



**Nombre del alumno: HATZIRY GÓMEZ
HERNÁNDEZ**

**Nombre del profesor: Dr. Arely
Alejandra Aguilar Velasco**

**Nombre del trabajo: sop, enf.
trofoblastica y abortó**

**Materia: GINECOLOGÍA y
OBSTETRICIA**

Grado: 6to

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de julio del 2025.

INTRODUCCION

Las patologías ginecológicas y obstétricas representan un campo complejo y de gran relevancia en la salud reproductiva femenina, al comprenderla podemos mejorar como médicos a la hora de tratar con las pacientes. Dentro de estas, el **aborto**, el **síndrome de ovario poliquístico (SOP)** y la **enfermedad trofoblástica gestacional (ETG)** destacan por su impacto físico, emocional y social en las pacientes.

El **aborto**, ya sea espontáneo, inducido o en forma de amenaza, constituye una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo temprano y puede tener múltiples causas, desde factores genéticos hasta infecciones y trastornos sistémicos. Su diagnóstico oportuno y manejo adecuado es fundamental para preservar la salud materna.

Por otro lado, el **SOP** es una de las endocrinopatías más comunes en mujeres en edad reproductiva, caracterizado por alteraciones hormonales, metabólicas y reproductivas. Su abordaje integral requiere no solo control de los síntomas, sino también prevención de complicaciones a largo plazo como la infertilidad, diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular.

Finalmente, la **enfermedad trofoblástica gestacional** abarca un grupo de neoplasias relacionadas con el embarazo que, si bien son poco frecuentes, pueden evolucionar hacia formas malignas agresivas. Su identificación y seguimiento mediante niveles de hCG y estudios imagenológicos permiten un tratamiento eficaz, incluso en etapas avanzadas.

Estas tres entidades, aunque distintas en su etiología y manejo, comparten la necesidad de un enfoque multidisciplinario, sensibilidad clínica y seguimiento estrecho para garantizar una atención integral a la paciente.

	SOP	ABORTO ESPONTANEO	AMENA DE ABORTO	ABORTO INDUCIDO	ENFERMEDAD TROFOBlastica
DEFINICION	Trastorno endocrino-metabólico caracterizado por anovulación, hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos.	Pérdida del embarazo antes de las 20 semanas sin intervención externa.	Sangrado uterino con cuello cerrado y feto con actividad cardiaca.	Interrupción voluntaria del embarazo.	Grupo de trastornos derivados de la proliferación anormal del trofoblasto: mola hidatiforme, mola invasora, coriocarcinoma.
CLASIFICACION	Según los criterios de Rotterdam (al menos 2 de 3): 1. Oligo/anovulación 2. Hiperandrogenismo clínico o bioquímico 3. Ovarios poliquísticos por USG.	Completo, incompleto, retenido, inevitable, séptico.	NO	Médico o quirúrgico.	- Mola completa - Mola parcial - Mola invasiva - Coriocarcinoma - Tumor del sitio placentario
FX DE RIESGO	Obesidad, historia familiar, resistencia a insulina, diabetes tipo 2.	Edad materna avanzada, anomalías cromosómicas, infecciones, enfermedades autoinmunes, tabaquismo.	Infecciones, traumatismos, estrés, malformaciones uterinas.	Embarazo no deseado, violencia sexual, malformaciones fetales.	Edad materna >35-40 años, antecedentes de mola, deficiencia de vitamina A.
INCIDENCIA	6-10% de las mujeres en edad fértil.	10-20% de todos los embarazos reconocidos clínicamente.	Hasta 20% de los embarazos.	Variable según legislación.	1/1000 embarazos (mola completa)
DX	Historia clínica, examen físico (hirsutismo, acné), USG transvaginal, LH/FSH, andrógenos, perfil lipídico, insulina, glucosa.	Clínica (dolor, sangrado), ecografía transvaginal, hCG cuantitativa.	Sangrado sin dilatación cervical, USG muestra feto con latido.	Clínica, prueba de embarazo, ecografía para edad gestacional.	hCG muy elevada (>100,000 UI/L), USG (patrón en "tormenta de nieve"), histopatología pos-AMEU.
TTO	Cambios en el estilo de vida (dieta, ejercicio). Farmacológico: anticonceptivos	Expectante, médico (misoprostol 800 mcg vaginal o sublingual cada	Reposo relativo, progesterona natural micronizada 200-400	Médico: mifepristona 200 mg oral + misoprostol 800 mcg	Evacuación uterina (AMEU preferentemente).

	combinados (etinilestradiol + ciproterona/acétato de drospirenona), metformina 850-1000 mg/día, espironolactona 50-100 mg/día.	3-4 h hasta 3 dosis), quirúrgico (AMEU o legrado).	mg/día si hay deficiencia lútea.	vaginal/sublingual 24-48h después; Quirúrgico: AMEU o legrado. <i>Hasta las 10-12 semanas.</i>	En casos de ETG persistente: quimioterapia (metotrexato 1 mg/kg IM alternado con ácido fólico). Cirugía (histerectomía) en casos refractarios o en mujeres sin deseo gestacional.
SEGUIMIENTO		Control de hCG hasta negativización, evaluación emocional, anticoncepción.	USG seriado, control de hCG, vigilancia obstétrica.	Revisión uterina, ecografía pos-aborto, signos de infección, apoyo psicológico.	Control semanal de hCG hasta negativización, luego mensual por 6-12 meses. Anticoncepción estricta durante seguimiento.

CONCLUSION

El abordaje clínico del **aborto, síndrome de ovario poliquístico y enfermedad trofoblástica gestacional** requiere conocimientos sólidos, juicio clínico y empatía, dado su alto impacto en la salud física y mental de la mujer, nosotros como médicos debemos puntualizar un poco mas sobre este tema, incluso tener mas empatía con las pacientes que sufren estas patologías.

En el caso del aborto, es crucial una intervención rápida y adecuada para prevenir complicaciones infecciosas, hemorrágicas o psicológicas. En el SOP, el tratamiento debe ser individualizado, considerando tanto los aspectos hormonales como los riesgos metabólicos a largo plazo. En cuanto a la ETG, el control estricto de los niveles de hCG y la vigilancia post-tratamiento son vitales para evitar recurrencias y progresión a neoplasias malignas.

En conjunto, estas patologías evidencian la importancia del diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y el seguimiento continuo dentro de un sistema de salud con enfoque en la salud reproductiva. La educación, prevención y atención humanizada son pilares esenciales para mejorar los desenlaces clínicos y la calidad de vida de las mujeres afectadas.