



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Resúmenes;

Aborto, embarazo ectópico, enfermedad trofoblastica

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presenta

Dulce Alondra Pinto Pérez

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas

Septiembre 2020

Aborto

El aborto se define como 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 menos a 500 gramos.

Se clasifica en tres grandes grupos los cuales se subdividen son;

✚ Aborto espontáneo

- Amenaza de aborto
- Aborto inevitable
- Aborto incompleto
- Aborto diferido
- Aborto séptico
- Aborto completo

✚ Aborto recurrente

- Síndrome de anticuerpos antifosfolipídicos
- Anomalías cromosómicas
- Anomalías del útero

✚ Aborto inducido

- Aborto electivo
- Aborto terapéutico

⊗ Aborto espontáneo

Se denomina aborto espontáneo a aquel tipo de aborto o interrupción del embarazo debido a causas naturales, no siendo voluntario ni provocado. Puede deberse a alteraciones cromosómicas del feto, enfermedades o malformaciones de la madre, infecciones (como en el aborto séptico). La aparición de este tipo de abortos suele ocurrir en las doce primeras semanas. Cuando se da de manera muy inicial de forma que aún no estamos ante un feto sino ante un embrión pueden no presentarse síntomas e incluso pasar desapercibido el hecho de haber quedado embarazada (se estima que una gran cantidad de embarazos terminan así sin ser detectados).

⊗ Aborto por infección o séptico

Se trata de un subtipo de aborto en el que se genera una infección que afecta a placenta o feto y termina con la muerte del segundo. También se denomina así al resultado de un

aborto en que el sistema reproductor femenino sufre una infección por la presencia de restos de un aborto o por lesiones derivadas de la realización de uno.

⊗ Aborto fallido o retenido

Se trata de un tipo de aborto natural en el que por algún motivo el feto en gestación fallece naturalmente, pero permanece en el útero materno durante semanas sin ser expulsado por el cuerpo de la mujer. La gestante sigue creyendo estar embarazada y tiene los síntomas típicos, pero sin embargo el corazón del gestado ha dejado de latir. Únicamente es posible detectarlo mediante ecografía. Tras la detección, si el cuerpo no expulsado el feto o no lo hace por completo será necesario intervenir con fármacos o quirúrgicamente.

⊗ Aborto inducido

Se trata del aborto provocado voluntariamente, es decir el resultado de aplicar determinados procedimientos de manera voluntaria para interrumpir la gestación. Dentro de éste pueden encontrarse otros como el terapéutico, los que son resultado de violación o los que se deciden libremente.

⊗ Aborto terapéutico

Se denomina aborto terapéutico aquel que se realiza bajo el supuesto de que el embarazo supone un riesgo para la salud e incluso la supervivencia de la madre. También se denominan del mismo modo aquellos abortos que se practican ante la presencia de alteraciones o enfermedades graves del feto que imposibilitan su supervivencia o su desarrollo normativo.

⊗ Aborto legal

En referencia a los abortos voluntarios, se considera aborto legal aquel que puede realizarse según la legislación vigente. Si bien originalmente sólo podía abortarse de manera legal en los casos de violación, malformaciones severas o riesgo para la vida de la embarazada, en la actualidad en muchos países puede abortarse legalmente sin necesidad de que se cumplan estos supuestos (si bien dentro de un marco temporal específico que varía según la región. En España, el aborto es libre hasta las catorce semanas y posteriormente a ello solo podrá interrumpirse legalmente en casos de riesgo

para la vida de la embarazada, anomalías en el feto graves y/o incompatibles con la vida o determinadas enfermedades o malformaciones.

⊗ Aborto ilegal

Se trata del conjunto de abortos que se llevan a cabo al margen de la ley, en la clandestinidad. Este tipo de aborto supone además de un delito un grave riesgo para la salud de la embarazada, debido a que no se cuenta con ninguna garantía respecto al procedimiento y condiciones de la intervención a llevar a cabo.

⊗ Aborto precoz

Se refiere a aquella interrupción del embarazo que se produce antes de las doce semanas.

⊗ Aborto tardío

Aquel aborto en el que la interrupción se produce después de las doce semanas de gestación.

⊗ Aborto por medios mecánicos/quirúrgicos

Se refiere al tipo de aborto inducido en que el método de interrupción es mecánico, removiendo al feto a través de procedimientos como la aspiración, el raspado o la inyección de sustancias que generan quemaduras al feto y le provocan la muerte.

⊗ Aborto completo

Se entiende como tal aquel aborto en el que se expulsan o son retirados la totalidad de restos biológicos del feto y placenta.

⊗ Aborto incompleto

En el aborto incompleto parte del feto o de los productos de la gestación permanecen dentro del útero, quedando restos en el interior. Puede ser inducido o natural

Embarazo ectópico

Se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Alrededor del 95% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa. Las formas no tubáricas del embarazo ectópico incluyen el embarazo cervical (0,1%), el embarazo ovárico (0,5%), el embarazo abdominal (1,3%), el embarazo cornual (3%), el embarazo intraligamentario (0,1%), y el embarazo en cuerno uterino rudimentario.

Algunas mujeres con embarazo ectópico no tienen factores de riesgo identificables. El conocimiento 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 Cx tubárica, la Cx pélvica (cesárea, ooforectomía), apendicectomía. 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. Los sitios de implantación anormales pueden ser extrauterinos (ovario, trompas uterinas, órganos de la cavidad abdominal, peritoneo) o intrauterinos pero a nivel del cuello uterino y/o de la porción intersticial de la trompa (en el cuerno uterino). Debido a esto, Barnes propone el término de embarazo "ectópico", en lugar de embarazo "extrauterino", pues resulta ventajoso al comprender todas las implantaciones del huevo en sitios anormales. Las causas de esta implantación fuera del sitio normal pueden deberse a factores tubarios y ovulares que ocasionen:

- Retraso, desviación o imposibilidad de la migración del huevo.
- Anticipación de la capacidad de implantación del huevo.

Las alteraciones hormonales producen disminución de la motilidad tubárica, lo que ocasiona el crecimiento del cigoto antes de llegar al endometrio, quedando retenido en la trompa. Estas alteraciones están dadas por diferentes niveles de estrógeno y progesterona en sangre, que cambian la cantidad de receptores responsables de la musculatura lisa en la trompa y el útero, los ejemplos son varios: anticonceptivos orales de progestágenos, dispositivos intrauterinos con progesterona, el aumento de estrógenos posovulación, como ocurre con el uso de la "píldora del día siguiente", los inductores de la ovulación, así como los defectos de la fase lútea. El tabaquismo tiene una toxicidad directa debido a que la nicotina actúa disminuyendo el peristaltismo de la trompa uterina y el movimiento ciliar, pero también presenta una toxicidad indirecta, dada por la acción

antiestrogénica, variando los niveles de hormonas. En relación con el factor ovular se cita el crecimiento demasiado rápido de la mórula con enclavamiento en la trompa, la rotura prematura de la zona pelúcida con implantación precoz del blastocisto, los fenómenos de transmigración interna uterina y externa abdominal, que necesitan mayor tiempo, por lo tanto el cigoto queda atrapado al llegar a esa trompa. También puede ocurrir la fecundación precoz del óvulo, antes de su llegada a la trompa.

Embarazo ectópico no complicado

Este embarazo es silencioso, no avanza más del primer trimestre, pudiendo ir hacia la reabsorción total, pero generalmente es precursor de uno complicado. Los síntomas son muy variables, según el momento de su evolución y la localización. En una etapa inicial, independientemente de la localización, transcurre igual a un embarazo eutópico. Al examen físico, se tacta el cuello uterino con cierta sensibilidad dolorosa, el tamaño uterino no corresponde con el tiempo de amenorrea y en ocasiones se constata una tumoración yuxta uterina unilateral, limitada, ovoidea, pequeña, que orienta hacia el diagnóstico del EE.

Embarazo ectópico complicado

El cuadro clínico de la rotura de la trompa y el hemoperitoneo, basado en signos vitales y descompensación hemodinámica no tienen una gran sensibilidad diagnóstica.

Esta forma clínica es más fácil de diagnosticar, pero es más peligrosa y con alta mortalidad. Puede clasificarse según la hemodinamia de la paciente esté comprometida o no y se verifica por tres tipos de accidente.

- Con estabilidad hemodinámica, las complicaciones son: hematosálpinx y aborto tubárico.
- Con signos de descompensación hemodinámica o shock, dado por la rotura del mismo, ocurriendo un hemoperitoneo.

Enfermedad trofoblástica

La enfermedad trofoblástica gestacional (GTD) consta de seis entidades clinicopatológicas distintas: mola hidatidiforme completa (CHM), mola hidatidiforme parcial (PHM), mola invasiva (IM), coriocarcinoma (CCA), tumores trofoblásticos de localización placentar (PSTT), y tumores trofoblásticos epitelioides (ETT). Estos tumores abarcan menos del 1% de los tumores ginecológicos y todos producen gonadotropina coriónica humana, que se puede utilizar como marcador tumoral para el diagnóstico, el monitoreo de los efectos de la terapia y el seguimiento para la detección de la recaída.

Estos tumores se derivan del feto, no de la madre. Con la única excepción de la mola parcial, todas las lesiones que abarcan esta enfermedad van a ser compuestas en su totalidad o en una parte, por material genético paterno, en un proceso llamado androgénesis. Los factores de riesgo para la enfermedad trofoblástica gestacional son: extremos de edad reproductiva, multiparidad, antecedente patológico de aborto espontáneo, estrógenos endógenos, dieta alta en beta carotenos, dieta alta en grasa animal, etnia, grupo sanguíneo ABO, toxinas ambientales, fumado, consumo de alcohol, estatus socioeconómico y exposición a hierbidas.

La edad materna parece ser el mayor riesgo para el desarrollo de mola hidatidiforme, especialmente para embarazos de mola completa. Las mujeres en ambos extremos del espectro de edad reproductiva son las más vulnerables. Aquellas con una edad menor a 16 años tienen seis veces más riesgo de mola hidatidiforme que aquellas con una edad entre 16 y 40 años, las mujeres mayores de 40 años tienen de 5-10 veces mayor riesgo, y aquellas mayores de 50 años tienen una posibilidad de 1 en 3 de tener un embarazo molar. Debido al uso rutinario del ultrasonido y medición de hCG, las pacientes con CHM generalmente se diagnostican temprano en el embarazo y son usualmente asintomáticas al momento del diagnóstico. Los síntomas que se presentan normalmente incluyen: sangrado vaginal, usualmente entre las semanas 6-16 de gestación (46%), un tamaño uterino grande para la fecha (24%) e hiperémesis (14%). Las complicaciones posteriores tradicionalmente reportadas en el embarazo molar como la anemia, preeclampsia hipertiroidismo y distrés respiratorio son raras actualmente