



**Diana Citlali Cruz Rios**

**Dra. Arely Alejandra Aguilar**

**Unidad 4**

PASIÓN POR EDUCAR

**Ginecología Y Obstetricia**

**6° "C"**

## INTRODUCCION SOP

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es una afección hormonal común que afecta a las mujeres en edad reproductiva. Generalmente comienza durante la adolescencia, pero los síntomas pueden fluctuar con el tiempo. El síndrome de ovario poliquístico puede provocar desequilibrios hormonales, períodos irregulares, niveles excesivos de andrógenos y quistes en los ovarios. El SOP puede afectar la fertilidad, el metabolismo y la salud mental, y aumentar el riesgo de complicaciones a largo plazo, como diabetes y enfermedades cardíacas. Se desconoce la causa exacta del síndrome de ovario poliquístico, pero puede implicar factores genéticos y ambientales, como la resistencia a la insulina y la inflamación. El SOP se diagnostica por la presencia de al menos dos signos o síntomas que pueden ser andrógenos elevados, ovulación irregular o ausente y ovarios poliquísticos. El SOP se puede controlar mediante cambios en el estilo de vida, medicamentos y cirugía, según los síntomas, objetivos y preferencias del paciente. Se caracteriza por una combinación de síntomas que pueden incluir:

### Síntomas

1. Irregularidades menstruales: Las mujeres con SOP pueden experimentar irregularidades menstruales, como períodos irregulares o ausencia de menstruación.
2. Hiperandrogenismo: El hiperandrogenismo se refiere a niveles elevados de hormonas masculinas, lo que puede causar síntomas como acné, crecimiento excesivo de vello y pérdida de cabello.
3. Ovario poliquístico: Los ovarios pueden contener múltiples quistes pequeños, aunque no todas las mujeres con SOP tienen ovarios poliquísticos.

### Causas y factores de riesgo

La causa exacta del SOP no se conoce, pero se cree que puede estar relacionada con:

1. Desequilibrio hormonal: El desequilibrio hormonal puede jugar un papel importante en el desarrollo del SOP.
2. Resistencia a la insulina: La resistencia a la insulina puede aumentar el riesgo de desarrollar SOP.

### Complicaciones

El SOP puede aumentar el riesgo de desarrollar varias complicaciones, como:

1. Infertilidad: El SOP es una causa común de infertilidad en mujeres.
2. Diabetes tipo 2: Las mujeres con SOP tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.
3. Enfermedades cardiovasculares: El SOP puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Por lo que podemos decir que el SOP es una condición compleja que requiere de una atención integral para su prevención y/o curación, como iremos viendo en los siguientes cuadros.

## INTRODUCCIÓN SOBRE ABORTO

Para poder comenzar con el tema de aborto es importante mencionar que el aborto es un tema controvertido y complejo que involucra consideraciones éticas, legales y personales y que las leyes y regulaciones sobre el aborto varían según el país y la región.

La atención médica segura y accesible es crucial para las personas que buscan abortar, ya sea que el aborto sea espontáneo o inducido, y la falta de acceso a atención médica adecuada puede llevar a complicaciones graves y potencialmente mortales.

Ahora bien definiendo el tema, podemos decir que el aborto es la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable fuera del útero, y como iremos viendo puede ser espontáneo (aborto natural) o inducido (aborto provocado).

### Tipos de aborto

1. Aborto espontáneo: El aborto espontáneo ocurre cuando el embarazo se interrumpe naturalmente debido a factores como anomalías genéticas o problemas de salud.

2. Aborto inducido: El aborto inducido es la interrupción deliberada del embarazo mediante métodos médicos o quirúrgicos.

El aborto se puede realizar por distintos métodos como por ejemplo en el aborto inducido:

1. Aborto médico: El aborto médico se realiza mediante medicamentos que inducen el aborto.

2. Aborto quirúrgico: El aborto quirúrgico se realiza mediante procedimientos quirúrgicos que extraen el contenido uterino.

Como había mencionado al inicio el aborto ha sido a lo largo del tiempo un tema de controversia, mismo que ha originado grandes polémicas y ha llevado a instituciones legales, religiosas y políticas a tomar cartas en el asunto. Durante las disputas existen dos tipos de posiciones, "los que apoyan la vida del feto" vs "aquellos que apoyan el derecho a la mujer de tomar la decisión sobre su cuerpo", es por ello la importancia de conocer mas a cerca del tema el cual estara mejor desarrollado en los siguientes cuadros.

## INTRODUCCIÓN SOBRE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

La ETG comprende un grupo de trastornos que se caracterizan por el crecimiento y desarrollo anormal del trofoblasto después de una fertilización anormal.

Esta enfermedad suele ser de buen pronóstico y su potencial agresivo se debe a la capacidad de invasión y persistencia.

Estos trastornos incluyen afecciones como:

- La gestación molar: o Mola hidatidiforme completa (MHC) o Mola hidatiforme parcial (MHP)
- Y la NTG: o Mola hidatiforme invasiva (MHI) o Coriocarcinoma (CC) o Tumor trofoblástico del lecho placentario (TTLP o PSTT) o Tumor trofoblástico epitelioides (TTE o ETT).

El pronóstico de este tipo de tumores depende del estadio inicial y de que se administren los tratamientos apropiados.

El diagnóstico de mola hidatiforme (MH), CC, TTLP y TTE es anatomopatológico, mientras que la NTG se define por criterios clínicos y analíticos.

Las entidades incluidas como ETG varían ampliamente en cuanto a su comportamiento; pero el término NTG se refiere de forma específica a las que tienen capacidad para invadir los tejidos y producir metástasis de forma grave.

Dentro de la NTG, la mola invasiva y el coriocarcinoma se caracterizan por sus niveles altos de gonadotropina coriónica humana (hCG), mientras que el PSTT y el ETT suelen tener niveles bajos de hCG.

Antes del desarrollo de una quimioterapia eficaz para la NTG, la mayoría de las pacientes con enfermedad localizada en el útero se trataban con histerectomía, pero la enfermedad metastásica era casi siempre mortal.

Con el uso de ensayos cuantitativos sensibles para la hCG y el manejo apropiado con quimioterapia altamente efectiva, la mayoría de las mujeres con NTG pueden curarse y preservar su función reproductiva.

De esta forma tenemos que diferenciar los dos conceptos, para comprender mejor el tema:

- Enfermedad trofoblástica gestacional (ETG): Van a ser aquellas lesiones caracterizadas por una proliferación anormal del trofoblasto de la placenta y esta se compone de lesiones benignas, no neoplásicas, que incluyen el nódulo del lecho placentario, el lecho placentario exagerado y la mola hidatidiforme.
- Neoplasia trofoblástica gestacional (NTG): Son aquellas donde se incluyen: coriocarcinoma, tumor trofoblástico del lecho placentario, tumor trofoblástico epitelioides y mola invasiva. En ausencia de tejido para un diagnóstico histopatológico definitivo, la enfermedad se diagnostica como resultado de la elevación persistente de la hCG tras la evacuación de un embarazo molar. Ahora bien los factores de riesgo, clínica diagnóstico y tratamiento los veremos con mejor profundidad en los cuadros.

# ENFERMEDAD TROFOBlastica GESTACIONAL

<b>DEFINICION</b>	<p>El término enfermedad trofoblástica gestacional se refiere a un espectro de tumores placentarios relacionados con el embarazo.</p> <p>La enfermedad trofoblástica gestacional se divide en tumores molares y no molares.</p>
<b>MOLA HIDATIFORME</b>	<p>Características histológicas: son anomalías de las vellosidades coriónicas consistentes en proliferación trofoblástica y edema del estroma velloso.</p> <p>Clasificación: 1 Mola hidatiforme: -completa y parcial. 2 Neoplasia trofoblástica gestacional: -mola invasiva -coriocarcinoma - tumor trofoblástico del sitio placentario</p>
<b>MOLA HIDATIFORME PARCIAL</b>	<p>Características mola parcial: embrión a menudo presente, amnios y eritrocitos fetales a menudo presente, casi siempre muestran degeneración hidropica y edema velloso, ausencia de vasos sanguíneos. <b>Dx:</b> aborto fallido</p>
<b>PLOIDIA</b>	<p>La composición cromosómica de las molas completas suele ser diploide y de origen paterno. 85% son 46XX y ambos conjuntos de cromosomas son de origen paterno. En un proceso llamado androgénesis, el huevo se fecunda con un espermatozoide haploide, que duplica sus propios cromosomas después de la meiosis</p>
<b>POTENCIAL MALIGNO</b>	<p>El embarazo molar completo tiene una mayor incidencia de secuelas malignas que las molas parciales</p>
<b>MOLA HIDATIFORME COMPLETA</b>	<p>Características: Embrion/feto ausente, amnios, eritrocitos fetales ausente, edema velloso difuso. <b>Dx: Embarazo molar.</b> Tamaño uterino-50% mas grande para la fecha.</p>
<b>EMBARAZO MOLAR GEMELAR</b>	<p>5% de las molas diploides era parte de un embarazo gemelar con un feto. La supervivencia depende del establecimiento del Dx.aparición de problemas es por el componente molar, como preeclampsia o hemorragia, riesgo sustancial de desarrollar neoplasia trofoblastica gestacional.</p>
<b>CITOMETRÍA</b>	<p>Puede usarse la citometría de flujo o la citometría de imagen automatizada para conocer la ploidía celular</p>
<b>HEMATÓFAGOS</b>	<p>En 25 a 60% de las mujeres con una mola completa, los ovarios contienen múltiples quistes de la teca luteínica. Éstos pueden ser desde microscópicos hasta medir 10 cm o más de diámetro.Se cree que son resultado de la estimulación excesiva de elementos luteínicos por las grandes cantidades de hCG secretada por las células trofoblásticas en proliferación.</p>
<b>EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es más frecuente en mujeres de origen hispano e indias estadounidenses.</li> <li>• Edad: adolescentes y mujeres de 36 a 40 años, riesgo- dos veces más alto, mayores de 40 años - riesgo casi 10 veces mayor.</li> <li>• Uso de anticonceptivos orales y su duración.</li> <li>• Antecedente</li> <li>• de un aborto aumentan la probabilidad de un embarazo molar.</li> </ul>

# ENFERMEDAD TROFOBlastica Gestacional

<b>CUADRO CLINICO</b>	1 o 2 meses de amenorrea, náuseas y vómito, hemorragia uterina, hemorragia uterina oculta considerable con anemia ferropénica, crecimiento uterino más rápido de lo esperado, no se detecta movimiento cardíaco fetal, niveles de tiroxina incrementados y TSH bajo
<b>DIAGNOSTICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la mayoría de los casos hay amenorrea de duración variable, casi siempre seguida de hemorragia irregular.</li> <li>Ecográfica: Característica de una mola completa incluye una masa uterina ecógena compleja con muchos espacios quísticos, sin feto ni saco amniótico. Las características ecográficas de la mola parcial incluyen placenta engrosada e hidrópica con tejido fetal</li> </ul>
<b>TRATAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hay 2 principios básicos para el Tx de todos los embarazos molares: 1. la evacuación de la mola. 2. Seguimiento regular para detectar enf. trofoblástica.</li> <li>Pruebas de laboratorio: -Biometría hemática, -Tipo sanguíneo, -Panel de anticuerpos, -Niveles séricos de transaminasa hepática, -Concentración inicial de hCG-B</li> <li>Histerectomía: -Si no se desean más embarazos; en mujeres de 40 años o más reduce la probabilidad de neoplasia trofoblástica gestacional persistente;- Es un auxiliar importante del tratamiento de los tumores resistentes a la quimioterapia</li> </ul>
<b>NEOPLASIA TROFOBlastica Gestacional</b>	Se caracteriza por su invasión agresiva al miometrio y la propensión a la metastasis. Clasificación histopatológica: 1 mola invasiva, 2 coriocarcinoma gestacional, 3 Tumor trofoblástico del sitio placentario -Tumor trofoblástico epiteloidal.
<b>EVOLUCION CLINICA</b>	-Hallazgo más frecuente (hemorragia irregular), puede ser continua o intermitente, con inicio súbito y a veces intensa, la perforación miometrial por crecimiento trofoblástico puede causar hemorragia intraperitoneal. algunas mujeres se presentan con lesiones metastásicas en la vagina o vulva.
<b>CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA</b>	-Mola invasiva, -Coriocarcinoma, -Tumor trofoblástico del sitio placentario, -Tumor trofoblástico epiteloidal.
<b>DIAGNOSTICO</b>	-Factor más importante (la posibilidad de neoplasia trofoblástica gestacional). -Medir los niveles séricos de hCG-B. -Considerar legrado diagnóstico. -Biometría hemática. -Pruebas de función renal y hepática. -Radiografía torácica. -La tomografía con emisión de positrones puede ser útil
<b>TRATAMIENTO</b>	*preferible la referencia al oncólogo. -Se administra quimioterapia con un solo fármaco para neoplasia no metastásica (metotrexato o actinomicina D). -La repetición del legrado se hace solo si hay hemorragia o una cantidad importante de tejido molar retenido.

# SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO

## DEFINICION

Trastorno endocrino y metabolico heterogeneo, de probable origen genetico, influido por factores ambientales como la nutricion y la actividad fisica

## EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia del SOP en diferentes poblaciones es del 3% al 7% en mujeres en edad reproductiva.  
La prevalencia en Mexico es reportada en un 6%

## FACTORES DE RIESGO

-Antecedentes de menarca temprana  
-Antecedente familiar del SOP  
-Incremento excesivo del IMC al inicio de la menarca.

## SIGNOS Y SINTOMAS

Manifestaciones clinicas mas frecuentes:

- **Trastornos menstruales:** -Amenorrea 60%, Opsomenorrea 30-35
- **Datos de hiperandrogenismo:** Hirsutismo 60%, acné, alopecia, virilización
- **El hirsutismo se valora con la escala de Ferriman Gallwey mayor a 8**

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Para determinar si la paciente con SOP con regularidad menstrual tiene ciclos ovulatorios debe determinarse progesterona serica.

Cifras indicativas de anovulacion es la progesterona en la fase lutea media es menor de 5 ng.

**Criterios para su diagnostico:** el mas aceptado es el Androgen Excess and PCOS Society 1

## PRUEBAS DIAGNOSTICAS

El diagnostico es clinico.

**Pruebas de laboratorio y gabinete:** -niveles sericos de testosterona - hormona estimulante del foliculo y hormona luteinizante -Razon LH/FSH(mayor a 2) -Glucemia e insulina - Progesterona serica -Ultrasonografia pelvica o endovaginal.

\*El ultrasonido transvaginal en el SOP detecta ovarios poliquisticos (La imagen compatible con poliquistosis ovarica es en uno o 2 de los ovarios de 12 o mas foliculos (2-9mm) y/o un volumen ovarico mayor de 10cm.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Disfuncion tiroidea
- Hiperprolactinemia
- Sindrome de cushing
- Tumores secretores de androgenos.

\*La tomografia puede ser de utilidad en px con sospecha de tumor productor de androgenos de origen ovarico y suprarrenal.

## TX NO FARMACOLOGICO

Aspecto nutricionales en el SOP:

- Dieta baja en calorias: 1000 a 1200 kcal7dia
- Reduccion de 500 a 1000 kcal/dia cada semana, con respecto a la dieta habitual
- En mujeres obesas dieta baja en carbohidratos y grasas
- Incrementar la actividad fisica

## TX FARMACOLOGICO

Los anticonceptivos orales combinados son el tx de 1ra linea en px sin deseo de embarazo por periodos a 6 meses.

**Anticonceptivos hormonales:** -ciproterona y drospirenona (3 mg) en combinacion con etilenestradiol (0.035 o 0.030 mg, respectivamente), en ciclos de 21 dias de tx por 7 de descanso.

**Acetato de medroxiprogesterona** a razon de 10 mg durante 7 a 10 dias en la 2da fase del ciclo durante 3 a 6 meses-para la regularizacion de los o por trastornos menstruales

-**Espironolactona** (100-200 mg por dia)

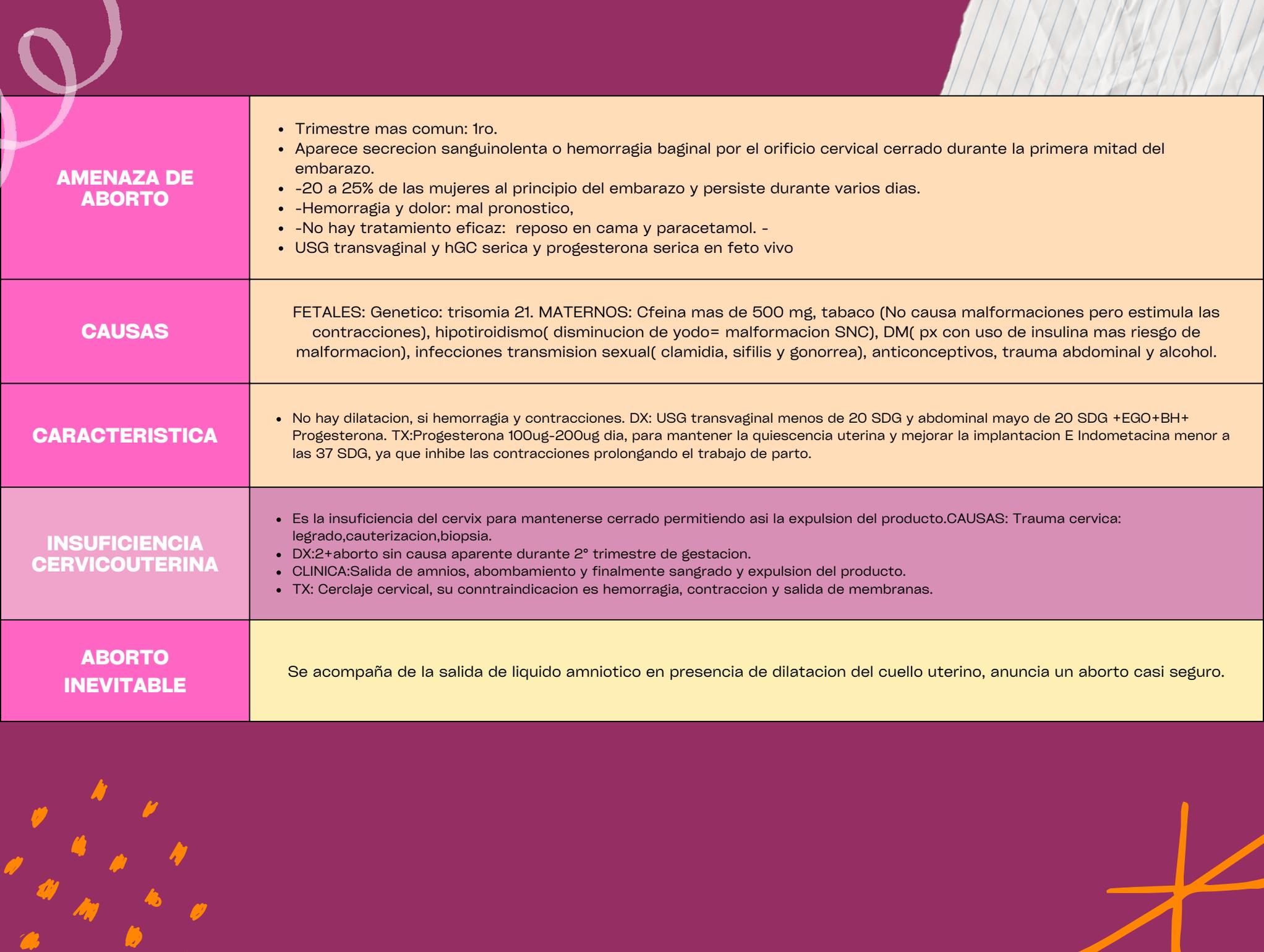
- Tx hirsutismo; sola o acompañado por un estrogeno y progestageno

-En px con SOP y resistencia a la insulina se ha recomendado agentes

**sensibilizadores de insulina. -metformina y tiazolinedonias** (pioglitazona o rosiglitazona)-durante 6 meses

# CUADRO COMPARATIVO

	ABORTO
DEFINICION	Terminación del embarazo antes de las 20 sem. de gestacion o con un feto que pesa menos de 500g.
ABORTO ESPONTANEO	<p>-Mas del 80% de los abortos espontáneos se produce en las primeras 12 sem. -El aborto del primer trimestre suele acompañarse de hemorragia. - El ovulo se desprende, lo que estimula una serie de contracciones uterinas que provocan la expulsion.</p> <p><b>FRECUENCIA</b></p> <p>En el 1er trimestre suelen exhibir alguna anomalía embrionaria del cigoto, embrion, feto o en ocasiones placenta. -En 50 a 60% de los embriones y fetos expulsados en forma espontanea, existe alguna anomalia cromosomica (trisomia autosomica, monosommia x, triploidia). -80% de abortos espontaneos en las primeras 12 sem.</p> <p><b>FACTORES MATERNOS</b></p> <p>*Infecciones:Brucella abortus, Campylobacter fetus, Listeria monocytogenes o Chlamidia trachomatis. *Anomalias endocrinas: -Hipotiroidismo, -Traumatismo -Insuficiencia cervicouterina.</p> <p><b>EVALUACION Y TRATAMIENTO</b></p> <p>+Ecografia: -Para ver si el feto vive, -Excluir alguna anomalia fetal importante. *Se toman muestras cervicaes para buscar gonorrea y clamidia. *Se corrje por medio de cerclaje, que refuerza de manera quirurjica el cuello uterino debil con la colocacion de una sutra en bolsa de tabaco; el cerclaje electivo se realiza entre las sem. 12 y 16. *Durante el ambarzo se utilizan 2 tipos de cirujias vaginales frecuentes : -McDonald, -Shirodkar.</p> <p><b>COMPLICACIONES</b></p> <p>*Infecciones: menos frecuentes cuando se realiza menor a 18 sem. -Mayor indice de hospitalizacion y tocolisis. *Rompimiento de membranas: durante la sutura o en las primeras 48hrs despues de la cirujia es indicacion para retirar el cerclaje.</p> <p><b>CLASIFICACION CLINICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ABORTO SEPTICO: Situacion en la que los productos de la concepcion y el utero se infectan</li><li>• ABORTO RECURRENTE: Perdida recurrente del embarazo, describe los abortos consecutivos del 1er trimestre con sausa similar.</li></ul>



**ABORTO CINCOMPLETO**

Cuando la placenta se desprende del utero, ya sea total o parcial, se produce una hemorragia. El legrado por succion: permite evacuar con eficacia el utero

**ABORTO RETENIDO-RETENCION FETAL**

Productos muertos de la concepcion que se retenian durante varios dias, semanas o incluso meses dentro del utero con el orificio cerrado del cuello uterino. Despues de la muerte del embrion no siempre aparece hemorragia Vaginal u otros sintomas de amenaza de aborto. \*Ecografia

**ABORTO SEPTICO**

Las manifestaciones mas frecuentes de infeccion de un aborto es: -Endometriitis, -parametritis, -peritonitis, -septicemia, -endocarditis.  
\*El tx de la infeccion:- Antibióticos de amplio espectro IV -Evaluación uterina

**ABORTO MEDICO**

Administracion de dosis altas de oxitocina por via intravenosa, la administracion de prostaglandinas por via vaginal ovulos de prostaglandinas E2 pastillas de prostaglandinas E1 (misoprostol)

<p>Técnicas de aborto en 1er trimestre</p>	<p>*Técnicas quirúrgicas: -legrado, -dilatación del cuello uterino y evacuación uterina (Legrado, aspiración, dilatación y evacuación. -Aspiración menstrual: -Laparotomía: histerectomía, histerotomía.          *Procedimientos médicos: -Oxitocina intravenosa, -solución salina al 20%, -prostaglandina E, F, y análogos: inyección intraamniótica, inyección extraovular, inserción vaginal.</p>
<p>Aborto inducido</p>	<p>El aborto inducido es la interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal.          CLASIFICACIÓN: *Aborto terapéutico, *Aborto electivo (voluntario)</p>
	<p><b>QUIRURGICO</b></p>
<p><b>DILATACION Y LEGRADO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de la semana 14 o 15.</li> <li>• Se raspa de manera mecánica el contenido con una legra cortante o bien succionando el contenido, legrado por succión o ambos, se emplea c/ una cánula rígida unida o una aspiradora eléctrica.</li> <li>• Las técnicas transcervicales del aborto quirúrgico requieren primero: -Dilatación del cuello uterino, luego la evacuación del embarazo. método más utilizado (aspiración) se emplea una cánula rígida unida a una aspiradora eléctrica. -otro método es la aspiración manual.</li> </ul>
<p><b>DILATACION Y EVACUACION</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realiza a partir de la 16 SDG</li> <li>• una vez que se extrae el feto, se utiliza una legra con aspiración para extraer la placenta y el tejido restante.</li> </ul>
<p><b>DILATACION Y EXTRACCION</b></p>	<p>Similar a la dilatación y evacuación con excepción de que la evacuación es por succión del contenido intracraneal después de extraer el cuerpo del feto por el cuello uterino dilatado ayuda a la extracción y reduce al mínimo la lesión cervicouterina por instrumentos o huesos fetales</p>
<p><b>ASPIRACION MENSTRUAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre 1 y 3 semanas después de la fecha de la última regla.</li> <li>• Se utiliza c/una cánula flexible de Karman de 5-6 mm unida a una jeringa.</li> </ul>

<b>ASPIRACION MANUAL</b>	<p>Hasta la semana 12</p> <p>Se utiliza una jeringa de 60 y una canula que se introduce por via transcervical dentro del utero, usar misoprostol entre 2 y 4 horas antes del procedimiento.</p>
<b>LAPAROTOMIA</b>	<p>histerotomía o histerectomía abdominal</p>
<b>AMEO</b>	<p>Menor a las 20 SDG</p>
<b>DILATADORES HIGROSCOPICO</b>	<p>FUNCION: atraen agua de los tejidos cervicales y se ex panden, lo que dilata de manera gradual el cuello uterino</p> <p>TIPOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lamina japonica</li> <li>• Sinteticos: Lamicel ( esponja angosta con forma de varilla de polivinilacetal impregnada con sulfato de magnesio anhidro) y Dilapan S. (barra con base de hidrogel acrílico.)</li> </ul>
	<b>FARMACOLOGICO</b>
<b>MIFEPRISTONA/MISOPROSTOL</b>	<p>Dosis:</p> <p>Mifepristona: 100-600 mg VO seguido de misoprostol 200-600 ug VO.</p> <p>° 800 ug via vaginal en varias dosis.</p> <p>Indicaciones: Aborto inducido en 1er trimestre , aborto terapeutico por razon medica y retenido.</p> <p>Contraindicaciones: Embarazo ectopico, insuficiencia suprarrenal.</p>
<b>METROTEXATO/MISOPROSTOL</b>	<p>Metrotexato:50 ug/m2 IM/VO seguido de misoprostol 800 ug via vaginal en 3 - 7 dias</p> <p>Indicaciones: Embarazo temprano, embarazo ectopico.</p> <p>CONTRAINDICACIONES:DM, embarazo avanzado, infecciones graves.</p>
<b>MISOPROSTOL AISLADO</b>	<p>800 ug via vaginal hasta 3 dosis</p> <p>INDICACIONES: Interrupcion de embarazo en 1er trimestre , aborto incompleto.</p> <p>CONTRAINDICACIONES: Embarazo ectopico, alergia al misoprostol.</p>

# EMBARAZO ECTOPICO

## DEFINICION

Implantacion en cualquier otro sitio.  
2% de los embarazos del 1er trimestre en EU.

## FACTORES DE RIESGO

- Lesion tubarica previa por embarazo anterior o cirugia.
- Infecundidad, uso de ART p/ corregirlo
- Despues de un embarazo ectopico el riesgo es de 10%
- Infeccion tubaria previa y otras enfermedades de transmision sexual
- Implantaciones atipicas- cornual, abdominal, cervical, ovarica, embarazo heterotopico. Mas frecuentes despues de la ART.
- Tabaquismo
- 90% de mujeres con salpingitis padece de embarazo ectopico ulterior

## SITIOS

- Tubarico 95-96%
- Ampollar 70%
- Istmico 12 % sitio de ectopico roto mas comun en 1º trimestre.
- Fimbria 11%
- Ovarico 3%

## EPIDEMIOLOGIA

- Indice cada vez mas alto
- Prevalencia cada vez mayor de infeccion de transmision sexual.
- Tecnica de esterilizacion fallida aumenta el riesgo.
- Popularidad de los anticonceptivos que predisponen a los embarazos ectópicos en caso de que fallen.
- Cirugía tubaria, incluida la salpingotomía para un embarazo tubario y la tuboplastia para infecundidad.

## MORTALIDAD

- El embarazo ectopico provoca 5% de muertes maternos en paises desarrollados.

## EMBARAZO TUBARICO

- Se puede implantar en cualquier sitio.
- Variantes: Embarazo tubo abdominal, tuboovarico o en el ligamento ancho.
- SITIO MAS FRECUENTE : ampula, seguida del istmo.

## EMBARAZO TUBARIO

- La salpíngue carece de capa submucosa, de manera que el ovulo fecundado excava de inmediato a través del epitelio y el cigoto yace cerca de la capa muscular o en el interior de la misma.
- TROFOBLASTO que prolifera con rapidez invade en ocasiones la capa muscular subyacente.
- 50% de los embarazos ampollares permanece dentro de la luz tubaria y se conserva la capa muscular en 85%

## Ruptura tubaria

- Los productos de la concepción que se encuentran creciendo e invadiendo en ocasiones rompen la salpíngue en algún punto.
- Cuando se produce rotura tubaria en las primeras semanas, el embarazo suele situarse en el istmo de la salpíngue.
- La rotura casi siempre es espontánea, pero en ocasiones ocurre después del coito o la exploración bimanual.
- Casi siempre se acompaña de síntomas y con frecuencia signos de hipovolemia.

## EMBARAZO ABDOMINAL

- Ya sea por un aborto tubario o una rotura intraperitoneal, el producto completo de la concepción sale de la salpíngue o, si el desgarramiento es pequeño, aparece hemorragia abundante sin expulsión de los productos de la concepción.
- Cuando el producto se expulsa completo hacia la cavidad peritoneal, algunas veces conserva su unión placentaria y otras se reimplanta casi en cualquier sitio y crece en forma de embarazo abdominal.
- Este caso es infrecuente y la mayor parte de los productos se reabsorbe. Sin embargo, en ocasiones permanece en el fondo de saco durante varios años en forma de tumor encapsulado e incluso se calcifica para formar un litopedion

## CUADRO CLINICO

- A menudo los síntomas y signos de un embarazo ectópico son sutiles o incluso inexistentes.
- **RETRASO MENSTRUAL:** Variable seguido de hemorragia leve o manchado vaginal
  - **DOLOR INTENSO:** En cuadrantes inferiores del abdomen y en la pelvis, agudo, lancinante, esgarrante
  - **ALTERACIONES VASOMOTORAS:** Van de vértigo a síncope
  - **HIPERSENSIBILIDAD A LA PALPACION:** Abdominal y la exploración pélvica bimanual, sobre todo al mover el cuello uterino, que genera un dolor muy intenso.
  - **HEMORRAGIA INTRAPERITONEAL:** 50% px, Aparecen síntomas de irritación diafragmática que se caracterizan por dolor en cuello u hombro.
  - **SACO VAGINAL POSTERIOR:** Se abulta por la presencia de sangre en el fondo del saco recto uterino o bien se siente una tumoración pastosa

## EMBARAZO TUBARIO MULTIFETAL

- en el que ambos embriones se encuentran en la misma salpíngex o bien un gemelo en cada salpíngex
- describieron un caso raro de tres embriones implantados de manera ectópica en una salpíngex después de la IVF.

## Síntomas y signos

- Dolor: Cerca del 95% de las mujeres manifiesta dolor pélvico y abdominal, son frecuentes los síntomas gastrointestinales (80%) y el mareo o aturdimiento (58%)
- **Hemorragia anormal: 60 a 80% de las mujeres con embaazo tubario manifiesta amenorrea con cierto grado de manchado o hemorragia vaginal, Cerca del 25% confunde la hemorragia con la menstruación verdadera**
- **cambios uterinos :La tumoración ectópica empuja hacia un lado al útero, Otras veces el útero crece por la estimulación hormonal**
- **Hipersensibilidad abdominal y pelvica: 75 % cuando se rompe un embarazo ectopico , aparece hipersensibilidad extrema durante la exploración tanto abdominal como vaginal, en es- pecial durante la movilización cervical**

## EMBARAZO DE LIGAMENTO ANCHO

- Los cigotos se implantan hacia la mesosalpíngex-La salpíngex se rompe en la porcion que no se encuentra cubierta por peritoneo - El contenido gestacional sale hacia un espacio formado entre los pliegues de ligamento ancho y luego se convierte en un embarazo intraligamentoso o del ligamento ancho.

## DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO (PRUEBAS DE LABORATORIO)

- Gonadotropina coriónica humana (hCG-b):. Son sensibles a una concentración de 10 a 20 mIU/ml y son positivos en más del 99% de los embarazos ectópicos
- Progesterona sérica: Con un solo análisis de progesterona es posible establecer con gran precisión que existe un embarazo normal, La concentración es mayor de 25 ng/ml se excluye la posibilidad de embarazo ectópico con una sensibilidad de 92.5%, una concentración menor de 5 ng/ml sugiere un embarazo intrauterino con un feto muerto o un embarazo ectópico.
- Hemograma:En 50% de las mujeres con un embarazo ec tópico roto se observan diversos grados de leucocitosis que alcanzan hasta 30 000/ml.
- Ecografía:Para confirmar el diagnóstico clínico de una gestación ectópica, También permite ubicarlo y calcular su tamaño.
- Ecografía TRANSVAGINAL:Forma parte integral de casi todos los algoritmos utilizados para identificar un embarazo ectópico. (Mas recomendado y utilizado)

## TRATAMIENTO

Salpingostomia: se utiliza para extraer un embarazo pequeño que mide menos de 2 cm de longitud y se ubica en el tercio distal de la trompa de Falopio.

Tratamiento quirúrgico: El método quirúrgico preferido para el embarazo ectópico es la laparoscopia, a menos que la mujer se encuentre inestable en términos hemodinámicos.

## **CONCLUSIÓN SOBRE ABORTO**

Para concluir como pudimos ver a lo largo de este trabajo el aborto es un tema complejo y controvertido, por lo que la atención médica segura y accesible es fundamental para las personas que buscan abortar, ya sea que el aborto sea espontáneo o inducido.

Importancia de la atención médica es crucial en casos de aborto para:

1. Garantizar la seguridad: La atención médica segura puede ayudar a prevenir complicaciones graves y potencialmente mortales.
2. Proporcionar apoyo: La atención médica puede proporcionar apoyo emocional y físico a las personas que buscan abortar.

Ahora bien como sabemos el tema de aborto debe ser muy individualizado respecto a la conciencia y la educación que cada uno tiene y debe tener acerca del tema, esto jugando un papel importante para:

1. Promover la salud reproductiva: La educación sobre el aborto puede ayudar a promover la salud reproductiva y prevenir complicaciones.
2. Apoyar a las personas: La conciencia y la educación pueden ayudar a apoyar a las personas que buscan abortar y proporcionarles la información y el apoyo que necesitan.

sabemos que es un tema delicado y muy indignante para las mujeres que abortan, un bebe es un ser humano, no solo es un feto, si no es una vida, aunque actualmente cada persona lo toma a la ligera el aborto, como un acto que es normal y que cualquiera lo puede hacer, mas sin embargo como futuros medicos, debemos concientizar a las personas de los riesgos que esto puede conllevar, ya que el índice de mujeres que llevan a cabo un aborto ha aumentado en los últimos años, siendo una situación alarmante, debido a que incluso existen menores de edad que llevan a cabo esta práctica.

A pesar de esto y de las consecuencias físicas y psicológicas desarrolladas posteriores al aborto, para algunas personas sigue siendo un tema sin importancia. Por esta razón, se debe de brindar educación sexual desde la adolescencia, con la finalidad de evitar un embarazo no deseado, mismo que sea el factor principal para llevar a cabo un aborto. En este tema, es necesario que se involucren padres de familia y doctores, debido a que son participes en el desarrollo de un niño o adolescente, además, se debe concientizar a esta población y promover una educación sexual saludable, donde se utilicen métodos anticonceptivos que protejan a la pareja no solo de un embarazo, sino también de una enfermedad de transmisión sexual (ETS), brindando una alternativa para ejercer la sexualidad evitando riesgos que puedan poner en peligro la vida de la mujer o la pareja.

## CONCLUSION SOP

El síndrome de ovario poliquístico se presenta como ciclos menstruales irregulares e hiperandrogenismo clínico o bioquímico, los criterios diagnósticos en adolescentes difieren de los criterios en mujeres adultas y el criterio ultrasonográfico de morfología de ovario poliquístico no se debe utilizar los primeros 8 años post menarca.

El diagnóstico "en riesgo de SOP" se puede utilizar los primeros 2 años en adolescentes con características del síndrome, para poder dar seguimiento a la evolución clínica. El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con anovulación fisiológica por inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovárico en adolescentes y embarazo en mujeres adultas. Esta patología aumenta el riesgo de síndrome metabólico y todas sus complicaciones a nivel cardiovascular, así como síntomas depresivos.

Ahora bien la conciencia y educación sobre este tema es de suma importancia ya que de esta forma podemos prevenir muchos casos o tratarlos a tiempo, a demás nos sirve para:

1. Promover la salud reproductiva: La educación sobre el SOP puede ayudar a promover la salud reproductiva y prevenir complicaciones.
2. Apoyar a las mujeres: La conciencia y la educación pueden ayudar a apoyar a las mujeres con SOP y proporcionarles la información y el apoyo que necesitan.

Como vimos en las tablas de este trabajo, esta enfermedad da muchas características clínicas por lo que debido a estas múltiples características y sus diferentes variables clínicas que el diagnóstico de SOP no es lineal y usualmente es un diagnóstico de exclusión. El tratamiento es igualmente complejo de determinar, se debe tomar en cuenta primeramente el deseo de paridad de la paciente y en base a eso seleccionar el tratamiento ideal para la paciente. Se tratan tanto las causas médicas y como estéticas del síndrome. Finalmente como vimos el hirsutismo es la manifestación más frecuente y la que genera mayor necesidad de consulta en las pacientes debido a la alteración estética por el aumento de vello en regiones comúnmente asociadas a varones.

## CONCLUSION ETG

a enfermedad trofoblástica gestacional representa un reto significativo en el ámbito de la ginecología debido a su diversidad clínica y patológica. Si bien el uso de la quimioterapia ha logrado elevar las tasas de curación, especialmente en mujeres con deseo de preservar su fertilidad, los avances en inmunoterapia ofrecen una nueva esperanza para aquellas pacientes que presentan resistencia a tratamientos convencionales, como bien vimos sus causas y consecuencias son muchas, ya que es una enfermedad poco común y por lo tanto rara y tardía de diagnosticar, debido a que mucha sintomatología coincide con otras patologías más prevalentes y se diagnostican erróneamente.

A través de los objetivos para conocer más de esta enfermedad, tanto general como específico, se ha obtenido las características clínicas de la ETG y los tipos que la constituyen. También se han determinado los principales factores de riesgo y los diferentes tipos de tratamiento según la progresión de la enfermedad, como ya vimos en los cuadros de este trabajo, de igual forma el examen de elección para diagnosticar la ETG es mediante ecografía, ya que se han demostrado los avances y la claridad de determinación y su tratamiento de elección actual para la ETG podría decirse que es la quimioterapia y la intervención quirúrgica, ya que revierte muy bien la enfermedad y permite a las mujeres conservar su función reproductiva.

La NTG se caracteriza por diferentes afecciones, algunas son muy raras debido a sus síntomas inespecíficos, el tratamiento y cuidado deberá ser individualizado ya que entran también los aspectos personales y eso contribuye en la evolución. Y algunos de los factores de riesgo más prevalentes son, la edad, la etnia y la genética principalmente. Y uno de los síntomas más comunes es la hemorragia anormal como ya vimos, también están los quistes de luteína teca, el útero más grande de lo normal en relación con la edad gestacional, preeclampsia, HTA e hiperémesis.

Por lo tanto, podemos ver como gracias a la investigación cada vez la detección es más temprana y exacta. A largo plazo es favorable para todas las mujeres que sufran esta enfermedad, sean más mayores o jóvenes.

**BIBLIOGRAFIA**

**Williams.Obstetricia. 23 Ed. Cunningham, Leveno,Bloom,Hauth,  
Rouse,Spong**

