



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

“RESUMEN”

Alumno: Luis David Cano Hernández

CLINICA DE GINECOLOGIA Y OBTETRICIA

Semestre: 7°

Grupo: “B”

Dr. Romeo Suarez Martinez

Comitán de Domínguez; Chiapas, a 05 de septiembre del 2020.

ABORTO

Al inicio del embarazo, el aborto espontáneo es un evento común. La mayoría de las pérdidas tempranas provienen de anomalías genéticas o algunas razones no identificadas. Por tanto, la oportunidad de prevención es actualmente pequeña. Las pacientes con un aborto espontáneo posterior o con un aborto espontáneo habitual probablemente tengan una causa repetitiva que puede modificarse.

El aborto se define como la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal. Por tanto, es apropiado que el aborto espontáneo y el aborto sean términos intercambiables. Sin embargo, el uso popular del aborto por parte de laicos implica la finalización prevista del embarazo, y muchos prefieren el aborto espontáneo por pérdida espontánea. Por el contrario, el aborto inducido describe la terminación quirúrgica o médica de un feto vivo que no ha alcanzado la viabilidad.

De otros términos clínicos, el aborto espontáneo incluye el aborto amenazado, inevitable, incompleto, completo y diferido. El aborto séptico se usa para clasificar aún más cualquiera de estos que se complica aún más por la infección. La pérdida habitual del embarazo se define de forma variable, pero está destinada a identificar a las pacientes con abortos espontáneos repetitivos.

Más del 80% de los abortos espontáneos ocurren dentro de las primeras 12 semanas de gestación. Con las pérdidas del primer trimestre, la muerte del embrión o del feto casi siempre precede a la expulsión espontánea. La muerte suele ir acompañada de hemorragia en la decidua basal. Esto es seguido por una necrosis tisular adyacente que estimula las contracciones uterinas y la expulsión. Un saco gestacional intacto por lo general está lleno de líquido. Los otros son abortos embrionarios, que a menudo muestran una anomalía del desarrollo del embrión, el feto, el saco vitelino y, a veces, la placenta.

De todos los abortos espontáneos, casi la mitad son abortos euploides, es decir, portan un complemento cromosómico normal. La otra mitad tiene una anomalía cromosómica. Inicialmente determinado por el cariotipo tisular, este porcentaje parece persistir incluso cuando se implementan nuevas técnicas citogenéticas. En las pérdidas de embarazo cromosómicamente normales, las influencias maternas desempeñan un papel. Las causas de los abortos euploides son poco conocidas, pero varios trastornos médicos, condiciones ambientales y anomalías del desarrollo han sido implicados. Los embarazos euploides abortan más tarde que los aneuploides. De manera específica, la tasa de aborto euploide alcanza un máximo en casi 13 semanas.

Algunos virus, bacterias y parásitos comunes que invaden al humano normal, pueden infectar la unidad feto placentaria por transmisión mediante la sangre. Otros logran infectar localmente a través de infección genitourinaria o colonización. Los riesgos prominentes están asociados con diabetes mellitus mal controlada,

obesidad, enfermedad tiroidea y lupus eritematoso sistémico. En estos y otros, los mediadores inflamatorios pueden ser un tema subyacente.

De las sobrevivientes de cáncer, aquellos que fueron tratados con radioterapia abdominopélvica o quimioterapia pueden tener un mayor riesgo de aborto espontáneo. El incremento de la edad paterna se asocia de manera significativa con un mayor riesgo de aborto. La etiología de esta asociación no está bien estudiada, pero es probable que las anomalías cromosómicas en los espermatozoides desempeñen un papel importante.

Amenaza de aborto

Este diagnóstico se presume cuando el flujo vaginal sangriento o el sangrado aparecen a través de un orificio cervical cerrado durante las primeras 20 semanas. Esta hemorragia al principio del embarazo debe diferenciarse de la implantación, que algunas pacientes tienen al momento de la menstruación esperada. Aparte de esto, casi una cuarta parte de las pacientes desarrollan hemorragias durante la gestación temprana que pueden persistir durante días o semanas. Puede ir acompañado de molestias suprapúbicas, calambres leves, presión pélvica o dolor lumbar persistente. De los síntomas, el sangrado es, con diferencia, el factor de riesgo más predictivo para la pérdida del embarazo.

Aborto incompleto

Durante el aborto, el sangrado sigue a la separación placentaria parcial o completa y a la dilatación del orificio cervical. Antes de las 10 semanas de gestación, el feto y la placenta son frecuentemente expulsados juntos, pero después de las 10 semanas se expulsan por separado. Por tanto, el tejido puede permanecer completamente dentro del útero o extruirse de manera parcial a través del cuello uterino. Los productos que se encuentran sueltos dentro del canal cervical se logran extraer con mucha facilidad con pinza de anillo. Por otra parte, con la expulsión incompleta, tres opciones de tratamiento incluyen curetaje, manejo expectante o misoprostol (Cytotec), que es prostaglandina E1.

Aborto completo

A veces, puede producirse la expulsión completa de todo el embarazo y el orificio cervical se cierra posteriormente. Resulta típica una historia de sangrado abundante, calambres y la expulsión de tejido. Se alienta a las pacientes a que traigan el tejido expulsado, en el que se debe distinguir una gestación completa de los coágulos de sangre o un molde decidual. Esta última es una capa de endometrio en forma de cavidad uterina que cuando se desprende puede aparecer como un saco colapsado. Si no se identifica un saco gestacional completo expulsado, se realiza una ecografía transvaginal para diferenciar un aborto completo de un aborto en peligro o un embarazo ectópico. Los hallazgos característicos de un aborto

completo incluyen un endometrio con mínimo grosor sin un saco gestacional. Sin embargo, esto no garantiza un embarazo uterino reciente.

Aborto diferido

Describe los productos muertos de la concepción que se han conservado durante días o semanas en el útero con un orificio cervical cerrado. El diagnóstico es imprescindible antes de la intervención y evita la interrupción de un IUP potencialmente vivo. La ecografía transvaginal es la herramienta principal.

Aborto inevitable

La ruptura prematura de membrana en embarazo pretérmino en una edad gestacional previsible complica 0.5% de los embarazos. La ruptura puede ser espontánea o seguir un procedimiento invasivo como la amniocentesis o la cirugía fetal. Los riesgos de ruptura espontánea en una gestación previsible son la PPRM previa, el parto previo en el segundo trimestre y el consumo de tabaco. Un chorro de líquido vaginal que se ve acumulado durante el examen de espéculo estéril confirma el diagnóstico. En casos sospechosos, el líquido amniótico se fermentará en un portaobjetos de microscopio o tendrá un pH >7, o se verá oligohidramnios en la ecografía.

Aborto séptico

Con la legalización del aborto, ahora son raras las infecciones horribles y las muertes maternas asociadas anteriormente con abortos sépticos criminales. Aun así, con el aborto espontáneo o provocado, los organismos pueden invadir los tejidos del miometrio y extenderse para causar parametritis, peritonitis y septicemia. La mayoría de las bacterias que causan el aborto séptico son parte de la flora vaginal normal. En particular preocupantes son las infecciones graves por necrosis y el síndrome de choque tóxico causado por el estreptococo del grupo A —*S. pyogenes*.

Complicaciones

Las principales son la ruptura de la membrana, el trabajo de parto prematuro, la hemorragia, la infección o combinaciones de los mismos. Todas son poco comunes con cerclaje profiláctico.

Embarazo ectópico

Después de la fecundación y el tránsito por las trompas de Falopio, el blastocisto normalmente se implanta en el revestimiento endometrial de la cavidad uterina. La implantación en otro lugar se considera ectópica y representa del 0.5 al 1.5% de todos los embarazos en el primer trimestre.

Cerca del 95% de los embarazos ectópicos se implanta en los diversos segmentos de la trompa de Falopio. La ampolla (70%) es el sitio más frecuente, seguido de los embarazos ístmicos (12%), fimbriales (11%) y tubáricos intersticiales (2%). El 5% restante de los embarazos ectópicos no tubáricos se implanta en el ovario, la cavidad peritoneal, el cuello uterino o en una cicatriz previa por cesárea.

La anatomía anormal de la trompa de Falopio subyace a muchos casos de embarazos ectópicos tubáricos. Las cirugías por un embarazo tubárico previo, restauración de la fertilidad o para la esterilización confieren el mayor riesgo.

Una enfermedad de transmisión sexual anterior u otra infección tubárica que pueda distorsionar la anatomía normal de las trompas, es otro factor. Específicamente, un episodio de salpingitis puede ser seguido por un embarazo ectópico subsiguiente en hasta 9% de las mujeres. Las adherencias peritubales posteriores a la salpingitis, apendicitis o endometriosis también pueden aumentar las posibilidades. La salpingitis ístmica nodosa que es una afección en la que los divertículos recubiertos de epitelio se extienden hasta una capa muscular hipertrofiada, es otra probabilidad. Finalmente, las anomalías congénitas de las trompas de Falopio, en especial las secundarias a la exposición al dietilestilbestrol en el útero, pueden predisponerse.

La presentación temprana de la paciente y la tecnología de diagnóstico más precisa generalmente permiten la identificación antes de la rotura. En estos casos, los síntomas y signos de embarazo ectópico suelen ser sutiles o incluso ausentes. La mujer no sospecha embarazo tubárico y asume que tiene un embarazo temprano normal o está teniendo un aborto espontáneo. Con el diagnóstico posterior, la tríada clásica es la menstruación retrasada, el dolor y el sangrado o manchado vaginal. Con la rotura de las trompas, el dolor abdominal bajo y pélvico generalmente es intenso y frecuentemente se describe como agudo, punzante o lacrimoso. La palpación abdominal se realiza con delicadeza. El examen pélvico bimanual, especialmente el movimiento cervical, causa un dolor delicado. El fórnix vaginal posterior puede abultarse por la sangre en el fondo de saco recto uterino, o se puede sentir una masa blanda al lado del útero. El útero puede estar también ligeramente agrandado debido a la estimulación hormonal. Los síntomas de irritación diafragmática, caracterizados por dolor en el cuello u hombro, especialmente en la inspiración, se desarrollan en tal vez la mitad de las mujeres con hemoperitoneo considerable.

El diagnóstico diferencial para el dolor abdominal que coexiste con el embarazo es extenso. El dolor puede deberse a afecciones uterinas, como abortos, infección, leiomiomas degenerativos o agrandados, o dolor de ligamentos redondos. La enfermedad anexial puede incluir embarazo ectópico; masas ováricas hemorrágicas, rotas o torcidas; salpingitis, o absceso tubo ovárico. Por último, la apendicitis, la cistitis, la litiasis renal y la gastroenteritis son las fuentes no ginecológicas más comunes de dolor abdominal bajo al inicio del embarazo.

La terapia médica tradicionalmente implica el metotrexato antimetabólico (MTX, methotrexate). Este fármaco es un antagonista del ácido fólico. Se une con fuerza al dihidrofolato reductasa, bloqueando la reducción de dihidrofolato a tetrahidrofolato que es la forma activa del ácido fólico. Como resultado, la síntesis de novo de purina y pirimidina se detiene, lo que conduce a la detención del DNA, RNA y la síntesis de proteína. Por tanto, el MTX es altamente efectivo contra el tejido aceleradamente proliferante como el trofoblasto.

La laparoscopia es el tratamiento quirúrgico preferido para el embarazo ectópico a menos que una mujer sea hemodinámicamente inestable. A medida que la experiencia se ha acumulado, los casos manejados previamente mediante laparotomía, por ejemplo, rotura de embarazos tubáricos con hemoperitoneo, pueden ser manejados por laparoscopia de forma segura por aquellos con experiencia adecuada.

Enfermedad trofoblástica gestacional

La enfermedad trofoblástica gestacional es el término utilizado para abarcar un grupo de tumores tipificados por la proliferación anormal del trofoblasto. El trofoblasto produce gonadotropina coriónica humana, por lo que la medición de esta hormona peptídica en el suero es esencial para el diagnóstico, manejo y vigilancia de la GTD. La GTD histológicamente se divide en molas hidatidiformes, que se caracterizan por la presencia de vellosidades, y en neoplasias malignas trofoblásticas no molares, que carecen de vellosidades.

MOLA HIDATIDIFORME

Los hallazgos histológicos clásicos del embarazo molar incluyen la proliferación de trofoblastos y vellosidades con edema estromal. El grado de cambios histológicos, las diferencias cariotípicas y la ausencia o presencia de elementos embrionarios se utilizan para clasificarlos como molas completas o parciales. Estas dos también varían en sus riesgos asociados para desarrollar comorbilidades médicas y GTN posterior a la evacuación. De las dos, la GTN sigue con mayor frecuencia a la mola hidatiforme completa. Una mola completa tiene vellosidades coriónicas anormales que aparecen como una masa de vesículas claras. Éstas varían en tamaño y, a menudo, cuelgan en grupos de pedículos finos. En contraste, un embarazo molar parcial tiene cambios hidatidiformes focales y menos avanzados y contiene algo de tejido fetal.

Las molas completas a menudo tienen una composición cromosómica diploide. Estos usualmente son 46,XX y resultan de la androgénesis, lo que significa que ambos conjuntos de cromosomas son de origen paterno. el patrón cromosómico puede ser 46,XY o 46,XX y debido a la fertilización por dos espermatozoides, es decir, dispermia o fertilización dispérmica. Las molas parciales suelen tener un cariotipo triploide 69,XXX, 69,XXY o, mucho menos comúnmente, 69,XYY. Cada uno de estos está compuesto por dos conjuntos haploides paternos de cromosomas contribuidos por dispermia y un conjunto haploide materno.

Embarazo gemelar

En raras ocasiones, en algunos embarazos gemelares, un feto cromosómicamente normal está emparejado con un embarazo molar diploide completo. Es importante destacar que estos casos deben distinguirse de un solo embarazo molar parcial con su feto anormal asociado. La amniocentesis y la cariotipificación fetal ayudan a la confirmación. Por lo general, 1 a 2 meses de amenorrea preceden al diagnóstico. Por ejemplo, en 194 pacientes con una mola completa, la evacuación se completó a una edad gestacional media de 9 semanas y a las 12 para 172 pacientes con una mola parcial.

Los embarazos molares no tratados casi siempre causan sangrado uterino que varía de manchado a hemorragia profusa. El sangrado puede presagiar un aborto molar

espontáneo, pero más a menudo sigue un curso intermitente durante semanas o meses. En las molas más avanzadas con hemorragia uterina oculta considerable, se desarrolla una anemia moderada por deficiencia de hierro. Las náuseas y los vómitos pueden ser significativos. De los hallazgos físicos, muchas pacientes tienen un crecimiento uterino que es más rápido de lo esperado, y el útero agrandado es comparativamente más suave. El movimiento del corazón fetal está ausente con las molas completas. Los ovarios pueden ser más llenos y quísticos a partir de múltiples quistes teca-luteínicos.

La vigilancia de la neoplasia subsiguiente después del embarazo molar es crucial. Por tanto, las molas deben distinguirse de otros tipos de fracaso del embarazo que tienen degeneración placentaria hidrópica, que puede imitar cambios vellosos molares. En embarazos antes de las 10 semanas, los cambios molares clásicos pueden no ser evidentes porque las vellosidades no están agrandadas y el estroma molar aún no puede ser edematoso y avascular. La evaluación histopatológica se consigue mejorar mediante tinción inmunohistoquímica para la expresión de p57 y mediante genotipificación molecular.

Las muertes maternas por embarazos molares son raras debido al diagnóstico temprano, la evacuación oportuna y la vigilancia posterior a la evacuación para GTN. La evaluación preoperatoria intenta identificar posibles complicaciones conocidas, como la preeclampsia, el hipertiroidismo, la anemia, el agotamiento de electrolitos por hiperémesis y enfermedad metastásica. La mayoría recomienda la radiografía de tórax, mientras que la tomografía y la resonancia no se realizan de manera rutinaria a menos que una radiografía de tórax muestre lesiones pulmonares o que se sospeche de otra enfermedad extrauterina.

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Este grupo incluye mola invasiva, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario y tumor trofoblástico epitelioides. Estos tumores casi siempre se desarrollan con o después de algún tipo de embarazo reconocido. La mitad sigue una mola hidatidiforme, un cuarto a un aborto espontáneo o un embarazo tubárico, y otro cuarto se desarrolla después de un embarazo prematuro o a término.

Estos tumores placentarios se caracterizan clínicamente por su invasión agresiva en el miometrio y la propensión a metastatizar. El hallazgo más común con GTN es el sangrado irregular asociado con la subinvolución uterina. El sangrado puede ser continuo o intermitente, con hemorragia repentina y a veces masiva.

Las pacientes con GTN son mejor manejadas por oncólogos, y algunas pruebas respaldan el tratamiento en centros especializados en GTN. El pronóstico es excelente, con raras excepciones, y las pacientes se curan rutinariamente incluso en presencia de una enfermedad generalizada. La quimioterapia sola suele ser el tratamiento primario.