

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad Manuel Fajardo

28 de febrero de 2017
Año 59 de la Revolución

Tema VII

Afecciones propias del embarazo:
Gestorragias de la primera mitad de la gestación

Asignatura: Ginecología y Obstetricia
F.O.E.: Conferencia.
Duración: 50 minutos.
Año: 4to. Tipo de curso: Diurno

Profesor : Dr. C. Miguel Sarduy Nápoles

Día de las “ENFERMEDADES RARAS”

Se escogió el 29 de febrero por ser un día «raro» y simbólico para estas enfermedades. En el caso de los años en que no hay un 29 de febrero, se celebra el día 28

Se celebró por primera vez en Europa el 29 de febrero del 2008 con el objetivo de llamar la atención sobre estas enfermedades y los retos que conllevan para quienes las padecen, la importancia de las investigaciones para desarrollar métodos de diagnóstico y tratamientos y su impacto en la vida del paciente.

Las enfermedades raras son aquellas que tienen una baja incidencia en la población (menos de 5 de cada 10 000 habitantes). Según la Organización Mundial de la Salud existen entre 6 000 y 8 000 enfermedades raras que afectan al 7% de la población mundial

¿Qué significa gestorragia?

Es la hemorragia que se produce durante la gestación

Afecciones durante la gestación

Primera mitad

Segunda mitad

Periparto

Hasta las 22 semanas

Desde las 22 semanas hasta el parto

Alrededor del parto y puerperio

Aborto

Embarazo ectópico

Enfermedad trofoblástica

Placenta previa

Hematoma retroplacentario

Rotura uterina

Sangramiento en el alumbramiento

Hemorragia posparto o puerperal

Afecciones Propias del Embarazo: Gestorragias de la Primera Mitad de la Gestación

ABORTO: Concepto. Frecuencia. Clasificación. Fisiopatología. Formas clínicas. Complicaciones. Tratamiento.

EMBARAZO ECTÓPICO: Concepto. Factores de riesgo. Localización. Formas clínicas. Cuadro clínico. Diagnóstico. Tratamiento. Complementarios. Complicaciones

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA: Definición. Cuadro clínico. Diagnóstico. Tratamiento.

Objetivos

- Conocer la etiopatogenia, manifestaciones clínicas, importancia, consecuencias y tratamiento de las gestorragias en la primera mitad de la gestación.
- Conocer los exámenes complementarios a indicar, la profilaxis a realizar y las orientaciones a dar a las pacientes con estas afecciones.

Aborto

Interrupción de la gestación antes de las 22 semanas de amenorrea

Se considera la expulsión del producto de la gestación con un peso menor a 500 gramos.

Aborto (del latín)

Ab = mal

ortus = nacimiento

Aborto. Frecuencia

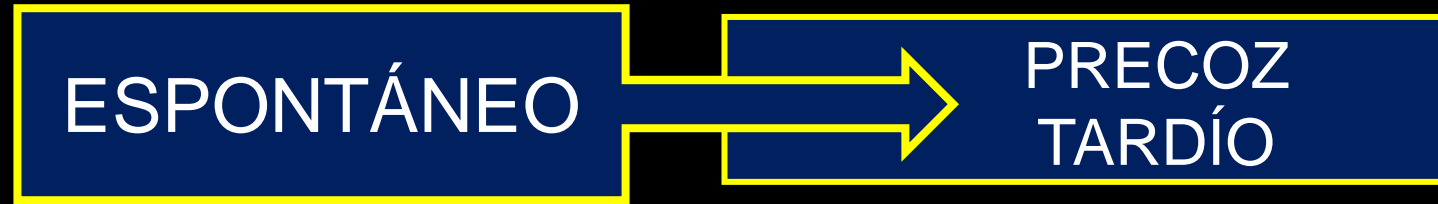
Complicación más frecuente que alcanza entre 15 y 20% de todos los embarazos.

Cuando existen abortos previos, la tasa de aborto recurrente es de hasta 20%

Seis de cada diez ocurre antes de las 12 semanas de gestación.

Es la complicación más frecuente de la gestación temprana

Aborto



Fisiopatología

- **No se conocen bien la o las causas que lo producen**
- **Causas ovulares:**
Degeneración y muerte del embrión y el trofoblasto.
- **Causas maternas:**
El organismo materno impide la nutrición y desarrollo del huevo fecundado.

Factores que pueden incidir en el aborto espontáneo

Edad materna

Alteraciones cromosómicas

ABORTO ESPONTÁNEO

Infecciones virales

Radiaciones

Medicamentos

Otras causas maternas que pueden incidir en el aborto espontáneo

Endometritis

Malformaciones uterinas

Tumores

Incompetencia cervical

Cicatrices uterinas

Síndrome de Asherman

Enfermedades infecciosas y
parasitarias

Enfermedades crónicas

Desnutrición

Desórdenes endocrinos

Enfermedad hipertensiva

Enfermedades sistémicas
(Lupus eritematoso)

Agentes tóxicos

Clasificación de los abortos

AMENAZA DE ABORTO

ABORTO

INMINENTE
INCOMPLETO
COMPLETO
DIFERIDO
HABITUAL
SÉPTICO

Diagnóstico diferencial

- Edad reproductiva
- Trastornos menstruales
- Dolor en hipogastrio
- Sangrado de diferente cuantía

Examen físico:

- Aumento de volumen del útero.
- Signos de gestación
- Cuello: Depende del estadio o etapa del aborto

Amenaza de aborto

Comprobación clínica y ultrasonográfica de gestación intraútero

Sintomatología:

Hemorragia escasa, de coloración pardusca a sangre roja brillante. Discreto dolor en hipogastrio

Examen físico:

- Espéculo: cuello cerrado
- Útero grávido
- Tratamiento: Reposo en cama

Aborto inminente o en curso

Comprobación clínica y ultrasonográfica de gestación intraútero

Sintomatología:

Dolor a tipo cólico, el sangramiento es más abundante y generalmente con coágulos

Examen físico:

- Espéculo: cuello entreabierto. Puede observarse saco gestacional en el canal endocervical
- Útero grávido. Cuello dilatado y puede palpase el saco ovular

Tratamiento

- Hemograma
- Grupo y factor
- Legrado terapéutico (precoz)
- Dosis elevadas de oxitocina (Aborto tardío)
- Administración de inmunoglobulina Anti D si RH negativo

Aborto incompleto

Se define como la expulsión parcial de los tejidos del embarazo antes de las 22 semanas.

Tratamiento

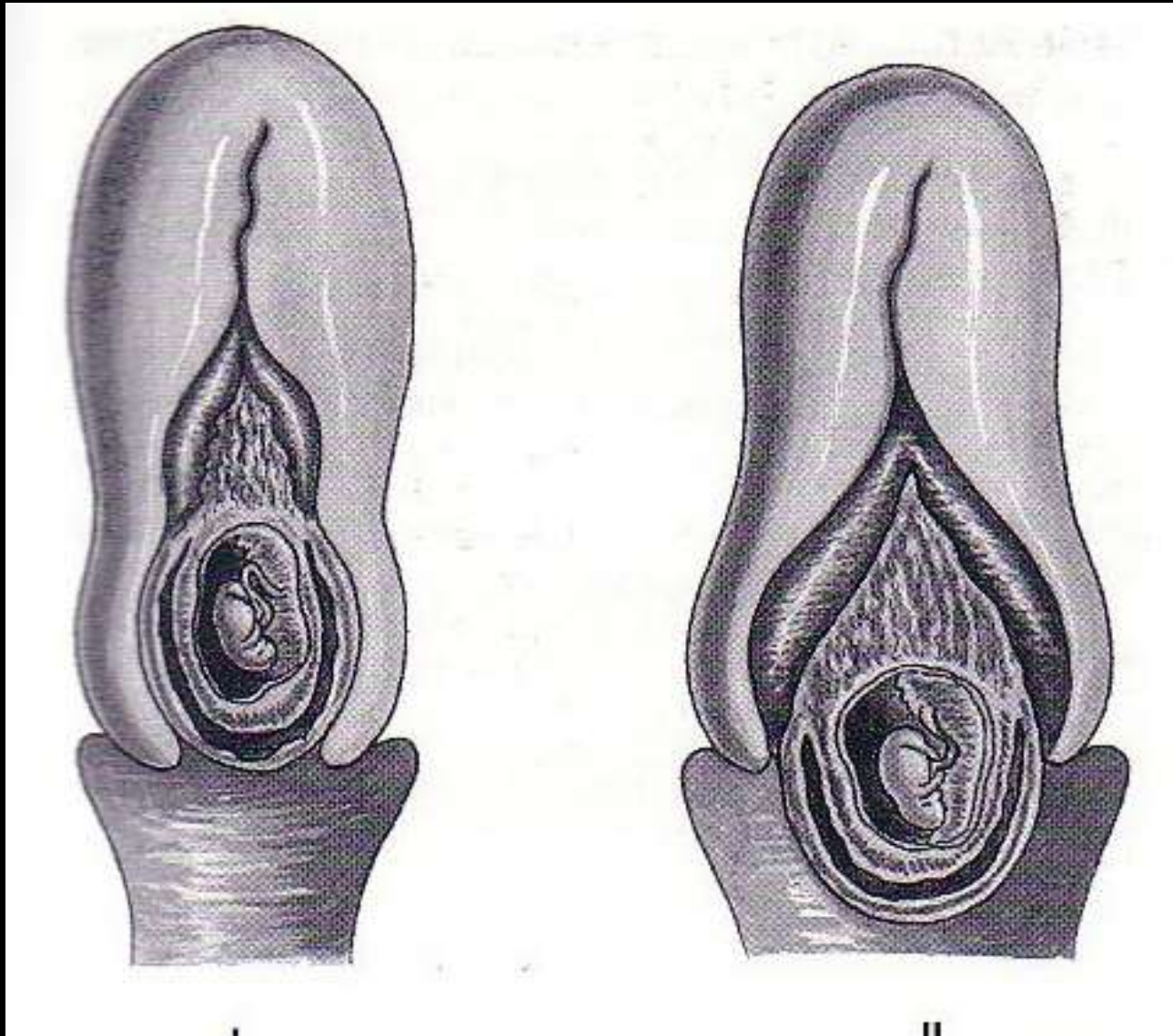
- Hemograma
- Grupo y factor
- Legrado por aspiración (precoz)
- Administración de inmunoglobulina anti D si Rh negativo

Aborto completo

Paciente que ha presentado una amenaza de aborto previamente y se comprueba por el examen físico que se ha consumado el aborto completo.

Es indispensable la clínica y la ecografía.

Tratamiento dudoso (legrado)



Aborto inminente

Aborto completo

Aborto diferido

Es la muerte o pérdida de vitalidad del huevo sin que se produzca su expulsión.
Se mantiene retenido intraútero

Diagnóstico:

Regresión o desaparición de los síntomas subjetivos de embarazo incluso sin sangrado.
No hay crecimiento evolutivo del útero
(Ultrasonografía)

Tratamiento

- Hemograma
- Legrado terapéutico (precoz)
- Dosis elevada de oxitocina o medicamentoso (tardío)

Aborto habitual

Se denomina así el aborto que se presenta en **tres o más ocasiones de forma consecutiva y espontánea.**

Posibles causas

- Alteraciones cromosómicas
- Incompetencia ístmico-cervical
- Malformaciones uterinas
- Sinequias o tabiques
- Adenomiosis o miomas

Aborto séptico

Aborto espontáneo, terapéutico o inducido, complicado por una infección pélvica que comienza habitualmente como una endometritis y se disemina al miometrio, anejos y parametrios.

Bacteriemia, peritonitis y shock séptico como respuesta inflamatoria sistémica.

CUADRO CLÍNICO: Dolor y sangramiento escaso

Secreción fétida.

Fiebre elevada.

Taquicardia y taquipnea.

Toma del estado general.

EXAMEN FÍSICO:

Dolor a la movilización del cérvix y útero.

Signos anexiales.

Reacción peritoneal.

Aborto séptico

Profundizar conocimientos mediante estudio independiente

Tratamiento: Hospitalización. **CASO MUY GRAVE**

- Hemograma diferencial, eritrosedimentación, ionograma, gasometría, perfiles renal y hepático, cultivo vaginal, hemocultivo.
- Comenzar tratamiento con antimicrobianos de amplio espectro (triada)
- Legrado terapéutico
- Histerectomía con doble anexectomía

Principales gérmenes (polimicrobiana)

E. Coli, aerobios y enterobacterias Gram negativas

Estafilococos

Chlamydia trachomatis

Otros

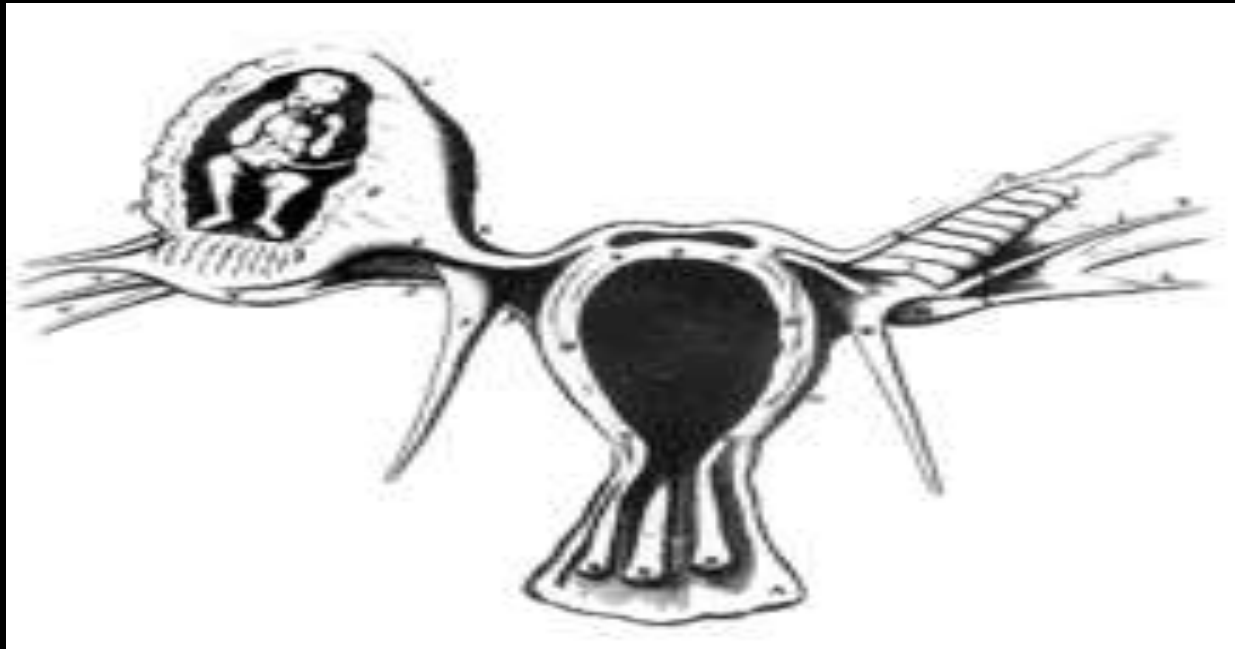
Streptococo β hemolítico grupo B

Neisseria gonorrhoeae

Mycoplasmas

Embarazo ectópico. Concepto

Es la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial.



Embarazo ectópico.

- Primera causa de muerte materna durante el primer trimestre del embarazo en los países industrializados.
- 10% de la mortalidad materna total.
- Se ha duplicado o triplicado en la mayoría de los países industrializados durante los últimos 20 años.
- En Cuba, se ha incrementado el diagnóstico en los últimos años

Razones para el incremento de la incidencia del embarazo ectópico.

Incremento de los factores de riesgo.

Métodos diagnósticos mas sensibles y específicos.

Incremento de los tratamientos de infertilidad.

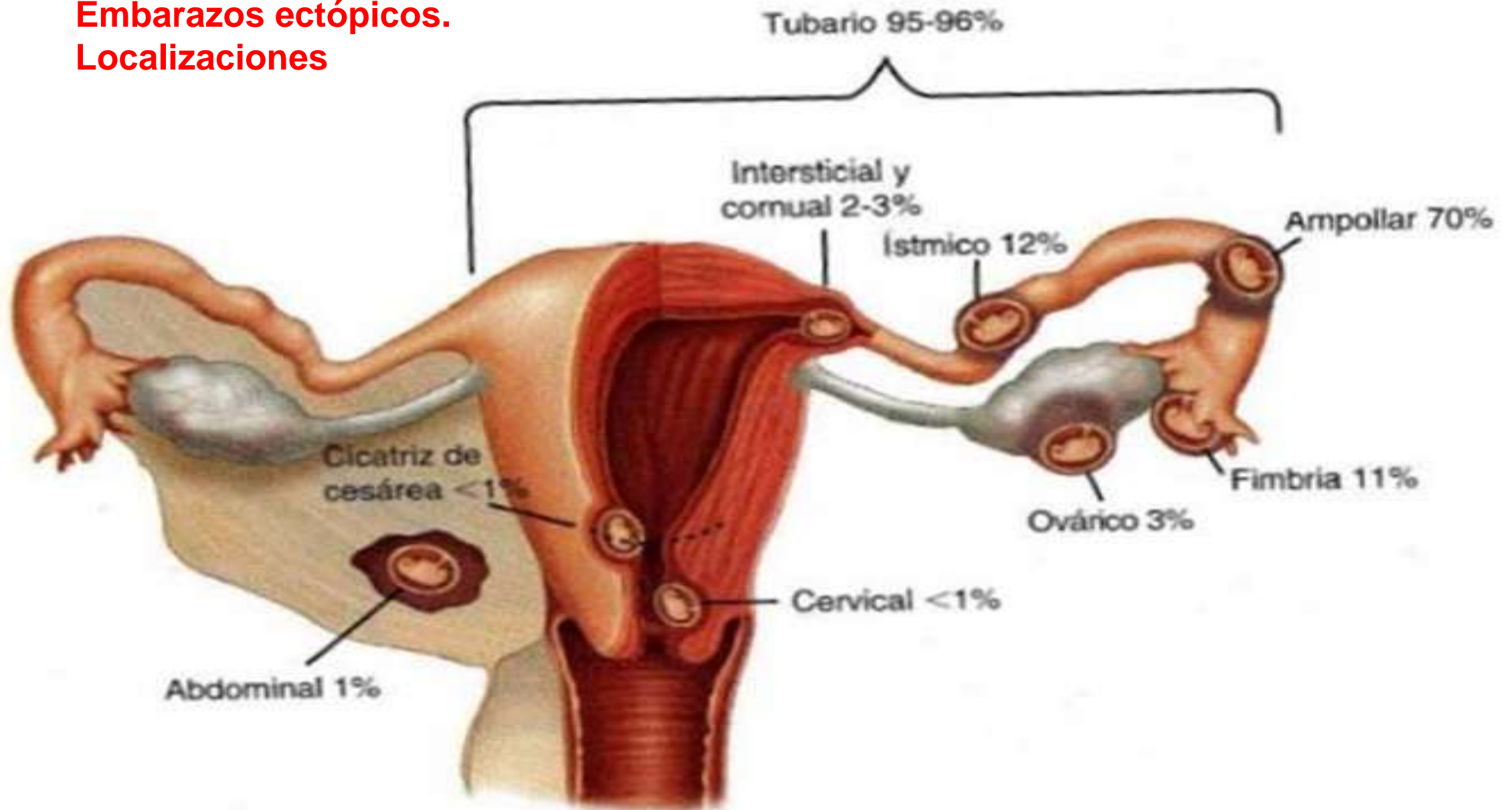
Embarazo ectópico. Factores de riesgo.

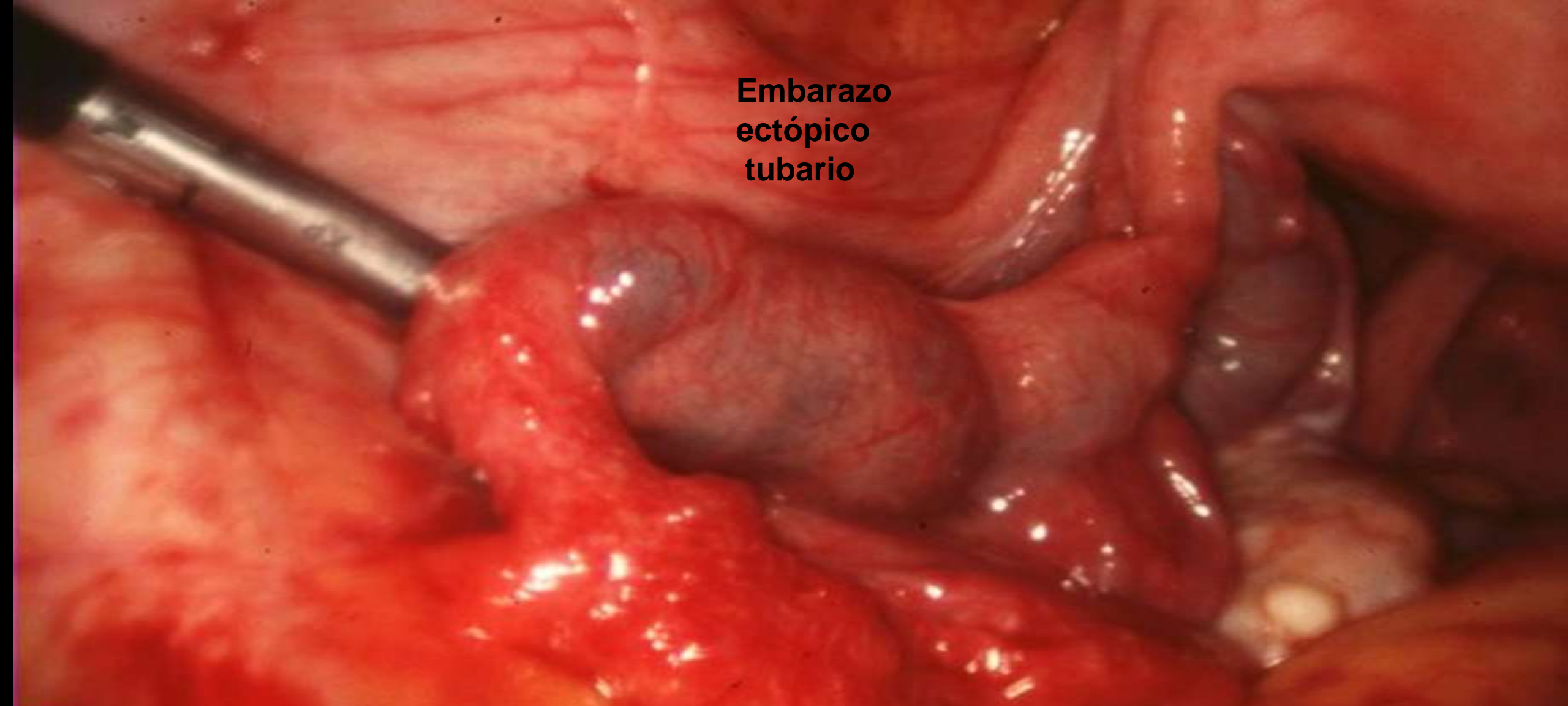
- Incremento de las infecciones de transmisión sexual (I.T.S.)
 - Promiscuidad sexual
 - Tabaquismo
 - Edad materna.
 - Abortos inducidos previos.
 - Uso de D.I.U.
 - Embarazo ectópico anterior.

Embarazo ectópico. Factores de riesgo.

- Cirugías pélvicas o abdominales.
Esterilización tubaria, salpingoplastias
- Embarazos concebidos por técnicas de reproducción asistida.
- Inductores de la ovulación
- Endometriosis.

Embarazos ectópicos. Localizaciones



An intraoperative photograph showing a tubal ectopic pregnancy. A surgical instrument is visible on the left, and the fallopian tube is the central focus, containing a dark, gestational mass. The surrounding tissue is highly vascularized and reddish.

**Embarazo
ectópico
tubario**

Cuba 2013 – 2015

**12 muertes maternas por
embarazo ectópico**

Etiología

- Abortos inducidos : dos o más abortos por posible infección de la trompa. (regulación menstrual u otro método)
- Factor tubárico : inflamaciones, malformaciones, cirugía, ectópico anterior, adherencias, salpingitis-ístmica nudosa (30-50% hay historia de gonorrea)
- Transmigración del óvulo: 16 % de EE ocurren de una ovulación contralateral.
- “Regurgitación” del óvulo fecundado en la FIV.
- Fallo de anticoncepción: esterilización y dispositivos intrauterinos (DIU)
- Endometriosis (placas en la luz tubaria)

Formas clínicas

No Complicado

Complicado.

Cuadro clínico

- Amenorrea
- Sangramiento genital
- Dolor abdominal
- Palidez cutáneo mucosa
- Compromiso del estado general



CUADRO CLINICO:

- Depende de la localización del embarazo ectópico
- Si está fisurado, roto o íntegro

Siempre constituye una urgencia médica

EMBARAZO ECTÓPICO DIAGNOSTICADO



EMBARAZO ECTÓPICO OPERADO

Embarazo ectópico no complicado.

**Sintomatología muy variable. Gran simulador por la variedad de formas de presentación
Siempre debe sospecharse ante una mujer en edad fértil con amenorrea, dolor abdominal y sangrado genital sobre todo en forma de manchas.**

Dolor en bajo vientre localizado mayormente según la posición
Sangrado irregular, como borra de café muchas veces o metrorragia.

Masa anexial dolorosa que rechaza el útero hacia el lado contrario de la tumoración. (**Signo de Eisenstadter.**)

Signos clínicos descritos

- Signo de **Lifhendal**: al cambiar el decúbito el dolor también cambia de posición.
- Signo de **Proust**: dolor en el fondo de saco de Douglas, que puede existir en el roto y no roto.
- Signo de **Laffont**: dolor en hombro derecho y región escapular por la anastomosis entre plexo solar y frénico derecho.

Signos clínicos descritos

- Signo de **Hofstatter-Cullen-Hellendall**: ombligo con coloración rojo azulada en los grandes derrames peritoneales.
- Signo de **Kustallov**: manos y pies azafranados por la hemorragia.
- Tenesmo vesical y rectal (**Burkaib** 1923): por la sangre derramada.

Diagnóstico

Clínico

β HGC

Ecografía 

Laparoscopia

Laparotomía



Culdocentesis 

Legrado diagnóstico



Punción del fondo de saco de Douglas
Punción abdominal

Examen clínico

Útero aumentado de tamaño y doloroso a la movilización.

Masa anexial fusiforme y dolorosa.

Abombamiento del fondo de saco de Douglas.



COMPLEMENTARIOS

- Prueba de Embarazo (β Hormona gonadotrofina coriónica HGC)
- Hematología
- Ultrasonografía
- Laparoscopia



Descartar saco gestacional.



Prueba de embarazo



Laparoscopia D/T

Diagnóstico diferencial:

Otros sangrados genitales no dependientes de la gestación:

- Cervicitis
- Pólipos intrauterinos o endocervicales
 - Várices vulvo vaginales
- Cáncer cervicouterino o vaginal
 - Traumas genitales

Diagnóstico diferencial: Otros sangrados genitales

- Aborto en cualquiera de sus formas clínicas.
- Folículo persistente o hemorrágico
- Quistes del cuerpo amarillo
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Endometriosis.
- Hemorragia disfuncional

Diagnóstico Diferencial

- T. de Ovario torcida.
- Infección urinaria.
- Pelviperitonitis.
- Apendicitis aguda
- Miomas complicados.
- Gastroenteritis aguda.
- Pancreatitis hemorrágica.

Tratamiento farmacológico.

Methotrexate (MTX)

MTX : Inyección intra tubaria bajo control ecográfico transvaginal.

MTX 50 mg/m² Subcutáneo o intramuscular

Tratamiento quirúrgico

Laparotomía de urgencia: ante hemorragia intraabdominal.

No conservador. Quirúrgico o laparoscópico

- Salpingectomía
- Salpingectomía+ Ooforectomía
- Histerectomía abdominal + salpingectomía

Conservador. Quirúrgico o laparoscópico

Aspiración.

Salpingostomía lineal o transversal

“Ordeño” tubario



Neoplasias trofoblásticas gestacionales

- Grupo de tumores benignos y malignos que tienen como común denominador su formación a partir de la placenta humana.
- Son relativamente raras y tienen la propiedad de ser enfermedades muy invasivas y graves.
- Afectan a mujeres jóvenes en edad reproductiva

Neoplasias trofoblásticas gestacionales

Según su histología se reconocen tres categorías

- **MOLA HIDATIFORME**
- **MOLA INVASIVA (CORIOADENOMA DESTRUENS)**
 - **CORIOCARCINOMA**

MOLA HIDATIFORME

Afección de las vellosidades coriales, caracterizada por la formación de vesículas de diversos tamaños. Conduce siempre o casi siempre a la muerte del producto de la concepción

Puede ser **PARCIAL O COMPLETA.**

Mola hidatiforme parcial.

Cariotipo anormal y generalmente terminan en aborto espontáneo o diferido. En ocasiones puede identificarse un feto o membranas amnióticas.

Mola hidatiforme total

Edema de todas las vellosidades coriales. No se identifica feto ni membranas amnióticas y tiene aspecto de racimo de uvas. Puede aparecer hipertensión arterial inducida por el embarazo y descompensación pulmonar

Las molas secretan gonadotropina coriónica y este es un marcador utilizado para evaluar la cura o regresión

Mola invasiva o *corioadenoma destruens*

Mola completa que invade el músculo uterino. Seguimiento a largo plazo

Coriocarcinoma.

Muy agresivo. 50% aparece precedido de embarazos molares y la otra mitad en gestaciones normales a término, abortos y embarazos ectópicos

Las molas secretan gonadotropina coriónica y este es un marcador utilizado para evaluar la cura o regresión

Sintomatología en la enfermedad trofoblástica gestacional

- Amenorrea
- Hiperemesis gravídica
- Crecimiento exagerado del abdomen
- Ausencia de movimientos fetales
- Metrorragias irregulares y a veces expulsión de vesículas

Examen físico

- Signo de más
- Crecimiento a saltos del útero.
- Útero muy reblandecido
- Síntomas precoces de toxemia
- Hidro-hematorrea

Complementarios

Incremento de la HGC en sangre y orina

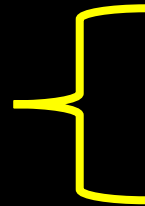
Diagnóstico

Síntomas Clínicos

Dosificación HGC

Histerosalpingografía:

Ecograma: imagen típica



Se observa dibujo típico de las vesículas en forma de racimo de uvas (1-3 cm)

Hormona Gonadotrofina Coriónica (HGC)
dosificación cuantitativa en sangre

+100 000 Unidades. Sospechosa

300 000 Unidades. Diagnóstico positivo

Tratamiento de la enfermedad trofoblástica.

- **Legrado y/o aspiración de la cavidad uterina**
- **Goteo endovenoso de oxitocina**
- **Methotrexate**

Literatura docente:

Básica: Sangramiento en Obstetricia. En: Rigol O. Obstetricia y Ginecología. 2^{da} ed. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 2004. p. 137-57.

Complementaria: Oliva J. A. Temas de Obstetricia y Ginecología. Libro de autores cubanos. La Habana. [Serie en Internet]. 2007. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/libros/obstetricia/indice.html>

Auxiliar: “Obstetricia y Perinatología” Diagnóstico y tratamiento. La Habana, Ecimed, 2012

Conclusiones

- Las afecciones de la primera mitad de la gestación pueden resultar graves y afectar la salud reproductiva de la mujer.
- La prevención de embarazos no deseados es una de las contribuciones para disminuir la incidencia de las afecciones tratadas hoy.
- El examen clínico integral es lo fundamental para un buen diagnóstico.
- Actuar científicamente y con inmediatez reduce el riesgo de muertes maternas por estas causas.