



Emmanuel Hernández Domínguez

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco

Cuadros informativos

Ginecología y Obstetricia

6-B

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de julio de 2025.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos ginecológicos y obstétricos son de gran importancia por su alta prevalencia y el impacto que tienen sobre la salud física, mental y reproductiva de la mujer. Dentro de estas afecciones destacan tres entidades clínicas de gran relevancia: el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), el aborto (en sus diferentes presentaciones) y la enfermedad trofoblástica gestacional.

El SOP es uno de los trastornos endocrinos más frecuentes en mujeres en edad reproductiva, caracterizado por un desequilibrio hormonal que conlleva a manifestaciones clínicas como hirsutismo, acné, amenorrea, obesidad y resistencia a la insulina. Su etiología es multifactorial, y su abordaje debe considerar tanto el manejo de los síntomas como la prevención de complicaciones metabólicas a largo plazo.

En el caso del aborto, se trata de la pérdida del producto de la gestación antes de la viabilidad fetal, generalmente antes de la semana 20-22 de gestación. Puede presentarse de forma espontánea, inducida o como amenaza de aborto. Su estudio incluye una evaluación integral que contempla factores genéticos, anatómicos, endocrinos e inmunológicos, y su tratamiento puede ser médico o quirúrgico, dependiendo del tipo de aborto y de las condiciones clínicas de la paciente. Por último, la enfermedad trofoblástica gestacional representa un grupo heterogéneo de tumores derivados del tejido trofoblástico, siendo la mola hidatiforme su forma más frecuente. Aunque muchas veces es una enfermedad benigna, puede progresar a formas malignas con metástasis, como el coriocarcinoma. Su detección oportuna y el seguimiento mediante niveles de hCG son fundamentales para lograr una evolución favorable. Estas tres entidades comparten elementos comunes como su relación con la salud reproductiva, su repercusión hormonal, y la necesidad de un abordaje diagnóstico y terapéutico preciso. Su estudio conjunto permite una mejor comprensión de las alteraciones ginecoobstétricas y de su impacto en las diferentes etapas de la vida de la mujer

SÍNDROME DE OVARIO POLIQUISTICO		
Definición	Transtorno endocrino y metabólico heterogéneo, influido por factores genéticos y ambientales	
Factores de riesgo	▪ Menarca temprana ▪ Antecedente familiar de SOP ▪ Incremento excesivo del IMC en la menarca	
Incidencia	▪ 3-7% en mujeres en edad reproductiva ▪ 60-80% tienen hiperandrogenismo ▪ 6% en mujeres mexicanas	
Clínica	▪ Amenorrea ▪ Apsomenorrea ▪ Hirsutismo ▪ Acné ▪ Alopecia ▪ Virilización ▪ Obesidad ▪ Resistencia a la insulina	
Diagnóstico	▪ Clínico ▪ Niveles séricos de testosterona ▪ Razón LH/FSH ▪ Glucemia ▪ Progesterona sérica ▪ USG pélvico o endovaginal	
Tratamiento	▪ Cambios en la dieta y estilo de vida	
	Px sin deseo de embarazo	Etinilestradiol 30-35 mcg + Ciproterona 2mg ó Drospiridona 3mg Ciclos de 21 días con descanso de 7 días
	Tx de hirsutismo	Anticonceptivos hormonales + Antiandrogenos (Espironolactona 100-200 mg/día, Flutamide 250 mg/día, Finasterida 2.5-5 mg/día) Remocion de vello terminal
	Tx acné	▪ Ciproterona hasta 50 mg por 10-14 días, complementaria a la mezcla de antiandrógeno y etinilestradiol ▪ Espironolactona 100-200 mg/día sola o más compuesto hormonal
	Px >40 años	▪ Clormadinona 2-5 mg/día por 10-14 días ▪ Acetato de medroxiprogesterona 10 mg/día por 10-14 días ▪ Progesterona micronizada 100-200 mg/día por 10-14 días
	Resistencia a la insulina	▪ Metformina ▪ Tiazolinedionas (pioglitazona o rosiglitazona)

ABORTO			
ABORTO ESPONTÁNEO	DEFINICIÓN	Pérdida de la gestación de manera no intencionada antes de las 20-22 SDG o con un peso menor a 500gr	
	INCIDENCIA	- Más del 80% de los abortos espontaneos ocurre en las primeras 12 SDG - Menos del 50% se debe a anomalías cromosómicas - Se presenta en un 50-70% de los embarazos	
	FACTORES DE RIESGO	Factores fetales	- Genéticas (durante el 1er. trimestre), 50-60% son expulsados
		Factores maternos	- Infecciones: Clamidia, Sifilis, Toxoplasma, Gonorrea - Endocrinas: Hipotiroidismo y diabetes - Toxicomanias: Tabaquismo. alcoholismo y cafeína (más de 500 mg/día) - Otros factores: Traumatismos, enf. congenitas, cirugía abdominal materna, insuficiencia cervico uterina, miomas y polipos
	TRATAMIENTO	- Cerclaje cervical: da fuerza de manera quirúrgica el cuello uterino débil con la colocación de una sutura en bolsa de tabaco.	
ABORTO INDUCIDO	DEFINICIÓN	Es la interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal	
	CLASIFICACIÓN	- Aborto terapéutico: Cuando corre peligro la vida de la madre o el producto tiene una deformidad anatómica, metabólica o mental importante - Aborto electivo: Es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad a solicitud de lamujer, mas no por razones médicas.	
	INCIDENCIA	- Incidencia de 16 abortos por 1000 mujeres de 15 a 44 años - 60% de los abortos se realizo durante ls primeras 8 SDG - 88% realizaron el aborto durante las primeras 12 SDG	
	TRATAMIENTO	Farmacológico	1. Misoprostol - VO: 200- 600 mcg - VV: 800 mcg hasta 3 dosis 2. Metotrexato/misoprostol - Metotrexato 50 mg/m2 VO o IM seguidos de Misoprostol 800mcg por VV en 3-7 días. Repetir encaso necesario una semana después del metotrexato inicial 3. Mifepristona/misoprostol - Mifepristona 100-600 mg VO seguidos de Misoprostol, 200-600mcg VO u 800mg por VV en varias dosis en el transcurso de 6-72 h. 4. Oxitocina 50-300 UI
		Quirúrgico	- Dilatación del cuello uterino y evacuación: ≤ 14-15 SDG - Legrado: ≤12 SDG - Aspiración (legrado por succión): <12 SDG - Dilatación y extracción: ≤16 SDG - Aspiración menstrual - Aspiración manual - Laparotomia
AMENAZA DE ABORTO	DEFINICIÓN	Situación en la que existe riesgo de aborto espontáneo antes de las 20 semanas de embarazo, caracterizada por sangrado vaginal y/o dolor abdominal.	
	INCIDENCIA	- 20-25% de mujeres al principio del embarazo y persiste durante varios días o semanas - 50% de estos embarazos se abortará, aunque el riesgo es mucho menor cuando se observa actividad cardiaca fetal	
	FACTORES DE RIESGO	- Hemorragia antes del parto - Extracción manual de la placenta - Cesárea	
	DIAGNOSTICO	Clinico	- Secresión sanguinolenta - Hemorragia vaginal por orificio cervical cerrado durante la primera mitad del embarazo
		Estudios complementarios	- USG pelvico (valora FCF) - BH (descarta anemia) - EGO (descartar IVU) - Urocultivo - QS - Perfil tiroideo
	TRATAMIENTO	No farmacológico	- Buscar la causa de amenaza de aborto - Resposo absoluto - Dieta libre de utero estimulantes - No relaciones sexuales
		Farmacológico	1. Progesterona 200-400 mg cada 12 horas (VO o VV) hasta la 12 SDG 2. Indometacina en px con una edad gestacional menor a las 37 SDG - Rectal: 100-200 mg/día (por la noche) por 3 días - VO: 25-50 mg cada 4-6 horas por 2 días

ENFERMEDAD TROFOBlastica			
DEFINICIÓN	Se refiere a un espectro de tumores placentarios relacionados con el embarazo		
CLASIFICACIÓN	Mola hidatiforme	▪ Mola completa ▪ Mola parcial	
	Neoplasia trofoblastica gestacional	▪ Mola invasiva ▪ Coriocarcinoma ▪ Tumor trofoblastico del sitio placentario ▪ Tumor trofoblastica epiteloide	
INCIDENCIA	▪ 1 a 2 por cada 1000 embarazos ▪ Mas frecuente en mujeres de origen hispano e indias estadounidenses		
FACTORES DE RIESGO	▪ Mujeres mayores de 40 años tienen un riesgo casi 10 veces mayor ▪ Embarazo molar previo ▪ Anticonceptivos orales ▪ Antecedente de aborto ▪ Tabaquismo ▪ Deficiencias vitaminicas maternas ▪ Edad paterna avanzada		
CLÍNICA	Mola hidatiforme	▪ 1 o 2 meses de amenorrea ▪ Náuseas y vómitos ▪ Hemorragia uterina ▪ Crecimiento uterino más rápido de lo esperado	
	Neoplasia trofoblastica gestacional	▪ Hemorragia irregular relacionada con la subinvolución uterina, puede ser continua o intermitente, inicio subito y a veces intensa ▪ Perforación miometrial por crecimiento trofoblástico puede causar hemorragia intraperitoneal ▪Algunas mujeres se presentan con lesiones metastásicas en la vagina o vulva	
DIAGNÓSTICO	Mola hidatiforme	▪ En la mayoría de los casos hay amenorrea de duración variable, casi siempre seguida de hemorragia irregular. ▪ Prueba de embarazo y USG - Características ecográficas de la mola parcial: Placenta engrosada e hidrópica con tejido fetal - Características ecograficas de una mola completa: Masa uterina ecógena compleja con muchos espacios quísticos, sin feto ni saco amniótico	
	Neoplasia trofoblastica gestacional	▪ Meseta en el nivel sérico de hCG-b (±10%) en 4 mediciones durante un periodo de 3 semanas o más; días 1, 7, 14, 21 ▪ Incremento de hCG-b sérica >10% durante tres mediciones semanales consecutivas o más, durante un periodo de dos semanas o más; días 1, 7, 14.3. ▪ El nivel sérico de hCG-b permanece detectable por 6 meses o más. ▪ Criterios histológicos de coriocarcinoma.	
TRATAMIENTO	Mola hidatiforme	Evacuación de la mola	▪ Quimioterapia profiláctica ▪ Legrado por succión ▪ Histerectomia
		Seguimiento después de la evacuación	▪ Prevenir el embarazo durante seis meses como mínimo con anticonceptivo hormonal ▪ Después de medir el nivel inicial de hCG-b sérica en las 48 h después de la evacuación, se vigilan las concentraciones cada una o dos semanas mientras permanezcan altos ▪ La quimioterapia no está indicada, siempre que estos niveles séricos continúen en regresión ▪ Una vez que el nivel de hCG-b desciende a cifras normales, se mide su concentración cada mes durante 6 meses más
	Neoplasia trofoblastica gestacional	▪ Se administra quimioterapia con un solo fármaco para neoplasia no metastásica o con metástasis de bajo riesgo ▪ La repetición del legrado puede causar perforación, y se evita a menos que haya hemorragia o una cantidad importante de tejido molar retenido	

CONCLUSIÓN

El estudio del Síndrome de Ovario Poliquístico, del aborto en sus distintas formas y de la enfermedad trofoblástica gestacional es esencial en la práctica clínica. Cada una de estas entidades representa un desafío diagnóstico y terapéutico que requiere no solo del conocimiento teórico, sino también de una evaluación clínica cuidadosa y un seguimiento estrecho.

El SOP, por su alta prevalencia y su asociación con trastornos metabólicos como diabetes tipo 2 e infertilidad, demanda un enfoque integral que incluya cambios en el estilo de vida, terapias farmacológicas dirigidas y un acompañamiento a largo plazo. El aborto, por su parte, exige un abordaje humanizado, ético y técnico, donde se garantice la atención segura, oportuna y con base en evidencia científica, tanto en los casos espontáneos como en los inducidos. La amenaza de aborto también requiere vigilancia y apoyo emocional, ya que genera una importante carga psicológica en la paciente.

En cuanto a la enfermedad trofoblástica gestacional, su naturaleza neoplásica obliga a establecer protocolos claros de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. A pesar de su baja incidencia, su potencial maligno justifica una atención especializada y un control riguroso post-evacuación.

Comprender estas patologías nos permite brindar una atención de calidad, sensible a las necesidades individuales de las pacientes. La detección temprana, el tratamiento adecuado y la educación al paciente son pilares esenciales para mejorar los desenlaces clínicos y la salud integral de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2018). Williams Obstetricia (25.^a ed.). McGraw-Hill Education.