



VII Jornada Nacional de Clínica Virtual

“Prof. Dr. José Baudilio Jardines Méndez in Memoriam”

I Jornada Nacional de Presentación de Casos Clínicos de Ortodoncia y Anatomía Patológica

II Jornada Nacional Científica Estudiantil de Presentación de Casos Clínicos

Gestorragias de la primera mitad del embarazo

Autora: Yailenys Ortiz Brizuela*

Alegna González Rabilero**

*Estudiante de 4to año de Medicina. Alumna
Ayudante de Gineco-obstetricia

** Estudiante de 4to año de Medicina. Alumna
Ayudante de Oftalmología

Objetivo

Describir las manifestaciones clínicas de las gestorragias de la primera mitad del embarazo.



Clasificación de las gestorragias

Primera mitad del
embarazo
(hasta las 20 semanas)

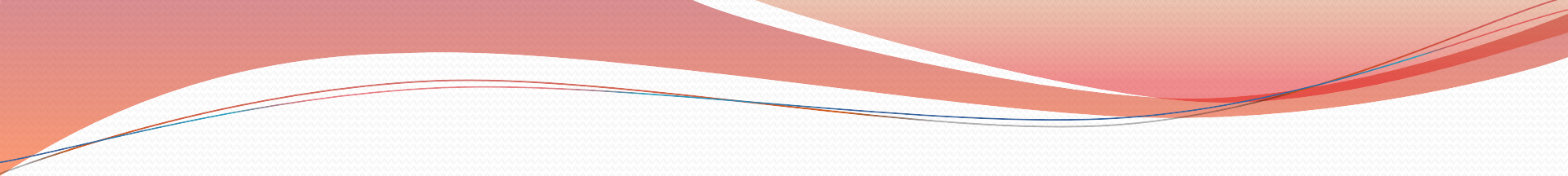


- Aborto
- Embarazo ectópico
- Enfermedad Trofoblástica

Segunda mitad del
embarazo



- Placenta previa
- Hematoma Retroplacentario
- Rotura Uterina



Aborto

Se define como la interrupción de la gestación en las primeras 20 semanas, o la expulsión del producto de la concepción que pesa menos de 500 g.

Clasificación del aborto

1. Según la Edad Gestacional

- precoz
- tardío

2. Según la forma

- espontáneo
- provocado
- habitual

Causas ovulares

- Huevos abortivos
- Alteraciones endocrinas del trofoblasto

- Procesos inflamatorios del endometrio
- Hipoplasia uterina
- Tumores uterinos
- Malformaciones congénitas
- Incompetencia ístmico cervical

Causas maternas locales

- Enfermedades infecciosas y parasitarias
- Carencias vitamínicas
- Trastornos endocrinos y metabólicos
- Traumatismos y emociones
- Intoxicaciones exógenas

Causas maternas generales





Amenaza de Aborto

Paciente con amenorrea y síntomas subjetivos de embarazo y pérdida de sangre. Al principio sangra poco, de forma fluida o intermitente, y la sangre es roja y otras veces negruzca.

Sensación de pesantez o dolor ligero bajo vientre y, en ocasiones, esta sensación se extiende a la raíz de los muslos e ingles, así como a la región lumbosacra.

Al efectuar el examen vaginal se palpa el útero aumentado de tamaño correspondiente al tiempo de amenorrea referido por la paciente, reblandecido, y el cuello cerrado.



Aborto en curso o inevitable

Clínica

- Hemorragias abundantes.
- Contracciones uterinas intensas y dolorosas, a veces rítmicas, similares a los cólicos.
- Modificaciones del cuello uterino: cuello acortado, orificio cervical interno dilatado, de manera que se puede percibir el polo inferior del huevo.



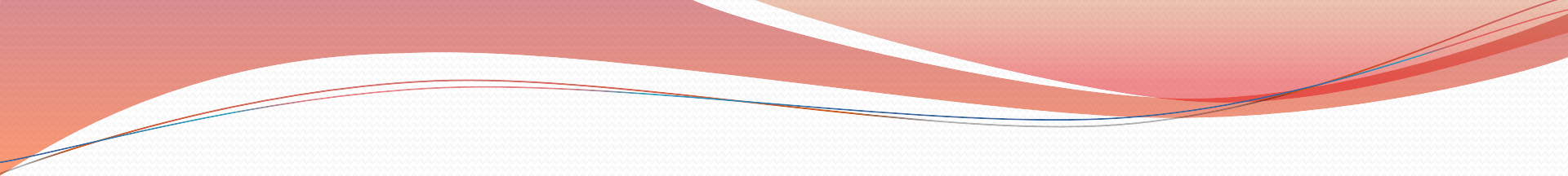
**Aborto
consumado
-completo
-incompleto**

Completo

Expulsión de un saco ovular íntegro. La hemorragia disminuye rápidamente y cesa a los 2-3 días. Desaparecen los dolores, el útero disminuye de tamaño y se endurece. El cuello se cierra.

Incompleto

La paciente refiere que ha expulsado algo, pero las hemorragias y los dolores continúan. Útero aumentado de tamaño correspondiente al tiempo de amenorrea. El cuello no ha cerrado y sigue permeable.



Complicaciones

- Hemorragia (más frecuente)
- Infección (más grave)
- Retención (menos frecuente)

Tratamiento

- **Amenaza de aborto:** dejarlo evolucionar, sin intentar modificar su evolución natural. Mantener reposo y abstinencia sexual.
- **Aborto en curso:** legrado por aspiración o curetaje.

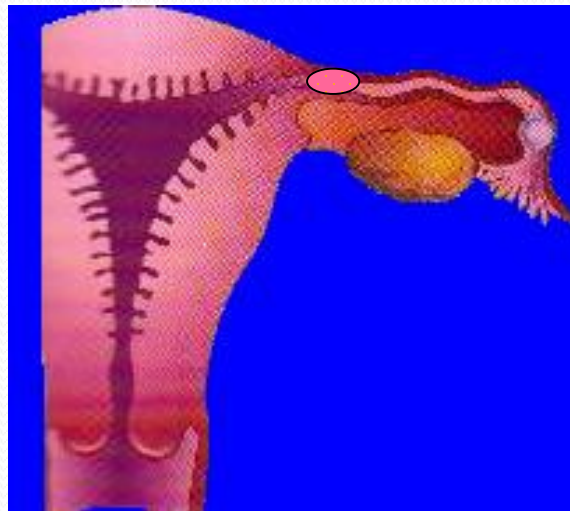
Embarazo ectópico

Es la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina.

Localización:

- Tubáricos: intersticiales, itsmicos, ampulares y fimbricos
- Ováricos
- Abdominales
- Cervicales
- Intraligamentarios

De estos embarazos la mayoría (98 %) son tubarios, (65 % ampulares, 20 % ístmicos, 13 % del pabellón, 2 % intersticiales); más raramente son ováricos (1 %) o abdominales (1 %) y, excepcionalmente, endocervicales (0,1 %) o desarrollados sobre un divertículo intramiometrial (0,03 %).



Factores de riesgo

- Infecciones por Chlamydia trachomatis
- Reproducción asistida
- Tabaquismo
- Ciertas cirugías pélvicas o abdominales
- Edad materna
- Métodos anticonceptivos
- Uso de Citrato de Clomifeno



Cuadro Clínico

Etapas iniciales:

trastornos en el ciclo menstrual, prueba biológica positiva. Leve molestia abdominal (no dolor acentuado).

Al tacto: cuello uterino elevado, no francamente reblandecido. Útero aumentado de tamaño.

Anejo aumentado y doloroso.

A medida que avanza:

Pérdida de sangre suele ser escasa, oscura, maloliente, no cede con el tratamiento médico ni con el legrado.

Dolor tenaz, rebelde a los analgésicos. Suele irradiarse a la región lumbar, epigástrica, hepática y subclavicular.

Diagnóstico

- Cuadro Clínico
- Examen Físico
- Estudios complementarios
 - USD
 - Laparoscopia
 - Punción del Saco de Douglas



La cardiografía en el t



Tratamiento del Embarazo Ectópico

```
graph TD; A[Tratamiento del Embarazo Ectópico] --> B[Conservador]; A --> C[Radical]; B --> D[Resección en cuña del útero]; B --> E[Ordeño de trompa]; C --> F[Salpingectomía e Histerectomía total];
```

This diagram illustrates the treatment options for an ectopic pregnancy. It starts with a main title 'Tratamiento del Embarazo Ectópico' which branches into two categories: 'Conservador' (conservative) and 'Radical' (radical). The conservative branch further divides into 'Resección en cuña del útero' (cucurbitulization) and 'Ordeño de trompa' (salpingostomy). The radical branch leads to 'Salpingectomía e Histerectomía total' (total salpingectomy and hysterectomy).

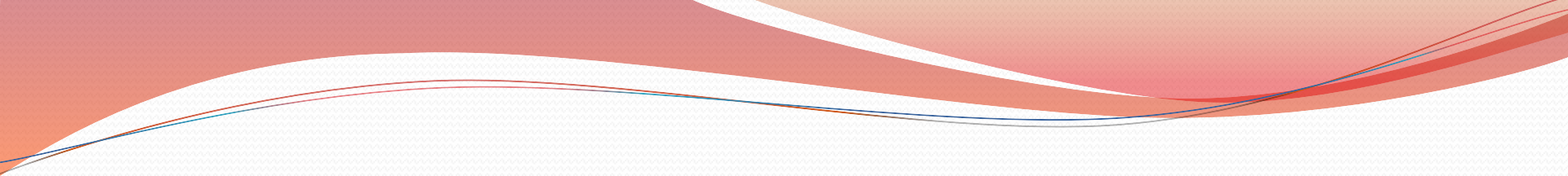
Conservador

Radical

Resección en
cuña del útero

Ordeño de
trompa

Salpingectomía
e
Histerectomía
total



Neoplasias Trofoblásticas

Gestacionales (NTG)

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 sumamente invasoras y graves.

Las NTG se dividen histológicamente en:

- Mola hidatiforme
 - Parcial
 - Total
- Mola invasora (corioadenoma destruens)
- Coriocarcinoma



Mola Hidatiforme

Parcial

Aproximadamente el 1% de los embarazos tienen cariotipo triploide y presentan aborto espontáneo o diferido.

En ocasiones no se diagnostica por USD, sino hasta que se expulsa el producto.

Total o completa

Edema y tumefacción de las vellosidades coriales, pérdida del feto o de las membranas amnióticas.

Crecimiento uterino mayor que el esperado para la edad gestacional.

Usd: imagen ecogénica que llena el útero.

Mola invasora: mola completa que invade el útero.

El diagnóstico se hace aproximadamente a los 6 meses. Si no se trata tiende a invadir la pared uterina, y provocaría perforación y hemorragia. También puede presentar invasión vascular y metástasis a distancia.

Coriocarcinoma: al examen macroscópico se observa una masa granular roja, que si se secciona encontramos necrosis y hemorragia.

Invade rápidamente el endometrio y provoca metástasis a distancia.

Conclusiones

La hemorragia durante la gestación está relacionada con la morbilidad y mortalidad perinatales. Durante la primera mitad del embarazo pueden surgir entidades como: Aborto, Embarazo ectópico y la Enfermedad trofoblástica; dichas patologías se manifiestan en la clínica por una triada característica: **amenorrea, sangramiento, y dolor**. Estas manifestaciones clínicas varían sus características según la entidad.

Bibliografía

- González-Merlo, Obstetricia, 6ta edición. 2013.
Capítulos 23, 24 y 25.
- Rigol-Santiesteban, Obstetricia y Ginecología, 4ta edición. 2014. Capítulo 26, páginas: 293-312.
- Audios y documento Word complementario.





Muchas
Gracias!!!