

# Universidad del Sureste

## Escuela de Medicina

### Título del trabajo:

# “Resumen de Aborto, Embarazo ectópico y Enfermedad Trofoblástica”

**Nombre del alumno:** Eduardo Meza Ozuna

**Nombre de la asignatura:** Ginecología y Obstetricia

**Nombre del profesor:** Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez-Chiapas a 03 de Septiembre del 2020

## **Aborto**

### **Definición**

El aborto es la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal.

Según la definición de la OMS → Interrupción del embarazo antes de las 20 SDG o un nacimiento con un feto que pesa <500 gr. Existirán distintos tipos de abortos que se dan dentro del primer trimestre del embarazo y múltiples factores de riesgo.

### **Factores de riesgo.**

Tenemos un amplia gamma de factores que están correlacionados con la presentación de abortos en la mujer embarazada tales como;

1)Factores Fetales: asociado directamente con anomalías cromosómicas , aborto anaembrionicos (trisomías, monosomías, tetraploides) que se relaciones con enfermedades como Síndrome de Down, Sx patau, Sx Edwards, Klinefelter, Turner, y muchos mas que no son compatibles con la vida.

2)Factores materno: infecciones cervicouterinas, enfermedades crónico-degenerativas, anomalías endocrinas, hipotiroidismo, diabetes, hipertensión arterial sistémica, intervenciones quirúrgicas previas, trombofilias, enfermedades autoinmunitarias, radiaciones, toxicomanías, anticonceptivos.

3)Ambientales: radiaciones, alcohol, drogas, tabaquismo.

### **Clasificación del aborto**

1)Aborto espontaneo: Amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto completo, aborto retenido y aborto séptico.

2)Aborto recurrentes: asociado al síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, anomalías cromosómicas y/o uterinas.

3)Aborto inducido: Aborto electivo y aborto terapéutico.

#### ***a)Amenaza de aborto***

### **Clínica**

Presenta datos de sangrado vaginal mínimo por 1 o varios días, dolor leve tipo obstétrico, pueden estar o no presentes las contracciones uterinas, cervix sin modificaciones, ni expulsión de restos del producto de la concepción.

### **Diagnostico**

Clinico + USG demostrando muchas veces vitalidad fetal FCF presente

### **Tratamiento**

-Reposo absoluto por 48-72 hrs + adecuada hidratación + paracetamol 500 mg c/8 hrs x 2 dias o Butilhioscina 10 mg c/8 hrs x 2-3 dias

-Explicar datos de alarma y revaloración en 72 hrs

### ***b) Aborto inevitable***

#### **Clínica**

Presenta sangrado transvaginal leve-moderado por mas de 7 dias, modificaciones cervicales (dilatación), borramiento cervical, cólicos tipo obstétricos, membranas rotas o salida de liquido transvaginal

#### **Diagnostico**

-Clínico TV demuestra dilatación cuello uterino > 3 cm, examen con especulo que demuestra que sobresalen estructuras embrionarias

#### **Tratamiento**

-Consiste en hospitalizar, solicitar BH y Grupo y Rh

-Conducta expectante y realizar legrado si así lo amerita

### ***c) Aborto incompleto***

#### **Clínica**

Sangrado Vaginal, dolores tipo cólicos, cérvix dilatado, refiere expulsión de restos ovulares, útero blando y doloroso a la palpación.

#### **Diagnostico**

Clínica (dilatación o modificaciones cervicales, sangrado) + USG demuestra restos ovulares sin expulsar, sin presencia de FCF.

### **Tratamiento**

- Hospitalización y solicitar BH y Grupo y Rh.
- Manejar con Misoprostol 400-600 mcg VO o SL dosis respuesta para generar maduración cervical en pcte < 13 SDG
- Pcte >13 SDG manejar con Misoprostol 400-800 mcg VO, SL, VR o VV cada 3 horas vigilando respuesta.
- Posterior realizar legrado o AMEU para retirar los restos.

### ***d) Aborto completo***

#### **Clínica**

A tenido metrorragia con dolores tipo cólicos, que se aliviaron al salir el producto de la concepción. Cérvix cerrado a la exploración

#### **Diagnostico**

La pcte refiere sangrado con expulsión de contenido placentario + USG que demuestra que no hay saco gestacional intrauterino y niveles de B-HCG disminuidos.

#### **Tratamiento**

- Valorar si no hay datos de hipotonía o atonía uterina, de ser así dar ergometrina IM
- Explicar datos de alarma o que volviese a sangrar y le comience dolores regresar a urgencia

### ***e) Aborto Retenido***

#### **Clínica**

Caracterizado por aborto con sagrado o no, con huevo o feto retenido muerto, disminuyen los datos clínicos del embarazo, volumen uterino menor a la edad gestacional, cérvix sin modificaciones. Síntomas parecidos a A.A

## **Diagnostico**

Clinico porque dejamos de ver crecimiento uterino, disminución de los síntomas del embarazo y de los niveles de B-hcG +USG que demuestra ausencia de vitalidad fetal (muerte embrión)

## **Tratamiento**

-Hospitalización y solicitar BH y Gpo y Rh

-Mifepristona 200 mg VO DU + Posterior a 24 hrs Misoprostol 400 mcg VO, SL, VV c74-6 hrs. Valorando maduración cervical y posterior pasar a legrado o AMEU.

## ***f) Aborto Séptico***

### **Clínica**

Todo aquel aborto que cursa con datos de infección (fiebre + descargas vaginales hematurulentas y fétidas + dolor a la movilización cervical, hipersensibilidad abdominopelvica + alteración del estado general)

### **Diagnostico**

Clinico identificando datos de síndrome de respuesta inflamatoria + Laboratorios que demuestren leucocitosis y neutrofilia y nos orienten a proceso infeccioso, VSG y PCR.

### **Tratamiento**

-Hospitalizar e iniciar rápidamente con antibioticoterapia a doble esquema IV, Metronidazol + Ceftriaxona

-Valorar con USG si existen restos intrauterinos para pasar a legrado.

## ***g) Aborto recurrente***

Clínicamente se refiere a 3 o mas abortos consecutivos y se relaciona con anormalidades autoinmunitarias propias de la madre como lo es el síndrome anticuerpos antifosfolipidos y anomalías cromosómicas.

## ***h) Aborto Inducido***

Voluntario: en aquellos países donde el aborto es legal y la mujer decide por distintas razones abortar el producto sin ningún problema, acude a una clínica y la manejan con fármacos.

Terepeutico: se da en situaciones especiales en el que la mujer fue violada o sufio abuso sexual, enfermedades genéticas o cromosómicas que dañe al feto, enfermedades de base de la madre potencialmente dañinas.

-Se maneja con Mifepristona 200 mg VO DU posterior a 24 hrs iniciar con Misoprostol 800 mcg SL por 30 minutos c/4 hrs por 3 dosis nos superar estas dosis y vigilar datos de sangrado uterino que pongan en peligro la vida de la embarazada.

## **Embarazo Ectópico**

### **Definición**

El embarazo ectópico se define como la implantación del huevo fecundado fuera de la cavidad intrauterina.

Dentro de las zonas mas frecuentes encontramos la trompa uterina: trompa 97%, ampolla 80% y un resto en la zona itsmica, fimbria, ovario, abdominal.

### **Factores de riesgo**

- Antecedentes de cirugía tubárica
- Antecedentes de EPI
- Embarazo ectópico previo
- Uso de DIU
- Tabaquismo
- Pcte sometida a fertilización asistida.

### **Clínica**

- Triada Clásica: Dolor pélvico + sangrado uterino + amenorrea
- Existe también dolor a la movilización cervical, masa anexial, tamaño uterino menor para la edad gestacional. Muchas veces simula un abdomen agudo y es necesario descarta otras patologías abdominales.

-Si existe ruptura del huevo puede generar un hemoperitoneo, generando datos de choque hipovolémico.

### **Diagnostico**

-Clínico→Dolor en flancos, dolor a la movilización cervical, masa anexial, amenorrea, sangrado vaginal

-Laboratorio→ Determinación de niveles de B-HCG aumentados cada 24-38 hrs o disminuidos.

-USG→ Pélvico o transvaginal en busca de saco gestacional intrauterina si no identificamos, buscamos una localización extrauterina y ver la vitalidad fetal.

-Laparoscopia exploratoria nos da una mejor certeza diagnostica

### **Tratamiento**

-Si la pcte esta estable sin datos de disfunción hemodinámica o hemoperitoneo, el manejo es ambulatorio con Metrotexato en multidosis de 1mg/kg/dia en los días 1,4,7,11→Vigilando siempre los niveles de B-HCG deben de ir disminuyendo gradualmente eso indica mejoría y que el medicamento esta haciendo efecto.

-Pcte con datos de choque hipovolémico por hemoperitoneo secundario a huevo roto, debemos estabilizar hemodinamia y referir a segundo nivel o pasar a quirófano a cirugía laparoscópica.

-Las pcte que nos respondieron a metrotexato de igual manera son candidatas de cirugía laparoscópica.

## **Enfermedad Trofoblástica Gestacional**

### **Definición**

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) se refiere a un espectro de tumores interrelacionados, pero con rasgos histopatológicos distintos, originados o provenientes de la placenta. Caracterizados por un marcadores tumoral elevado B-HCG.

Tiene un subtipo que se conoce como neoplasias trofoblásticas gestacionales que generan secuelas malignas.

Mola completa: ausencia de tejido embrionario o fetal

Mola parcial: presencia de tejido embrionario o fetal

### **Epidemiología**

-La incidencia en México es de 2.4 por cada 1000 mujeres embarazadas.

-La ETG se presenta posterior a un embarazo molar, embarazo normal o ectópico y aborto.

Factores de Riesgo

>Mola previa

>Aborto previo

>Embarazo ectópico

>Embarazo previo de termino

> Edad materna >40 años aumenta el riesgo

Clasificación de la OMS de ETG:

1)Lesiones molares benignas: Mola hidatiforme, mola completa y mola parcial

2)Lesiones no molares malignas: Mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico en el sitio placentario, tumor trofoblástico epitelioides.

### **Manifestaciones clínicas**

-Hemorragia uterina anormal sin dolor (90%)

-Crecimiento uterino mayor del esperado para la edad gestacional

-Ausencia de FCF

-Presencia de quistes teoluteínicos

-Hiperémesis gravídica <20 sdg

-Datos de preeclampsia en las 1eras 20 sdg

-Niveles elevados de B-HCG.



## **Diagnostico**

- El diagnostico debe ser lo mas precoz que se pueda realizar.
- Es muy fcte realizar la medición de B-HCG y un ecografía transvaginal o pélvica.
- Laboratorio → Niveles de B-HCG aumentados (por proliferación trofoblástica)
- USG → No se detecta tejido fetal ni amniótico/ masa intrauterina ecogena compleja/muchos espacios quísticos/ placenta hidrópica.
- Diagnostico diferencial por USG → Hematomas retroplacentarios/otras anomalías placentarias.
- Histopatología → nos da el dx de certeza

## **Tratamiento**

Pcte con sospecha de ETG preevacuacion se realizan los siguientes estudios:

- BHC/Tiempos de coagulación/PFH/QS/Gpo y Rh/Niveles de B-HCG/Rx de torax/ USG obstétrico
- Posterior realizar un legrado/AMEU/LUI.(tener preparados hemoderivados y oxitocina IV o IM 20 UI)

