



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

Ana Laura Villatoro Ortiz

Clínica de Ginecología y Obstetricia

Semestre: 7°

Grupo: "B"

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas

a 05 de Septiembre del 2020.

“ABORTO”

Definición

Es la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos.

Clasificación

Proceso

Síntomas o Amenaza de aborto: Corresponde a la primera etapa o primeros síntomas o signos de anormalidad de un embarazo.

Aborto en evolución: Es una etapa más avanzada en la cual los síntomas son más intensos y hay modificaciones anatómicas del cuello del útero que pueden llevar a la salida del contenido uterino, embrión o feto y sus anexos.

Aborto inevitable: Es el proceso de expulsión del embrión o feto a través del cuello uterino y las acciones corresponden a la atención de la mujer para prevenir complicaciones como hemorragia o infecciones.

Según expulsión de embrión o feto

Aborto completo: Es la expulsión de la totalidad del embrión o feto y de los anexos que corresponden a las estructuras de apoyo como la placenta, membranas amnióticas y otras estructuras.

Aborto incompleto: En esta condición queda al interior del útero algunas o partes de las estructuras embrionarias fetales o de los anexos.

Según la presencia de Infección

Aborto séptico: Es la existencia de infección ya sea antes, durante o después del proceso del aborto.

Aborto Aséptico: Corresponde a la ausencia de infección. En general corresponde a los abortos espontáneos.

Según origen del proceso del aborto o de la muerte embrionaria o fetal

Espontáneo: Es la ocurrencia espontánea del proceso de aborto o de la muerte del embrión o feto. No hay intervención de la embarazada o de terceros. Es un proceso que ocurre involuntariamente.

Inducido o Provocado o Voluntario: Existen acciones de la embarazada o de terceros que interrumpen el desarrollo del embrión o feto o que estimulan el proceso de su expulsión del embrión o feto.

Sintomatología

- Lumbago o dolor abdominal sordo, agudo o de tipo cólico
- Material tisular o en forma de coágulos que sale de la vagina
- Sangrado vaginal con o sin cólicos abdominales
- Fiebre

Diagnóstico

- ✓ El ultrasonido transabdominal y transvaginal son complementarios.
- ✓ Prueba Inmunológica de Embarazo.
- ✓ Anticuerpos monoclonales.
- ✓ Progesterona sérica.

Tratamiento

Farmacológico

- Misoprostol 1.200-1.400 ugr.
- Embarazadas <7 semanas; Mefepristona 600 mg., 48 horas posteriores 800 ugr. Misoprostol oral.
- Embarazadas >9 semanas; Mefepristona 200 mg., oral y Misoprostol 800 ugr. Vaginal

Quirúrgico

- LUI
- Aspiración Manual Endouterina

“EMBARAZO ECTÓPICO”

Definición

En el embarazo ectópico, la implantación ocurre en un sitio fuera del endometrio normal en la cavidad uterina (trompas uterinas, cuerno uterino, cuello, ovario o cavidad abdominal o pelviana).

Sintomatología

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

Considerar los factores de riesgo; antecedente de cirugía tubaria, antecedente de EPI, embarazo tubario previo, exposición a dietilestilbestrol, DIU, pacientes sometidas a técnicas de fertilización, tabaquismo.

Ultrasonido pélvico transvaginal.

HCG-B sérica.

Puede considerarse laparoscopia y/o laparotomía exploratoria.

Tratamiento

Farmacológico

Metotrexate + Ácido Fólico monodosis 50 mg/ m2SC IM

Quirúrgico

Laparoscopia

Laparotomía exploratoria

Salpingectomía

“Enfermedad Trofoblástica Gestacional”

Definición

Las células placentarias trofoblásticas poseen la habilidad de proliferar, invadir tejido huésped, evadir la respuesta inmune e incluso metastatizar. La enfermedad trofoblástica gestacional es definida como un grupo heterogéneo de lesiones interrelacionadas las cuales surgen a partir del epitelio trofoblástico de la placenta luego de una fertilización anormal.

Clasificación

Mola Hidatidiforme: Crecimiento atípico de las células trofoblásticas que normalmente se desarrollan en la placenta; no es una desviación de lo que de otra manera hubiera sido un embarazo normal. Esta empieza al momento de la fertilización debido a una unión defectuosa entre el óvulo y el espermatozoide, lo que causa una proliferación aberrante del tejido

trofoblástico que rápidamente llena la cavidad uterina. Las vellosidades placentarias se llenan de fluido y se vuelven edematosas.

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.

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

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

Ultrasonido

BCG sérica

Tratamiento

LUI

Histerectomía

Quimioterapia