

Marvin López Roblero

Aguilar Velasco Arely

Ginecología y Obstetricia

Cuadros informativos

6°

“B”

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL

Definicion	El término enfermedad trofoblástica gestacional se refiere a un espectro de tumores placentarios relacionados con el embarazo. La enfermedad trofoblástica gestacional se divide en tumores molares y no molares.
mola hidatiforme	Características histológicas-son anomalías de las vellosidades coriónicas consistentes en proliferación trofoblástica y edema del estroma velloso. Clasificación: mola hidatiforme: -completa y parcial. neoplasia trofoblástica gestacional: -mola invasiva - coriocarcinoma -tumor trofoblástico del sitio placentario
mola hidatiforme completa	características mola parcial: embrión-a menudo presente, amnios y eritrocitos fetales-a menudo presente. casi siempre muestran degeneración hidropica y edema velloso. ausencia de vasos sanguíneos; diagnostico: aborto fallido
Ploidia	La composición cromosómica de las molas completas suele ser diploide y de origen paterno. 85% son 46,XX y ambos conjuntos de cromosomas son de origen paterno. En un proceso llamado 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: Embrión, feto-ausente. Amnios, eritrocitos fetales-ausente. Edema velloso-difuso. Dx: Embarazo molar. Tamaño uterino-50% mas grande para la fecha.
Embarazo molar gemelar	5% de las molas diploides era parte de un embarazo gemelar con un feto. La supervivencia depende del establecimiento del Dx.aparición de problemas es por el componente molar, como preeclampsia o hemorragia. riesgo sustancial de desarrollar neoplasia trofoblástica gestacional.
Citometría	Puede usarse la citometría de flujo o la citometría de imagen automatizada para conocer la ploidía celular
Hematófagos	En 25 a 60% de las mujeres con una mola completa, los ovarios contienen múltiples quistes de la teca luteínica. Éstos pueden ser desde microscópicos hasta medir 10 cm o más de diámetro. Se cree que son resultado de la estimulación excesiva de elementos luteínicos por las grandes cantidades de hCG secretada por las células trofoblásticas en proliferación.
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.

ENFERMEDAD TROFOBlastica Gestacional

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
Diagnóstico	En la mayoría de los casos hay amenorrea de duración variable, casi siempre seguida de hemorragia irregular. 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 hidrópica con tejido fetal
Tratamiento	Hay 2 principios basicos para el Tx de todos los embarazos molares. 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 trofoblastica 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.
evolucion clinica	-hallazgo mas frecuente (hemorragia irregular). puede ser continua o intermitente, con inicio subitoy a veces intensa. la perforacion miometrial por crecimiento trofoblastico puede causar hemorragia intraperitoneal. algunas mujeres se presentan con lesiones metastasicas en la vagina o vulva.
Clasificacion histopatologica	-Mola invasiva, -Coriocarcinoma, -Tumor trofoblastico del sitio placentario, -Tumor trofoblastico 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. -Radiografia toracica. -La tomografia con emision de positrones puede ser util
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.

DEFINICION

trastorno endocrino y metabolico heterogeneo, de probable origen genetico, influido por factores ambientales como la nutricion y la actividad fisica

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia del SOP en diferentes poblaciones es del 3% al 7% en mujeres en edad reproductiva. La prevalencia en Mexico es reportada en un 6%

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo del SOP son: -antecedentes de menarca temprana, -Antecedente familiar del SOP, -Incremento excesivo del IMC al inicio de la menarca.

SIGNOS Y SINTOMAS

Manifestaciones clínicas más frecuentes:

- **trastornos menstruales:** -Amenorrea 60%, -Opsomenorrea 30-35
- **Datos de hiperandrogenismo:** -hirsutismo 60%, -Acne, - Alopecia, -Virilización
- **El hirsutismo se valora con la escala de Ferriman Gallwey mayor a 8**

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Para determinar si la paciente con SOP con regularidad menstrual tiene ciclos ovulatorios debe determinarse progesterona sérica. Cifras indicativas de anovulación es la progesterona en la fase lútea media es menor de 5 ng. **Criterios para su diagnóstico:** el más aceptado es el Androgen Excess and PCOS Society 1

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

El diagnóstico es clínico. **Pruebas de laboratorio y gabinete:** -niveles séricos de testosterona - hormona estimulante del folículo y hormona luteinizante -Razón LH/FSH(mayor a 2) -Glucemia e insulina -Progesterona sérica -Ultrasonografía pélvica o endovaginal. *El ultrasonido transvaginal en el SOP detecta ovarios poliquísticos (La imagen compatible con poliquistosis ovarica es en uno o 2 de los ovarios de 12 o más folículos (2-9mm) y/o un volumen ovarico mayor de 10cm.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Una de las condiciones para diagnosticar SOP es la exclusión de otras enf. como: - Disfunción tiroidea -Hiperprolactinemia -síndrome de Cushing -tumores secretores de andrógenos.

*La tomografía puede ser de utilidad en px con sospecha de tumor productor de andrógenos de origen ovarico y suprarrenal.

TX NO FARMACOLOGICO

- Aspecto nutricionales en el SOP: -Dieta baja en calorías: 1000 a 1200 kcal/día
- reducción de 500 a 1000 kcal/día cada semana, con respecto a la dieta habitual
- en mujeres obesas dieta baja en carbohidratos y grasas
- aumentar la actividad física

TX FARMACOLOGICO

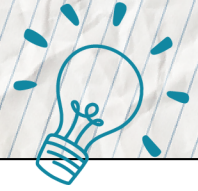
Los anticonceptivos orales combinados son el tx de 1ra línea en px sin deseo de embarazo por periodos a 6 meses. **Anticonceptivos hormonales:** -ciproterona y drospirenona (3 mg) en combinación con etilenestradiol (0.035 o 0.030 mg, respectivamente), en ciclos de 21 días de tx por 7 de descanso.

Acetato de medroxiprogesterona a razón de 10 mg durante 7 a 10 días en la 2da fase del ciclo durante 3 a 6 meses-para la regularización de los o por trastornos menstruales

- espirolactona** (100-200 mg por día)- Tx hirsutismo; sola o acompañado por un estrogénico y progestágeno

- En px con SOP y resistencia a la insulina se ha recomendado agentes **sensibilizadores de insulina.-metformina y tiazolidinedonas** (pioglitazona o rosiglitazona)-durante 6 meses

ABORTO



Aborto

Definicion

La OMS define Aborto: Terminacion del embarazo antes de las 20 sem. de gestacion o con un feto que pesa menos de 500g.

Aborto espontaneo

-Mas del 80% de los abortos espontaneos 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.

FRECUENCIA

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.

FACTORES MATERNOS

*Infecciones: Brucella abortus, Campylobacter fetus, Listeria monocytogenes o Chlamidia trachomatis. *Anomalias endocrinas: -hipotiroidismo, -Traumatismo, -Insuficiencia cervicouterina.

EVALUACION Y TRATAMIENTO

+Ecografia: -Para ver si el feto vive, -Excluir alguna anomalia fetal importante. *Se toman muestras cervicales para buscar gonorrea y clamidia. *Se corrige por medio de cerclaje, que refuerza de manera quirurgica el cuello uterino debil con la colocacion de una sutura en bolsa de tabaco; el cerclaje electivo se realiza entre las sem. 12 y 16.

*Durante el embarazo se utilizan 2 tipos de cirujias vaginales frecuentes : -McDonald, -Shirodkar.

COMPLICACIONES

*Infecciones: menos frecuentes cuando se realiza menor a 18 sem. -Mayor indice de hospitalizacion y tocolisis.

*Rompimiento de membranas: durante la sutura o en las primeras 48hrs despues de la cirujia es indicacion para retirar el cerclaje.

CLASIFICACION CLINICA

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 causa similar.



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 inevitable	Se acompaña de la salida de liquido amniotico en presencia de dilatacion del cuello uterino, anuncia un aborto casi seguro.
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 septico	Las manifestaciones mas frecuentes de infeccion de un aborto es: -Endometriitis, -parametritis, -peritonitis, -septicemia, -endocarditis. *El tx de la infeccion:- Antibioticos de amplio espectro IV -Evaluacion uterina
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 pronunciada, coagulopatía o uso de anticoagulantes, hepatopatía, 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

similar ala dilatacion y evacuacion con excepcion de que 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