|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dato** | **Mola completa** | **Mola parcial** | **Neoflacia trofoblastica** |
| 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  |
| Pralleracion  | 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 ablación  |
| Cervical  | Canal cervical  | <1% | USG + HCG  | MTX, legrado  |
| Cicatriz de cesárea  | Miometrio anterior  | <1% | USG, saco en cicatriz  | MTX legrado  |
| Ligamento ancho  | Retroperitoneal  | Muy Raro  | Laparoscopia  | Cirugía  |
| Heterópico  | Útero + atrocito  | Raro  | USG + HCG  | Cirugía MTX selectivo  |

|  |
| --- |
| **SOP**  |
| Diagnostico  | 1. Hiperandrogenismo (acné, calvicie)
2. Alteraciones menstruales (amenorrea)
3. USG >12 quistes
 |
| DX* DSG
* Clínica
* Laboratorios
* (LH/FSH)
 | DX * Diferencial
* Tiroidapadias
* SX Cushing
* Resistencia a la insulina
* Hiperprolactinemia
* Hiperplasia suprarrenal
 |
| Etiología * Obesidad
* >IMC 35
* Genético
 | Estudios complementarios * Niveles de FSH/LH
* Niveles de prolactina
* CTG > 200
* Lípidos
* Testosterona – progesterona
 |
| Tratamiento * Dieta, hipo cacica 1000-1500 ka/día
* Ejercicio 30-45 ml
 | TX* No buscan el embarazo anticonceptivos 3-6 meses
* Mejorar los síntomas del hiperendigenismo
 |
| Busca embarazo 1. Clomífero (estimula la ovulación)
2. Gonadotropinas (no ovulación)
 |  |
| Mejora la ovulación y la calidad de los óvulos, mejora la resistencia a la insulina.  |

|  |  |
| --- | --- |
| **QUIRURGICO** | **FARMACOLOGICO**  |
| * AMEU (aspiración manual endouterina)
* Hasta 12 semanas
* Se dilata el cuello uterino
* Se introduce cánula conectada, jeringa de 60
* Aspiración manual de contenido uterino
* Complicaciones (hemorragia, infección) 2. Legrado uterino
* 12 semanas
* Dilatación del cuello con hegar o laminaria
* Introducción de legraromo o cortante
* Complicaciones (perforación uterina)
* Hemorragia, lesión de órganos, esterilidad permanente

3 histerectomía * Cualquier semana de gestación
* Cirugía abdominal o vaginal para extirpar el útero
* Complicaciones –
* Hemorragia severa
* Lesión de órganos
* Esterilidad permanente

4 laparotomía * Cualquier semana de gestación
* Apertura quirúrgica del abdomen
* Contra del sangrado o extirpación uterina
* Complicaciones, infecciones, adherencias, daño visceral
 | MIFEPRISTONA * Hasta 10 semanas
* Combinación con misoprostol mayor eficacia
* 200-600 mg vía oral
* Contraindicaciones –
* Uso prolongado
* Hemorragia activa
* Embarazo ectópico

MISOPROSTOL * Hasta 12 semanas
* Único o en combinación con mifertona o metotrexato

Dosis – 800 pg. vaginal, bucal o sublingual c/3 hrs. * Contraindicaciones –
* Alergia
* Hemorragia activa severa
* Sospecha de embarazo

Mifopristona: hasta las 10 semanas 200 – 600 mg VO dosis única Contraindicaciones: uso prolongado de esteroides Misoprostol: hasta 12 semanas 800 mg vaginal c/3 hrs. Contraindicaciones: alergia, hemorragia activa severa, sospecha de embarazo ectópico.Metotretato: 50 mg/m IM + misoprostol 500 mg en 3-7 días Contraindicaciones: hepatopatía, nefropatía, anemia, inmunosupresión, lactancia, alergia  |