



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

**Título del trabajo:**

**Resumen**

**Nombre del alumno: Ricardo de Jesús Aguilar Felipe**

**Nombre de la asignatura: Clínica de ginecología y obstetricia**

**Semestre y grupo: 7mo semestre grupo "A"**

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

**Lugar y fecha**

**Comitán de Domínguez, Chiapas a 05 de Septiembre de 2020**

## **ABORTO**

El aborto 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.

### **Factores de riesgo**

Existe evidencia de que la incidencia de aborto es más frecuente cuando la paciente tiene anomalías uterinas anatómicas. Se han realizado ensayos clínicos no aleatorizados en que la corrección quirúrgica ha disminuido la incidencia de pérdidas de primer trimestre, principalmente en aborto recurrente.

Aunque faltan estudios de investigación, se ha observado que la presencia de pólipos mayores de 2cm puede asociarse con pérdidas del embarazo.

La miomatosis uterina se ha relacionado al aborto por las siguientes razones: 1. Dificultad para la implantación y deficiente aporte sanguíneo al feto; 2. Rápido crecimiento y degeneración con liberación de citoquinas; 3. Ocupación total del espacio uterino que dificulta el crecimiento del feto.

Los miomas submucosos se asocian a pérdidas tempranas. Se ha observado que la pérdida del embarazo se asocia en mayor porcentaje con el mayor número y tamaño de miomas.

Las pacientes con aborto recurrente deberán contar con un ultrasonido pélvico como estudio inicial, ya que este puede hacer evidente la presencia de miomas, alteraciones anatómicas uterinas, pólipos ováricos y de endometrio.

El descontrol metabólico de DM 1 y 2 incrementa el riesgo de pérdida del embarazo. En varios estudios se ha demostrado que un control óptimo de la glucosa en pacientes diabéticas previo a la concepción puede disminuir la frecuencia de abortos y otros resultados adversos del embarazo.

El consumo de alcohol inclusive moderado en etapas tempranas de la concepción se ha asociado a aborto. El consumo de tabaco se asocia a aborto con una RM de 1.2 a 2. El consumo de cocaína también se asocia a aborto.

En un meta análisis se identificó el índice de masa corporal  $> 25\text{kg}/\text{m}^2$  como factor de riesgo para aborto. A toda paciente obesa que esté planeando un embarazo se le debe informar y aconsejar la disminución de peso antes de embarazarse.

### **Diagnóstico**

El ultrasonido transvaginal para confirmar el diagnóstico de aborto completo tiene un valor predictivo de 98%. El ultrasonido transabdominal y transvaginal

son complementarios y el personal que los realice debe estar capacitado para practicar ambos.

Las pacientes ambulatorias con sospecha de aborto espontáneo, en el primer contacto, deben tener acceso a la realización de uno o más ultrasonidos transvaginales y transabdominales.

El diagnóstico diferencial en el sangrado transvaginal del primer trimestre de la gestación se establece con: Anormalidades cervicales (excesiva friabilidad, trauma, pólipos y procesos malignos); embarazo ectópico; sangrado idiopático en un embarazo viable; infección de vagina o cérvix; embarazo molar; aborto espontáneo; hemorragia subcoriónica; trauma vaginal.

Las mujeres con *C. trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea* o vaginosis bacteriana en el tracto genital bajo, previo a tratamiento quirúrgico, incrementa el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica subsecuente; por lo cual es necesario hacer tamizaje para estas entidades y si es necesario dar tratamiento previo al tratamiento del aborto espontáneo.

### **Tratamiento**

El tratamiento médico tiene mayor éxito cuando se prescribe en aborto incompleto y en dosis altas de misoprostol 1200 a 1400 ugr.

En embarazos menos de 7 semanas el régimen de Mefepristona 600 mg y 48 horas posterior 800 ugr Misoprostol oral es efectivo para el aborto médico.

A las pacientes que se les proporcione el tratamiento médico del aborto espontáneo se les debe explicar que la expulsión de los restos puede ocurrir en horas o días subsiguientes y que pueden sangrar más que una menstruación por 3 o 4 días y continuar con un manchado por 2 semanas más.

Las pacientes que serán sometidas a tratamiento médico por abortos mayores de 10 semanas deberán ser hospitalizadas hasta la expulsión del feto y placenta. Embarazos menores a 10 semanas pueden recibir tratamiento domiciliario.

El legrado uterino instrumentado (LUI) está indicado cuando existe sangrado excesivo y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.

### **Aborto recurrente**

En 3 a 5% de las pacientes con pérdida repetida de la gestación (PRG), uno de los padres presenta anormalidades cromosómicas estructurales. El tipo más común son las alteraciones parentales y translocaciones Robertsonianas, por lo tanto el consejo genético ofrece un pronóstico para embarazos futuros.

## **EMBARAZO ECTÓPICO**

El embarazo tubario se define como la implantación del huevo fecundado en la trompa de Falopio. Su incidencia va del 1 al 2% y su prevalencia va en aumento. El embarazo tubario es una condición clínica que puede poner en riesgo la vida de la mujer y tiene efectos negativos en el potencial reproductivo.

Son factores de riesgo: antecedentes de cirugía tubaria, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico previo, exposición previa a dietilestilbestrol, uso de dispositivo intrauterino, pacientes sometidos a técnicas de fertilización asistida, tabaquismo. Se deben considerar los factores de riesgo para establecer sospecha de embarazo tubario. Las mujeres con historia de embarazo ectópico deben tener un ultrasonido transvaginal temprano para valorar la localización del embarazo.

En mujeres con dolor pélvico, sangrado transvaginal y retraso menstrual deben realizarse ultrasonografía transvaginal y determinación sérica de B- hCG.

Para la detección temprana del embarazo tubario temprano el ultrasonido transvaginal ofrece mayor sensibilidad que el pélvico abdominal por lo cual debe realizarse el primero si se cuenta con el recurso de lo contrario utilizar el pélvico abdominal.

### **Diagnóstico**

Cerca de la mitad de las pacientes con embarazo ectópico no tienen factores de riesgo identificables ni hallazgos sugestivos de embarazo ectópico al momento de la exploración física inicial. Toda mujer con vida sexual que presentan dolor abdominal y sangrado transvaginal se debe realizar prueba diagnóstica de embarazo.

Existe una triada la cual está compuesta por dolor, sangrado y masa anexial, solo se presenta en 45% de las pacientes. Se ha reportado también que a la exploración física el 30% de pacientes con embarazo tubario no presentaba sangrado transvaginal, 10% presentaron una masa anexial palpable y un 10% un examen pélvico normal.

La localización más frecuente del embarazo ectópico es en la tuba uterina, manifestándose con dolor y sangrado, sin evidencias de un embarazo uterino y con una masa anexial.

### **Pruebas diagnosticas**

La presencia de una masa anexial tubarica compatible con un saco gestacional de 13mm en promedio sin saco de yolk visible ni presencia de embrión puede corresponder a un embarazo tubario.

Los niveles séricos de B-hCG por si solos no diferencian un embarazo tubario de un intrauterino. Más de la mitad de mujeres con embarazo tubario presentan niveles de b- hCG en menores de 2000 mIU/ml. Una prueba negativa de b-hCG sérica excluye el diagnóstico de embarazo con embrión vivo, pero no descarta la presencia de un embarazo tubario. Se recomienda para el diagnóstico de mayor certeza utilizar la determinación de b-hCG y ultrasonido transvaginal.

### **Tratamiento**

El tratamiento médico sistémico con metrotexate está indicado en pacientes con: estabilidad hemodinámica, embarazo tubario no roto, sin datos de sangrado activo intra abdominal, concentración baja de b-Hcg.

Son contraindicaciones para el uso de metrotexate:

- Absolutas: lactancia, disfunción renal, hepática, pulmonar o hematológica, hipersensibilidad a metrotexate, enfermedad ácido péptica.
- Relativas: saco gestacional mayor a 3.5 cm, actividad cardiaca embrionaria.

La terapia con metrotexate puede ser considerada en mujeres con sospecha clínica elevada o embarazo tubario confirmado quienes se encuentren hemodinámicamente estables y con masa anexial no rotas.

### **Tratamiento quirúrgico**

Son indicaciones para tratamiento quirúrgico en embarazo tubario: pacientes que no son candidatas a tratamiento médico con metrotexate, falla al tratamiento médico, embarazo heterotópico con embarazo intrauterino viable, pacientes hemodinámicamente inestables.

Las indicaciones de salpingectomía incluyen: daño severo de la tuba uterina, embarazo tubario recurrente en la misma tuba uterina, sangrado persistente después de la salpingostomía, embarazo tubario mayor a 5 cm, embarazo heterotópico, pacientes con paridad satisfecha.

# ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA

## Definiciones:

Coriocarcinoma: tumor maligno del epitelio trofoblástico. Está formado por sincitio y citotrofoblasto anaplásico y células gigantes multinucleadas, que invade y puede dar metástasis a sitios distantes.

Mola completa: ausencia de tejido embrionario o fetal. Degeneración hidrópica de vellosidades coriales, hiperplasia trofoblástica difusa con atipia difusa y marcada del trofoblasto en el sitio de la implantación molar.

Mola invasora: es una 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, presentándose ocasionalmente atipia focal y leve del trofoblasto en el sitio de implantación.

## Diagnóstico

En el primer trimestre del embarazo se debe sospechar ETG cuando se presenta: hemorragia uterina anormal; crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional; ausencia de frecuencia cardíaca fetal; presencia de quistes tecaluteínicos; hiperémesis gravídica; hipertensión gestacional en las primeras 20 SDG; niveles elevados de hormona gonadotropina coriónica; en mujeres con antecedente de un evento obstétrico y sangrado anormal deben determinarse niveles de BhCG; cuando exista sangrado uterino anormal por más de 6 semanas posterior a cualquier embarazo descartar ETG; en pacientes que hayan tenido un aborto, embarazo de término, o pre término, o embarazo molar que presenten sangrado uterino anormal y/o síntomas respiratorios o neurológicos se deberá sospechar en ETG y se solicitarán niveles de hGC para descartar nuevo embarazo o ETG para realizar un diagnóstico temprano.

## Diagnostico por USG

Los datos de ETG por ultrasonido son los siguientes:

1. Patrón difuso ecogénico mixto (zonas hiperecoicas y zonas hipoecoicas)
2. Presencia de quistes tecaluteínicos (ovarios mayores a 3 cm de diámetro)
3. En casos de mola parcial o incompleta se puede encontrar la presencia de feto
4. Se puede sospechar la invasión a miometrio cuando hay imágenes hiperecoicas dentro del miometrio por lo que se solicitará USG Doppler para descartar invasión a miometrio (incremento en la vascularización del miometrio)

El diagnóstico definitivo de ETG es histopatológico.

Pacientes que hayan tenido un aborto, embarazo de término, o pre término, o embarazo molar que presenten sangrado uterino anormal y/o síntomas respiratorios o neurológicos deberá descartarse ETG; debe ser evaluado con hGC para descartar nuevo embarazo o ETG para realizar un diagnóstico temprano y establecer el tipo de ETG.

Los tejidos obtenidos por evacuación uterina de un aborto completo o incompleto, en todos los casos y obligadamente, deberán enviarse al servicio de patología con lo cual se evitará omitir el diagnóstico de ETG o inclusive NTG.

### **Tratamiento para mola hidatidiforme**

Una vez establecido el diagnóstico ETG debe realizarse la evacuación preferentemente por AMEO, posterior a la evacuación se debe monitorizar con hGC seriada en sangre. En caso de mola completa se debe realizar evacuación mediante AMEO, o en pacientes con paridad satisfecha, histerectomía en bloque.

Se recomienda de preferencia tratamiento con AMEO pero cuando se trate con LUI considerar que existe mayor riesgo de perforación uterina. En MH con altura uterina similar a 16 SDG o mayor deberá vigilarse a la paciente por el riesgo de embolización pulmonar.

### **Indicaciones de histerectomía en NTG**

Realizar tratamiento quirúrgico en las siguientes condiciones: Tumor del sitio placentario; hemorragia uterina severa o sepsis; persistencia endouterina de la NTG a pesar de la quimioterapia; pacientes con paridad satisfecha con NTG confinada al útero; antes o después de la quimioterapia en aquellas pacientes consideradas de alto riesgo; el tratamiento quirúrgico en la enfermedad metastásica tiene las siguientes indicaciones: toracotomía cuando persiste tumor viable posterior a quimioterapia intensiva o cuando existen nódulos fibróticos sospechosos en tórax posterior a una remisión completa de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica; resección hepática: indicada en el control de metástasis hemorrágicas; craneotomía para el control de hemorragia o resección de una metástasis solitaria.

### **Complicaciones de mola hidatidiforme**

Las complicaciones médicas de mola hidatidiforme se presenta en aproximadamente 25% de las pacientes con un crecimiento uterino similar a un embarazo de 14 o más SDG.

Estas incluyen anemia, infección, hipertiroidismo, hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia uterina grave y coagulopatía. Se ha reportado la

presentación del síndrome de distrés respiratorio causado principalmente por el síndrome de embolización trofoblástica, falla cardíaca congestiva, anemia, hipertiroidismo, preeclampsia o sobrecarga de líquidos iatrogénica.