



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Título del trabajo:

Resumen de Aborto, embarazo ectópico,
enfermedad trofoblástica.

Nombre del alumno: Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Nombre de la asignatura: Clínica de ginecología y obstetricia

Semestre y grupo: Séptimo semestre grupo A

Nombre del profesor: Dr. Suarez Martínez Romeo

Lugar y fecha: Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de Septiembre del 2020.

ABORTO DEFINICION: Aborto, a la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable.

CLASIFICACION: El aborto espontáneo o natural: Es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. Aborto Provocado o Inducido: también llamado interrupción voluntaria del embarazo consiste en provocar la finalización prematura del desarrollo vital del feto para su posterior eliminación con o sin asistencia médica, y en cualquier circunstancia social o legal. Aborto electivo Los abortos electivos son los que se inician por decisión personal. Aproximadamente el 20% de todos los embarazos (excluyendo los abortos espontáneos) terminan en un aborto electivo.

- aborto consumado: todos los productos (tejidos) de la concepción salen del cuerpo.
- Aborto incompleto: solo algunos de los productos de la concepción salen del cuerpo.
- Aborto inevitable: no se pueden detener los síntomas y se presenta el aborto espontáneo.
- Aborto infectado (séptico): el revestimiento del vientre (útero) y cualquier producto restante de la concepción resultan infectados.
- Aborto retenido: el embarazo se pierde y los productos de la concepción no salen del cuerpo.

SINTOMATOLOGÍA: Los síntomas y signos de un aborto espontáneo incluyen los siguientes:

- Manchado o sangrado vaginal
- Dolor o calambres en el abdomen o la parte inferior de la espalda
- Fluidos o tejidos que salen por la vagina

MÉTODO DIAGNOSTICO

- **Examen pélvico.** El profesional de salud podría controlar si el cuello del útero se empezó a dilatar.
- **Ecografía.** Durante una ecografía, el profesional de salud controlará los latidos cardíacos fetales y determinará si el embrión se está desarrollando normalmente. Si no se puede hacer un diagnóstico, es posible que debas realizarte otra ecografía en aproximadamente una semana.
- **Análisis de sangre.** Tu profesional de salud podría revisar el nivel de la hormona del embarazo, la GnRH humana, en la sangre y compararla con mediciones anteriores. Si el patrón de cambios en el nivel de la GnRH humana es anormal, podría ser indicativo de un problema. Tu profesional de salud podría hacerte análisis para ver si estás anémica, lo que podría ocurrir si has experimentado sangrado abundante, y puede que también determine tu grupo sanguíneo.
- **Análisis de tejidos.** Si has expulsado tejido, puede que se lo envíe a un laboratorio para confirmar que se ha producido un aborto espontáneo y que los síntomas no están relacionados con otra causa.
- **Estudios cromosómicos.** Si has sufrido dos o más abortos espontáneos previos, puede que tu profesional de salud indique análisis de sangre para ti y tu pareja para determinar si los cromosomas son un factor.

TRATAMIENTO

La terminación del embarazo se puede realizar médica o quirúrgicamente por varios métodos. En ausencia de trastornos médicos maternos graves, los procedimientos de aborto no requieren hospitalización. Aborto quirúrgico Preparación preoperatoria La evacuación quirúrgica se realiza por vía vaginal a través de un cuello uterino apropiadamente dilatado. Para esto, la maduración cervical preoperatoria es favorecida por muchos y se asocia típicamente con una menor dilatación cervical intraoperatoria manual, un procedimiento técnicamente más fácil, menos dolor y tiempos quirúrgicos más cortos.

Aspiración al vacío También llamada dilatación por succión y Curetaje o legrado por succión, la aspiración al vacío es un enfoque transcervical para el aborto quirúrgico. El cuello uterino primero se dilata y luego se evacúan los productos de la concepción. Para esto, se fija una cánula rígida a una fuente de vacío eléctrica o a una jeringa portátil de 60 mL para su fuente de vacío.

EMBARAZO ECTOPICO

DEFINICIÓN: 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

CLASIFICACIÓN:

Por su comportamiento clínico:

Ectópico conservado o no roto

Ectópico roto: con estabilidad hemodinámica y sin estabilidad hemodinámica

Por su incidencia y ubicación:

1 tubárico: 95% dentro de los cuales 70% Ampollar, 12% ístmico, 11% fímbrico, 2% intersticial.

2 Otros <5% (Cervical, ovárico, cicatriz cesárea y abdominal).

3 Embarazo heterotópico: < 1 en 30,000.

SINTOMATOLOGÍA:

Triada clásica: Amenorrea + dolor pélvico + sangrado transvaginal.

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.

Embarazo ectópico roto:

- Colapso y debilidad.
- Pulso rápido y débil (110 por minuto o más).
- Hipovolemia, Hipotensión, Shock.
- Palidez.
- Dolor abdominal y pélvico agudo intenso sostenido

y localizado en una fosa ilíaca, posteriormente se vuelve aún más intenso y se generaliza a todo el abdomen.

MÉTODO DIAGNOSTICO: Inicial: Historia clínica y examen físico (clínico) 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).

TRATAMIENTO:

El embarazo ectópico no roto se puede tratar de 3 maneras:

Manejo Expectante 2. Manejo con Metrotrexato 3. Quirúrgico

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA

DEFINICIÓN: es el término utilizado para abarcar un grupo de tumores tipificados por la proliferación anormal del trofoblasto. El trofoblasto produce gonadotropina coriónica humana (hCG) por lo que la medición de esta hormona peptídica en el suero es esencial para el diagnóstico, manejo y vigilancia.

Se define como una complicación poco común de la gestación caracterizada por la proliferación anormal del tejido trofoblastico. Incluye un amplio espectro de entidades clínico patológico que va desde la ETG benigna (Mola Hidatiforme Completa y Mola Hidatiforme Parcial) hasta patologías malignas (Mola Hidatiforme Invasora, Coriocarcinoma, Tumor del Sitio Placentario y Tumor Trofoblástico Epitelial) también conocidas como Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG).

CLASIFICACIÓN:

Mola Hidatiforme

Neoplasia trofoblastica gestacional metastásica y no metastásica

Mola Hidatiforme completa mola Hidatiforme parcial alto riesgo bajo riesgo

SINTOMATOLOGÍA:

MOLA HIDATIFORME COMPLETA: 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 β -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 β .

La embolización Trofoblástica se demuestra en el 2% de los casos. Se manifiesta con dolor torácico, disnea, taquipnea y taquicardia.

MOLA HIDATIFORME PARCIAL (MHP):

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.

MOLA HIDATIFORME INVASORA (MI): suele presentarse con hemorragia severa y en ocasiones se diagnostica en la pieza de histerectomía. Constituyen el 15% de los embarazos molares.

CORIOCARCINOMA (CC): Es el carcinoma del epitelio coriónico, una forma extremadamente maligna de tumor Trofoblástico. Es un tumor anaplásico epitelial puro, que por su crecimiento y metástasis se comporta como un sarcoma.

MÉTODO DIAGNOSTICO:

Hormona gonadotrofina coriónica humana

Ultrasonido

TRATAMIENTO:

AMEO o histerectomía en bloque en la mola Hidatiforme

El tratamiento de la neoplasia Trofoblástica de la gestación se basa en el tipo de enfermedad, el estadio y el grupo de riesgo. El tratamiento del tumor Trofoblástico de sitio placentario (TTSP) y el tumor Trofoblástico epitelioides (TTE) depende del estadio de la enfermedad.

Cirugía

Dilatación y legrado (DyL) con evacuación por succión: procedimiento quirúrgico para extirpar tejido anormal y partes del revestimiento interior del útero. Se dilata el cuello uterino y se extirpa el material del interior del útero con un dispositivo parecido a una aspiradora pequeña. Luego, se raspan suavemente las paredes del útero con una cureta (instrumento con forma de cuchara) para extraer cualquier material que haya quedado en el útero. Este procedimiento se puede utilizar para embarazos molares.

Histerectomía: cirugía para extirpar el útero, incluso el cuello uterino. Cuando el útero y el cuello uterino se extirpan a través de la vagina, la operación se llama histerectomía vaginal. Cuando el útero y el cuello uterino se extirpan a través de una incisión (corte) grande en el abdomen, la operación se llama histerectomía abdominal total. Cuando el útero y el cuello uterino se extirpan a través de una incisión (corte) pequeña en el abdomen con un laparoscopio, la operación se llama histerectomía laparoscópica total.

Quimioterapia

La quimioterapia es un tratamiento del cáncer para el que se usan medicamentos para interrumpir la formación de células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o al impedir su multiplicación. Cuando la quimioterapia se toma por boca o se inyecta en una vena o un músculo, los medicamentos ingresan en el torrente sanguíneo y pueden llegar a las células cancerosas de todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Cuando la quimioterapia se coloca directamente en el líquido cefalorraquídeo, un órgano o una cavidad del cuerpo como el abdomen, los medicamentos afectan sobre todo las células cancerosas de esas áreas (quimioterapia regional). La manera en que se administra la quimioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que se esté tratando y de si el tumor es de grado bajo o grado alto.