



Jhonatan Gamaliel Vazquez Cruz

Aguilar Velasco Arely Guadalupe

Cuadro de temas

Ginecología y Obstetricia

PASIÓN POR EDUCAR

6

B

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de julio de 2025.

Introducción

Hablar de aborto, síndrome de ovario poliquístico (SOP) y enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es adentrarse en tres temas fundamentales dentro de la salud ginecológica, no solo por su frecuencia, sino por el impacto físico, emocional y social que tienen en la vida de muchas mujeres. El aborto, ya sea espontáneo, inducido o en amenaza, sigue siendo una situación delicada que requiere atención médica oportuna, pero también una visión humana y empática. El SOP, por su parte, es un trastorno hormonal que va mucho más allá de un simple desorden menstrual, afectando el metabolismo, la fertilidad y la autoestima de quien lo padece. Finalmente, la ETG, aunque menos común, representa un riesgo serio si no se detecta a tiempo, debido a su potencial maligno.

Como estudiantes de medicina, comprender a fondo estos temas no solo nos ayuda a desarrollar criterio clínico, sino también a recordar que detrás de cada diagnóstico hay una mujer con miedos, dudas y expectativas. Por eso, estudiar estas patologías no es solo aprender teoría, es prepararnos para acompañar con ciencia y empatía.

	ABORTO (Espontáneo / Amenaza / Inducido)	SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO (SOP)	ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL (ETG)
Definición	Pérdida del embarazo antes de la semana 20 o con peso fetal <500g.	Trastorno endocrino-metabólico caracterizado por anovulación crónica, hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos.	Grupo de tumores derivados del trofoblasto placentario: mola hidatiforme, mola invasora y coriocarcinoma.
Clasificación	- Espontáneo (completo, incompleto, diferido, inevitable) - Amenaza de aborto (sangrado sin dilatación cervical) - Inducido (legal/ilegal, médico o quirúrgico)	No aplica como tal, pero existen fenotipos según criterios de Rotterdam.	- Mola hidatiforme completa - Mola parcial - Neoplasia trofoblástica persistente - Coriocarcinoma
Factores de riesgo	Edad materna >45 años, abortos previos, infecciones, malformaciones uterinas, consumo de alcohol/tabaco/drogas, alteraciones cromosómicas, nivel socioeconómico, desnutrición.	Obesidad, resistencia a la insulina, antecedentes familiares, sedentarismo. Antecedentes de amenorrea temprana a 12 años, genética	Edad extrema (<15 o >40), antecedentes de mola, deficiencia de ácido fólico, dieta baja en proteínas, embarazos múltiples.
Incidencia	Aprox. 10-20% de todos los embarazos clínicamente reconocidos.	5-10% de mujeres en edad fértil.	1 de cada 1000 embarazos (varía según zona geográfica; más alta en Asia y América Latina).
Diagnóstico	- Clínico : sangrado vaginal, dolor tipo cólico - USG pélvico y transvaginal. - BH anemia	Criterios de Rotterdam, - USG >12 quistes. Laboratorios LH aumentado y FSH disminuido, Clínico	- USG (imagen de “copos de nieve” en mola completa) - β -hCG muy elevada - Histopatología - Rx tórax y TC para estadificación
Tratamiento	Espontáneo o incompleto : - Misoprostol 800 μ g vaginal cada 3 h (máx. 3 dosis) - Legrado uterino o AMEU Amenaza : - Reposo relativo, control ecográfico, progesterona (si hay deficiencia). Inducido : - Médico: Misoprostol 800 μ g + Mifepristona 200 mg (previo) - Quirúrgico : AMEU, legrado instrumental. Cerclaje Vaginal, Indometacina dependiendo de la edad gestacional <37 SDG (vía rectal:100-200 mg, Vía oral: 25-50 mg)	- Bajar peso: dieta 1000- 1500 KCL/día. Ejercicio 30- 40 min. Anticonceptivos combinados. Metformina 500-1500 mg/día. Antiandrógenos (espironolactona)	- Evacuación uterina por AMEU o legrado - β -hCG en seguimiento - Si hay persistencia o metástasis: quimioterapia (Metotrexato, Actinomicina D)
Seguimiento	β -hCG hasta su negativización, Control ecográfico, Control de signos de infección	Control clínico y metabólico cada 3-6 meses Repetir perfil hormonal, peso y ciclo menstrual	β -hCG semanal hasta negativización y luego mensual por 6-12 meses Anticoncepción durante todo el seguimiento

CONCLUSION

El aborto, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) representan tres patologías ginecológicas de gran relevancia clínica por su impacto en la salud reproductiva de la mujer. Cada una presenta características propias, pero comparten la necesidad de un diagnóstico oportuno y un manejo integral que considere tanto el aspecto médico como emocional de las pacientes.

El aborto, ya sea espontáneo, inducido o en amenaza, sigue siendo una causa importante de morbilidad en mujeres en edad fértil, por lo que su abordaje debe ser ético, empático y basado en evidencia científica, asegurando el bienestar físico y psicológico de la paciente. Por su parte, el SOP, al ser una condición crónica de origen endocrino-metabólico, requiere un tratamiento multidisciplinario enfocado no solo en los síntomas ginecológicos, sino también en la prevención de complicaciones metabólicas a largo plazo. Finalmente, la ETG, aunque menos frecuente, destaca por su potencial maligno, por lo que una detección temprana y un seguimiento riguroso son fundamentales para lograr un pronóstico favorable.