



PASIÓN POR EDUCAR



Nombre del Alumno: Leonardo López Roque

Nombre del tema: Cuadros de la 4ta unidad

Nombre de la Materia: Ginecología y Obstetricia

Nombre del docente: Dra Aguilar Velasco Arely Alejandra

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Parcial: 4to

Grado y grupo: 6 - B

Semestre: 6to

Introducción

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es uno de los trastornos endocrinos más comunes que afecta a mujeres en edad reproductiva. Se caracteriza por un desequilibrio hormonal como el hiperandrogenismo que puede causar alteraciones en el ciclo menstrual, datos de comorbilidades a causa del desequilibrio hormonal. Además del hirsutismo y la virilización que puede desarrollar (hormonas masculinas), y la presencia de múltiples quistes en los ovarios demostrado en el USG como signo del collar de perlas (>12 folículos de 2-9 mm). El SOP no solo afecta la fertilidad, sino que también está relacionado con riesgos metabólicos a largo plazo como la resistencia a la insulina, obesidad, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. El tratamiento se dividirá según los síntomas correspondientes en el siguiente cuadro. Además, comentaremos acerca del aborto espontáneo, también conocido como pérdida gestacional temprana, definida como la interrupción natural e involuntaria de un embarazo antes de la semana 12 de gestación. Es una de las complicaciones más frecuentes durante el primer trimestre, y se estima que entre el 50% de los embarazos clínicamente reconocidos terminan de esta manera. Las causas pueden ser múltiples y diversas, incluyendo anomalías genéticas en el embrión (trisomías autosómicas), alteraciones hormonales (deficiencia de yodo), infecciones como clamidia/gonorrea/sífilis, problemas uterinos (malformaciones), cafeína con 500 mg/día, insuficiencia cervicouterina, entre otros. Se puede clasificar en: aborto retenido, aborto séptico, aborto inevitable, aborto incompleto, amenaza de aborto entre otros. El tratamiento generalmente se realiza mediante un legrado uterino (dilatación y curetaje) o aspiración manual endouterina (AMEU). La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es un grupo poco común de trastornos relacionados con el embarazo, originados en el tejido trofoblástico, el cual normalmente da lugar a la placenta. Esta condición abarca un espectro de entidades que incluyen la mola hidatidiforme (completa o parcial), el tumor trofoblástico del sitio placentario y coriocarcinoma, siendo estas últimas formas malignas. En el cuadro se describirá a continuación los detalles en su diagnóstico y sus respectivos tratamientos.

Cuadro de aborto

Definición	Aborto espontaneo: Se produce en las primeras 12 SDG secundario a anomalías cromosómicas. Aborto: Terminación del embarazo antes de las 20 SDG o un peso menor a 500 kg del producto
Frecuencia	La frecuencia se duplica en embarazos <20 años y >40 años
Factores maternos	Se lleva a cabo al primer trimestre: Aborto aneuploidía: anomalías cromosómicas secundario algún error de la gametogénesis (trisomía autosómica 13.16.18.21 y 22. Ocurre en antes de las 8 SDG - Anomalía cromosómica aislada: frecuente monosomía x (45,x) - Triploide; degeneración placentaria - Tetraploides: nacen muertos y son expulsados de forma prematura - Aborto euploide: aquellos productos en la cual tienen los cromosomas normales (46x) y ocurre en su punto máximo 13 SDG
Factores maternos	- Infecciones: principalmente clamidia, sífilis, gonorrea. Toxoplasmosis secundaria a malformaciones durante la gesta. - Endocrinos: hipotiroidismo secundario a la deficiencia de yodo causan una mal formación en el SNC y deficiente maduración de órganos - Enfermedades crónicas: Diabetes mellitus tipo 2: causando malformaciones durante el embarazo - Toxicomanías: consumo de alcohol en las primeras 8 SDG puede ocasionar aborto. El consumo de tabaco es el principal factor de un aborto - Cafeína: El consumo diario de 500 mg (5 tazas) es un factor de un aborto - Otros: Radiaciones, anticonceptivos, traumatismo, cirugía materna, defectos uterinos, insuficiencia cervicouterina, factores autoinmunitarios
Técnicas de cerclaje	- Técnica Mcdonald: indicada para la insuficiencia cervicouterina, usando principalmente una sutura muy cerca del orificio interno - Cerclaje 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	Infecciones poco frecuentes en la 18 SDG. Mayor índice de fiebre puerperal. Rompimiento de las membranas durante las primeras 48 horas. Indicado para aplicar cesárea
Clasificación clínica – abortos	- Aborto inevitable: Ruptura de membranas con salida de líquido y presencia de dilatación del cuello uterino. Presencia de dolor y hemorragia - Aborto incompleto: La placenta se desprende del útero de forma total o parcial. Ocurre en la 10 SDG, presenta hemorragias. - Aborto retenido: Productos muertos en la concepción que se retenían durante días, semanas o meses dentro del útero. Se confirma mediante ecografía y puede con llevar síntomas o no - Aborto séptico: Se complican mediante infecciones, la más frecuente: endometriitis, parametritis, peritonitis, y septicemia - Amenaza de aborto: Sospecha cuando aparece secreción sanguinolenta por el orificio vaginal durante la primera mitad del embarazo. Factores de riesgo: hemorragia antes del parto, extracción manual de placenta y cesárea
Tratamiento	- Progesterona: 200- 400 mg/ cada 12 horas vía oral/vaginal hasta la 12 SDG. Indicada para dificultad para la implantación o insuficiencia uterina. - Vía vaginal: 90 mg en gel o 100-200 mg en suposición hasta la 36 SDG. Efectos adversos: estreñimiento, mareos y somnolencia - Indometacina: Inhibe las contracciones uterinas produciendo un retraso en el parto. Inicio en la 20 SDG hasta la 37 SDG - Vía oral: 25-50 mg/ cada 4 – 6 horas por 48 horas - Vía rectal: 100-200 mg/día (noche) en 3 dosis
Aborto recurrente	Presencia de 3 o más abortos consecutivos a las 20 SDG o menor de un peso del producto <500 kg. Se clasifica en primaria y secundaria. Anomalías cromosómicas del cromosoma X y anomalías anatómicas genitales. El tratamiento; corrección del embarazo
Aborto inducido	Se define como la interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal, se clasifica en: - Aborto terapéutico: enfermedades médicas quirúrgicas o riesgo alto que padece el paciente llevando acabo la interrupción del embarazo - Aborto voluntario: Interrupción del embarazo antes de la viabilidad a solicitada del paciente (decisión propia)
Tratamiento	- Aspiración menstrual: aspiración de la cavidad endometrial concluyente con una cánula flexible de Karman de 5 – 6 mm unida a una jeringa

	- Aspiración manual: se utiliza en caso de muerte embrionaria o fetal y abortos electivos hasta la 12 SDG - Laparotomía: Histerectomía abdominal para aborto cuando hay patología uterina
Aborto médico	Uso de sustancias abortivas utilizadas: metotrexato 200-600 ug vía oral u 800 ug por vía vaginal en transcurso de 6-72 horas - Misoprostol: 200-600 ug por vía oral y 8'' ug vía vaginal en 3-7 días - Mifepristona: 100-600 mg por vía oral

Síndrome de ovario poliquístico

Definición	Trastorno endocrino y metabólico heterogéneo de probable origen genético, fluido por factores ambientales como la nutrición y la actividad física
Epidemiología	- Mujeres en edad productiva del 3-7% - Mujeres con hiperandrogenismo del 60-80% - Prevalencia en México 6% Factores de riesgo para padecer Sop: - Antecedentes de menorrea temprana - Antecedentes con Sop - Incremento excesivo del IMC (>30) al inicio de la menorra
Clínica	Trastornos menstruales: amenorrea y opsomenorra Datos de hiperandrogenismo: hirsutismo, acné, virilización y alopecia - Hirsutismo: crecimiento excesivo de pelo en cara, tórax, línea alba, abdomen bajo, glúteos y muslos - Virilización: voz masculina, clitoromegalia, calvicie y hipertrofia de los músculos
Diagnóstico	Criterios de ESHRE/ASMR: 1: Hiperandrogenismo clínico/bioquímico 2: Disfunción ovulatoria 3: exclusión de trastornos menstruales relacionados - Progesterona sérica <5 ng: detectando la regularidad menstrual - Razón LH/FSH >2 - Glucemia e insulina - Niveles séricos de testosterona, DHEA, DHEAS - Niveles de prolactina - Perfil tiroideo - Perfil de lípidos - Ultrasonografía: >12 ovarios con 2-9 mm o volumen mayor de 10 cm. Principal signo: collar de perlas
Comorbilidades	- Sobrepeso - Enfermedad cardiovascular - Resistencia insulina - Diabetes mellitus tipo 2 - Infertilidad - Hiperplasia endometrial - Síndrome metabólico - Apnea del sueño
Tratamiento	Anticonceptivos orales son de primera línea, en un plazo de 3-6 meses sin el deseo embarazo - Etinilestradiol: 20 mcg vo - Acetato medroxiprogesterona 10 mg vo durante 7 – 10 días en el segundo ciclo menstrual (3-6 meses) para trastornos menstruales - Anticonceptivos hormonales: Ciproterona (2 mg) y drospirenona 3 mg combinando con etinilestradiol en ciclos de 21 días por 7 de descanso - Antiandrógenos: Espironolactona 100 – 200 mg, Flutamida 250 mg y finasterida 2-5 a 5 mg - Progestágenos: indicados para paciente >40 años, antecedentes con Sop, presencia de oligo/amenorrea

	- Clormadinona 2-5 mg cada 24 horas por 10 – 14 días - Progesterona micronizada: 100-200 mg/días por 10-14 días - A. medroxiprogesterona 10 mg/día por 10-14 días - Cosméticos: Rasurado, depilación o láser Con el deseo de embarazo - Citrato de clomifeno 50 mcg/día por 3 – 5 días en el día noveno del ciclo (puede ocasionar embarazos múltiples) - 2da línea: gonadotropinas: inducción de ovulación, hiperestimulación ovárica y secundario a embarazos múltiples - Inositol: regulación y ayuda a la resistencia a la insulina Tratamiento quirúrgico: inducción ovárica
Contraindicaciones – anticonceptivos	- Fumadoras - Edad >35 años - Enfermedad vascular - Hta - Trombosis venosa - Embolia pulmonar - Cardiopatías Principal contraindicación: coágulos
Tratamiento no farmacológico	Piedra angular: Modificar los hábitos y estilo de vida. Dieta hipocalórica 1000-1200 kl/día. Realizar actividad física 30 minutos al día. Meta: IMC <30

Mola hidatiforme

Definición mola hidatiforme

Son anomalías de las vellosidades coriónicas consistentes en proliferación trofoblástica y edema del estroma velloso. A veces se desarrollan como embarazos ectópicos.

Clasificación

Mola hidatiforme completa: Las vellosidades coriónicas se ven como una masa de vesículas claras, varían en su tamaño y pueden ser visibles, cuelgan en grupos con pedículos delgados.
Ploidía: composición genética de las molas completas suele ser diploide y de origen paterno. Cerca del 85% son 46, XX. Puede ser potencialmente maligno un 15-20%.
Mola hidatiforme parcial: Hay hinchazón de progresión lenta dentro del estroma de vellosidades coriónicas caracterizadas por ser avasculares y respetan la circulación feto placentaria funcional. Frecuente: triploide 69XXX y 69XXY.

Embarazo molar gemelar

Compuesto por un embarazo molar diploide completo y un embarazo normal. Posible causa por preeclampsia o hemorragia (componente molar)

Epidemiología y factores de riesgo

Es la más frecuente de origen hispano e indias estadounidenses

- Edad: 36-40 años
- Embarazo molar previo
- Anticonceptivos orales: tiempo prolongado
- Tabaquismo
- Edad paterna avanzada
- Deficiencias vitamínicas
- Aborto previo
- Deseo de embarazo

Cuadro clínico

- Uno o dos meses de amenorrea
- Náuseas y vómitos
- Hemorragia uterina que evoluciona a una hemorragia profusa
- Crecimiento uterino

	- Quistes de la teca luteína - Puede haber tormenta tiroidea - Preeclampsia de inicio temprano - Ausencia de frecuencia cardíaca fetal - Datos de hipertensión gestacional a las 20 SDG
Diagnóstico	- Clínico: datos de amenorrea de duración variable y hemorragia irregular - Datos por ultrasonido: 1- patrón difuso ecogénico mixto 2- presencia de quistes tecoluteínicos 3- presencia de feto - Solicitar USG Doppler para descartar invasión a miometrio - Determinación del cariotipo fetal: descartar ETG - Exploración ginecológica - Tele de tórax para búsqueda de metástasis - Determinación de niveles de fracción beta de HGC - Citometría de flujo: conocer la ploidía celular - BH: valorar datos de anemia
Tratamiento	Dos principios básicos para el tratamiento para embarazos molares 1 – evacuación de la mola 2- seguimiento regular para detectar enfermedad trofoblástica persistente - Quimioterapia profiláctica (no de manera habitual) - Legrado con succión: inserción de una cureta de succión de 10 – 12 mm - Curetaje minucioso: miometrio contraído - Histerectomía en bloque (de elección) evacuación mediante AMEO (Mola completa) - Histerectomía en bloque conservando ovarios o evacuación del útero (mola parcial)
NGT	
Definición	Grupo de tumores placentarios que se caracteriza por su invasión agresiva al miometrio y propensión a la metástasis. Se encuentran concentraciones altas de hCG-B
Prevalencia	Casi siempre se desarrolla junto o después de alguna forma de embarazo reconocido. La mayoría sigue una mola hidatiforme - Puede llevarse a cabo un embarazo ectópico
Clasificación	Mola invasiva: se caracteriza por crecimiento trofoblástico excesivo con invasión extensa del tejido de células trofoblástica y vellosidades completas. Coriocarcinoma gestacional: Tumor en extremo maligno puede considerarse un carcinoma del epitelio coriónico. Tumor de una masa de crecimiento rápido que invade al miometrio. Tumor trofoblástico del sitio placentario: Surge del sitio de implantación de la placenta después de un embarazo de término normal: aborto espontáneo o inducido, embarazo ectópico o embarazo molar. La hemorragia es el principal síntoma. Tumor trofoblástico epitelioide: Se desarrolla a partir de la transformación neoplásica del trofoblasto intermedio de sitio coriónico. Son células mas pequeñas y presentan menor pleomorfismo nuclear
Clínica	- Hemorragia irregular relacionada con la subinvolución - Hemorragia intensa intermitente - Perforación miometrial - Hemorragia intraperitoneal - Lesiones metastásicas en la vagina o vulva
Diagnóstico	- Medición de niveles de hCG-B en ausencia de embarazo - Pruebas de función renal - Prueba hepática

Tratamiento

- Radiografía de tórax: valoración de metástasis - TAC por remisión de positrones - Estadificación clínica del cáncer ovarico
- Quimioterapia profiláctica con actinomicina - Uso de metotrexato y actinomicina D con dosis de 1.25 mg/ única - Quimioterapia combinada - Histerectomía temprana

Conclusión

Comprendí que más allá de los trastornos menstruales y reproductivos, el SOP conlleva implicaciones metabólicas y psicológicas que pueden afectar significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen. Su diagnóstico temprano y un abordaje integral, que incluya cambios en el estilo de vida, tratamiento médico personalizado como los anticonceptivos orales combinados sin el deseo de embarazo o acetato de clomifeno con el deseo de embarazo, también dependiendo el tratamiento de su causa. También el control es fundamental para controlar los síntomas y prevenir complicaciones a largo plazo, como la diabetes tipo 2 o enfermedades cardiovasculares. Acerca del tema de La enfermedad trofoblástica gestacional representa un grupo de trastornos relacionados con el embarazo, se puede clasificar según el sitio y evolución de la hiperplasia: mola hidatiforme benigna hasta formas malignas como la coriocarcinoma. Explicado en los cuadros el diagnóstico se mide mediante β -hCG y el uso de ultrasonido, así como al tratamiento con quimioterapia altamente eficaz. El aborto espontáneo es la pérdida involuntaria del embarazo antes de la semana 12 de gestación, y constituye la complicación más común del embarazo temprano. Sus causas son multifactoriales, incluyendo alteraciones genéticas, infecciones, problemas hormonales, malformaciones uterinas y factores inmunológicos. Como hemos concluido el diagnóstico y tratamiento en el cuadro.

Bibliografía

Williams Obstetricia (2022). México: McGraw-Hill