



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

“RESUMEN”

Alumna: Melanny Gpe Roman Salazar

Dr.: Romeo Suarez Martínez

**CLINICA DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA**

Semestre: 7º

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas, a 02 de septiembre del 2020

ABORTO

El aborto se define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal. La terminología utilizada para definir la viabilidad fetal y por lo tanto el aborto, tiene gran importancia médica, legal y social. La viabilidad yace entre las líneas que separan al aborto del parto de pretérmino.

Según la guía de práctica clínica es una 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 de 500gr.

Según la OMS es la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente.

Clasificación clínica del aborto espontáneo

Aborto espontáneo

- Amenaza de aborto: Factores que intervienen: fetales (trisomía autosómica, monosomía, triploidia, anomalías estructurales. Maternos: infecciones, nutrición, anomalías endocrinas, drogas, enfermedad debilitante crónica. Inmunológicos, traumatismos, paternos.
- Aborto inevitable: embarazo en el que se produce rotura de las membranas con dilatación cervical continua, pero sin expulsión de producto de la concepción.
- Aborto incompleto: expulsión parcial de tejidos fetales, placentarias o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable.
- Aborto diferido: Aborto caracterizado por la retención de la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo embarazo anembrionado) o la detección de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable
- Aborto séptico: Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus.
- Aborto completo: Expulsión completa del feto y de sus anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor

Aborto recurrente

- Síndrome de anticuerpos antifosfolipídicos: enfermedad autoinmunitaria, en la cual existen autoanticuerpos circulantes en la sangre, que tiene como consecuencia una alteración en la coagulación de las personas que la padecen.

- Anomalías cromosómicas

Aborto inducido

- Aborto quirúrgico
- Aborto terapéutico Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la mujer embarazada. Cuando hay riesgo grave para la vida de la madre, riesgo de una enfermedad de origen genético o congénito grave y para salvaguardar la salud física o mental de la madre, cuando estas están amenazadas por el embarazo o por el parto.

Sintomatología

Náuseas, dolor a la palpación en ambas mamas, borramiento cervical moderado, dilatación cervical, hemorragia, persistencia de cólicos, signos de terminación del embarazo, expulsión de restos ovulares, fiebre, hipersensibilidad suprapubica, dolor abdominopelvico, alteración del estado general.

Método diagnostico

Historia clínica completa, exploración física, ultrasonido, ecografía, test de gestación, examen con espejo o mediante tacto vaginal

Tratamiento o manejo

Vigilancia materna en cualquier amenaza de aborto, corroborar diagnóstico y vigilancia de probable hemorragia o infección. Hospitalizar a la paciente, hemograma, coagulación, grupo y Rh, conducta es expectante y se debe proceder al legrado, en caso de ser necesario. En caso de ser un aborto completo: metilergometrina, volver a urgencias si aumento la metrorragia o dolor, control por parte del ginecólogo, gammaglobulina anti D, si la madre es Rh -. Aborto retenido: mifepristona, misoprostol.

En caso de ser un aborto séptico: Primer nivel de atención; canalizar, administración de solución salina. Antibioticoterapia: Ampicilina, ceftrizone, clindamicina, agregar a cada una de las opciones gentamicina., referir a segundo nivel. Segundo nivel de atención; exámenes de laboratorio. BHC, plaquetas, VSG, proteína C reactiva, azoemia, creatinina. Administración de antibiótico: seguir con antibioticoterapia.

La terapia antibiótica IV se deberá mantener por 48 horas desde el ultimo pico febril y continuar por via oral hasta completar 7 – 10 días. Antiarrítmicos. En caso de un aborto quirúrgico, para interrumpir un embarazo del primer trimestre, dilatación del cuello uterino y luego evacuar el embarazo raspando en forma mecánica el contenido, mediante la aspiración del mismo o ambos. En el peor de los casos se realiza un legrado.

Contraindicaciones generales

Alergias a ciertos medicamentos, Presencia de DIU, Anemia pronunciada, coagulopatía, uso de anticoagulantes, Enfermedades como hepatopatía activa, enfermedad cardiovascular y trastornos convulsivos activos, Trastornos suprarrenales, Tx con glucocorticoides.

EMBARAZO ECTOPICO

El embarazo ectópico o extrauterino es aquel en el que el blastocito se implanta fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina y se desarrolla fuera de ella.

La localización más frecuente es la trompa de Falopio otras localizaciones menos habituales son: el abdomen, ovario, cérvix, porción intersticial de la trompa de Falopio y en cicatriz cesárea.

El embarazo heterotópico el cual es mucho más raro, es la combinación de un embarazo intra y extra uterino La incidencia natural de estos *embarazos* heterotópicos se aproxima a 1 por 30000 embarazos.

Factores de riesgo

Algunas mujeres con embarazo ectópico no tienen factores de riesgo identificables.

Los conocimientos de los factores de riesgo ayudan a identificar a las mujeres con alto riesgo, para facilitar el diagnóstico temprano y preciso. Dentro de los cuales encontramos:

Daño a las trompas de Falopio: por antecedente de cirugía tubárica, la cirugía pélvica (cesárea, ooforectomía), apendicetomía. El mecanismo de daño no se conoce ya que se ha propuesto que además de la distorsión de la arquitectura tubárica, pueden deberse a un efecto en el microambiente de la trompa. La enfermedad inflamatoria pélvica causada comúnmente por Chlamydia Trachomatis se ha relacionado con un 30 a 50% de todos los EE.

Otros factores son las técnicas de reproducción asistida, uso de DIU, tabaquismo y exposición al dietiletibestrol, multiparidad y edad mayor de 40 años.

Clasificación

Por su comportamiento clínico

- Ectópico conservado o no roto
- Ectópico roto: con estabilidad hemodinámica y sin estabilidad hemodinámica

Por su ubicación

- Embarazo intersticial 2-3%
- Embarazo ístmico 12%
- Embarazo ampular 70%
- Embarazo abdominal 1%

- Embarazo cervical 1%
- Embarazo ovárico 3%
- Embarazo fimbrico 11%

Manifestaciones clínicas

Existe una triada clásica, que consta de amenorrea, dolor pélvico, y sangrado transvaginal.

La manifestación clínica depende de la ubicación del embarazo ectópico y su evolución no roto y roto, que van desde asintomática, y en el peor de los casos hasta abdomen agudo y shock hemorrágico.

Embarazo ectópico no roto:

- Amenorrea (generalmente de 5 semanas)
- Síntomas de embarazo inicial: manchado o sangrado transvaginal irregular (oscuro en borra de café), náuseas, congestión de mamas, pigmentación azulada de vagina y de cuello uterino, ligero aumento del volumen uterino, mayor frecuencia urinaria, masa anexial, cavidad uterina vacía por USG.
- Distensión abdominal y rebote.
- Sangrado transvaginal escaso.
- Dolor al movilizar el cuello y el útero.
- Masa anexial (por clínica o ultrasonido).
- Sangre libre en cavidad abdominal por clínica y ultrasonido.
- El fondo de saco posterior es muy doloroso de tal manera que la paciente huye al tacto vaginal.

Diagnostico

Se inicia con la historia clínica completa, y el examen físico (identificación de la triada clásica). Confirmatorio: Realizar una prueba diagnóstica de embarazo identificando fracción beta de hGC (+) de 1200 a 2000 mUI/ml más USG ultrasonido transvaginal (útero vacío).

La ecografía suele ser útil para confirmar la sospecha clínica de un embarazo ectópico y detecta la ubicación precisa de este.

La medición de los niveles séricos de B-HCG se debe utilizar conjuntamente con la ecografía transvaginal detectan embarazos ectópicos con una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95%.

El diagnóstico de EE es la triada típica de síntomas sin embargo la presentación clínica puede ser confusa, un tercio de los pacientes no tienen signos clínicos y 9% no presentan síntomas.

Diagnósticos diferenciales

- Amenaza de aborto o aborto incompleto.
- Quistes de ovario (torsión o ruptura).
- Ruptura del quiste folicular.
- Hemorragia disfuncional.
- Apendicitis aguda.
- Infección de vías urinarias.
- Torsión anexial.
- Endometrio.
- Enfermedad inflamatoria pélvica aguda o crónica.
- Mioma

Tratamiento:

1. El embarazo ectópico no roto se puede tratar de 3 maneras: 1. Manejo expectante 2. Manejo con Metrotrexato 3. Quirúrgico.
1. Tratamiento expectante: consiste en controles bisemanales de B-hGC hasta que los niveles desciendan un 50%, a partir de aquí se adecuarán los controles al descenso de B-hGC hasta su negativización y realizar ecografía bisemanal
2. Fracaso del Tx expectante: si la fracción B-hGC se estabiliza o asciende y si no hay un descenso del 50% de B-hGC a la semana de seguimiento.

ENFERMEDAD TROFOBlastICA

El término enfermedad trofoblástica gestacional (GTD, gestational trophoblastic disease) se utiliza para describir a un grupo de tumores caracterizados por una proliferación anormal del trofoblasto. El trofoblasto produce gonadotropina coriónica humana (hCG), por lo que es fundamental cuantificar este péptido hormonal para el diagnóstico, tratamiento y vigilancia de esta enfermedad.

Las variedades malignas de enfermedad trofoblástica gestacional se denominan neoplasia trofoblástica gestacional (GTN, gestational trophoblastic neoplasia). Este término incluye a la mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico placentario y tumor trofoblástico epitelioide.

MOLA HIDATIFORME (EMBARAZO MOLAR)

Los datos histológicos típicos del embarazo molar son la presencia de edema del estroma veloso y proliferación trofoblástica. Para clasificarlo en mola parcial o completa se utiliza la magnitud de los cambios histológicos, las diferencias cariotípicas y la presencia o ausencia de elementos embrionarios. Factores de riesgo

Factores de riesgo

Los factores de riesgo principales son la edad y el antecedente de una mola hidatiforme. Las más vulnerables son las mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva. De manera específica, en las adolescentes y mujeres de 36 a 40 años de edad el riesgo se duplica, pero en las mayores de 40 años el riesgo es casi 10 veces mayor.

Patogenia

Con raras excepciones, los embarazos molares provienen de fecundaciones anormales desde el punto de vista cromosómico. Por lo general, las molas completas tienen una composición cromosómica diploide. Ésta es casi siempre 46, XX y resultado de androgénesis, lo que significa que el origen de ambos conjuntos de cromosomas es paterno.

Manifestaciones clínicas

Antes de descubrir esta enfermedad. La mujer ha tenido casi siempre uno o dos meses de amenorrea. A medida que el embarazo avanza, los síntomas tienden a ser más notorios con la mola completa respecto de la parcial, hemorragia uterina

que varía de manchado a hemorragia abundante. Algunas veces, la hemorragia antecede al aborto espontáneo de la mola, pero las más de las veces su evolución es insidiosa durante varias semanas o meses. En las molas más avanzadas con hemorragia uterina oculta considerable, la mujer padece anemia ferropénica moderada. En muchas mujeres, el útero crece mucho más rápido de lo esperado. Este útero hipertrófico tiene una consistencia blanda pero no se detecta actividad cardíaca fetal. Algunas veces, la náusea y el vómito son intensos. Los ovarios contienen múltiples quistes de la teca luteínica en 25 a 60% de las mujeres con una mola completa. Algún quiste ocasional grande sufre torsión, infarto y hemorragia. La preeclampsia grave y la eclampsia son relativamente frecuentes en los embarazos molares grandes

Diagnostico

Historia clínica completa, exploración física, cuantificación de B-Hcg sérica, por lo regular siempre es elevada, resulta de bastante utilidad realizar una ecografía, es el estudio principal para el diagnóstico de enfermedad trofoblástica, pero no en todos los casos la confirma de forma inicial. En una ecografía, la mola completa se delinea como una masa uterina ecogénica con numerosos espacios quísticos anecoicos, pero sin un feto o saco amniótico. Su aspecto se describe a menudo como “tormenta de nieve”.

Diagnostico patológico

Es importante vigilar a la paciente en busca de otras neoplasias en el futuro. Las molas se deben distinguir desde el punto de vista histológico de otros tipos de abortos con degeneración placentaria hidrópica, que simula algunas veces los cambios de las vellosidades molares. Otra técnica emplea la inmunotinción histológica para identificar la proteína nuclear p57KIP2.

Atención

La finalidad de la valoración preoperatoria es identificar ciertas complicaciones potenciales, como preeclampsia, hipertiroidismo, anemia, concentración reducida de electrolitos por hiperemesis y metástasis. La mayoría recomienda obtener una radiografía de tórax sin solicitar una tomografía computarizada o resonancia magnética de manera sistemática, a menos que la radiografía de tórax delimite lesiones pulmonares o existan signos de otras enfermedades fuera del útero, como en cerebro o hígado.

Interrupción del embarazo molar

Cualquiera que sea el tamaño del útero, el tratamiento que se prefiere es la evacuación molar por medio de legrado y aspiración. Si el cuello uterino no tiene una anchura suficiente, se recomienda dilatarlo con alguna sustancia osmótica antes de la intervención. Con algunos embarazos molares, la hemorragia transoperatoria es mayor respecto de un útero de tamaño similar que contiene un

producto no molar. Por lo tanto, con una mola grande es indispensable contar con anestesia adecuada, un acceso intravenoso suficiente y un banco de sangre. El cuello uterino se dilata en forma mecánica para permitir la introducción de una legra con aspiración de 10 a 14 mm. Al empezar la evacuación se administra oxitocina para reducir la hemorragia. Después de la evacuación, administrar inmunoglobulina anti D cuando la paciente sea RH D negativa, iniciar anticoncepción efectiva, revisar el informe de patología, Hcg sérica en las primeras 48 horas después de la evacuación, cada semana hasta que sea indetectable y luego cada mes durante 6 meses.

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Este grupo comprende a la mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico placentario y tumor trofoblástico epiteliode. Estos tumores casi siempre aparecen al mismo tiempo o después de un embarazo reconocido. La mitad aparece después de una mola hidatiforme, 25% luego de un aborto o embarazo tubárico y otro 25% luego de un embarazo de término o pretérmino.

Manifestaciones clínicas

Progresión agresiva en el miometrio y tienen tendencia a emitir metástasis. hemorragia irregular acompañada de subinvolución uterina. Esta hemorragia puede ser continua o intermitente y algunas veces se convierte en hemorragia repentina y masiva. La perforación miometrial por el crecimiento trofoblástico provoca una hemorragia intraperitoneal. En algunas mujeres se detectan metástasis en la parte inferior del aparato genital, mientras que en otras sólo se observan metástasis a distancia sin rastros de un tumor uterino.

Diagnóstico, estadificación y pronóstico

Medir la concentración sérica de β -hCG para descartar y prever la posibilidad de practicar un legrado diagnóstico. Se mide el útero y se buscan metástasis en la parte inferior del aparato genital, que casi siempre se observan como masas vasculares de color azulado. No es necesario determinar un diagnóstico histológico y la biopsia provoca a menudo hemorragia abundante. Una vez que se corrobora el diagnóstico, además de la concentración sérica basal de β -hCG y una biometría hemática, se realizan pruebas de las funciones hepática y renal, ecografía transvaginal, radiografía o CT de tórax y CT o MR de cerebro y abdomen en busca de neoplasia circunscrita y metástasis.

Clasificación histológica

- Mola invasora
- Coriocarcinoma gestacional
- Tumor trofoblástico placentario (PSST)
- Tumor trofoblástico epiteliode

Tratamiento

El tratamiento le corresponde al oncólogo. El tratamiento primario es la quimioterapia y la mayoría de los especialistas evita los legrados repetidos por los riesgos de ocasionar

perforación uterina, hemorragia, infección o formación de adherencias intrauterinas. En algunas pacientes es necesario realizar un legrado con aspiración por hemorragia o una cantidad considerable de tejido molar retenido. Otros clínicos consideran que la primera opción terapéutica en algunos casos de GTN después de la evacuación molar es una segunda evacuación uterina para evitar o reducir al mínimo la quimioterapia, si bien esto es controversial. Además, en determinados casos, la histerectomía es el tratamiento primario o complementario.

Bibliografía

- Guía de práctica clínica Dx y tratamiento del embarazo ectópico.
- Gpc, diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad trofoblástica.
- Gpc, diagnóstico, tratamiento y prevención de aborto.
- Williams Obstetricia 25ª edición editorial Mc Graw Hill.