



*Nombre del Alumno: Tania Elizabeth Martinez
Hernandez*

*Nombre del tema: Cuadro comparativo de SOP, aborto y
Enfermedad trofoblástica*

Nombre de la Materia: Ginecología y obstetricia

Nombre del docente: Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Parcial: 4to.

Grado y grupo: 6-B

Semestre: 6ºto

Introducción

Es muy importante conocer estas dos patologías ya que una es importante detectarla a tiempo para poder llevar un embarazo adecuado y sin factores de riesgo y es importante tener conciencia de lo que es un aborto y como podemos evitarlo o como podemos atender de una manera eficiente estos casos. Comenzaremos dando una breve introducción de **SOP**; es un trastorno hormonal común que afecta a las mujeres en edad productiva y es caracterizada por desequilibrio hormonal (Específicamente de andrógenos) lo cual interfiere con ovulación regular, entre sus manifestaciones tenemos trastornos menstruales, hiperandrogenismo y aparición de quistes en ovarios que pueden llegarse a ver en un ultrasonido, su causa aun no se sabe, pero se cree que es por factores genéticos, hormonales y ambientales y este está asociado a padecer enfermedades metabólicas como diabetes mellitus, obesidad y enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado ayudan a mejorar la calidad de vida. Luego tenemos el tema de **Aborto espontáneo** El aborto espontáneo es la pérdida involuntaria del embarazo antes de la semana 20 de gestación y representa una de las complicaciones más frecuentes durante el primer trimestre. Se estima que entre el 10% y el 20% de los embarazos clínicamente reconocidos terminan en aborto espontáneo, aunque la cifra real puede ser mayor, ya que muchos casos ocurren antes de que la mujer sepa que está embarazada. Las causas del aborto espontáneo son diversas y, en muchos casos, multifactoriales. Entre las más comunes se encuentran las anomalías cromosómicas en el embrión, problemas hormonales, infecciones, alteraciones uterinas, enfermedades autoinmunes y factores del estilo de vida como el tabaquismo o el consumo de alcohol. Aunque suele ser un evento biológicamente natural, el aborto espontáneo puede tener un fuerte impacto emocional y psicológico en quienes lo experimentan. El manejo del aborto espontáneo requiere un enfoque integral que incluya atención médica, apoyo emocional y, en algunos casos, evaluación de las causas subyacentes, especialmente si las pérdidas son recurrentes. La comprensión de este fenómeno y su adecuada atención son fundamentales para la salud física y mental de las mujeres y sus familias y por último tenemos el tema de enfermedad gestacional; La gestación se conoce como el periodo de tiempo entre la concepción y el nacimiento, esto se divide en 3 trimestres. Son en total 9 meses y generalmente entre 40 – 42 semanas. Cada trimestre dura alrededor de 13 semanas. El primer mes de embarazo se conoce como marcador del comienzo del primer trimestre. Se considera que el primer trimestre es el más importante debido a que ocurre el desarrollo del bebé, y de todos sus órganos. Este es fundamental para el resto del embarazo, ya que pueden producirse una serie de complicaciones que pueden llevar a la interrupción del embarazo. En cada trimestre son necesarias unas pruebas específicas debido a la evolución, es recomendable que, en cada revisión, da igual en qué trimestre estemos, se haga un seguimiento y evolución del crecimiento del útero y monitorización del feto. La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es una proliferación de tejido trofoblástico en mujeres embarazadas, es una patología que se caracteriza por una alteración del desarrollo y crecimiento del trofoblasto, es decir, de la placenta tras la fecundación o fertilización anómala. Tiene cierto potencial agresivo, puesto que puede persistir o invadir con el tiempo, y tiene una prevalencia de 1 de cada 1000 embarazos. Cada vez la detección es más temprana, se realiza en el primer trimestre de gestación.

Síndrome de Ovario Poliquístico	
Definición	Trastorno endocrino y metabólico heterogéneo, de probable origen genético, influido por factores ambientales como la nutrición y la actividad física
Epidemiología	- Prevalencia 3% al 7% en mujeres en edad reproductiva - 60-80% en mujeres con hiperandrogenismo y en México 6%
Fx de riesgos	-Menarca temprana -Ant. Familiar De SOP - Incremento excesivo del IMC
Riesgos que provoca	Infertilidad, sangrado disfuncional, obesidad, Cáncer endometrial, dislipidemias, DM2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares
Prevención primaria	Cambios en estilo de vida (Ejercicio y reducción calórica en dieta)
Manifestaciones clínicas	- Trastornos menstruales: -Amenorrea -Opsomenorrea - Datos de hiperandrogenismo: -Hirsutismo: Crecimiento excesivo de folículos pilosos en cara, tórax, línea alba, abdomen bajo, glúteos y muslos -Acné: principal motivo de consulta 37% -Alopecia -Virilización: hipertrofia muscular, atrofia de mamas, clitoromegalia, y masculinización de la voz - Obesidad (comorbilidad; diabetes mellitus 2)
Criterios diagnósticos	-NIH: Exceso de andrógenos, disfunción orgánica -AE/PCOS Society: Hirsutismo o Hiperandrogenismo, Disfunción ovárica: Oligo o anovulación u ovarios Poliquísticos
Pruebas de laboratorio	- Pruebas de funcionamiento tiroideo -Niveles séricos de prolactina -Testosterona, estradiol y 17 hidroxiprogesterona. -Tolerancia a la glucosa (75 gr) -Perfil de lípidos en ayuno
Pruebas diagnósticas	-Niveles séricos de testosterona -Dehidroepiandrosterona (DHEA) y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS). -Razón LH/FSH (>2). -Glucemia e insulina: Perfil de Lípidos en ayuno, Glucosa sérica en ayuno, Insulina sérica en ayuno, Razón glucosa/insulina < de 4.5 sugiere resistencia a la insulina -Progesterona sérica (estudio de ovulación). -Ultrasonografía pélvica o endovaginal.
Dx diferencial	-Disfunción tiroidea -Hiperplasia adrenal congénita -Hiperprolactinemia -Síndrome de Cushing -Tumores secretores de andrógenos
Comorbilidades	-Sobrepeso y Obesidad -Enfermedad cardiovascular -Resistencia a la Insulina -Diabetes Mellitus tipo 2 -Infertilidad -Hiperplasia endometrial

	-Síndrome metabólico -Apnea del sueño
Tratamiento no farmacológico	-Nutrición: Dieta baja en calorías: 1000 a 1200 kcal/día, Reducción de 500 a 1000 kcal/día, En mujeres obesas dieta baja en carbohidratos y grasas. -Ejercicio: 30 minutos diario o tres veces a la semana
Tratamiento farmacológico	1ra línea: Anticonceptivos orales combinados; etinilestradiol de 20 mcg y Acetato de medroxiprogesterona 10 mg durante 7 a 10 días en la 2da fase del ciclo durante 3 a 6 meses. -Anticonceptivos hormonales: Ciproterona (2 mg) y la drospirenona (3 mg) se administran en combinación con etinilestradiol (0.035 ó 0.030 mg), en ciclos de 21 días de tto por 7 de descanso -Hirsutismo: -Farmacológico: Anticonceptivos hormonales y antiandrógenos; Espironolactona (100 200 mg/d), flutamide (250 mg/d) y Finasterida (2.5 5 mg/d) -Cosmético: Rasurado, Depilación (Pinzas, cremas), Electrolisis o láser
Abordaje de fertilidad	1ra línea: 50 mgrs diarios de citrato de clomifeno a partir del día 3-5, al día noveno de un ciclo menstrual espontáneo o inducido; e incrementar de manera escalonada sin rebasar 150 2da línea: gonadotropinas hipofisarias; Menotropinas u Hormona Folículo Estimulante de origen recombinante
Quirúrgico	2da línea: Ovarian drilling

Aborto espontaneo	
Definición	Aborto: Terminación del embarazo antes de la 20 SDG o con un feto <500 gr Aborto espontaneo: Finalización prevista del embarazo por perdida espontanea Aborto terapéutico: Interrupción del embarazo por indicaciones médicas, evitar el nacimiento de un feto con una deformidad anatómica, metabólica o mental significativa Aborto electivo: interrupción del embarazo antes de la viabilidad a petición de la mujer, pero no por razones médicas
Fx fetales	Abortos Aneuploides; portan un complemento cromosómico normal -Trisomía 50 a 60%; 13, 16, 18, 21 y 22 -Monosomía X; 9 a 13% Sx de Turner: Rara e incompatible con la vida -Triploidía; 11 a 12%: degeneración placentaria hidrópica o molar
Fx maternos	-Infecciones: por Clamidia, sífilis, gonorrea -Endocrinos: Hipotiroidismo, deficiencia de yodo y anti TSH -Enf. Crónicas: Insulinodependiente -Tabaquismo a las 8 SDG -Cafeína: >500 gr al día (5 tazas producen aborto)
Cerclaje	-Técnica de Mc Donald: indicada para la insuficiencia cervicouterina, usando principalmente una sutura muy cerca del orificio interno -Modificado de Shirodkar: Cubre la porción anterior del cuello uterino, empujando la vejiga en sentido cefálico - Cerclaje transabdominal: sutura localizada en el istmo uterino
Complicaciones	Ruptura de la membrana, el trabajo de parto prematuro, la hemorragia, la infección o combinaciones de los mismos
Aborto inevitable	Ruptura de membranas con salida de liquido y presencia de dilatación del cuello uterino con presencia de dolor y hemorragia
Aborto retenido o diferido	Productos muertos de la concepción que se retiene durante días, semanas o meses dentro del útero con un orificio cervical cerrado
Aborto incompleto	Durante el aborto, el sangrado sigue a la separación placentaria parcial o completa y a la dilatación del orificio cervical; <10 SDG, el feto y la placenta son frecuente mente expulsados juntos, pero >10 semanas se expulsan por separado
Aborto Séptico	Los organismos pueden invadir los tejidos del miometrio y extenderse para causar parametritis, peritonitis y septicemia por infecciones graves por necrosis y el síndrome de choque tóxico causado por el estreptococo del grupo A; S. pyogenes
Amenaza de aborto	Secreción sanguinolenta por el oficio vaginal durante 1ra mitad de embarazo, Fx de riesgo: Hemorragia antes del parto, extracción manual de placenta y cesárea
Tratamiento	-Progesterona: 200-400 mg/c/12 hrs vía vaginal hasta la 12 SDG, Problema de implantación o insuficiencia uterina -Vía vaginal: 90 mg en gel o 100-200 mg en suposición hasta 36 SDG -Indometacina: Inhibe contracciones uterinas y da retraso en el parto; 20SDG hasta las 37 SDG -Vía oral: 25-50 mg 4-6 hrs por 48 hrs -Vía rectal: 100-200 mg/día (Noche) 3 dosis
Aborto recurrente	Presencia de 3 o mas abortos consecutivos a las 20 SDG o menos con peso <500 gr, Primario y secundario y su tto es correlación de embarazo

Aborto medico	-Metroproxato 500 mg/m2 IM -Mifepristona 100-600 VO, 200-600 ug VV - Misoprostol 200-600mg VO, 800 VV 3 DOSIS
Aspiración manual	Se utiliza en muerte embrionaria o fetal y aborto electivo hasta la 12 SDG
Aspiración menstrual	Aspiración de cavidad endometrial concluye con una cánula flexible de Karman de 5 a 6 mm unida a jeringa

Enfermedad trofoblástica	Grupo de tumores tipificados por la proliferación anormal del trofoblasto
Definición (Neoplasia trofoblástica) Malignas	-Coriocarcinoma: Tumor maligno del epitelio trofoblástico compuesto por sincitio y citotrofoblasto anaplásico y células gigantes multinucleadas, que invade y puede dar metástasis a sitios distantes -Mola invasora: Es una lesión localmente invasora, que rara vez da metástasis a distancia, caracterizada por invasión local al miometrio sin involucrar al estroma endometrial. -Tumor del sitio placentario: Tumor extremadamente raro. Se origina en el sitio de implantación de la placenta y deriva de células del trofoblasto intermedio de la placenta, las cuales se identifican por la secreción de lactógeno placentario y pequeñas cantidades de fracción beta de GHC. No contiene vellosidades coriales
Enfermedad trofoblástica (Benigna)	-Mola hidatiforme: Son anomalías de las vellosidades coriónicas consistentes en proliferación trofoblástica y edema del estroma velloso. A veces se desarrollan como embarazos ectópicos. -Mola completa: Ausencia de tejido embrionario o fetal. Degeneración hidrópica de vellosidades coriales, hiperplasia trofoblástica difusa con atipia difusa y marcada del trofoblasto en el sitio de la implantación molar -Mola Parcial: Presencia de tejido embrionario o fetal. Hiperplasia trofoblástica focal, variabilidad marcada en el tamaño de las vellosidades con importante edema y cavitación, presentando inclusiones prominentes en el estroma trofoblástico de las vellosidades, presentándose ocasionalmente atipia focal y leve del trofoblasto en el sitio de implantación
Epidemiología	-México es de 2.4 por cada 1000 embarazos - Incidencia de mola invasora ocurre en 1 de cada 40 embarazos molares -ETG se puede presentar posterior a un embarazo molar, un embarazo normal, aborto o embarazo ectópico.
Fx de riesgo	-Mola previa -Aborto previo -Embarazo ectópico previo -Embarazo de previo de término ->40-50 años -Tabaquismo y alcoholismo -Anticonceptivos orales -Múltiples de parejas sexuales
Clínica	-Hemorragia uterina normal -Crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional -Ausencia de frecuencia cardíaca fetal

	-Presencia de quistes tecaluteínicos -Hiperémesis gravídica -Hipertensión gestacional en las primeras 20 SDG -TSH bajo
Diagnostico	-Clínico - Niveles elevados de HcG -USG obstétrico: Patrón difuso ecogénico mixto, Presencia de quistes tecaluteínicos, mola parcial o incompleta se puede encontrar la presencia de feto, invasión a miometrio cuando hay imágenes hiperecoicas dentro del miometrio por lo que se solicitara USG Doppler para descartar invasión a miometrio - Determinación del cariotipo fetal - Histopatológico -BH (Citometría) - Tiempos de coagulación - Pruebas de funcionamiento renal y hepático - Grupo y Rh - Tele de tórax para búsqueda de metástasis - Exploración ginecológica en cada consulta - Escala pronóstica de la FIGO/OMS 2000 - TC abdominopélvica
Tratamiento	- AMEO u histerectomía en bloque o LUI -1ra línea: Actinomicina 2da línea: EMA-CE, MAC 3ra línea: CHAMOMA o CHAMOCA
Profilaxis	-Quimioterapia profiláctica con actinomicina dosis única 1.25 mg/ m² - Criterios de Berkowtz
Indicaciones quirúrgico	-Tumor del sitio placentario -Hemorragia uterina severa o sepsis -Persistencia endouterina de la NTG a pesar de quimioterapia -Pacientes con paridad satisfecha con NTG confinada al útero. -Antes o después de la quimioterapia en aquellas pacientes consideradas de alto riesgo - Toracotomía - Resección hepática -Craneotomía para el control de hemorragia o resección de una metástasis solitaria
Complicaciones	-Anemia -Infección -Hipertiroidismo -Preeclampsia -Hemorragia uterina grave y coagulopatía

Mola completa	Vellosidades coriónicas anormales que aparecen como una masa de vesículas claras
Mola parcial	Cambios hidatiformes focales y menos avanzados y contiene algo de tejido fetal.
Embarazo gemelar	Feto cromosómicamente normal está emparejado con un embarazo molar diploide completo.
Clínico	- 1 a 2 meses de amenorrea - Sangrado uterino que varía de manchado a hemorragia profusa - Náuseas y los vómitos - Movimiento del corazón fetal está ausente con las molas completas - Ovarios pueden ser más llenos y quísticos a partir de múltiples quistes te ca-luteínicos - Torsión, infarto y hemorragia - Ooforectomía - Tormenta tiroidea - Preeclampsia grave y la eclampsia
Manejo	- Lgrado por succión - Dilatación cervical preoperatoria con un dilatador osmótico - Cánula de succión Karman: 10-14 mm - Oxitocina: 20 unidades en 1 000 mL de lactato de Ringer para infusión continua - Metilergonovina: 0.2 mg = 1 mL = 1 ampolla IM cada 2 h - Trometamina de carboprost: 250 µg = 1 mL = 1 ampolla IM cada 15-90 min - Misoprostol: comprimidos de 200 µg para administración rectal, 800 a 1 000 µg una dosis

Conclusión

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino común que afecta a mujeres en edad reproductiva. Se caracteriza principalmente por una disfunción ovulatoria, niveles elevados de andrógenos y la presencia de ovarios con múltiples quistes, aunque no todas las pacientes presentan todos estos síntomas. A pesar de su nombre, el diagnóstico no depende exclusivamente de la presencia de quistes ováricos, sino del cumplimiento de ciertos criterios clínicos y hormonales, como los criterios de Rotterdam. El SOP se asocia con irregularidades menstruales, infertilidad, hirsutismo, acné y un mayor riesgo de desarrollar resistencia a la insulina, diabetes tipo 2, obesidad, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. El tratamiento del SOP es multidisciplinario y depende de los síntomas predominantes y de los objetivos de la paciente (como regular el ciclo menstrual, controlar el acné o lograr el embarazo). Puede incluir cambios en el estilo de vida, tratamiento farmacológico (como anticonceptivos orales, metformina, antiandrógenos) y apoyo psicológico. En resumen, el SOP es una condición crónica que requiere un enfoque individualizado y a largo plazo. Con un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, las mujeres con SOP pueden llevar una vida saludable y mejorar significativamente su calidad de vida. **El embarazo** puede diagnosticarse cada vez más temprano empleando métodos cuantitativos para la determinación de la subunidad- β de la gonadotropina coriónica, así como estudios ultrasonográficos. Estos métodos también permiten clasificar al aborto espontáneo en temprano y tardío. Entre las causas que pueden producirlo se encuentran las genéticas (que son las más frecuentes), la deficiencia de la progesterona, la Diabetes Mellitus, el Síndrome de Ovarios Poliquísticos, los hematomas subcorionicos, las infecciones, etc. El manejo más frecuente es con legrado uterino instrumental. Recientemente, el manejo farmacológico con misoprostol o metotrexato o mediante aspiración manual endouterina ha ganado muchos adeptos. Las complicaciones más frecuentes son el sangrado, el dolor, la retención de restos, la infección y la perforación uterina, sin hacer a un lado las complicaciones psicológicas. **La ETG** es una enfermedad poco común y por lo tanto rara y tardía de diagnosticar, debido a que mucha sintomatología coincide con otras patologías más prevalentes y se diagnostican erróneamente. El examen de elección para diagnosticar la ETG es mediante ecografía, ya que se han demostrado los avances y la claridad de determinación. El tratamiento de elección actual para la ETG podría decirse que es la quimioterapia y la intervención quirúrgica, ya que revierte muy bien la enfermedad y permite a las mujeres conservar su función reproductiva. La histerectomía en según qué pacientes también está recomendada y se obtienen buenos resultados. La NTG se caracteriza por diferentes afecciones, algunas son muy raras debido a sus síntomas inespecíficos, el tratamiento y cuidado deberá ser individualizado ya que entran también los aspectos personales y eso contribuye en la evolución. Tiene altas tasas de curación. Algunos de los factores de riesgo más prevalentes son, la edad, la etnia y la genética principalmente. Y uno de los síntomas más comunes es la hemorragia anormal, también están los quistes de luteína teca, el útero más grande de lo normal en relación con la edad gestacional, preeclampsia, HTA e hiperémesis.

Referencias bibliográficas: Williams Obstetricia (2022). México: McGraw-Hill