



ENFERMEDAD TROFOBlastica GESTACIONAL

Rodolfo Marroquín hernández

INTRODUCCIÓN

Grupo heterogéneo de lesiones interrelacionadas las cuales surgen a partir del epitelio trofoblástico de la placenta luego de una fertilización anormal.

Los mecanismos de regulación fallan, lo que resulta en tumores altamente invasivos, metastásicos y muy vascularizados.

La mola hidatiforme es la forma mas común de la ETG y corresponde aproximadamente a un 80%.

FACTORES DE RIESGO

Extremos de edad reproductiva.

Multiparidad.

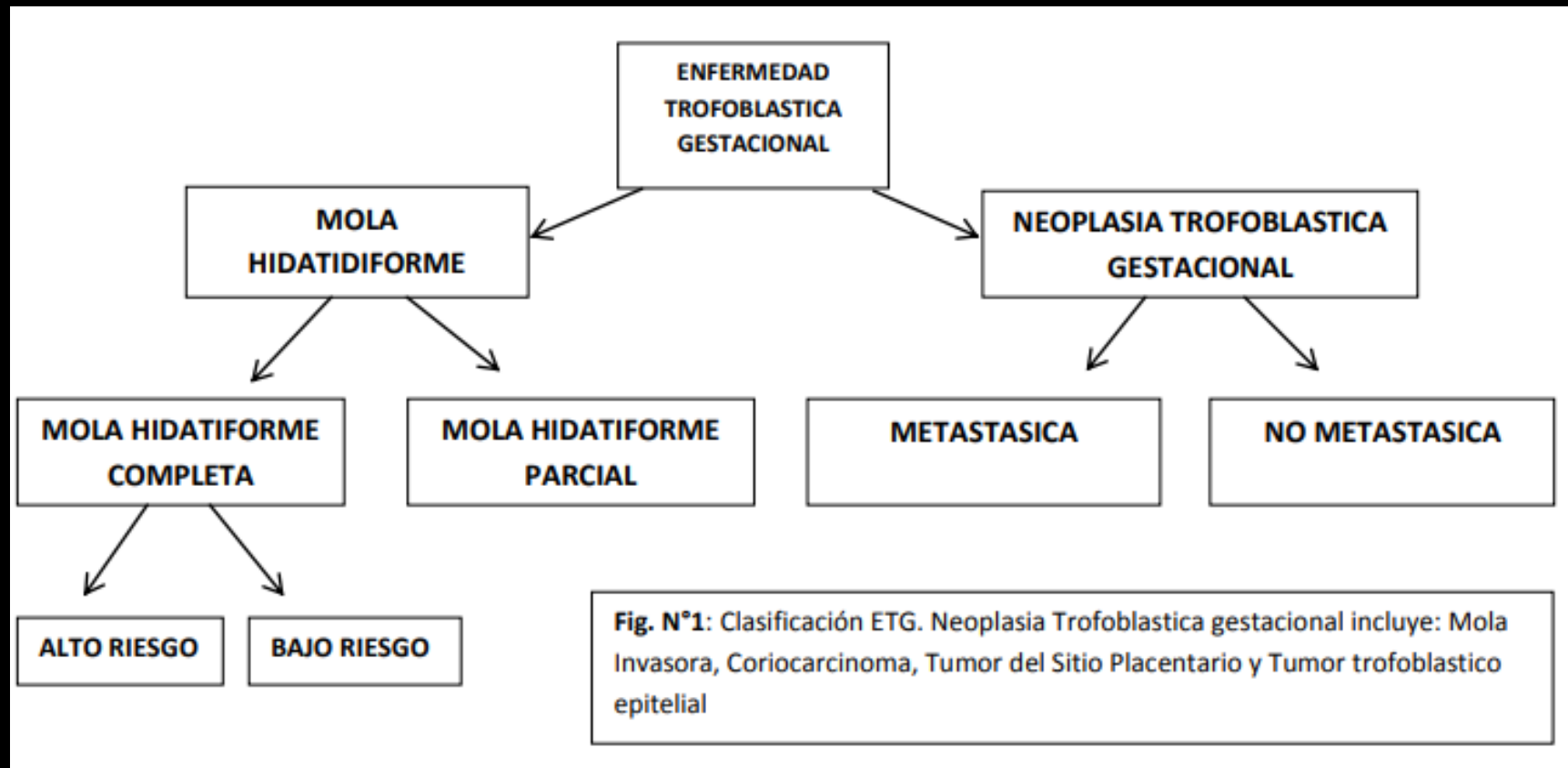
Antecedente patológico de aborto espontáneo.

Estrógenos endógenos, dieta alta en beta carotenos, dieta alta en grasa animal.

Grupo sanguíneo ABO.

Toxinas ambientales, fumado, consumo de alcohol, estatus socioeconómico y exposición a hierbidas.

CLASIFICACIÓN





EMBARAZO MOLAR

MOLA HIDATIFORME COMPLETA

Etiología

- 90% = fertilización de un ovocito con núcleo inactivo por un espermatozoide haploide (46XX).
- En el 10% = el ovocito con núcleo inactivo es fertilizado por 2 espermatozoides haploides, uno X y el otro Y (46XY).

Patología

- Se caracteriza por la ausencia de tejido fetal, degeneración hidrópica de las vellosidades coriales e hiperplasia extensa del tejido trofoblastico.



PRESENTACION CINICA:

Sangrado vaginal: es el síntoma más común.

Altura uterina mayor a la esperada por edad gestacional.

Hiperémesis gravídica: tamaño uterino excesivamente aumentado y altos niveles de hCG.

Toxemia.

Hipertiroidismo.

Quistes teco-luteinicos: Están presentes en el 50% de las MC. Se originan como producto de altas concentraciones de hCG sub β .

La embolización trofoblástica se demuestra en el 2% de los casos. Se manifiesta con dolor torácico, disnea, taquipnea y taquicardia.

MOLA HIDATIFORME PARCIAL

ETIOLOGIA

El cariotipo es generalmente triploide (69XYY o 69XXY) 3 mecanismos:

Polispermia: el ovocito es fertilizado por 2 espermatozoides (más frecuente)



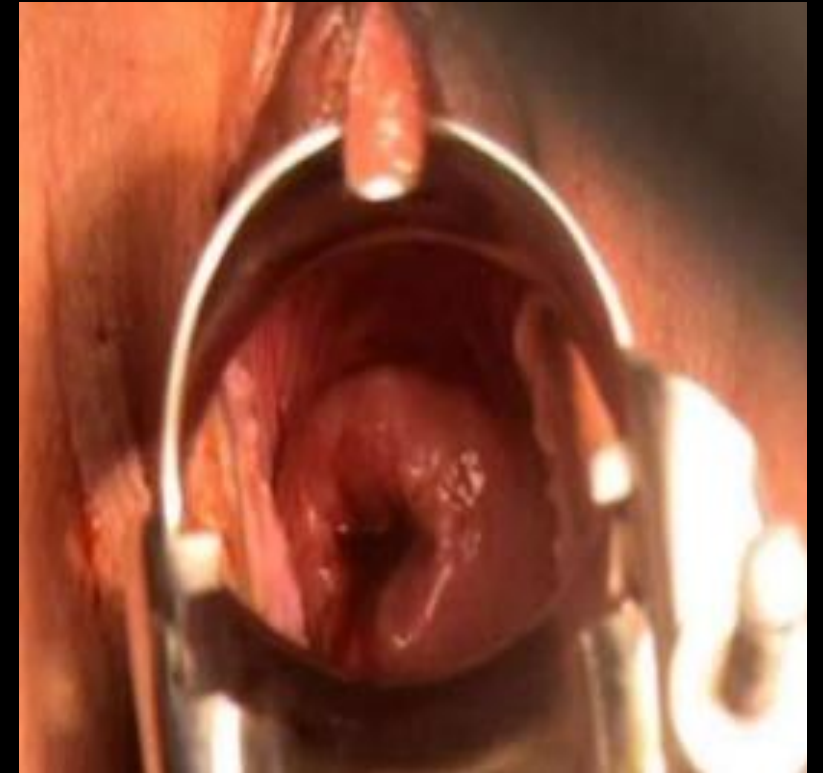
Ovocito fertilizado por un espermatozoide diploide, por un defecto en la primera división meiotica. (Muy infrecuente).



Fertilización de un ovocito diploide, por defecto en la primera división meiótica (Muy Infrecuente).

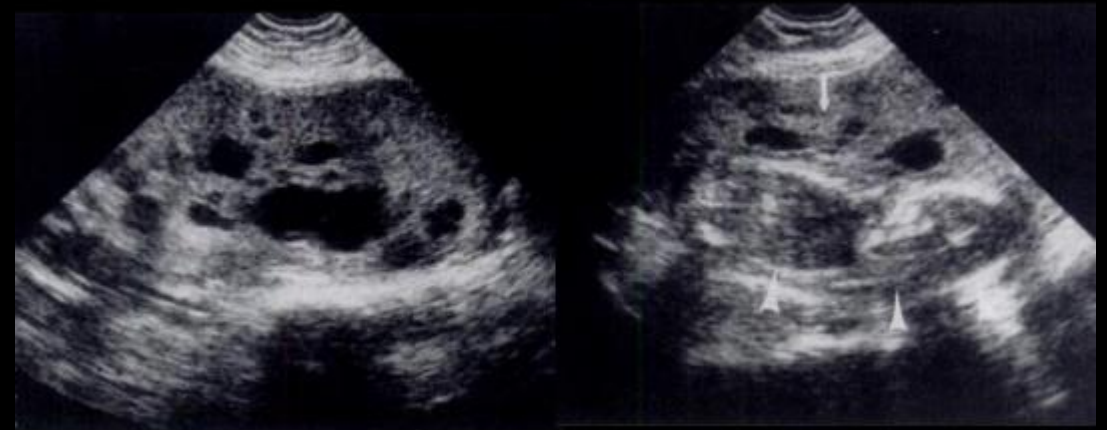
PRESENTACION CLINICA

- Es habitual que el cuadro clínico sean las manifestaciones de un aborto en curso o incompleto.
- Ginecorragia (72%).
- Altura uterina mayor a la esperada por la edad gestacional (3,7%).
- Preeclampsia (2,5%).



DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO MOLAR

- Prueba de gonadotropina coriónica humana.
- ULTRASONIDO “signo de la tormenta de nieve” = edema de las vellosidades coriónicas → embarazo molar completo.



TRATAMIENTO

Evacuación uterina, mediante sistema AMEU o dilatación y raspado.

El seguimiento post evacuación de una EM → determinación seriada de:

- HCG sub β semanal hasta obtener 2 determinaciones negativas.
- Luego continuar con un dosaje mensual hasta completar un periodo de 6 meses.



NEOPLASIA TROFOBlastica GESTACIONAL

MOLA HIDATIFORME INVASORA

Proviene de la mola hidatidiforme.

- Miometrio e incluso hasta el peritoneo, parametrios y cúpula vaginal adyacente.
- Suele presentarse con hemorragia severa.



CORIOCARCINOMA

- Tumor anaplásico epitelial puro, que por su crecimiento y metástasis se comporta como un sarcoma.
- Metastasis: Pulmón (75%) y la vagina (50%); le siguen la vulva, los riñones, el hígado, los ovarios, cerebro y el intestino.



Héctor Quiroga 2012

ESTADIFICACIÓN

Sistema de estadificación de FIGO
Etapa I: Enfermedad confinada al útero
Etapa II: NTG se extiende fuera del útero, pero se limita a las estructuras genitales (anexos, vagina, ligamento ancho)
Etapa III: NTG se extiende a los pulmones, con o sin afectación conocida del tracto genital
Etapa IV: Todos los otros sitios metastásicos

DIAGNÓSTICO

Criterios de FIGO para el diagnóstico de NTG postmolar

Meseta en los niveles de β -hCG que se mantiene por cuatro mediciones en un período de 3 semanas o más (días 1, 7, 14 y 21).

Aumento en el nivel de β -hCG por tres mediciones semanales consecutivas durante un período de 2 semanas o más (días 1, 7 y 14).

Nivel de β -hCG que permanece elevado durante ≥ 6 meses.

Diagnóstico histológico de coriocarcinoma.

PRONOSTICO PARA TRATAMIENTO

Sistema de puntuación pronóstica de la WHO modificado según FIGO				
Puntuación	0	1	2	4
Edad (años)	<40	≥40	-	-
Tipo de embarazo	Molar	Aborto	De término	-
Periodo intergenésico	<4	4-6	7-12	≥13
Nivel de hCG (UI/mL) pretratamiento	<10 ³	10 ³ -<10 ⁴	10 ⁴ -<10 ⁵	≥10 ⁵
Tamaño del tumor, incluyendo útero (cm)	<3	3-<5	≥5	-
Sitio de metástasis	Pulmón	Bazo, riñón	Gastrointestinal	Hígado, cerebro
Número de metástasis	0	1-4	5-8	>8
Falla previa a quimioterapia	-	-	Monoterapia	2 o más drogas

- bajo riesgo (puntuación ≤6)
- alto riesgo (puntaje > 6) que exige quimioterapia con múltiples agentes

TRATAMIENTO

- monoterapia con agentes como el metrotexate (MTX) o la actinomicina D (Act D) en pacientes con bajo riesgo.
- Alto riesgo deben ser tratados con quimioterapia multiagente con o sin cirugía adyuvante y radioterapia.
- etopósido en combinación con dosis altas de MTX, FA, Act D, ciclofosfamida y vincristina (EMA-CO).