

Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Título del trabajo:

“Resumen de Aborto, Embarazo ectópico y Enfermedad Trofoblástica”

Nombre del alumno: Alondra Nancy Marili Flores Velázquez

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 espontanea 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.

Clasificación del aborto

Aborto Espontaneo

Amenaza de aborto

Aborto inevitable

Aborto incompleto

Aborto diferido

Aborto completo

Aborto Recurrente

Síndrome de anticuerpos antifosfolipidico

Anomalías cromosómicas

Anomalías del útero

Aborto Inducido

Aborto electivo o voluntario

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 más abortos consecutivos y se relaciona con anomalías autoinmunitarias propias de la madre como lo es el síndrome anticuerpos antifosfolípidos 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.

Terapéutico: se da en situaciones especiales en el que la mujer fue violada o sufrió 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 más frecuentes encontramos la trompa uterina: trompa 97%, ampolla 80% y un resto en la zona ístmica, 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 descartar 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 intrauterino si no identificamos, buscamos una localización extrauterina y ver la vitalidad fetal.
- Laparoscopia exploratoria nos da una mejor certeza diagnóstica

Tratamiento

- Si la pte está estable sin datos de disfunción hemodinámica o hemoperitoneo, el manejo es ambulatorio con Metrotexato en multidosis de 1mg/kg/día 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 está 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 pte 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

Clasificación

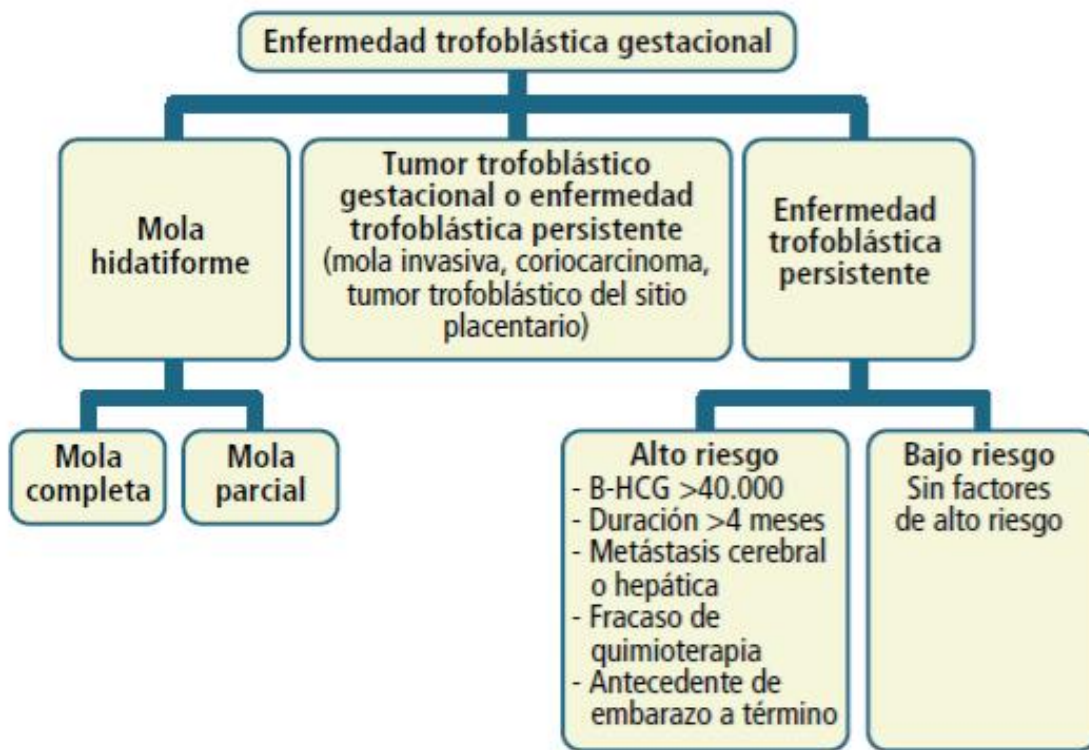


Figura 4. Clasificación de la enfermedad trofoblástica gestacional.

Manifestaciones clínicas

- Hemorragia uterina anormal sin dolor (90%)
- Crecimiento uterino mayor del esperado para la edad gestacional
- Ausencia de FCF
- Presencia de quistes tecoluteínicos

- Hiperémesis gravídica <20 sdg
- Datos de preeclampsia en las 1eras 20 sdg
- Niveles elevados de B-HCG.

MOLA HIDATIFORME		
Características	Mola completa	Mola parcial
Cariotipo	46 XX / 46 XY	69 XXX / 69XXY
Contenido	Ausencia de embrión/feto y amnios Presencia de tejido placentario	Contiene tejido fetal, amnios y placenta
	Presenta vellosidades grandes y edematosas. Proliferación trofoblástica anormal y difusa.	Proliferación trofoblástica y edema veloso menor
Clínica	Ausencia de FCF	Aborto
Niveles B-HCG	> 100,000-200,000 mUI/ml	<100, 000 Mui/ml

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 anormalidades 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)

