

Diego Caballero Bonifaz

DR: Arely Alejandra Aguilar Velasco

Cuadro comparativo

Ginecología

6

B

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 2 de julio de 2025.

Introducción

La calidad de vida: el aborto (en sus diferentes formas), el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG).

El aborto, definido como la interrupción del embarazo antes de la semana 20 de gestación o con un producto de menos de 500 gramos, puede clasificarse en espontáneo, inducido y amenaza de aborto. El aborto espontáneo ocurre sin intervención externa, siendo causado frecuentemente por anomalías cromosómicas, alteraciones hormonales o factores uterinos. Por su parte, la amenaza de aborto se refiere a la presencia de sangrado transvaginal durante el primer trimestre con un cuello uterino cerrado, sin la expulsión del producto, y representa una señal de posible pérdida gestacional. En contraste, el aborto inducido se lleva a cabo deliberadamente, ya sea por razones médicas, legales o personales, y puede realizarse mediante métodos farmacológicos o quirúrgicos. Esta práctica, aunque controversial, está legalizada en diversos países bajo ciertas condiciones, buscando reducir la morbilidad asociada a procedimientos inseguros.

Por otro lado, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) constituye uno de los trastornos endocrinos más frecuentes en mujeres en edad fértil. Se caracteriza por un desequilibrio hormonal que conlleva anovulación crónica, hiperandrogenismo y presencia de ovarios con múltiples quistes en la ecografía. Sus manifestaciones clínicas incluyen hirsutismo, acné, alteraciones menstruales e infertilidad. Además, el SOP se asocia con un mayor riesgo de desarrollar resistencia a la insulina, diabetes tipo 2, obesidad y enfermedades cardiovasculares. El diagnóstico y manejo del SOP deben ser individualizados, considerando tanto los síntomas clínicos como los objetivos reproductivos y metabólicos de cada paciente.

Finalmente, la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es un conjunto de patologías derivadas de la proliferación anormal del trofoblasto, tejido encargado de formar la placenta. Entre sus formas más comunes se encuentran la mola hidatiforme completa y parcial, que pueden evolucionar hacia enfermedades malignas como el coriocarcinoma. Aunque su incidencia es baja, su relevancia clínica radica en su potencial maligno y en su alta tasa de curación con tratamiento oportuno. La ETG suele manifestarse con sangrado uterino anormal, niveles elevados de gonadotropina coriónica humana (hCG) y hallazgos ecográficos característicos. El seguimiento estrecho y el manejo multidisciplinario son fundamentales para asegurar una evolución favorable.

En conjunto, estas tres condiciones representan retos diagnósticos y terapéuticos en la práctica ginecológica. El abordaje oportuno, basado en guías clínicas actualizadas, permite mejorar el pronóstico reproductivo y la salud integral de las mujeres afectadas.

	Síndrome ovario poliquístico	Aborto	Amenaza Aborto	Aborto espontaneo	Enfermedad trofoblastica
Definición	Transtorno endocrino heterogéneo metabólico	Interrupción del embarazo antes de la semana 20SDG	Aquella presencia de hemorragia y contracciones en presencia de dilatación cervical	Se define por tradición como la presencia de tres o más abortos con secutivos a las 20 semanas o menos de gestación o con un peso fetal menor de 500 g.	se refiere a un espectro de tumores placentarios relacionados con el embarazo. La enfermedad trofoblástica gestacional
Clasificación	-Ha -Alteraciones menstruales -12-15 quistes en USG	Aborto terapéutico: Edad y mal formaciones congénitas Aborto selectivo: se impide gestación del embarazo		amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto, - aborto retenido -El aborto séptico	Mola hidatiforme: completa y parcial Neoplasia trofoblástica gestacionala: mola invasiva, carcinoma, Tumor trofoblástico del sitio placentario Tumor trofoblástico epitelioides
Fx de riesgo	-Menarca Temprana -Familiares con antecedentes de SOP -IMC >35 -Factores genéticos	Fetales: congénitos, genéticos y endocrinos y DM Maternos: Infecciones como sífilis y toxoplasmosis Cafeína y tabaquismo	Cardiopatías Fetales: congénitos, genéticos y endocrinos y DM Maternos: Infecciones como sífilis y toxoplasmosis Cafeína y tabaquismo	Cardiopatías Fetales: congénitos, genéticos y endocrinos y DM Maternos: Infecciones como sífilis y toxoplasmosis Cafeína y tabaquismo	-Edad avanzada mujeres mayores 35 años -Historia previa ETG -Embarazo molar previo -Raza -anomalias cromosómicas
Incidencia	6-3% en edad reproductivas	Si hay factores de riesgo hay un 50%	Sucede en 20-25% de las mujeres -50% de estas termina en aborto	Más del 80% de los abortos espontáneos se produce en las primeras 12 semanas	en Estados Unidos y Europa, de 1 a 2 por cada 1 000 embarazos (

Manifestaciones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> -Hirsutismo -Acné -Alopecia -Anovulación -Opsomerrea -amenorrea -Hiperadrogenismo 	<ul style="list-style-type: none"> -Sangrado o hemorragia -Molestias en la región supra púlica en línea media -Cólicos pueden originarse en zona lumbar y dirigirse a pelvis 	<ul style="list-style-type: none"> -Sangrado o hemorragia -Cólicos abdominales -Molestias en la región supra púlica en línea media -Cólicos pueden originarse en zona lumbar y dirigirse a pelvis 	<ul style="list-style-type: none"> Sangrado o hemorragia -Cólicos abdominales -Molestias en la región supra púlica en línea media 	<ul style="list-style-type: none"> -1 a 2 meses amenorrea -Hemorragia uterina -Dolor abdominal -sangrado vaginal -proteinuria -Hipotension
Diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> -USG: 12 a 15 quistes (anillo de perlas) Lab: LH se eleva y FSH disminuye -LTG <2000 -Prolactina elevada -Manifestaciones clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> -Manifestaciones clínicas -Secreción sanguinolenta -hemorragia vaginal USG: Pélvico observar FC cardiaca BH: Observar anemia 	<ul style="list-style-type: none"> Manifestaciones clínicas -Secreción sanguinolenta -hemorragia vaginal USG: Pélvico observar FC cardiaca BH: Observar anemia 		<ul style="list-style-type: none"> -con evacuación espontánea de tejido mola -La apariencia ecográfica característica de una mola completa incluye una masa uterina ecogénica compleja con muchos espacios quísticos -
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Dieta: 1000-1500kcal/día Ejercicio: 30-40 minutos aeróbico -Inasitol -Gonadotropinas -metformina -Anticonceptivos 3-6 meses hasta un año Estradiol y glemofina 	<ul style="list-style-type: none"> -Cerclaje cervical -USG -reposo absoluto -Progesterona -Indometacina en px con edad gestacional mayor a 37 SDG Vía rectal de 100-200 mg -Via oral 25-50mg misoprostol 		<ul style="list-style-type: none"> -Dilatación y evacuación -Dilatación y extracción -Dilatadores higroscópicos -Aspiración manual -Técnicas de dilatación y legrado -Aspiración menstrual -aspiración manual -laparotomia 	<ul style="list-style-type: none"> - Quimioterapia profiláctica - Legrado con succión -Metrotetaxato -acinomicina D

Conclusión

El síndrome de ovario poliquístico (SOP), el aborto espontáneo y la amenaza de aborto son condiciones ginecológicas que pueden afectar significativamente la salud reproductiva de la mujer. El SOP, al ser un trastorno endocrino frecuente en mujeres en edad fértil, se asocia con alteraciones hormonales, anovulación e infertilidad, lo que incrementa el riesgo de complicaciones gestacionales, incluyendo la amenaza de aborto y el aborto espontáneo. La amenaza de aborto representa una señal de alarma durante el embarazo, caracterizada por sangrado uterino sin dilatación cervical, que puede evolucionar hacia la pérdida del producto si no se maneja adecuadamente. Por su parte, el aborto espontáneo es la pérdida involuntaria del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y puede deberse a múltiples causas, entre ellas, alteraciones genéticas, anatómicas, infecciones o disfunciones hormonales, como las presentes en el SOP.

El conocimiento oportuno, el diagnóstico precoz y un manejo integral de estas condiciones son fundamentales para preservar la salud materna y fetal. Asimismo, la educación médica continua y el acceso a la atención ginecológica adecuada permiten prevenir complicaciones, reducir tasas de infertilidad y mejorar los desenlaces obstétricos en mujeres con factores de riesgo, como aquellas con SOP. En conjunto, abordar estas patologías desde un enfoque preventivo, diagnóstico y terapéutico favorece el bienestar integral de la mujer durante su vida reproductiva.

Además, es indispensable fomentar estilos de vida saludables, ya que factores como el sobrepeso, el sedentarismo o el mal control metabólico pueden agravar el SOP y aumentar la posibilidad de abortos. La atención multidisciplinaria que incluya ginecología, endocrinología y psicología puede ofrecer un mejor pronóstico. Por ello, es necesario fortalecer la conciencia sobre estas condiciones y promover estrategias de salud pública enfocadas en la prevención, el acceso a tratamientos oportunos y el acompañamiento emocional de las pacientes.