



Nombre del alumno: Karen Lizeth Nájera Carpio

Nombre del profesor: Dr. Arely Alejandra Aguilar Velasco

Nombre del trabajo: cuadros

Materia: Ginecología

Grado: 6°

Grupo: D

Comitán de Domínguez Chiapas a 1 de julio 2025

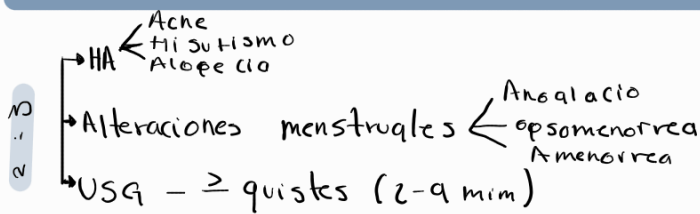
Síndrome de Ovario poliquístico

* Conjunto SDG

* Compártele genético - Obesidad - > 35 IMC
12-15 años

. USG

Dx = Clínico
. lab. LH $\uparrow$ / FSH $\downarrow$



Dx diferencial =

- tiroidopatías
- SX. Cushing
- Resistencia a la insulina
- Hiperprolactinemia
- Hiperplasia Suprarrenal
- Tumores hipofisiarios

Causas = obesidad > 35 IMC
Genético

Tratamiento =

- Dieta 1000 - 1500 Kcal/día
- Ejercicio 30 - 40 mn
- En busca de embarazo $\checkmark$
- Clomifeno $\rightarrow$ estimula la ovulación
- Gonadotropina $\rightarrow$ anovulación
- Inositol $\rightarrow$ Mejora la ovulación y la calidad, ayuda con la resistencia a la insulina, regula el ciclo menstrual.

Estudios Complementarios

- Niveles FSH / LH
- Niveles prolactina
- TG ≥ 200 mg
- Progesterona
- lípidos

No busca embarazo TX

Anticonceptivos = 3-6 meses (1 año)
(Drosterona análogos)

Aborto:

Definición = Terminación del embarazo antes de que el feto alcance la viabilidad usualmente antes de 20-28 Semanas o peso fetal < 1000 gr, incluyendo todos los tipos.

Tipos de Aborto =

- Espontáneo = terminación espontánea o provocada antes 20 SDG, peso < 500 gr.
temprana < 14 Tardía 14-22 SDG
- Amenaza de aborto = Sangrado transvaginal con sin dolor abd. sin dilatación < 22 SDG
- Incompleto = expulsión parcial de productos, dolor abdominal, sangrado, dilatación.
- Definido = feto muerto en útero, en USG falta de crecimiento uterino, latido ausente
- Completo = Salida de líquido por rotura de membranas independiente de dilatación/sangrado
- Séptico = Invasión bacteriana de tej. Maternos y de la gestación, con antecedente de aborto, dato de infección, dolor / secreción purulenta vaginal.
- Legrado = Cureta para raspar paredes del útero y extraer tejido, en aborto incompleto con restos retenidos, hemorragia persistente post-aborto, fallo de aspiración
- Histerotomía = similar a Cesárea para fallo de métodos, malformaciones, riesgos maternos que impidan métodos menos invasivos.

Clínica =

Sangrado vaginal, cólico abdom.
Contracciones, dolor intenso
hipermenorragia, fiebre,
malestar general, taquicardia

Estudios Complementarios =

- β -hCG sérica
- USG transvaginal
- Exam. pélvico
- Hemograma $>$ séptico
- Cultivos
- Cardiotipo fetal
- Perfil tiroideo

Tratamiento =

- 1- Manejo expectante
- 2- Tx Médico = Misoprostol D típica 800 μ g vía vaginal 3-10 días
- 3- Aborto $\neq$ Aspiración manual o eléctrica, dilatación y evacuación
legrado instrumental, DYE con preparación cervical

Aborto Farmacológico

Causas = Fetales $\rightarrow$ Genéticas 30-20%.

• Maternos $\rightarrow$ hipotiroidismo, alcohol, tabaquismo, cafe
traumatismo directo en abdomen, malformación,
anticonceptivos, insuf. cervical

Enfermedad trofoblástica gestacional

Grupo de trastornos caracterizados por la proliferación anormal del trofoblasto, el tejido normalmente se convierte en la placenta.

Clasificación

• Mola hidatidiforme (benigna)

Parcial

Presencia de feto
Cromosomas 69.

Completa

No hay feto, 46
Cromosoma paternos.

• Neoplasia trofoblástica (maligna):

No hay producto, llega a ser un cáncer

* Invasivas * Coriocarcinoma

* tumor de sitio placentario.

* tumor epitelioide trofoblástico

Diagnóstico

* Clínica = hemorragia uterina anormal en 1º trimestre, útero mayor al tamaño ausencia de latido fetal, expulsión de vesículas hiperémesis gravídica severa, preeclampsia antes de 20 sem., hipertiroidismo

* Laboratorio = HCG cuantitativa ↑

* USG = M. Completa = tormenta de nieve
M. parcial = embrión con anomalía

* Histopatología

Factores de riesgo:

- Edad materna extrema = <15 años - >35 años
- Historia previa de mola hidatidiforme
- Deficiencia de caroteno o vit. A
- Raza asiática (incidencia más alta en regiones)
- Embarazos múltiples anteriores

Incidencia

- Países desarrollados = 1 en 1,000 embarazos
- Asia/latinoamérica: 1 a 200 embarazos
- Mola completa es más común que la parcial
- Formas malignas son menos frecuentes, pueden surgir después de una mola.

Tratamiento

A- Manejo quirúrgico → legrado por aspiración
Histerectomía

B- Trt. médico → quimioterapia

- Metotrexato
- Actinomicina D.
- Quimioterapia combinada: etoposido, metotrexato, actinomicina D, ciclofosfamida.

Seguimiento:

- 1- Monitorización de HCG = Semanal hasta que se negativice por 3 semanas consecutivas, después durante 6-12 meses.
- 2- Anticoncepción = indispensable durante el seguimiento
3. Vigilancia por signos de recada o enf. persistente
4. Estudios de Imagen si hay sospecha de metástasis con una radiografía, tórax, TAC.