

El presente documento reúne información esencial sobre cuatro temas relevantes en ginecología: enfermedad trofoblástica gestacional, embarazo ectópico, síndrome de ovario poliquístico (SOP) y métodos de interrupción del embarazo. Cada uno de estos temas se desarrolla a partir de criterios diagnósticos, características clínicas, factores de riesgo y opciones terapéuticas específicas.

<b>Dato</b>	<b>Mola completa</b>	<b>Mola parcial</b>	<b>Neoflacia trofoblástica</b>
Tipo	Benigna	Benigna	Maligna
Coricitipo	46 xx (paterno)	Triploide 69, xxy	Variable
Embrión	Ausente	Presente anormal	No aplica
Vellosidades	Endomatosas difusas	Mixtas normales	No aplica
Prallacion	Difusa intensa	Focal, leve moderada	Invasiva
HCG	Elevada	Moderado elevado	Elevado persistente
Clínica típica	Sangrado uterino	Aborto fallido	Sangrado persistente
Enfermedad persistente	15-20%	1-5%	Alta
Potencial maligno	Alto	Bajo	Muy alto
Factores de riesgo	>40 años dieta vitamina (A)	Edodaversada aborto previo	Mola previa Edad materna avanzada

### EMBARAZO ECTOPICO

Tipo	Sitio	Frecuencia	DX	TX
Tubario	Trompas	95 – 96%	HCGTU56 transvaginal	Metrotrejate o cirugía
Abdominal	Cavidad peritoneal	1%	RMN, TC USG	Cirugía + con placenta
Ovario	Ovario	<1%	USG clínica	Cirugía
Cervical	Canal cervical	<1%	USG + HCG	MTX, legrado
Cicatriz de cesárea	Miometrio anterior	<1%	USG, saco en cicatriz	MTX legrado
Ligamento	Retroperitonea	Muy Raro	Laparoscopia	Cirugía
Heterópico	Útero + atrocito	Raro	USG + HCG	Cirugía MTX selectivo

<b>SOP</b>	
Diagnostico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hiperandrogenismo (acné, calvicie)</li> <li>2. Alteraciones menstruales (amenorrea)</li> <li>3. USG &gt;12 quistes</li> </ol>
<p style="text-align: center;">DX</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DSG</li> <li>• Clínica</li> <li>• Laboratorios</li> <li>• (LH/FSH)</li> </ul>	<p style="text-align: center;">DX</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferencial</li> <li>• Tiroidopadías</li> <li>• SX Cushing</li> <li>• Resistencia a la insulina</li> <li>• Hiperprolactinemia</li> <li>• Hiperplasia suprarrenal</li> </ul>
<p style="text-align: center;">Etiología</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad</li> <li>• &gt;IMC 35</li> <li>• Genético</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Estudios complementarios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveles de FSH/LH</li> <li>• Niveles de prolactina</li> <li>• CTG &gt; 200</li> <li>• Lípidos</li> <li>• Testosterona – progesterona</li> </ul>
<p style="text-align: center;">Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta, hipo cacica 1000-1500 ka/ día</li> <li>• Ejercicio 30-45 ml</li> </ul>	<p style="text-align: center;">TX</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No buscan el embarazo anticonceptivos 3-6 meses</li> <li>• Mejorar los síntomas del hiperendigenismo</li> </ul>
<p style="text-align: center;">Busca embarazo</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clomífero (estimula la ovulación)</li> <li>2. Gonadotropinas (no ovulación)</li> </ol>	
Mejora la ovulación y la calidad de los óvulos, mejora la resistencia a la insulina.	

QUIRURGICO	FARMACOLOGICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• AMEU (aspiración manual endouterina)</li> <li>• Hasta 12 semanas</li> <li>• Se dilata el cuello uterino</li> <li>• Se introduce cánula conectada, jeringa de 60</li> <li>• Aspiración manual de contenido uterino</li> <li>• Complicaciones (hemorragia, infección) 2. Legrado uterino</li> <li>• 12 semanas</li> <li>• Dilatación del cuello con hegar o laminaria</li> <li>• Introducción de legraromo o cortante</li> <li>• Complicaciones (perforación uterina)</li> <li>• Hemorragia, lesión de órganos, esterilidad permanente</li> </ul> <p>3 histerectomía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier semana de gestación</li> <li>• Cirugía abdominal o vaginal para extirpar el útero</li> <li>- Complicaciones – <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia severa</li> <li>• Lesión de órganos</li> <li>• Esterilidad permanente</li> </ul> </li> </ul> <p>4 laparotomía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier semana de gestación</li> <li>• Apertura quirúrgica del abdomen</li> <li>• Contra del sangrado o extirpación uterina</li> <li>• Complicaciones, infecciones, adherencias, daño visceral</li> </ul>	<p>MIFEPRISTONA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 10 semanas</li> <li>• Combinación con misoprostol mayor eficacia</li> <li>• 200-600 mg vía oral</li> <li>- Contraindicaciones – <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso prolongado</li> <li>• Hemorragia activa</li> <li>• Embarazo ectópico</li> </ul> </li> </ul> <p>MISOPROSTOL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 12 semanas</li> <li>• Único o en combinación con mifertona o metotrexato</li> <li>Dosis – 800 pg. vaginal, bucal o sublingual c/3 hrs.</li> <li>- Contraindicaciones – <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alergia</li> <li>• Hemorragia activa severa</li> <li>• Sospecha de embarazo</li> </ul> </li> </ul> <p>Mifopristona: hasta las 10 semanas 200 – 600 mg VO dosis única  Contraindicaciones: uso prolongado de esteroides</p> <p>Misoprostol: hasta 12 semanas 800 mg vaginal c/3 hrs.  Contraindicaciones: alergia, hemorragia activa severa, sospecha de embarazo ectópico.</p> <p>Metotretato:  50 mg/m IM + misoprostol 500 mg en 3-7 días  Contraindicaciones: hepatopatía, nefropatía, anemia, inmunosupresión,</p>

La enfermedad trofoblástica gestacional incluye tres entidades: mola completa, mola parcial y neoplasia trofoblástica. Estas se diferencian principalmente por su origen genético, presencia o ausencia de embrión, tipo de vellosidades coriales, niveles de hCG y potencial maligno. El reconocimiento oportuno de sus características permite establecer el seguimiento adecuado y prevenir complicaciones.

El embarazo ectópico se presenta cuando la implantación del embrión ocurre fuera de la cavidad uterina. En este trabajo se abordan las principales localizaciones: tubaria, abdominal, ovárica, cervical, cicatriz de cesárea, ligamento ancho y embarazo heterotópico. Cada una cuenta con métodos diagnósticos específicos y opciones de tratamiento médico o quirúrgico según el caso.

El síndrome de ovario poliquístico se caracteriza por alteraciones hormonales como hiperandrogenismo, trastornos menstruales y la presencia de múltiples quistes ováricos en ecografía. Se identifican sus criterios diagnósticos, diagnóstico diferencial, estudios de laboratorio y manejo según si la paciente busca o no embarazo.

Finalmente, se describen los métodos utilizados para la interrupción del embarazo. En el abordaje quirúrgico se incluyen AMEU, legrado, histerectomía y laparotomía, cada uno con sus indicaciones y posibles complicaciones. En cuanto al manejo farmacológico, se detallan los esquemas con mifepristona, misoprostol y metotrexato, con sus respectivas dosis, usos y contraindicaciones.