



**Universidad del Sureste  
Escuela de Medicina**

**CLÍNICAS GINECOLÓGICAS**

**“Resúmenes”**

Dra. Romeo Suarez Martinez  
Grado: 7 semestre Grupo: “A”

**Estudiante:**

Eduardo Ernesto Zavala Barco

5 de septiembre del 2020  
Comitán de Domínguez, Chiapas

# Aborto

Estas serán como 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. Lo vamos a clasificar en **ABORTO ESPONTANEO** Aborto que ocurre de manera natural sin intervención de medicamentos o instrumental. **ABORTO INDUCIDO** El aborto inducido el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con intención de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por su solicitud. **ABORTO INDIRECTO** Se refiere a la pérdida fetal o embrionaria como consecuencia de una intervención que busca tratar una condición materna, aunque este efecto se hubiere previsto. El diagnóstico de aborto espontáneo se realiza con la correlación entre el cuadro clínico, la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (B-HCG) y la ecografía transvaginal o transabdominal según la edad gestacional y concentración de B-HCG. El cuadro clínico de las mujeres es: Mujer en edad reproductiva, dolor en hipogastrio con sangrado genital, retraso menstrual o amenorrea, fiebre y malestar general, en casos de aborto séptico, en el Ecografía transvaginal o transabdominal: los hallazgos ecográficos permiten correlacionar con el tiempo de amenorrea y concentración de B-HCG, Los hallazgos ecográficos varían desde ausencia de embrión (huevo anembrionado), ausencia de actividad cardíaca, distorsión del saco gestacional, disminución del líquido amniótico y acabalgamiento de los huesos del cráneo en embarazos del segundo trimestre y ahí que tener en cuenta que hay que hacer diagnóstico diferencial con otras patologías similares. Acorde con el nivel de atención de la institución, promoviendo un trato humanizado y cálido a la mujer en este periodo, se iniciará con el establecimiento de los signos clínicos de infección como complicación del aborto. Siendo el periodo del posaborto uno de los más críticos en la vida de una mujer, sea espontáneo o provocado, debe ofrecerse una atención de alta calidad, rápida, respetuosa y amable, que considere el entorno social y los sentimientos de la mujer en este estado. Y el tratamiento farmacológico consiste en prostaglandinas, mifepristone, mifepristone combinado con prostaglandinas. Prostaglandinas (ejemplos, gemeprost, metenoprost, misoprostol) tiene efectos en el cervix, facilitando la dilatación y produciendo contracciones uterinas. Misoprostol es una prostaglandina análoga registrada para la prevención de úlcera gástrica relacionados a analgésico no esteroideos

# Embarazo Ectópico

Tenemos que el embarazo ectópico o también se puede conocer como embarazo extra uterino, esto significa fuera de lugar, se refiere a la implantación del blastocito fuera del endometrio de la cavidad uterina y el lugar donde se puede lugar a implantar más comúnmente son las trompas; donde el feto o embrión usualmente está ausente o deja de crecer ya después tenemos los otros sitios que hay en esto los más comunes de implantación son el ovario y sitios abdominales. Es una causa significativa de morbilidad y mortalidad con riesgos asociados de ruptura tubárica y hemorragia intraabdominal en mujeres y puede llevar una morbilidad significativa en la reproducción futura, incluyendo embarazo ectópico subsecuente e infertilidad. Tenemos distintos tipos de lo que son los embarazos ectópicos entre los cuales vamos a ver que uno de ellos está en : la trompa de Falopio es el sitio dominante en la mayoría de los casos de embarazo ectópico. 75-80% ocurren en la porción del ampulla, 10-15% ocurren en el istmo y cerca del 5% en la fimbria. El embarazo ectópico cervical es raro y representa solo 0.15% de todos los EP. El embarazo ectópico ovárico es una de las variantes más raras y la incidencia se estima en 0.15%-3%. El embarazo ectópico en una cicatriz de cesárea es otra forma rara de EP. Aquí el saco gestacional se implanta en el miometrio en el sitio de una incisión previa de una cesárea. Varias complicaciones, como ruptura uterina y hemorragia masiva, pueden poner en riesgo la vida e impactar negativamente en la fertilidad futura en los casos de embarazo ectópico en una cicatriz de cesárea. El embarazo intersticial (EI) constituye 2.5% de todos los EP. En el embarazo ectópico podemos encontrar su sintomatología gracias a la triada de dolor, sangrado vaginal y amenorrea fue históricamente utilizada como diagnóstica de EP. Estos síntomas, con o sin síncope, dolor en el hombro y shock, generalmente llevan a intervención quirúrgica. Los síntomas de EP frecuentemente son inespecíficos y difíciles de diferenciar de otros procesos ginecológicos, gastrointestinales y urológicos, incluyendo apendicitis, salpingitis, ruptura de quiste de cuerpo lúteo, aborto, torsión anexial o ITU. La cantidad de sangrado asociado con EP varía, aunque clásicamente el paciente se quejará de “manchado”. El dolor abdominal frecuentemente está ausente o es un hallazgo tardío, probablemente por el reconocimiento temprano del embarazo por el uso de pruebas de embarazo comerciales y el fácil acceso a un ultrasonido vaginal (TVS). el diagnostico principalmente lo podemos hacer por ultrasonido y con toda la anamnesis y la triada del dolor que serán nuestros puntos clave y el quirúrgico en cual la cirugía diagnóstica se reserva para mujeres que se presentan con signos de abdomen agudo y shock hipovolémico. El diagnóstico quirúrgico puede también realizarse en mujeres con embarazo de localización desconocida que se tornan sintomáticas. Aunque la laparoscopia es considerada por algunos el estándar de oro para el diagnóstico de EP. En el tratamiento vamos a tener lo que es un manejo expectante en cual vamos al monitoreo hasta la recuperación es una buena opción para algunos embarazos ectópicos así como para embarazos de localización desconocida y un seguimiento intensivo y farmacológico El metrotexate es un antimetabolito que actúa en células activas proliferativas, incluyendo tejido trofoblástico. La dosis utilizada de metrotexate en el embarazo ectópico es 1mg/kg o 50mg/m<sup>2</sup>. También podemos encontrar el tratamiento mas utilizado y recomendado que es el quirúrgico

# Enfermedad Trofoblástica

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) se define como una complicación poco común de la gestación caracterizada por la proliferación anormal del tejido trofoblástico. En esta podemos clasificarlo de distintas maneras en las cuales vamos a ver que ahí en la enfermedad trofoblástica gestacional lo divide en los dos principales que vamos a ver que a sus ves se subdividen bien en las dos principales que vamos a ver aquí en la enfermedad trofoblástica en la mola hidatidiforme y la neoplasia trofoblástica gestacional esta son las principales divisiones. La Mola hidratante la vamos a subdividir en Mola hidatiforme completa y en Mola hidatiforme parcial, que a la vez lo que es la mola hidatiforme completa tiene otra subdivisión que es de alto riesgo y bajo riesgo. Vamos tener que del otro lado de las divisiones que fue la neoplasia trofoblástica gestacional esta subdividido en metastásica y no metastásica. En lo que es la enfermedad trofoblástica gestacional llegan a tener una presentación clínica donde vamos a ver Sangrado vaginal: es el síntoma más común, ocurre en el 97% de los casos. Los tejidos molares podrían separarse de la decidua e irrumpir los vasos maternos, por lo tanto grandes volúmenes de sangre retenida podrían dilatar la cavidad. Altura uterina mayor a la esperada por edad gestacional. Hiperémesis gravídica: Ocurre en una de cuatro pacientes con tamaño uterino excesivamente aumentado y altos niveles de hCG. Toxemia: El 27% de las pacientes desarrollan Preeclampsia. El diagnóstico de mola hidatiforme debe ser considerado en toda paciente que desarrolla Preeclampsia a una edad gestacional temprana. Hipertiroidismo: Se observa en el 7% de las pacientes. Ante la sospecha, es importante el dosaje de hormonas tiroideas. Si se sospecha hipertiroidismo debe administrarse bloqueantes  $\beta$ -adrenérgicos antes de realizar la evacuación uterina para disminuir el riesgo de Crisis Tirotóxica. Quistes teco-luteínicos: Están presentes en el 50% de las MC. Se originan como producto de altas concentraciones de hCG sub  $\beta$ . La embolización trofoblástica se demuestra en el 2% de los casos. Se manifiesta con dolor torácico, disnea, taquipnea y taquicardia. Es habitual que el cuadro clínico sean las manifestaciones de un aborto en curso o incompleto. Ginecorragia está presente en el 72% de las pacientes. Altura uterina mayor a la esperada por la edad gestacional (3,7%). Preeclampsia (2,5%). Baja asociación con hipertiroidismo, hiperémesis gravídica y quistes teco-luteínicos. El diagnóstico de la enfermedad trofoblástica gestacional es la gonadotropina coriónica humana es una hormona glicoproteica compuesta por una subunidad  $\alpha$  compartida con otras hormonas y una subunidad  $\beta$  única correspondiente al tejido trofoblástico y también apoyándonos de el ultrasonido o ha contribuido al diagnóstico precoz del embarazo molar. Este método es más sensible para diagnosticar embarazo molar completo, ya que presenta una característica ecográfica que se deriva del edema de las vellosidades coriónicas y se conoce con el "signo de la tormenta de nieve"