



Anan Villatoro Jiménez

Cuadros comparativos

Ginecología y obstetricia

6

Semestre

“C”

Comitán de Domínguez Chiapas a 03 de julio del 2025

INTRODUCCIÓN

En esta ocasión se explica y detalla brevemente sobre patologías del embarazo que aquejan a las gestantes, resaltando el aborto que esta conlleva un mayor riesgo al producto/feto debido que dependiendo del tipo puede llevar incluso a la muerte materna de no ser tratada, el Síndrome de Ovario Poliquístico que

El aborto es la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable fuera del útero, lo que se define generalmente antes de las 20 a 22 semanas de gestación o con un peso fetal menor a 500 gramos. Se clasifica en espontáneo, cuando ocurre de forma natural, e inducido, cuando es provocado de manera voluntaria o por indicación médica. Dentro de los espontáneos se reconocen varias formas: el aborto completo, en el que se expulsa totalmente el contenido uterino; el incompleto, donde queda material retenido; el inevitable, con ruptura de membranas y sangrado sin expulsión aún; el retenido o diferido, donde el producto ha muerto pero permanece en el útero; y el séptico, complicado por infección. El aborto inducido puede ser terapéutico, por riesgo materno o fetal, o electivo.

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es una alteración endocrina común en mujeres en edad reproductiva, caracterizada por anovulación crónica, signos de hiperandrogenismo (hirsutismo, acné) y ovarios con múltiples folículos pequeños. Se diagnostica con los criterios de Rotterdam, que requieren al menos dos de los siguientes: alteraciones menstruales, signos clínicos o bioquímicos de hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos en ecografía. El SOP se asocia a resistencia a la insulina, obesidad, infertilidad y mayor riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular.

Por su parte, la enfermedad trofoblástica gestacional abarca un grupo de patologías derivadas de la proliferación anormal del tejido trofoblástico, encargado de formar la placenta. Incluye la mola hidatidiforme completa y parcial, el coriocarcinoma y el tumor trofoblástico del sitio placentario. La forma más frecuente es la mola hidatidiforme, caracterizada por sangrado vaginal anormal en el primer trimestre, útero de mayor tamaño para la edad gestacional y niveles elevados de B-hCG. Puede progresar a formas malignas como el coriocarcinoma, que se disemina rápidamente y requiere quimioterapia.

Estas patologías gineco-obstétricas son relevantes por su frecuencia, sus implicaciones en la salud reproductiva y la necesidad de diagnóstico y tratamiento oportunos para evitar complicaciones mayores.

SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO

DEFINICIÓN	Trastorno endocrino y metabólico caracterizado por hiperandrogenismo, anovulación crónica y ovarios poliquísticos
CLASIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none">- Hiperandrogenismo + anovulación- Hiperandrogenismo + ovarios poliquísticos- Anovulación + ovarios poliquísticos
FACTORES DE RIESGO	Obesidad Genética IMC >35
INCIDENCIA	Afecta al 8-13% de las mujeres en edad fértil
DIAGNÓSTICO	<ol style="list-style-type: none">1. Hiperandrogenismo (clínico)2. Alteraciones menstruales 8Amenorrea/opsomenorrea)3. USG >12 quistes
TRATAMIENTO	<ol style="list-style-type: none">1. PX QUE BUSCA EMBARAZO<ul style="list-style-type: none">-Clomifeno-Gonadotropinas-Quirúrgico*Inositol2. PX NO BUSCA QUEDAR EMBARAZADA<ul style="list-style-type: none">-Anticonceptivo (3-6 meses/1 año)
SEGUIMIENTO	Control de peso y ejercicio Revisión periódica de glucosa e insulina Reevaluación hormonal cada 6-12 meses

ABORTO

DEFINICIÓN	Término del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto <500 g
CLASIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Espontáneo: Ocurre sin intervención (completo, incompleto y séptico) - Amenaza de aborto: Sangrado sin dilatación cervical - Aborto inducido: Provocado mediante intervención quirúrgica - Aborto eminente (Dilatación uterina, hemorragia, ruptura de membrana y contracciones) - Aborto completo: salida completa del producto, placenta y anexos - Aborto incompleto: Retención de partes del producto o placenta y anexos
FACTORES DE RIESGO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fetales - Genético (Trisomía 21) 2. Maternos - Alcoholismo (Sx alcohólico fetal) y tabaquismo, café (>500 mg/día), hipertiroidismo, diabetes.
INCIDENCIA	50-70% de las embarazadas
DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> -BH -> Datos de anemia / Volumen -USG -EGO -Cultivo -CTG
TRATAMIENTO	<p>QUIRURGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dilatador del cuello uterino (14-15 SDG) -Aspiración (Legrado x succión) <12 SDG <p>Laparotomía: Histerectomía / Histerotomía</p> <p>AMEO <12SDG</p> <p>DILATADORES HIOGROSCOPICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lamina japónica -Sintético

	Lamicel (Sulfato de magnesio anhidro) Dilapa
SEGUIMIENTO	Control de peso y ejercicio. Revisión periódica de glucosa e insulina. Reevaluación hormonal cada 6-12 meses

ENFERMEDAD TROFOBlastICA

DEFINICIÓN	Grupo de trastornos proliferativos del trofoblasto, incluyendo mola hidatiforme, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario y mola invasora
CLASIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Tumores molares Mola hidatiforme completa – No hay producto Mola hidatiforme incompleta – Existe producto <ul style="list-style-type: none"> - Neoplasia trofoblástica gestacional maligna - Embarazo molar gemelar
FACTORES DE RIESGO	<p>Edad <20 o >40 años</p> <p>Embarazo molar previo</p> <p>Uso prolongado de anticonceptivos orales</p> <p>Aborto previo</p> <p>Tabaquismo</p>

INCIDENCIA	1 de cada 40 mujeres
DIAGNÓSTICO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Citometría de flujo o citometría de imagen automatizado 2. USG -> Quistes de la teca luteica (imagen en racimo de uva) 3. Clínco + prueba de embarazo y ecografía
TRATAMIENTO	Profiláctico -> Quimioterapia De elección -> Legrado con succión
SEGUIMIENTO	Monitoreo de beta-hCG semanal hasta negativización. Control mensual por 6-12 meses. Uso de anticoncepción confiable durante el seguimiento

En conclusión, las patologías abordadas , el aborto, el síndrome de ovario poliquístico y la enfermedad trofoblástica gestacional representan problemas frecuentes y relevantes en la salud reproductiva femenina, cada una con características clínicas, etiológicas y terapéuticas particulares, pero con un común denominador: la necesidad de un diagnóstico temprano y un manejo integral que contemple no solo la dimensión médica, sino también los aspectos psicológicos y sociales que estas enfermedades conllevan.

El aborto sigue siendo una de las complicaciones obstétricas más comunes a nivel mundial, con implicaciones físicas y emocionales importantes. La correcta identificación de su tipo, ya sea espontáneo o inducido, completo o incompleto, y la pronta intervención son determinantes para preservar la salud de la paciente y evitar complicaciones como hemorragia, infección o secuelas reproductivas. Además, es fundamental considerar el contexto emocional y social que implica la pérdida de un embarazo, proporcionando atención médica y apoyo psicológico adecuados.

Por otro lado, el síndrome de ovario poliquístico se ha consolidado como uno de los trastornos endocrinos más prevalentes en mujeres en edad reproductiva, con manifestaciones que van más allá de la esfera ginecológica. Su impacto no se limita a los síntomas de anovulación, irregularidades menstruales o signos de hiperandrogenismo, sino que también se relaciona con alteraciones metabólicas

de largo plazo, como resistencia a la insulina, obesidad, diabetes tipo 2 y riesgo cardiovascular aumentado. Por ello, su manejo debe ser multidisciplinario, con control ginecológico, endocrinológico y nutricional, priorizando no solo el alivio sintomático sino también la prevención de complicaciones futuras y el acompañamiento en procesos de fertilidad.

En cuanto a la enfermedad trofoblástica gestacional, aunque su incidencia es menor en comparación con las otras patologías mencionadas, su potencial agresividad la convierte en una urgencia obstétrica que requiere alta sospecha clínica. La identificación oportuna de signos como metrorragia en el primer trimestre, útero mayor al esperado para la edad gestacional y niveles elevados de β -hCG permite realizar un diagnóstico precoz, crucial para iniciar un tratamiento efectivo que, en la mayoría de los casos, permite conservar la fertilidad y prevenir la progresión a formas malignas como el coriocarcinoma. Además, el seguimiento estrecho posterior al tratamiento es esencial para vigilar la evolución y evitar repeticiones en estas patologías.