aspiración con vacío manual:** La aspiración con vacío manual se puede hacer durante las 12 primeras semanas de embarazo y consiste en la extracción de todo el tejido que contiene el útero con un instrumento succionador de manera manual.
 - 2.2. **Dilatación y evacuación:** Este tipo de aborto quirúrgico se puede practicar tras el primer mes de embarazo pero siempre antes de la semana 13. Consiste también en la extracción del tejido que reviste el útero, pero se realiza a través de una máquina.

En ambos casos, se dilata el cuello del útero y se introduce un tubo a través del cual se succiona todo aquello a eliminar para completar el aborto. Tras esta operación pueden surgir algunos sangrados, así como cólicos menstruales. La efectividad del aborto quirúrgico es cercana al 100%.

¿Cómo diagnosticar un embarazo?

Una prueba de sangre para controlar el nivel de gonadotropina coriónica humana (hCG), la hormona del embarazo.

Un examen pélvico para ver si el cuello uterino de la mujer está dilatado o afinado, lo que puede ser un signo de pérdida del embarazo.

Una prueba de ultrasonido, que le permite al proveedor mirar el embarazo, el útero y la placenta

Los tratamientos para la pérdida del embarazo se enfocan en garantizar que el embarazo no viable abandone el cuerpo de la mujer de manera segura y por completo. Las mujeres que padecen pérdida del embarazo tienen riesgo de sufrir hemorragias, dolor e infecciones, en especial si parte del tejido del embarazo queda dentro del útero.

El tratamiento específico que se utiliza depende de qué tan avanzado estaba el embarazo, el estado de salud general de la mujer, su edad y otros factores.

Algunas mujeres podrían necesitar un procedimiento quirúrgico denominado dilatación y curetaje (D&C) para retirar el tejido del embarazo que siga dentro del útero. El D&C se recomienda si una mujer sangra profusamente o si un ultrasonido detecta que todavía hay tejido del embarazo en el útero. El D&C también podría utilizarse si una mujer tiene

signos de infección, como fiebre, o si tiene otros problemas de salud, como enfermedad cardiovascular o trastorno hemorrágico. Por otro lado se requiere de una buena alimentación y algo importante seria terapia psicológica ya que muchas de ellas podrían quedar afectadas por la pérdida del bebe, por lo tanto también requieren de apoyo familiar.

EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo comienza con un óvulo fecundado. Normalmente, el óvulo fecundado se adhiere al revestimiento del útero. Un embarazo ectópico se produce cuando un óvulo fecundado se implanta y crece fuera de la cavidad principal del útero.

Los embarazos ectópicos se producen con mayor frecuencia en una de las trompas de Falopio, que es uno de los tubos que transportan los óvulos desde los ovarios hasta el útero. Este tipo de embarazo ectópico se denomina embarazo tubárico. A veces, el embarazo ectópico se produce en otras partes del cuerpo, como los ovarios, la cavidad abdominal o la parte inferior del útero (cuello del útero), que se conecta con la vagina.

Los embarazos ectópicos no pueden continuar con normalidad. El óvulo fecundado no puede sobrevivir, y el aumento de tejido puede provocar sangrado que ponga en riesgo la vida si no se trata.

Clasificación:

Embarazo tubárico: Un embarazo tubárico ocurre cuando el huevo ha implantado en el tubo de falopio. Éste es el tipo más común de embarazo ectópico y la mayoría de embarazos ectópicos es embarazos tubáricos. El tipo de embarazo tubárico puede ser clasificado más a fondo según donde dentro del tubo de falopio el embarazo se establece.

Un embarazo crece en la sección ampullary hacia adentro el alrededor 80% de todos los casos. Un embarazo en el istmo del tubo de falopio se considera hacia adentro el alrededor 12% de todos los casos. La vasculatura creciente en esta área significa que la hemorragia es más probable ocurrir y la mortalidad del embarazo es por lo tanto más probable. Un embarazo en la pieza cornual e intersticial del tubo de falopio se considera hacia adentro el alrededor dos por ciento de casos y es otra vez más probable llevar a la mortalidad del embarazo debido a la vasculatura creciente en esta área.

Embarazo ectópico No-tubárico: El casi dos por ciento de todos los embarazos ectópicos se establece en otras áreas incluyendo el ovario, la cerviz o la región intrabdominal.

Embarazo de Heterotopic: En algunos casos raros, uno fertilizó los implantes del huevo dentro del útero y otro implanta el exterior de la estructura. El embarazo ectópico se descubre a menudo antes del embarazo intrauterino, principal debido a la naturaleza dolorosa del embarazo ectópico. Si los niveles humanos de la gonadotropina coriónica continúan subir después de que se haya quitado el embarazo ectópico, el embarazo dentro de la matriz puede todavía ser viable.

Es posible que no note ningún síntoma al principio. Sin embargo, algunas mujeres que tienen un embarazo ectópico presentan los signos o síntomas tempranos habituales del embarazo: ausencia de menstruación, sensibilidad en los senos y náuseas.

A medida que el óvulo fecundado crece en el lugar inadecuado, los signos y síntomas se hacen más notorios.

Advertencia temprana del embarazo ectópico

A menudo, los primeros signos de advertencia de un embarazo ectópico son un ligero sangrado vaginal y dolor pélvico. Si la sangre se filtra por la trompa de Falopio, es posible que sientas dolor en el hombro o la urgencia de realizar una deposición. Los síntomas específicos dependerán del lugar donde se acumula la sangre y los nervios que están irritados.

Síntomas de emergencia: Si el óvulo fecundado sigue creciendo en la trompa de Falopio, esto puede causar la ruptura de la trompa. Es probable que se produzca un sangrado intenso en el interior del abdomen. Los síntomas de este evento potencialmente mortal incluyen aturdimiento extremo, desmayos y choque.

Diagnóstico

Un examen pélvico puede ayudar al médico a identificar áreas de dolor, sensibilidad o un bulto en una trompa de Falopio o en un ovario.

Prueba de embarazo: El médico indicará un análisis de sangre de gonadotropina coriónica humana (hCG) para confirmar el embarazo.

Una ecografía transvaginal le permite al médico ver la ubicación exacta de un embarazo. Para esta prueba, se coloca un dispositivo similar a una vara en la vagina. Utiliza ondas sonoras para crear imágenes del útero, ovarios y trompas de Falopio, y envía las imágenes a un monitor cercano.

Tratamiento

Un embarazo ectópico temprano sin sangrado inestable a menudo se trata con un medicamento llamado metotrexato, que detiene el crecimiento celular y disuelve las células existentes. Este medicamento se administra con una inyección. Es muy importante que el diagnóstico de embarazo ectópico sea seguro antes de que se haga este tratamiento.

La salpingostomía y la salpingectomía son dos cirugías laparoscópicas utilizadas para tratar algunos embarazos ectópicos. En estos procedimientos, se hace una pequeña incisión en el abdomen, cerca o en el ombligo.

Si el embarazo ectópico está causando sangrado abundante, es posible que necesites una cirugía de urgencia. Esto puede hacerse por laparoscopia o a través de una incisión abdominal (laparotomía). En algunos casos, la trompa de Falopio puede salvarse. Sin embargo, comúnmente debe extraerse la trompa si presenta una rotura.

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA

La enfermedad trofoblástica gestacional es un tumor originado desde el trofoblasto, que rodea al blastocisto y se desarrolla en el corion y el amnios. Esta enfermedad puede aparecer durante o después de un embarazo intrauterino o ectópico. Si en general la enfermedad ocurre durante un embarazo, se producen un aborto espontáneo, eclampsia o muerte fetal; el feto rara vez sobrevive.

Algunas formas de enfermedad trofoblástica gestacional son malignas; otras son benignas, pero se comportan agresivamente.

La enfermedad trofoblástica gestacional se puede clasificar en

Mola hidatiforme, que puede ser completa o parcial. La neoplasia trofoblástica gestacional, que incluye corioadenoma destruens (lunar invasor), coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario (muy raro) y tumor trofoblástico epitelioides (extremadamente raro)

La enfermedad trofoblástica gestacional también se puede clasificar desde el punto de vista morfológico:

- Mola hidatiforme: en este embarazo anormal, las vellosidades se edematizan (se vuelven hidrópicas) y el tejido trofoblástico prolifera.
- Mola invasora: el miometrio es invadido localmente por una mola hidatiforme.
- Coriocarcinoma: este tumor invasor, en general metastatizante, está compuesto por células trofoblásticas malignas y no tiene vellosidades hidrópicas; la mayoría de estos tumores se desarrollan después de una mola hidatiforme.
- Tumor trofoblástico del sitio placentario: este raro tumor está formado por células trofoblásticas intermedias que persisten después de un embarazo a término; puede invadir los tejidos adyacentes o metastatizar.
- Tumor trofoblástico epitelioides: esta rara variante del tumor trofoblástico del sitio placentario está compuesto por células trofoblásticas intermedias. Al igual que los tumores trofoblásticos del sitio placentario, puede invadir tejidos adyacentes o hacer metástasis.

Las molas hidatidiformes son más comunes entre mujeres de < 17 o > 35 y en aquellas que previamente tuvieron una enfermedad trofoblástica gestacional. La incidencia es de 1/2.000 gestaciones en los Estados Unidos. Por razones desconocidas, la incidencia en los países asiáticos se aproxima a 1/200.

La mayoría (> 80%) de las molas hidatiformes son benignas. El resto puede persistir y tender a la invasión; el 2 al 3% de las molas hidatiformes son seguidas por un coriocarcinoma.

Las manifestaciones iniciales de una mola hidatiforme sugieren un embarazo temprano, pero a menudo el útero se agranda más de lo esperable dentro de las 10 a 16 semanas de gestación. En general, las pruebas de embarazo son positivas, presentan sangrado

vaginal y vómitos intensos, y hay ausencia de movimientos fetales y latidos cardíacos fetales. La eliminación de un tejido similar a uvas sugiere el diagnóstico.

Las complicaciones, como las siguientes, pueden ocurrir durante el embarazo temprano:

- Infección uterina
- Sepsis
- Shock hemorrágico
- Preeclampsia

Diagnóstico

- Subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG)
- Ecografía pelviana
- Biopsia

Enfermedad trofoblástica gestacional se sospecha en mujeres con prueba de embarazo positiva y cualquiera de los siguientes hallazgos:

- Tamaño uterino mayor que el esperado por las fechas
- Signos o síntomas de preeclampsia
- Expulsión de tejido similar a uvas
- Hallazgos sugestivos (p. ej., una masa que contiene múltiples quistes, ausencia de un feto y de líquido amniótico) vistos durante la ecografía realizada para evaluar el embarazo
- Metástasis inexplicables en mujeres en edad fértil
- Se detectaron niveles inesperadamente altos de beta-hCG durante las pruebas de embarazo (a excepción del tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epitelioides, que dan como resultado bajos niveles de beta-hCG)
- Complicaciones obstétricas inexplicables

Tratamiento

- Extirpación tumoral mediante legrado aspirativo o histerectomía
- Revaluación en busca de enfermedad persistente o diseminación tumoral
- Quimioterapia para la enfermedad persistente
- Anticoncepción postratamiento para la enfermedad persistente

La mola hidatiforme, la mola invasora, el tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epitelioides se evacúan mediante legrado aspirativo. Alternativamente, si no se planea tener hijos, puede realizarse una histerectomía.

Después de la resección, la enfermedad trofoblástica gestacional se clasifica clínicamente para determinar si se requiere tratamiento adicional. Los sistemas de clasificación clínica no se corresponden con los de la morfológica. La mola invasora y el coriocarcinoma se clasifican clínicamente como enfermedad persistente. La clasificación

clínica se usa porque la mola invasora y el coriocarcinoma se tratan de manera similar y el diagnóstico histológico exacto puede requerir una histerectomía.

Se realiza una radiografía de tórax, se evalúa la subunidad beta-hCG sérica. Si las concentraciones de subunidad beta-hCG no se normalizan a lo largo de 10 semanas, la enfermedad se clasifica como persistente. Esta última requiere una TC de cerebro, de tórax, de abdomen y de pelvis. Los resultados indican si la enfermedad se clasifica como no metastásica o como metastásica.

En general, la enfermedad persistente se trata con quimioterapia. El tratamiento se considera exitoso si al menos 3 mediciones consecutivas de subunidad beta-hCG sérica en intervalos de 1 semana son normales. El embarazo debe prevenirse durante 6 meses después del tratamiento porque aumenta los niveles de beta-hCG, lo que dificulta determinar si el tratamiento ha sido exitoso. Típicamente, se administran anticonceptivos orales (cualquiera es aceptable) durante 6 meses; como alternativa, se usa cualquier método anticonceptivo.