



ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL



La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) se origina de tejido placentario anormal, el tejido trofoblástico sano invade el endometrio y desarrolla una rica vasculatura, lo que eventualmente se conformaría en lo que conocemos como placenta.



Factores de riesgo

- Mujeres con edad avanzada (>40 años)
- Embarazos a edad temprana
- > en mujeres nulíparas con historia de enfermedad trofoblástica gestacional o de infertilidad.
- Antecedente de un embarazo molar previo.



Epidemiología



- La incidencia de ETG presenta gran variabilidad según la localización geográfica, pero en la mayoría del mundo la incidencia va a ser de aproximadamente 1 por cada 1000 embarazos
- Aproximadamente el 80% de las ETG serán por mola hidatiforme

Clasificación morfológica :

- **Mola hidatiforme:** en este embarazo anormal, las vellosidades se edematizan (se vuelven hidrópicas) y el tejido trofoblástico prolifera.
- **Mola parcial y completa :** el miometrio es invadido localmente por una mola hidatiforme.
- **Coriocarcinoma:** este tumor invasor, en general metastatizante, está compuesto por células trofoblásticas malignas y no tiene vellosidades hidrópicas; la mayoría de estos tumores se desarrollan después de una mola hidatiforme.
- **Tumor trofoblástico del sitio placentario:** este raro tumor está formado por células trofoblásticas intermedias que persisten después de un embarazo a término; puede invadir los tejidos adyacentes o metastatizar.
- **Tumor trofoblástico epitelioides:** esta rara variante del tumor trofoblástico del sitio placentario está compuesto por células trofoblásticas intermedias. Al igual que los tumores trofoblásticos del sitio placentario, puede invadir tejidos adyacentes o hacer metástasis.

Cuadro clínico

- En el primer trimestre del embarazo se debe sospechar cuando :
- Hemorragia uterina anormal
- Crecimiento uterino mayor al esperado de la gestación
- Ausencia de frecuencia cardiaca fetal
- Presencia de quistes
- Hiperémesis gravídica
- Hipertensión gestacional en las primeras 20 SDG
- Niveles elevados de la hGC
- Sangrado uterino por mas de 6 semanas



- Las molas hidatidiformes son más comunes entre mujeres de < 17 o > 35 y en aquellas que previamente tuvieron una enfermedad trofoblástica gestacional.



Las complicaciones, como las siguientes, pueden ocurrir durante el embarazo temprano:

- Infección uterina
- Sepsis
- Shock hemorrágico
- Preeclampsia



UDS

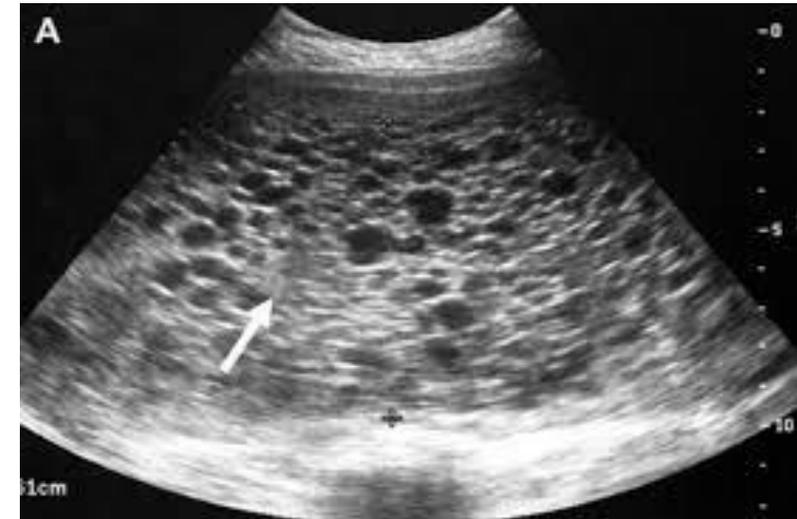
Diagnostico

Valoración física (signos y síntomas) y historia clínica de la paciente

Utilidad del ultrasonido

- Presencia difuso ecogenico (zonas hiperecoicas)
- Presencia de quistes
- Hematoma retrolacentario
- Presencia de feto (mola parcial o completa)

Niévales de hGC alterados



- Cariotipo fetal se recomienda en solo en embarazos múltiples que coexisten con feto vivo .
- Diagnostico histopatológico (abortos, pretermito , embarazo molar)
- El examen **histopatológico** analiza muestras procedentes de individuos enfermos y tiene el objetivo específico de identificar alteraciones estructurales y anomalías proteicas o genéticas.



Vigilancia de la paciente con ETG

- Exploración ginecológica en cada consulta
- Determinación de hGC sérica semanal hasta los 6 meses
- Tele de tórax para búsqueda de metástasis
- Tiempos de coagulación
- Pruebas de funcionamiento renal y hepático
- Bh y cuenta plaquetaria



Tratamiento



- Una vez establecido el dx de ETG debe realizarse la evacuación preferentemente por un AMEO
- Una alternativa del AMEO es el LUI considerado mayor riesgo de perforación uterina
- Se indica histerotomía en casos donde el tamaño fetal no permite el AMEO.
- Pacientes con coriocarcinoma indicar quimioterapia
- Tanto el tratamiento con AMEO o LUI debe aplicarse oxitocina endovenosa transoperatoria.



Bibliografía

cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/228_SS_09_Enf_trofoblastica_Gest/GRR_SS_228_09.pdf