

**Universidad del Sureste
Campus Comitán**

Licenciatura en Medicina Humana

Actividad: Cuadros de Patologías

Materia: Ginecología y Obstetricia

Docente: Dra. Aguilar Velasco Arely Alejandra

Alumno: Vázquez López Josué

5to "C"

Comitán de Domínguez Chiapas al día 03 de julio del 2025



Introducción

En la salud reproductiva femenina representa un eje central en la práctica obstétrica, siendo múltiples las patologías que pueden afectar el curso normal del embarazo o incluso su instauración. Entre estas, destacan cuatro entidades de gran relevancia clínica: el aborto y sus distintas variantes, el síndrome de ovario poliquístico (SOP), el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG). Cada una de estas condiciones posee características particulares en cuanto a su etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, pero todas comparten el potencial de comprometer la salud reproductiva y general de la mujer.

El aborto, por ejemplo, no solo implica la pérdida del embarazo, sino también una carga emocional y social significativa; su clasificación clínica permite establecer estrategias terapéuticas más efectivas. El SOP, por su parte, constituye una de las endocrinopatías más comunes en mujeres en edad fértil, interfiriendo en la ovulación y generando trastornos metabólicos importantes. En el caso del embarazo ectópico, su diagnóstico oportuno es vital para evitar complicaciones potencialmente mortales. Finalmente, la ETG, aunque menos frecuente, destaca por su comportamiento clínico único, que puede variar desde una patología benigna hasta neoplasias malignas altamente invasivas pero tratables. Comprender en profundidad estos cuatro, permite no solo mejorar el abordaje clínico, sino también reforzar el acompañamiento integral de la mujer en todas las etapas de su salud reproductiva.

Desarrollo

El aborto se define como la terminación del embarazo antes de la viabilidad fetal (antes de las 20 semanas o peso <500 g). Se clasifica en amenaza de aborto, inevitable, incompleto, completo, retenido, séptico y habitual. Esta clasificación permite una mejor aproximación clínica y terapéutica. Las causas más frecuentes son las anomalías cromosómicas, seguidas de causas infecciosas, inmunológicas y anatómicas. El diagnóstico se realiza por medio de ecografía transvaginal y medición de β -hCG. El manejo depende del tipo de aborto y puede ser expectante, médico (uso de misoprostol) o quirúrgico (legrado uterino). En todos los casos, el acompañamiento emocional y el seguimiento postaborto son fundamentales para garantizar la salud física y psicológica de la paciente. Por otro lado, el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) se considera una de las principales causas de

anovulación crónica y de infertilidad femenina. Según los criterios de Rotterdam, el diagnóstico requiere la presencia de al menos dos de los siguientes: oligo/anovulación, hiperandrogenismo (clínico o bioquímico) y ovarios poliquísticos en ecografía. Las pacientes pueden presentar hirsutismo, acné, alopecia y ciclos menstruales irregulares. Su fisiopatología se relaciona con un aumento en la secreción de LH y resistencia a la insulina, lo que favorece el entorno hiperandrogénico. El tratamiento incluye cambios en el estilo de vida, anticonceptivos hormonales para regular los ciclos y medicamentos como metformina o inductores de la ovulación (clomifeno o letrozol) en mujeres que desean concebir. Además, el seguimiento metabólico es vital debido al riesgo aumentado de síndrome metabólico, diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular. El embarazo ectópico representa una urgencia ginecológica, ya que el embrión se implanta fuera del útero, generalmente en la trompa de Falopio. El diagnóstico precoz evita complicaciones como hemorragia masiva por ruptura tubárica. Se debe sospechar en mujeres con retraso menstrual, dolor abdominal y sangrado uterino anormal. El diagnóstico se confirma mediante ecografía transvaginal y niveles de β -hCG. Si no hay saco gestacional intrauterino y la hCG supera el umbral discriminatorio (1500-2000 mUI/mL), se debe sospechar esta patología. El tratamiento puede ser médico con metotrexato en pacientes estables y con ectópicos pequeños, o quirúrgico mediante salpingostomía o salpingectomía. Es importante realizar un seguimiento con β -hCG hasta su negativización para confirmar la resolución completa.

Por último, la Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) incluye un espectro de trastornos originados en el tejido trofoblástico del embarazo. La forma más común es la mola hidatiforme, que puede ser completa (sin embrión, cariotipo diploide paterno) o parcial (embrión no viable, cariotipo triploide). Clínicamente se manifiesta con sangrado uterino anormal, útero más grande de lo esperado y niveles de β -hCG excesivamente elevados. La ecografía muestra un patrón típico en “tormenta de nieve”. El tratamiento inicial es la evacuación uterina mediante aspiración. Posteriormente, se realiza un seguimiento estrecho con niveles de β -hCG para detectar enfermedad persistente. Las formas malignas, como el coriocarcinoma, requieren quimioterapia específica y seguimiento oncológico. Gracias al manejo oportuno, las tasas de curación son elevadas, incluso en presencia de metástasis.

Las patologías mencionadas se conlleva la comprensión profunda de su fisiopatología, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado mejora los desenlaces maternos y reproductivos, consolidando la práctica médica basada en evidencia.

	SINDROME OVARCICO POLIQUISTICA
DEFINICION	Trastorno endocrino crónico, caracterizado por la anovulación, hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos
DIAGNOSTICO	1. Hiperandrogenismo: Acne, hirsutismo, alopecia, citomegalia, aumento de masa muscular y disminución de masa mamaria 2. Alteración menstrual: amenorrea, opsomenorrea > o igual 35 y anovulación. 3. USG > o igual 12 quiste (2-9mm) 4. Obesidad: IMC >35 5. Resistencia de insulina
ETIOLOGIA	1. Obesidad: IMC > o igual de 35 2. genetica
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	1. Tiroidipatias 2. Síndrome de Cushing 3. Resistencia de insulina 4. Hiperprolactemia 5. Hiperplasia suprarrenal 6. Tumores hipofisario
DX	1. USG 2. Clinica 3. Laboratorio: aumento de LH/FSH disminuida, progesterona
ESTUDIO COMPLEMENTARIO	1. Niveles de FSH/LH 2. Niveles de prolactina 3. CTE > o igual 200 4. Lípidos 5. Testosterona 6. Revisión: LH/FSH 7. Progesterona
TRATAMIENTOS	Dieta: hipocaloria 1000-1500 kcl/dia Ejercicio: 30-45 minutos Txque busca embarazo • Clormifeno: estimula la ovulación • Gonatotropinas: solo la que no ovulan • Quirúrgico Tx que no buscan embarazo • Anticonceptivo: 3-6 meses a 1 año (análogos de la progesterona mejorar los síntomas del hiperandrogenismo) ➤ Inositol: 1. Mejora la ovulación y la calidad de los ovulos. 2. Mejora la resistencia de la insulina

	ENFERMEDAD TROFOBlastica Gestacional
DEFINICION	Es un espectro de tumores trofoblasto relacionado con el embarazo. - Tumores molares: mola hidatiforme (completa o parcial) - Neoplasia trofoblastica gestacional maligna: mola invasivo, carcinoma, tumor del sitio placentario y tumor trofoblasto epitelioides
FACTOR DE RIESGO Y EPIDEMIOLOGIA	- Edad: <20 y >40 años - Embarazo molar previo: 1.5% para mola completa y 2.7% mola parcial Otros: - Uso prolongado de anticonceptivo orales - Deficiencia vitaminas, aborto previo - Edad paterna avanzado y tabaquismo
CLASIFICACION	- Mola parcial: casi siempre 69, xxx 0 69, xxy - Patología: embrión, feto, amnios, eritrocito fetal, edema vellosos y proliferación trofoblasto. - Mola completa: 46, xx o 68, xy - Patología: embrión, feto > ausente - Amnios, eritrocito fetal > ausente - Edema vellosos > Difuso - Proliferación trofoblasto > Variable
PLOIDIAS	Mola completa: es normal - Diploide aumentada de origen paterno es 46 xx (85%) Androgénesis: fecundación se da con un espermatozoide haploide - Duplicación de cromosoma 46 xx
CUADRO CLINICO	- Amenorrea: 1-2 meses - Nauseas/vomito: intenso - Hemorragia uterina: casi universal, variable en cantidad - Útero: mayor tamaño al esperado, consistencia blanda - Quiste teca luteínica: grande, difícil detectar en el examen físico - Preclamsia precoz: antes de 24 semana - Hipertiroidismo: raro, tirotoxicosis ocasional.
DIAGNOSTICO	- Citometria: conocer la ploidia celular - Ecografía: imagen en racimo de uva o cadena de perla - Prueba de embarazo y ecografía: para poder realizar en dx necesario
TRATAMIENTOS	- Quimioterapia profiláctica: profilaxis - Legrado con succión: tratamientos preferido sin importar el tamaño

Embarazo Ectópico

Definición

Es la implantación del embarazo fuera de la cavidad uterina

Clasificación:

- 95% del embarazo ectópico se implanta en los distintos segmentos del trompa de Falopio.
- 5% se implanta en el ovario, la cavidad peritoneal o el cuello uterino
- Las cesáreas son cada vez más frecuentes

Factores de riesgo:

- Lesión tubaria previa, después de embarazo ectópico lo que lleva un alto riesgo de 10%
- Infecundidad
- Uso de ART para corregirla
- Infección tubaria y otros ETS
- Tabaquismo

Epidemiología

- Aumento de ITS
- Uso anticonceptivo
- Reproducción asistida
- Provoca el 5% muerte maternas

Tipos	Sitios	Frecuencia	Diagnostico	Tratamientos
Tubarios	Trompas (ampolla, Isthmo)	95-96%	Hcg + USG trasvaginal	Metrotrexato o cirugía (laparoscopia)
Abdominal	Cavidad peritoneal	1%	RM, TAC y USG	Cirugía y control placentario
Ovárico	Ovario	<1%	USG + clínica	Cirugía (resección o ablación)
Cervical	Canal cervical	<1%	USG (saco en cuello uterino)	Legrado o embolización
Cicatriz cesárea	Miometrio anterior	<1%	USG (saco en cicatriz)	Legrado, histerocopios
Ligamiento ancho	Retroperitoneal	Muy raro	Laparoscopia	Cirugía
Hipertónico	Útero	Raro	USG y hcG	Cirugía

Aborto quirúrgico	Farmacológico
AMEU: aborto con altura Indicación: uterina <11cm • Dilatación cervical <1 cm • Producto de <12 SDG • Aborto séptico 6-8 hras después de iniciar antibiótico. Como se realiza: • Se utiliza jeringa de 60 ml y una cánula. ◦ Ejemplos, la jeringa crea vacío y se fija a la cánula que se introduce por vía transcervical dentro del útero LEGRADO Indicación: • Dilatación cervical >1 cm • Aborto con altura uterina >12 cm • Aborto séptico 6-8 hora después de iniciar antibiótico. Como se realiza: • Después de realizar una exploración bimanual para establecer el tamaño y orientación del útero, se introduce un espejo vaginal y el cuello uterino, se limpia una solución de p. yodada o equivalente. LASPAROSTOMIA Indicación: • Cuando ha fallado el legrado la complicación grave que ponen un peligro de la vida de la mujer, • Embarazo ectópico roto • Peritonitis o sepsis • Hemorragia intraabdominal Contraindicación: • Inestabilidad hemodinámica grave sin estabilidad previa • Trastornos severos de la coagulación • Infección generalizada sin cobertura antibiótica adecuada • Cardiopatía y neumopatía DILATACION Y EVACUACION: a partir de las 16 SDG Indicación: • El tamaño del feto • Estructura del feto • Dilatación del cuello uterino Contraindicación: • Embarazo ectópico • Cuello uterino cerrado • Anemia severa • Inestabilidad hemodinámica	MISOPROSTOL: • Dosis: 200-600mg VO u 800 mg vía vaginal en varias dosis en el transcurso de 72 horas • Indicación: ◦ Dilatación ◦ Contracción ◦ <49 días desde la última menstruación ◦ Reblandecimiento cervical • Contraindicación: ◦ Coagulopatía ◦ Alergia ◦ Anemia ◦ Dispositivo intrauterino MIFEPRISTONA • Dosis: 100-600 mg por VO • Indicación: ◦ Contracción ◦ Dilatación ◦ Reblandecimiento cervical • Contraindicación: ◦ Alergia ◦ Anemia ◦ Coagulopatía ◦ Dispositivo intrauterino METOTREXATO: • Dosis: 50 mg/m2 IM u oral • Indicación: ◦ Dilatación cervical ◦ <49 días desde la última menstruación ◦ Embarazo ectópico sin sangrado activo • Contraindicación: ◦ Alergia ◦ Anemia

Conclusión

En la conclusión de las patologías ginecología y obstétricas abordadas el aborto en sus diversas formas, el síndrome de ovario poliquístico (SOP), el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) representan y conlleva las condiciones que pese a su diferente naturaleza, convergen en un mismo eje como por ejemplo el riesgo sobre la fertilidad, la vida y el bienestar integral de la mujer.

El aborto, como evento clínico y social, conlleva no solo el manejo físico del proceso, sino también un acompañamiento emocional que debe formar parte del cuidado integral. El SOP, por su cronicidad y su impacto más allá del sistema reproductivo, exige una visión multidisciplinaria que aborde tanto los trastornos hormonales como los riesgos metabólicos a largo plazo. En el caso del embarazo ectópico, el diagnóstico precoz y el manejo oportuno son literalmente salvavidas, dado que la hemorragia asociada a su ruptura continúa siendo una causa de muerte materna en el primer trimestre. Finalmente, la ETG se presenta como un reto diagnóstico por su rareza, pero también como un ejemplo de cómo un tratamiento adecuado puede ofrecer tasas de curación superiores al de un porcentaje máximo, incluso en casos metastásicos.

El abordaje de estas patologías exige más que conocimientos técnicos; requiere empatía, sensibilidad clínica, actualización continua y una visión integral de la salud femenina. Así, el término que mejor resume la relevancia y el impacto de estas condiciones en la práctica médica es vulnerabilidad reproductiva lo cual es un concepto que no solo refleja el riesgo clínico que enfrentan las pacientes, sino también la necesidad de fortalecer su atención, su educación sanitaria y su acompañamiento a lo largo de la vida fértil.

Garantizar un diagnóstico temprano, un tratamiento eficaz y un seguimiento humanizado en estas patologías no solo preserva la función reproductiva, sino que protege la dignidad y la salud integral de la mujer.

Bibliografía

Cunningham, L. B. (2011). Patologías: SOP, ETG, embarazo ectópico y aborto. En N. L. Carbajal (Ed.), *Williams Obstetricia 23 edición* (A. M. Ruiz, Trad., 23 a ed.). McG-H Interamericana.

