



Oscar Eduardo Guillén Sánchez

Dra. Arely Aguilar Velazco

Ginecología y Obstetricia

PASIÓN POR EDUCAR

Cuadro comparativo

6to

B

Comitán de Domínguez, Chiapas a 5 de julio del 2025

INTRODUCCIÓN

en el ámbito de la salud reproductiva femenina, diversas patologías gineco-obstétricas. Afectan considerablemente la calidad de vida, la fertilidad y los desenlaces perinatales. Las que se van a abarcar en este documento serán el síndrome de ovario poliquístico (SOP), el aborto en sus diferentes formas clínicas, y las neoplasias gestacionales agrupadas bajo el termino de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG). Estas enfermedades, aunque es distinta su fisiopatología y abordaje clínico, comparten implicaciones importantes para la salud reproductiva y requieren un enfoque integral que combine los conocimientos fisiopatológicos con guías clínicas basadas en evidencias.

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es el trastorno endocrino mas frecuente en las mujeres en edad reproductiva entre el 5% y el 10% a nivel mundial. Se caracteriza por hiperandrogenismo, anovulación crónica y morfología poliquística ovárica. La etiopatogenia es compleja y multifactorial, involucrando resistencia a la insulina, disfunciones eje hipotálamo-hipófisis-ovario, y predisposición genética. En la práctica clínica, el diagnostico requiere al menos dos de los tres criterios de Rotterdam. El SOP no solo impacta la fertilidad, sino que también el riesgo de incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares, síndromes metabólicos. El abordaje terapéutico debe de individualizarse según los síntomas predominantes y el deseo de fertilidad, incluyendo desde cambios en el estilo de vida y el tratamiento hormonal, hasta la inducción de la ovulación en mujeres que buscan embarazo.

Por otro lado, el aborto constituye una de las complicaciones mas frecuentes del embarazo, definido por la interrupción espontanea o inducida del mismo antes de las 20 semanas de gestación o con un peso fetal menor a 500 gramos, de acuerdo con la GPC correspondiente. El aborto espontaneo representa del 15 al 20% de las gestaciones clínicamente reconocidas. Su etiología es multifactorial destacando anomalías cromosómicas, infecciones, alteraciones anatómicas uterinas, trastornos endocrinos y causas inmunológicas. Las clasificaciones clínicas permiten guiar el tratamiento, que puede ser expectante, medico o quirúrgico. Es fundamental un

enfoque centrado en la mujer que incluya apoyos psicológicos y planificación reproductiva postaborto.

Finalmente, la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) comprende un grupo de neoplasias derivadas del tejido trofoblástico, incluyendo la mola hidatiforme (completa y parcial), la coriocarcinoma, el tumor del sitio placentario y el tumor trofoblástico epitelioides. Estas entidades, aunque frecuentemente, pueden presentar un comportamiento agresivo u potencialmente metastásico, especialmente en el caso de la coriocarcinoma. La mola hidatiforme, la forma más común, se caracteriza por una proliferación anormal del trofoblasto sin desarrollo fetal viable. Clínicamente pueden manifestar con hemorragia uterina en el primer trimestre, útero de tamaño mayor esperado, niveles elevados de hCG y características ecográficas típicas (imagen en copo de nieve o racimos de uvas). El manejo inicial consiste en evacuación uterina mediante aspiración, seguido de monitoreo seriado de hCG para detectar enfermedades persistentes. En caso de enfermedades metastásicas, el tratamiento incluye quimioterapia con metotrexato o actinomicina D, guiado por sistema de puntuación pronóstica como el de FIGO/OMS.

El estudio de estas tres condiciones es esencial en la medicina reproductiva, no solo por su frecuencia, sino también por las implicaciones clínicas, sociales y emocionales que conllevan. Un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y seguimiento integral son pilares fundamentales en la atención de la mujer, lo cual debe realizarse con base en evidencia científica y lineamientos internacionales y nacionales actualizados.

	Aborto	Sx de ovario poliquístico	Enfermedad trofoblástica gestacional
Definición	Trastorno endocrino-metabólico caracterizado por anovulación crónica, hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos	Terminación espontanea o inducida del embarazo antes de la vitalidad fetal (<20 sdg o <500gr)	Neoplasia derivada del trofoblasto: incluye mola hidatiforme, coriocarcinoma y tumores intermedios.
Clasificación	Según criterios de Rotterdam (2003) 1. Hiperandrogenismo 2. Oligo/anovulación 3. Morfología poliquística ovárica.	• Amenaza de aborto: sangrado con dilatación cervical ni expulsión. • Aborto en evolución: sangrado con dilatación cervical y posibilidad de expulsión • Aborto incompleto: expulsión parcial del producto • Aborto completo: expulsión total del producto • Aborto referido: producto muerto intrauterino • Aborto séptico: aborto con infección intrauterino	• Mola hidatiforme (completa/parcial) • ETG persistente • Coriocarcinoma • Tumor del sitio placentario
Factores de riesgo	• Obesidad • Resistencia a la insulina • Antecedentes familiares de SOP • Sedentarismo	• Edad materna avanzada • Perdidas previas • Anomalías uterinas • Infecciones • Tabaquismo • Causas genéticas	• Edad materna <15 años o >40 años • Historia de mola previa • Deficiencia de vitamina A • Embarazos múltiples
Incidencia	5-10% en mujeres en edad fértil	10-20% de todos los embarazos clínicamente reconocidos.	1 de cada 1000 embarazos para la mola completa; menos frecuente la coriocarcinoma

Clínica	• Oligomenorrea • Hirsutismo • Acné • Infertilidad • Obesidad • Acantosis nigricans	• Sangrado vaginal • Dolor abdominal • Pérdida de síntomas gestacionales	• Sangrado transvaginal • Útero de mayor tamaño a la edad gestacional • Hiperémesis • Preclamsia temprana • Niveles altos de hCG
Diagnostico	• Criterios de Rotterdam • Perfil hormonal (LH, FSH, andrógenos) • USG transvaginal	• Clínico + USG + beta-hCG • Apoyo de laboratorio si hay sospecha de aborto séptico	• hCG cuantitativa elevada • USG transvaginal • Histopatología tras AMEU
Tratamiento	• Mediación de estilo de vida • Anticonceptivos orales • Tratamiento qx: perforación ovárica laparoscópica o resección cuneiforme	• Médico (misoprostol) • QX: (AMEU o legrado) • Antibioticoterapia si es séptico	• Evacuación uterina inmediata • Seguimiento con hCG seriada; quimioterapia si es ETG persistente o coriocarcinoma • Tratamiento qx: histerectomía
Seguimiento	• Evaluación periódica de síntomas • Control hormonal • Prevención de comorbilidades	• Control de sangrado • Vigilancia de beta-hBG hasta su negativización • Evaluación psicológica • Anticoncepción postaborto	• hCG semanal hasta negativización posteriormente semanal por 6-12 meses • anticoncepción durante seguimiento obligatorio

Conclusión

El abordaje clínico de dichas patologías representa un eje fundamental en la atención de la salud gineco obstétrica debido a su frecuencia, impacto fisiológico, emocional y reproductivo. Estas patologías, aunque diversas son sus etiologías y curso clínico, comparten la necesidad de un diagnóstico oportuno, manejo multidisciplinario y seguimiento integral basado en evidencias científicas.

El síndrome de ovario poliquístico, como la endocrinopatía más común en mujeres en edad fértil, exige un enfoque individualizado que abarque el tratamiento e la anovulación, el hiperandrogenismo y las alteraciones metabólicas asociadas. Es esencial establecer el diagnóstico oportuno, así como favorecer un tratamiento que incluyan desde cambios de estilos de vida hasta intervenciones farmacológicas, priorizando el bienestar general de la paciente.

Por su parte, el aborto, ya sea espontáneo o inducido constituye una de las principales causas de morbilidad durante el primer trimestre del embarazo. Su abordaje clínico debe contemplar no solo la estabilización física de la paciente, si no un soporte emocional y reproductivo adecuado. Las GPC enfatizan la clasificación precisa del tipo de aborto y la elección de un tratamiento seguro y eficaz, con seguimiento clínico y laboratorio, incluyendo la vigilancia de la hCG y consejería anticonceptiva.

En cuanto a la enfermedad trofoblástica, se trata de una entidad poco frecuente potencialmente maligna, que puede poner en riesgo la vida si no se detecta y trata adecuadamente. El diagnóstico precoz mediante ultrasonido y medición de hCG, así como la evacuación uterina seguidas de un riguroso monitoreo.

En conjunto las 3 enfermedades reflejan la complejidad y la sensibilidad del campo de la medicina reproductiva. Una atención médica basada en evidencias para favorecer la supervivencia materna. Permitir un abordaje ético, clínicamente sólido y centrado en las necesidades de cada mujer, mejorando la calidad de vida y reduciendo complicaciones a corto y largo plazo.

Bibliografía

- Secretaria de salud. Guia de practica clínica. Diagnostico y tratamiento del síndrome de ovario poliquístico en mujeres adultas. CENETEC.
- Secretaria de salud. Norma oficial mexicana NOM-007-SSA-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
- Cunningham, F, G. Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J.S., Hoffman, B.L., B, M, Y Sheffield, J.S. (2022). Obstetricia de Williams (edición 25) McGraw-Hill education.