



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

## **Resumen**

**Nombre del alumno: Diana Monserrat Espinosa Espinosa**

**Nombre de la asignatura: clínica ginecológica**

**Semestre y grupo: 7°B**

**Nombre del profesor: Dr. Romeo Suares Martinez**

**Comitán de Domínguez, Chiapas 21 de agosto del 2020**

## ABORTO

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.

### Clasificación

Aborto espontaneo: Se define como la pérdida del producto de la concepción sin intervención externa antes de la viabilidad. El término "pérdida" es un término utilizado por las mujeres para referirse a un aborto espontáneo; se emplea a menudo porque las pacientes asocian la palabra "aborto" con la terminación electiva del embarazo. Otra terminología, de uso clínico, que se ha recomendado para evitar la palabra aborto, y que reconoce los aspectos emocionales asociados es "falla precoz del embarazo" (early pregnancy failure).

Aborto incompleto: Aborto en que no todos los productos de la concepción han sido expulsados. Los productos retenidos pueden ser parte del feto, la placenta, o las membranas. Se caracteriza por cuadro de dolor cólico hipogástrico intenso, con metrorragia abundante, modificaciones cervicales (cuello permeable) e incluso palpación de restos ovulares en el canal cervical y con altura uterina levemente menor de la que corresponde a la edad gestacional. La ecografía vaginal muestra restos en la cavidad endometrial (grosor endometrial  $\geq 15$  mm). Se produce con mayor frecuencia en abortos > a 10 semanas. Aborto completo:

Aborto en que todos los productos de la concepción han sido expulsados sin la necesidad de una intervención quirúrgica o médica. El cuadro se caracteriza por historia previa de dolor cólico intenso, acompañado de metrorragia y eliminación de restos ovulares, pero que en el momento de la consulta presenta escaso dolor, escasa metrorragia, generalmente un cuello uterino cerrado o poco modificado y un tamaño uterino similar al de un útero no grávido. Se da más comúnmente en abortos que se producen precozmente, antes de las 8 semanas, ya que el producto de la gestación es más pequeño y se elimina en forma íntegra. La ecografía vaginal muestra un endometrio de < de 15 mm de grosor.

Aborto inevitable: Condición irreversible, que lleva al diagnóstico de la inminencia de un aborto; los productos de la concepción aún no han sido expulsados. Clínicamente se manifiesta por metrorragia abundante y cuello uterino dilatado. Es discutible si considerar la rotura de prematura de membranas < 22 semanas con feto vivo como sinónimo de aborto inevitable, dado existencia de sobrevida perinatal. En aborto de mayor tamaño, las contracciones uterinas pueden generar modificaciones cervicales (cuello en forma de trompo sin púa, en que se dilate el OCI, pero no el OCE), que también pueden permitir el diagnóstico de aborto inevitable. El útero tiene el tamaño esperable para la edad gestacional.

Aborto en evolución: cuadro clínico caracterizado por dolor cólico intenso en hipogastrio, frecuente y regular, de intensidad creciente, acompañado de metrorragia y de cambios progresivos del cérvix. Corresponde a un proceso activo y progresivo en el tiempo e irreversible. El útero tiene el tamaño esperable para esa edad gestacional. El aborto en evolución se diferencia del aborto incompleto en que en el primero la paciente ya ha expulsado parte de los restos ovulares.

Aborto retenido: Ausencia de vitalidad fetal, en la que no se ha producido ninguna actividad uterina que expulse los productos de la concepción. Es un cuadro asintomático, diagnosticado por ecografía.

### Diagnostico

Exámenes de Laboratorio Es importante solicitar grupo sanguíneo y Rh para evaluar necesidad de Ig anti Rh en pacientes Rh negativas. En paciente con sospecha de infección cervical se podrían solicitar cultivos cervicovaginales. En pacientes que presenten asociado síntomas urinarios, siempre descartar infección urinaria. La hematuria se puede confundir con sangrado genital.

El ultrasonido transabdominal y transvaginal son complementarios.

El termino "indeterminado" es inexacto por lo cual se recomienda utilizar las siguientes definiciones:

Embarazo de localización no conocida o indeterminada: cuando en una mujer con una prueba inmunológica de embarazo positiva no se identifican productos de la concepción retenidos o signos de embarazo intra ni extrauterino.

Embarazo de viabilidad incierta: cuando se observa un saco intrauterino (con diámetro promedio menor de 20 mm) sin huevo o feto. O bien, cuando el ultrasonido fetal indica longitud cefalocaudal menor de 6 mm sin actividad cardiaca. Para confirmar o refutar la viabilidad, el estudio se debe repetir con un intervalo mínimo de una semana.

### Tratamiento

El tratamiento tradicional del aborto espontáneo (aborto retenido, aborto incompleto, aborto en evolución) consiste en el legrado (raspado) uterino, habitualmente bajo anestesia (general o raquídea) y con o sin dilatación (farmacológica o mecánica) del cuello uterino.

Se recomienda en pacientes con feto muerto y retenido en pacientes con antecedente de cesárea el siguiente esquema de inducción de aborto con misoprostol.

Si se encuentra entre la semanas 13 a 17 comenzar con 200 µgr

Si se encuentra entre la 18 a 20 colocar la tableta en el fondo de saco vaginal, 100 µgr. Repitiendo la dosis cada 12 hrs hasta completar 4 dosis. No repetir dosis si se inicia con actividad uterina, aunque sea leve

En pacientes con embarazos de 12 semanas o menos se recomienda el siguiente esquema de tratamiento:

Misoprostol vaginal 800 ug cada 6 a 12 horas hasta completar 3 dosis ó

Misoprostol 800ug sublingual cada 3 ó 4 horas, hasta completar 3 dosis.

En embarazos mayores a 12 semanas se recomienda el siguiente esquema de inducción de aborto:

Si la gestación es de 13 a 15 semanas dosis inicial de 400 ug vaginal y 200 ug si es un embarazo de 16 a 20 semanas.

Repetir la dosis entre 6 a 12 horas si no ha habido respuesta

Si no hay respuesta a las 24 hrs duplicar la dosis hasta un máximo de 4 dosis

## Embarazo ectópico

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.

## Clasificación

### Ubicaciones Posibles

Trompa (95%): por eso embarazo ectópico es casi sinónimo de embarazo tubario o Ampolla (70%) o Istmo (12%) o Fimbria (11%) o Cornual o intersticial (3%) (7% por FIV) La zona de mayor complicación es esta última, ya que parte del lugar donde se implanta el embrión tiene miometrio y eso permite que se desarrolle más el tejido embrionario, con mayor vascularización. Cuando se complica, es a una edad gestacional mayor y los resultados son más catastróficos. Hay que estar atento frente a la sospecha para poder determinar con precisión la ubicación.

Ubicaciones atípicas: Son difíciles de diagnosticar y se asocian a alta morbilidad:

### Cervical

Embarazo ectópico no complicado: Atraso menstrual, metrorragia o spotting de cuantía variable asociado a síntomas de embarazo en una paciente hemodinámicamente estable y sin signos de irritación peritoneal. La metrorragia se produce por degeneración del cuerpo lúteo (disminución de los niveles séricos de progesterona). Dicha degeneración se debe a la falla intrínseca del tejido embrionario, ya sea porque el lugar de implantación es incorrecto o porque el desarrollo del tejido trofoblástico es subóptimo; de esta manera hay menor producción de  $\beta$ -hCG y disminuye la estimulación del cuerpo lúteo, con la consiguiente descamación endometrial. La metrorragia en el 1er trimestre del embarazo puede darse en hasta un 20% de los embarazos viables, pero también puede ser signo de complicaciones tempranas.

Embarazo ectópico complicado: Rotura o estallido brusco de la trompa grávida con hemoperitoneo. La rotura suele producirse entre las 6-8 semanas. Lo más frecuente es rotura espontánea, pero puede existir rotura traumática por examen bimanual o post coital. Son factores de riesgo de rotura tubaria la  $\beta$ -HCG > 10.000 mUI/ml al momento del diagnóstico y EE ubicado en ampolla o istmo.

## Diagnostico

### Exámenes útiles en el diagnóstico del embarazo ectópico

**Sub-unidad  $\beta$ -hCG** La hCG es una glicoproteína producida por el sinciciotrofoblasto. Se encuentra positiva en 99.5% de los embarazos ectópicos. El test de embarazo en orina, es un test cualitativo que permite el diagnóstico de embarazo desde el momento mismo de atraso menstrual ( $\geq 50$  mUI/ml). Si es positivo, es 100% confiable para confirmar embarazo. En cambio, la  $\beta$ -HCG plasmática cuantitativa permite detectar niveles  $\geq 5$  mUI/ml, detectables en el suero luego de 8 días post-peak de LH. Lo que se corresponde con el día nueve posterior a la fecundación. Es decir, cinco días antes de notar atraso menstrual. Un solo valor de hCG plasmático no permite inferir la localización del embarazo, ni si es un EE roto, sólo puede orientar la edad gestacional pero no es confiable para su cálculo preciso.

**Ecografía TV** Permite evaluar los signos de EE con una sensibilidad de 73-93%, dependiendo de la EG y experiencia del ecografista, calidad del equipo, paciente obesa, dolor intolerable o anatomía distorsionada. Mediante EcoTV podría visualizarse saco gestacional a las 4-5 semanas de embarazo, saco vitelino a las 5 semanas y embrión con latidos a las 6 semanas de edad gestacional. La Ecografía abdominal permite visualizar las mismas estructuras, pero a edades gestacionales mayores.

**Biopsia** El diagnóstico definitivo de embarazo ectópico es histológico. La trompa resecada en la cirugía debe ser enviada a biopsia, donde se confirmará el diagnóstico. El endometrio en mujeres con embarazo ectópico muestra un aspecto característico en la histología, lo que se ha denominado: Signo Arias Stella.

### Tratamiento del Embarazo Ectópico

El tratamiento del embarazo ectópico debe ser precoz, adecuado a la ubicación y proporcional a la gravedad del EE; debe velar por preservar la vida y la fertilidad futura. El tratamiento de referencia es quirúrgico realizando la extracción de la trompa (salpingectomía), sin embargo, el manejo conservador o médico deberá ser evaluado caso a caso. Tipos de manejo:

- Expectante
- Médico
- Quirúrgico

**Expectante:** El 25% de los embarazos tubarios se resuelven espontáneamente, con reabsorción del hematosalpinx y del trofoblasto. Para poder aplicar este manejo se requiere de supervisión y seguimiento. Esto es de suma importancia debido a que pueden existir complicaciones intra tratamiento y debe advertirse a la paciente del potencial riesgo de rotura tubaria, incluso aunque los niveles de hCG se encuentren en disminución

Médico: Se utiliza en casos seleccionados de EE no complicados; especialmente útil en embarazo ectópico cornual o en ectópicos no tubarios (ej. Cervical o abdominal). También es útil en el manejo post cirugía conservadora. Se basa en el uso de un medicamento que bloquea el metabolismo del ácido fólico, el Metotrexato.

El tratamiento quirúrgico puede ser conservador o radical, y la vía de elección para el tratamiento quirúrgico es la laparoscopia

## Enfermedad trofoblástica

conjunto de lesiones proliferativas originadas en la placenta, frecuentemente secundarias a un evento fecundante anormal o aberrante. Cada una de estas lesiones difiere en el grado, tipo y patrón de proliferación trofoblástica presente, así como también en su comportamiento biológico, el cual puede ser desde de un tipo benigno hasta uno francamente maligno (con alto potencial invasor local y a distancia). Debe tenerse en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de la metrorragia del primer trimestre de embarazo. Desde un punto de vista anatomopatológico, las lesiones agrupadas bajo la denominación Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) pueden clasificarse en tres grupos que se correlacionan con su comportamiento biológico (OMS, modificada).

Enfermedad Trofoblástica Gestacional: Clasificación según Comportamiento Biológico (OMS Modificada)	
<b>Lesión Trofoblástica Benigna, No neoplásica</b>	Reacción placentaria "exagerada"
	Nódulo del sitio de placentario
<b>Mola Hidatidiforme</b>	Completa
	Parcial
	Invasora *
<b>Lesión Trofoblástica Maligna, Neoplásica</b>	Coriocarcinoma gestacional
	Tumor trofoblástico del sitio de inserción placentario
	Tumor trofoblástico epiteloideo

La Lesión Trofoblástica Maligna, Neoplásica, corresponde a una lesión francamente neoplásica o neoplasia trofoblástica gestacional "genuina"; la ETG maligna comúnmente se diagnostica posterior a un embarazo molar, pero puede ocurrir luego de cualquier evento gestacional, incluyendo embarazo de término, embarazo ectópico y aborto. La Mola Hidatidiforme Invasora (\*), dado su potencial invasor local y su capacidad eventual de diseminación a distancia, es ocasionalmente considerada por algunos autores dentro de este último grupo.

### Diagnóstico

La presentación clínica ha cambiado con la introducción del ultrasonido y de la  $\beta$ -hCG, permitiendo un diagnóstico precoz e impidiendo la aparición de síntomas floridos característicos de un diagnóstico tardío. Antiguamente el diagnóstico se basaba en la clínica (metrorragia del primer trimestre, hiperemesis, toxemia, hipertiroidismo); y se sospechaba el diagnóstico por la intensidad del sangrado, o la expulsión de tejido con aspecto de vesículas.

### Tratamiento ETG

Si bien algunas formas de ETG pueden llegar a ser muy agresivas, esta enfermedad ofrece la oportunidad única dentro de los cánceres ginecológicos y de los cánceres en general de lograr altísimas tasas de curación y de conservación del potencial reproductivo. Esto debido principalmente (salvo raras excepciones), a su gran sensibilidad a la quimioterapia.