



Jorge Yair Alvarado Ramirez

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco

Cuadros

Ginecología

PASIÓN POR EDUCAR

6 “C”

Introducción

Las complicaciones del embarazo en el primer y segundo trimestre son una causa frecuente de atención médica en ginecología y obstetricia, y constituyen un tema crucial por su impacto tanto en la salud física como emocional de la paciente. Entre estas destacan el aborto espontáneo, la amenaza de aborto y el aborto inducido, cada una con causas, presentación clínica y manejo específico. Su identificación oportuna permite disminuir riesgos maternos y preservar la salud reproductiva.

Asimismo, el embarazo ectópico es una urgencia ginecológica en la cual el embrión se implanta fuera de la cavidad uterina, principalmente en las trompas de Falopio. Esta condición representa una causa común de dolor abdominal agudo en mujeres en edad fértil y puede comprometer la vida de la paciente si no se diagnostica a tiempo. El uso de ultrasonido transvaginal y la determinación de β -hCG son herramientas esenciales para su diagnóstico y decisión terapéutica.

Por otro lado, la enfermedad trofoblástica gestacional abarca un conjunto de alteraciones del trofoblasto, incluyendo la mola parcial, mola completa y la neoplasia trofoblástica. Estas entidades pueden cursar con sangrado uterino anormal, útero de mayor tamaño para la edad gestacional y niveles muy elevados de hCG, lo cual no solo ayuda al diagnóstico, sino que también es clave en el seguimiento post-tratamiento debido al riesgo de malignización.

Finalmente, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino-metabólico frecuente en mujeres jóvenes, caracterizado por anovulación crónica, hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos. No solo se relaciona con infertilidad, sino también con alteraciones menstruales y un mayor riesgo de desarrollar síndrome metabólico. Su diagnóstico se basa en los criterios de Rotterdam, y su tratamiento varía según el deseo reproductivo de la paciente.

Aborto

Aspecto	Aborto espontáneo	Amenaza de aborto	Aborto inducido
Definición	Pérdida no provocada del embarazo antes de la semana 20 o con peso fetal <500 g. Puede ser clínicamente evidente (sangrado/dolor) o silente.	Sangrado vaginal con cuello uterino cerrado y embrión viable con latido cardíaco. El embarazo aún puede continuar.	Terminación deliberada del embarazo antes de la viabilidad fetal (<20-24 semanas), por decisión médica (terapéutico) o personal (electivo).
Clasificación	Completo, incompleto, inevitable, retenido, séptico, anembriónico. Temprano (<12 sem) / Tardío (12-20 sem).	No se clasifica	Electivo: decisión personal. Terapéutico: riesgo materno grave, malformaciones, etc. Según técnica: médico / quirúrgico.
Factores de riesgo	Trisomía 21 (más frecuente), >35 años, DM, hipotiroidismo, SAF, infecciones TORCH, VIH, clamidia, alcohol, tabaco, cafeína >500 mg/día, defectos uterinos.	1er trimestre, alteraciones cromosómicas (30-70%), tabaco, cafeína (>500 mg), DM, hipotiroidismo, alcohol, infecciones, trauma.	Embarazo no deseado, enfermedades graves, malformaciones fetales, infección congénita, abuso sexual, fallo anticonceptivo.
Incidencia	10–20% de embarazos clínicamente reconocidos. 80% en primer trimestre.	25% de embarazos. 50% de estos evolucionan a aborto.	88% antes de la semana 12.
Diagnóstico	Sangrado vaginal, dolor tipo cólico, USG sin latido o saco irregular, hCG descendente.	Sangrado leve, cérvix cerrado, embrión con latido. Progesterona sérica útil.	Confirmación del embarazo intrauterino, edad gestacional, evaluación médica completa.
Tratamiento (fármacos y Qx)	Expectante; médico: Misoprostol ± Mifepristona; quirúrgico: AMEU, legrado, evacuación.	Reposo, abstinencia sexual, progesterona si hay déficit confirmado.	Mifepristona + Misoprostol, Metotrexato + Misoprostol, AMEU, legrado, evacuación, laparotomía si complicaciones.

Seguimiento	USG para vaciamiento, hCG si aborto retenido, vigilar infección/hemorragia.	USG semanal, control clínico y evolución del embarazo.	Confirmar vaciamiento, vigilar infección/sangrado, anticoncepción postaborto.
Fármacos (dosis y vía)	Misoprostol 800 mcg vaginal o sublingual; Mifepristona 200 mg VO.	Progesterona 200 mg VO o 100–200 mg vaginal/día	Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg vaginal/sublingual. Metotrexato 50 mg/m ² IM u oral.

Síndrome de ovario poliquístico

Aspecto	Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)
Definición	Trastorno endocrino y metabólico heterogéneo caracterizado por anovulación, hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos.
Clasificación	No tiene clasificación clínica formal, pero se define por los Criterios de Rotterdam (2 de 3): 1) Hiperandrogenismo 2) Alteraciones menstruales (oligo- o amenorrea) 3) USG con ≥ 12 folículos o volumen ovárico aumentado (>10 ml).
Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Obesidad (IMC $\geq 25-30$) - Historia familiar (hermana o madre) - Resistencia a la insulina - Pubertad temprana - Sedentarismo
Incidencia	Afecta aproximadamente al 6–12% de mujeres en edad fértil, siendo una de las principales causas de infertilidad anovulatoria.
Diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clínica: hirsutismo, acné, alopecia, amenorrea u oligoamenorrea 2. USG transvaginal: ovarios con ≥ 12 folículos o volumen >10 ml 3. Lab: aumento de LH/FSH ($>2:1$), testosterona elevada, resistencia a insulina, CTG ≥ 200 mg/dL, prolactina y TSH para descartar otras causas.
Tratamiento (fármacos y Qx)	<p>Sin deseo de embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anticonceptivos combinados (3–6 meses) - Antiandrógenos: espironolactona

	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizadores a la insulina: metformina <p>Con deseo de embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Citrato de clomifeno 50–100 mg/día por 5 días - Gonadotropinas si falla lo anterior - Cirugía (drilling ovárico) en casos resistentes
Seguimiento	<p>Monitoreo de ovulación si busca embarazo</p> <p>Evaluación periódica de glucosa, lípidos y peso</p> <p>USG de control y perfil hormonal si no mejora</p>
Fármacos (dosis y vía)	<ul style="list-style-type: none"> - Clomifeno: 50–100 mg VO/día por 5 días ciclo - Metformina: 1500–2000 mg/día VO - Anticonceptivos combinados VO (etinilestradiol + progestina) - Espironolactona: 50–100 mg/día VO

Embarazo Ectopico

Definición	Implantación del embrión fuera de la cavidad uterina, generalmente en la trompa de Falopio
Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones tubáricas previas - Anticonceptivos (DIU) - Tabaquismo - ITS (especialmente Chlamydia) - Salpingitis - Reproducción asistida
Incidencia	1-2% de todos los embarazos. Causa común de dolor abdominal en mujeres en edad fértil.
Localización	<ul style="list-style-type: none"> - Tubárico (más frecuente): <ul style="list-style-type: none"> * Ampular 70% * Istmo 12% * Fimbria 11% - Ovárico 3% - Cervical, uterino, abdominal (raros)
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Amenorrea 2-3 semanas - Dolor abdominal bajo - Dolor en hombro (sangrado intraabdominal) - Hemorragia vaginal - Abultamiento en fondo de saco vaginal - Hemoperitoneo (casos graves)

Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - USG transvaginal (no visualiza saco gestacional intrauterino) - β-hCG > 1500-2000 mUI/mL sin evidencia de embarazo intrauterino - Progesterona sérica < 5 ng/mL sugiere no viable o ectópico - BH (anemia) - Clínica
Tratamiento médico	- Metotrexato (50 mg/m ² IM en embarazo < 2 cm sin rotura, β -hCG < 5000)
Tratamiento quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> - Salpingostomía o salpingectomía - Requiere laparoscopia o laparotomía - Recomendado si hay hemorragia, inestabilidad hemodinámica o contraindicación a metotrexato
Criterios quirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> - Datos de hipovolemia - Dolor severo o signos de irritación peritoneal - β-hCG > 5000 - Presencia de saco gestacional con latido cardiaco
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorización seriada de β-hCG hasta niveles indetectables - Repetición de USG según evolución clínica

Enfermedad Trofoblastica gestacional

Característica	Mola Parcial	Mola Completa	Neoplasia Trofoblástica
Cariotipo	Triploide (69,XXY o 69,XXX) – origen materno y paterno	Diploide (46,XX o 46,XY) – solo paterno	Variable
Embrión/feto	Presente pero no viable	Ausente completamente	No aplica
Vellosidades coriónicas	Hidropesía focal, alguna vascularización	Hidropesía difusa, sin vasos sanguíneos, hiperplasia trofoblástica	Invasión miometrial, vellosidades ausentes en coriocarcinoma
hCG	<ul style="list-style-type: none"> - Elevada pero menor que en mola completa - Puede persistir tras evacuación 	<ul style="list-style-type: none"> - Muy elevada (>100,000 UI/L), puede asociarse a quistes teca luteínicos y síntomas como hiperemesis gravídica y tirotoxicosis 	<ul style="list-style-type: none"> - Persistente tras evacuación - Se usa para diagnóstico, estadificación (FIGO), vigilancia post-tratamiento y detección de recaídas

		- Marcador clave para diagnóstico y seguimiento	
Cuadro clínico	- Sangrado transvaginal - Útero pequeño para la edad gestacional - Aborto incompleto recurrente	- Sangrado abundante - Útero grande para la edad - Ausencia de latido fetal - Hiperemesis, preeclampsia temprana, quistes ováricos	- Hemorragia persistente - Síntomas sistémicos por metástasis: pulmón (hemoptisis), cerebro (cefalea, convulsiones)
Diagnóstico	- USG con áreas quísticas y feto malformado - hCG moderadamente elevada - Confirmación histológica	- USG en copos de nieve, ausencia de embrión - hCG muy elevada - Histopatología obligada tras evacuación	- hCG persistente o elevada tras evacuación - Biopsia de metástasis - TAC, RM o Rx para extensión
Tratamiento	- AMEU o legrado uterino - Anticoncepción por 6 meses - Seguimiento con hCG semanal	- Legrado por aspiración - Seguimiento estricto con hCG - Anticoncepción obligada por 1 año	- Quimioterapia (actinomicina D, metotrexato, EMA-CO) - Cirugía en casos resistentes
Complicaciones	- Pocos casos progresan a neoplasia trofoblástica - Riesgo bajo de metástasis	- 15-20% evolucionan a enfermedad trofoblástica persistente	- Alta tasa de metástasis si no se trata a tiempo - Afectación pulmonar, hepática y cerebral
Pronóstico	Excelente con seguimiento	Excelente con tratamiento oportuno	Generalmente bueno si se diagnostica y trata precozmente; FIGO <6 = buen pronóstico

Conclusion

El estudio comparativo de patologías ginecológicas como el aborto (espontáneo, inducido y amenaza de aborto), la enfermedad trofoblástica gestacional, el embarazo ectópico y el síndrome de ovario poliquístico permite comprender su impacto clínico, diagnóstico y terapéutico en la salud reproductiva femenina. Se observa cómo estas entidades comparten signos clínicos como el sangrado vaginal o la alteración hormonal (como los niveles de hCG), pero difieren en su fisiopatología, riesgos y abordajes.

El aborto espontáneo y la amenaza de aborto se relacionan estrechamente con factores genéticos, endocrinos e infecciosos; mientras que el aborto inducido se guía por decisiones médicas o personales. Por otro lado, el embarazo ectópico representa una urgencia ginecológica potencialmente mortal, cuya detección temprana mediante USG transvaginal y marcadores como hCG y progesterona sérica es clave para evitar complicaciones graves como hemorragia intraabdominal.

La enfermedad trofoblástica gestacional, en sus distintas formas (mola parcial, completa y neoplasia trofoblástica), requiere un seguimiento estricto del valor de hCG tras evacuación uterina, siendo fundamental para evitar recaídas o progresión a estados malignos. Finalmente, el síndrome de ovario poliquístico, aunque no es una urgencia, representa una causa frecuente de anovulación e infertilidad, y debe tratarse de forma integral por sus repercusiones metabólicas y reproductivas.

Comprender cada una nos ayuda a fortalecer la toma de decisiones médicas centradas en la salud integral de la mujer, resaltando la importancia del diagnóstico precoz, el seguimiento adecuado y la solución eficaz.

Bibliografia

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2013). *Williams Obstetricia* (23.^a ed.). McGraw-Hill Education.