



Axel Adnert Leon Lopez

Dra. Arely Alejandra

SOP, enfermedad trofoblastica, aborto

ginecologia

6°

"B"

Comitán de Domínguez Chiapas 28/07/ 2025

introduccion

el SOP es una problematica a nivel mundial que afecta o puede llegar a afectar a cualquier mujer sin importar la raza, es una problematica que ha ido en crecimiento que se caracteriza por un hiperandrogenismo y quistes

la enfermedad trofoblastica sera aquella que puede ser o no maligna, compromete la calidad de vida de la mujer que por fortuna es algo con lo que se cuenta solucion

el aborto se ha realizado desde hace tiempo, afortunadamente para la mujer en la actualidad se cuenta con muchos metodos seguros y eficaces para llevar a cavo el procedimiento con un riesgo controlado y mejorando la calidad de vida de la mujer

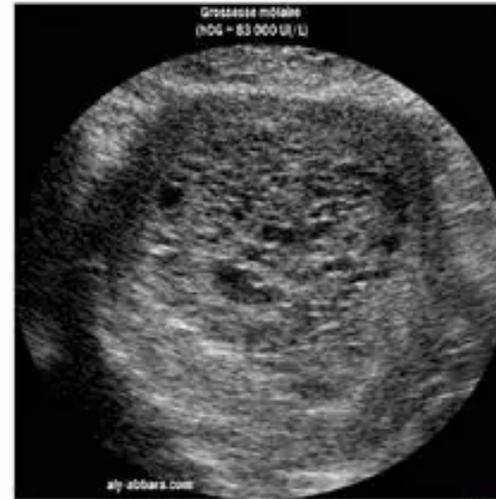
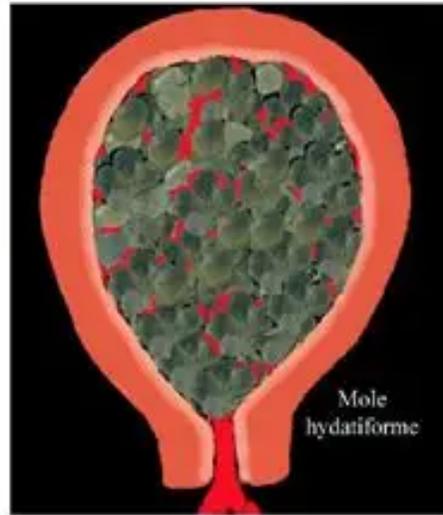
SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO



<p>DEFINICION</p>	<p>trastorno endocrino y metabolico heterogeneo, de propable origen genetico, influido por factores ambientales como la nutricion y la actividad fisica</p>
<p>EPIDEMIOLOGIA</p>	<p>La prevalencia del SOP en diferentes poblaciones es del 3% al 7% en mujeres en edad reproductiva. La prevalencia en Mexico es roportada en un 6%</p>
<p>FACTORES DE RIESGO</p>	<p>Los factores de riesgo del SOP son: -antecedentes de menarca temprana, - Antecedente familiar del SOP, -Incremento excesivo del IMC al inicio de la menarca.</p>
<p>SIGNOS Y SINTOMAS</p>	<p>Manifestacione clinicas mas frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trastornos menstruales: -Amenorrea 60%, -Opsomenorrea 30-35 • Datos de hiperandrogenismo: -hirsutismo 60%, -Acne, - Alopecia, - Virilizacion • El hirsutismo se valora con la escala de Ferriman Gallwey mayor a 8
<p>DIAGNOSTICO</p>	<p>progesterona serica. Cifras indicativas de anovulacion es la progesterona en la fase lutea media es menor de 5 ng. Criterios para su diagnostico: el mas aceptado es el Androgen Excess and PCOS Sociey 1</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>-Dieta baja enn calorias: 1000 a 1200 kcal7dia -reduccion de 500 a 1000 kcal/dia cada semana ETINILESTRADIOL DE 20 MG ACETATO DE PROGESTERONA DE 10 MG, AMBOS DURANTE 3-6 MESES</p>

enfermedad trofoblastica

Mola completa



Definicion	tumores placentarios relacionados con el embarazo.La enfermedad trofoblástica gestacional se divide en tumores molares y no molares.
mola hidatiforme	anomalías de las vellosidades coriónicas consistentes en proliferación trofoblástica y edema del estroma veloso. Clasificación: mola hidatiforme: -completa y parcial. neoplasia trofoblastica gestacional: -mola invasiva -coriocarcinoma - tumor trofoblastico del sitio placentario
mola hidatiforme completa	características mola parcial: a menudo presente, amnios y eritrocitos fetales a menudo presente. casi siempre muestran degeneración hidropica y edema veloso. ausencia de vasos sanguíneos; diagnostico: aborto fallido
Ploidia	diploide y de origen paterno. 85% son 46,XX y ambos conjuntos de cromosomas son de origen paterno. androgénesis, el huevo se fecunda con un espermatozoide haploide, que duplica sus propios cromosomas después de la meiosis
Potencial maligno	El embarazo molar completo tiene una mayor incidencia de secuelas malignas que las molas parciales
Mola hidatiforme parcial	características: Embrion, feto-ausente. Amnios, eritrocitos fetales-ausente. Edema veloso-difuso. Dx: Embaraso molar. Tamaño uterino-50% mas grande para la fecha.
Embarazo molar gemelar	La supervivencia depende del establecimiento del Dx.aparición de problemas es por el componente molar, como preeclampsia o hemorragia. riesgo sustancial de desarrollar neoplasia trofoblastica gestacional.
Epidemiología y factores de riesgo	Es más frecuente en mujeres de origen hispano e indias estadounidenses.Edad: adolescentes y mujeres de 36 a 40 años, riesgo dos veces más alto, mayores de 40 años - riesgo casi 10 veces mayor. uso de anticonceptivos orales y su duración, así como el antecedente de un aborto aumentan la probabilidad de un embarazo molar.

cuadro clinico	-uno o 2 meses de amenorrea, nauseas y vomito, hemorragia uterina, hemorragia uterina oculta considerable con anemia ferropenica, crecimiento uterino mas rapido de lo esperado, no se detecta movimiento cardiaco fetal, niveles de tiroxina se incrementados y TSH bajo
Diagnsotico	La apariencia ecográfica característica de una mola completa incluye una masa uterina ecógena compleja con muchos espacios quísticos, sin feto ni saco amniótico. Las características ecográficas de la mola parcial incluyen placenta engrosada e hídrica con tejido fetal
Tratamiento	1. la evacuacion de la mola. 2. seguimiento regular para detectar enf. trofoblastica. Pruebas de laboratorio: -Biometria hematica, -Tipo sanguineo, -Panel de anticuerpos, -Niveles sericos de transaminasa hepatica, -Concentracion inicial de hCG-B Histerectomia : -Si no se desean mas embarazos; en mujeres de 40 años o mas-reduce la probabilidad de neoplasia trofobalstica gestacional persistente;-es un auxiliar importante del tratamiento de los tumores resistentes a la quimioterapia
NEOPLASIA TROFOBLASTICA GESTACIONAL	Se caracteriza por su invasion agresiva al miometrio y la propension a la metastasis. Clasificacion histopatologica: 1 mola invasiva, 2 coriocarcinoma gestacional, 3 Tumor trofoblastico del sitio placentario -Tumor trofoblastico epiteloide.
Clasificacion histopatologica	-Mola invasiva, -Coriocarcinoma, -Tumor trofoblastico del sitio placentario, -Tumor torfoblastico epiteloide.
Diagnostico	-factor mas importante(la posibilidad de neoplasia trofoblastica gestacional). -Medir los niveles sericos de hCG-B. -Considerar legrado diagnostico. -Biometria hematica. -Pruebas de funcion renal y hepatica. -Radografia toracica. -La tomografia con emision de positrones puede ser uil
Tratamiento	*preferible la referencia al oncologo. -Se administra quimioterapia con un solo farmaco para neoplasia no metastasica (metotrexato o actinomicina D). -La repeticion del legrado se hace solo si hay hemorragia o una cantidad importante de tejido molar retenido.

aborto



<p>Definicion</p>	<p>Terminacion del embarazo antes de las 20 sem. de gestacion o con un feto que pesa menos de 500g.</p>
<p>Aborto espontaneo</p>	<p>se produce en las primeras 12 sem. -El aborto del primer trimestre suele acompañarse de hemorragia. - El ovulo se desprende, lo que estimula una serie de contracciones uterinas que provocan la expulsion.</p> <p>FRECUENCIA</p> <p>En el 1er trimestre suelen exhibir alguna anomalia embrionaria del cigoto, embrion, feto o en ocasiones placenta. -En 50 a 60% de los embriones y fetos expulsados en forma espontanea, existe alguna anomalia cromosomica (trisomia autosomica, monosomia x, triploidia). -80% de abortos espontaneos en las primeras 12 sem.</p> <p>FACTORES MATERNOS</p> <p>*Infecciones:Brucella abortus, Campylobacter fetus, Listeria monocytogenes o Chlamidia trachomatis. *Anomalias endocrinas: -hipotiroidismo, -Traumatismo, -Insuficiencia cervicouterina.</p> <p>EVALUACION Y TRATAMIENTO</p> <p>+Ecografía: -Para ver si el feto vive, -Excluir alguna anomalia fetal importante. *Se toman muestras cervicaes para buscar gonorrea y clamidia. *Se corrje por medio de cerclaje, que refuerza de manera quirurjica el cuello uterino debil con la colocacion de una sutra en bolsa de tabaco; el cerclaje electivo se realiza entre las sem. 12 y 16.</p> <p>*Durante el ambarzo se utilizan 2 tipos de cirujias vaginales frecuentes : -McDonald, -Shirodkar.</p> <p>COMPLICACIONES</p> <p>*Infecciones: menos frecuentes cuando se reaiza menor a 18 sem. -Mayor indice de hospitalizacion y tocolisis. *Rompimineto de membranas: durante la sutura o en las primeras 48hrs despues de la cirujia es indicacion para retirar el cerclaje.</p> <p>CLASIFICACION CLINICA</p> <p>ABORTO SEPTICO: Situacion en la que los productos de la concepcion y el utero se infectan ABORTO RECURRENTE: Perdida recurrente del embarazo, describe los abortos consecutivos del 1er trimestre con sausa similar.</p>

Amenaza de aborto	Aparece secrecion sanguinolenta o hemorragia baginal por el orificio cervical cerrado durante la primera mitad del embarazo. -20 a 25% de las mujeres al principio del embarazo y persiste durante varios dias. -Hemorragia y dolor: mal pronostico, -No hya tratamiento eficas:: reposo en cama y paracetamol. -USG transvaginal y hGC serica y progesterona serica en feto vivo
Aborto cincompleto	cuando la placenta se desprende del utero, ya sea total o parcial, se produce una hemorragia. El legrado por succion: permite evacuar con eficacia el utero
Aborto retenido-retencion fetal	Productos muertos de la concepcion que se retenian durante varios dias, semanas o incluso meses dentro del utero con el orificio cerrado del cuello uterino. Despues de la muerte del embrion no siempre aparece hemorragia Vaginal u otros sintomas de amenaza de aborto. *Ecografia
Aborto inducido	El aborto inducido e es la interrupcion medica o quirurgica del embarazo antes de la viabilidad fetal. CLASIFICACION: *Aborto terapeutico, *Aborto electivo (voluntario)
Tecnicas de aborto en 1er trimestre	*Tecnicas quirurgicas: -legrado, -dilatacion del cuello uterino y evacuacion uterina(Legrado, aspiracion, dilatacion y evacuacion. -Aspiracion menstrual: -Laparatomia: histerectomia, histerotomia. *Procedimientos medicos:-Oxitocina intravenosa, -solucion salina al 20%, -prostaglandina E, F, y analogos: inyeccion intraamniotica, inyeccion extraovular, insercion vaginal.
Farmacos	Nipristona y metrotexato: Incrementan la contractibilidad uterina ya sea anulando la inhibicion de la concentraciones inducida por progesterona. Misoprostol: Estimulando de manera directa el miometrio. Contraindicaciones: alergia al farmaco, anemia pronunciaada, coagulopatia o uso de anticoagulantes, hepatopatia, transtornos cardiovasculares.

	Aborto en 2do trimestre
Aborto medico	Administracion de dosis altas de oxitocina por via intravenosa, la administracion de prostaglandinas por via vaginal ovulos de prostaglandinas E2 pastillas de prostaglandinas E1 (misoprostol)
Dilatacion y legrado	La tecnicas transcervicales del aborto quirurgico requieren primero: -Dilatacion del cuello uterino, luego la evacuacion del embarazo. metodo mas utilizado (aspiracion) se emplea una canular rigida unida a una aspiradora electrica. -otro metodo es la aspiracion manual.
Dilatacion y evacuacion	Se realiza a partir de las 16 sem. una vez que se extrae e feto, se utiliza un legra con aspiracion para extraer la placenta y el tejido restante.
Dilatacion y extraccion	la evacuacion es por succion del contenido intracraneal despues de extraer el cuerpo del feto por el cuello uterino dilatado ayuda a la extraccion y reduce al minimo la lesion cervicouterina por instrumentos o huesos fetlaes

conclusion

los temas abordados han sido temas mencionados muchos años atras, que en el momento presentaban un riesgo mayor para la integridad de la mujer, afortunadamente hoy dia se cuenta con las herramientas necesarias para controlar dicha problematica, se cuenta con procedimientos y metodos alternativos con el fin de mejorar la calidad de vida de la paciente, asi mismo para cuidar y proteger su integridad