



# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

## **ESCUELA DE MEDICINA**

**“Resumen de Aborto, Embarazo ectópico y Enfermedad trofoblástica”**

**Javier Octavio Guillén Narváez**

**“Clínicas Ginecología y Obstetricia”**

**Semestre: 7°**

**Grupo: “A”**

**Dr. Romeo Suárez Martínez**

**Comitán de Domínguez, Chiapas septiembre 2020.**

# ABORTO

## Definición:

Un aborto es la terminación de un embarazo. Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo. Después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama parto inmaduro y parto prematuro si tiene más de 28 semanas. Se dice que hay aborto completo cuando se expulsa con el feto la placenta y las membranas. Hay retención placentaria cuando se expulsa solamente el feto y se dice que hay restos uterinos cuando sólo se expulsa una parte del producto de la concepción. A veces es difícil distinguir realmente lo que se ha expulsado, dadas las alteraciones que sufre no sólo el feto, sino la placenta y las membranas

## Clasificación:

Teniendo en cuenta las causas que originan el aborto, se clasifican en:

Aborto espontáneo o natural

Aborto provocado

Aborto terapéutico

Aborto espontáneo o natural:

El aborto espontáneo se debe tanto a defectos paternos como maternos. Respecto a los primeros, es digno de señalar que del 40% al 50% de los abortos espontáneos de origen materno son atribuidos a la sífilis, muchas veces desconocida, ignorada, o negada a sabiendas. El restante 50% se debe a alcoholismo habitual y crónico, agotamiento físico o intelectual, vejez entre otras.

La causa de orden materno es variada. Las malformaciones de cada uno de los órganos del aparato genital femenino; los pólipos, fibromas, cánceres, las endometritis, entre otras. También algunas enfermedades como diabetes, hipertensión, o enfermedades producidas por infecciones bacterianas o virales son causantes de aborto espontáneo.

Como causas conjuntas, paternas y maternas, y que actúan a la vez, podemos citar los matrimonios muy jóvenes, los tardíos, la vejez prematura o la decrepitud de uno de los cónyuges, la miseria, el hambre, las privaciones, el terror, la desesperación, el alcoholismo común, la sífilis o la tuberculosis, también padecidas conjuntamente. Todas estas causas pueden actuar en el momento propulsor de la fecundación.

Otras causas de aborto espontáneo son las malformaciones del embrión.

Aborto provocado o aborto criminal

Algunos pueblos no consideran acto criminal el aborto provocado, ya que entre ellos es conceptualizado como un acto natural. Este criterio se ha mantenido en ciertas civilizaciones y hoy es practicado impunemente en ciertas sociedades.

En Europa Occidental el aborto es más o menos duramente reprimido, según la política de natalidad llevada por los países en cuestión. Sin embargo, y pese a la persecución penal de que es objeto, sus prácticas se desarrollan clandestinamente, y muy a menudo, sin las

necesarias garantías de higiene y asepsia, lo cual provoca graves lesiones o la muerte a la embarazada.

Dentro de este grupo se incluye el aborto producido por imprudencia. Su distintiva es su carácter negativo de omisión voluntaria o imprudencia unido a la aceptación de los resultados abortivos.

#### Aborto terapéutico

Es el que tiene por objeto evacuar científicamente, por medio de maniobras regladas, la cavidad uterina, vaciándola de todo su contenido. Este aborto lo verifica un médico especializado y se toman las medidas precisas para salvaguardar la vida de la paciente, seriamente amenazada. Se realiza cuando la vida del feto se considera perdida (producto muerto) o representa un gravísimo peligro para la madre.

Aquí se presentan otro tipo de definiciones:

#### Aborto espontaneo

Aborto que ocurre de manera natural sin intervención de medicamentos o instrumental

#### Aborto inducido

El aborto inducido el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con intención de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por su solicitud.

#### Aborto indirecto

Se refiere a la pérdida fetal o embrionaria como consecuencia de una intervención que busca tratar una condición materna, aunque este efecto se hubiere previsto.

#### Aborto legal

Se considera legal al aborto inducido cuando es realizado bajo las leyes que lo regulan en país donde se practica.

#### Aborto despenalizado

Es la interrupción del embarazo con feto viable bajo un régimen legal que ha eliminado el carácter penal del aborto en circunstancias definidas por ley

#### Aborto ilegal

Se considera aborto ilegal o clandestino cuando es realizado en contra de las leyes del país donde se practica.

#### Aborto inseguro o peligroso

La OMS lo define como un procedimiento para terminar un embarazo llevado a cabo por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente que no cumple con mínimos estándares médicos.

#### Aborto terapéutico

Aunque el término es discutido, se entiende como aborto terapéutico al aborto inducido con la intención de proteger la salud o la vida de la embarazada cuando éstas se encuentran en grave riesgo.

#### Aborto eugenésico

Es la intervención de aborto inducido con la intención de evitar el nacimiento de un niño severamente malformado, o portador de una anomalía fetal incompatible con la vida post-natal. Se refieren frecuentemente estos casos como "aborto por feto inviable".

#### Aborto por violación

Es el aborto inducido de un embarazo como consecuencia de un hecho denunciado y constitutivo del delito de violación, o en casos comprobados de incesto, independientemente de la edad de la mujer.

#### Aborto libre o a demanda

Es la interrupción del embarazo a petición de la mujer sin que existan las condiciones de riesgo materno, anomalías fetales o embarazo por violación

### DIAGNÓSTICO DEL ABORTO ESPONTÁNEO

El ultrasonido transabdominal y transvaginal son complementarios. El término "indeterminado" es inexacto por lo cual se recomienda utilizar las siguientes definiciones:

a) Embarazo de localización no conocida o indeterminada: cuando en una mujer con una prueba inmunológica de embarazo positiva no se identifican productos de la concepción retenidos o signos de embarazo intra ni extrauterino.

b) Embarazo de viabilidad incierta: cuando se observa un saco intrauterino (con diámetro promedio menor de 20 mm) sin huevo o feto. O bien, cuando el ultrasonido fetal indica longitud cefalocaudal menor de 6 mm sin actividad cardíaca Para confirmar o refutar la viabilidad, el estudio se debe repetir con un intervalo mínimo de una semana

Aun contando con ultrasonido transvaginal, en manos expertas, en 8 a 319 puede ser imposible determinar en la primera consulta, si el embarazo es intrauterino o extrauterino

En los casos en que se reconoce que un embarazo es intrauterino, la viabilidad puede ser incierta en la primera Consulta en 1096 de los casos: las pacientes ambulatorias con sospecha de aborto espontáneo en el primer contacto deben tener acceso a la realización de uno o más ultrasonidos transvaginales y transabdominales

Las pruebas modernas-basadas en anticuerpos monoclonales pueden detectar las gonadotropinas crínicas en niveles de 25 UI L, Kivet que se alcanza a los 9 días posteriores la concepción (día 23 a 28 del ciclo). La determinación seriada puede ser útil para el manejo de aborto espontaneo también la hCG urinaria y un excelente marcador para detección y vigilar la evolución del embarazo temprano normal o anormal

Un primer reporte de bajos niveles de progesterona no son suficientes para indicar un LUI. Embarazos viables han sido reportados con niveles iniciales tan bajos como 15.9 no/L En

presencia de embarazo de localización desconocida, una progesterona sérica al menos de 20 nmol/l predice una resolución espontánea del embarazo con una sensibilidad de 93% y especificidad de 94%. El ultrasonido transvaginal, determinaciones seriadas de gonadotropinas coriónicas humanas y progesterona pueden ser requeridas para establecer el diagnóstico definitivo.

Existe la posibilidad de embarazo ectópico cuando la USG transvaginal refiere un útero vacío y el nivel de gonadotropina coriónica humana es mayor a 1 800 mU/ml (1,800 IU/L) El diagnóstico diferencial en el sangrado transvaginal del primer trimestre de la gestación se establece con: Anormalidades cervicales (excesiva friabilidad, trauma, pólipos y procesos malignos)

Embarazo ectópico

Sangrado idiopático en un embarazo viable

Infección de vagina o cérvix

Embarazo molar

Aborto espontáneo

Hemorragia subcorionica

Trauma vaginal

Antes de practicar LUI se debe descartar infecciones genitales por C trachomatis, Neisseria gonorrhoea o vaginosis bacteriana y en caso necesario dar tratamiento.

## TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DEL ABORTO ESPONTANEO

El tratamiento médico tiene mayor éxito (70 a 96%) cuando se prescribe en aborto incompleto y altas de misoprostol 1 200 a 1400 µg. Al parecer la vía de administración no modifica el éxito, No se ha probado diferencias entre el tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con aborto completa muerte fetal temprana, en gestantes menores de 71 días o diámetro de saco menor de 24 mm. El tratamiento médico para el manejo del aborto es considerado como una alternativa aceptable para los seleccionados previo al tratamiento quirúrgico. En embarazos menores de 7 semanas el régimen de Mifepristona 600 mg y 48 horas posterior Misoprostol 800 µg

Misoprostol oral es efectivo para el aborto médico. En mujeres con embarazos mayores de 9 semanas el régimen de Mifepristona 200 mg oral y Misoprostol 800 µg vaginal está asociado a decremento en la tasa de continuación del embarazo, tiempo de expulsión, efectos secundarios, legrado complementario y disminución del costo. El régimen de metotrexate y misoprostol es apropiado para manejo del aborto sólo en embarazos mayores de 9 semanas. Debiendo esperar en promedio 4 semanas para lograr aborto completo

Existe evidencia que la administración de misoprostol es seguro y efectivo via oral o vaginal y puede ser administrado domiciliariamente por la misma paciente

Es necesario informar a las pacientes que de continuar el embarazo es necesario la realización de tratamiento quirúrgico. Cuando no se cuente con Mifepristona para utilizar regímenes combinados, se debe utilizar misoprostol como alternativa para el tratamiento médico de aborto

A las pacientes que se les proporcione el tratamiento médico del aborto espontáneo se les debe explicar que la expulsión de los restos puede ocurrir en horas o días subsiguientes y que puede sangrar más que una menstruación por 30 días, y continuar con un manchado por 2 semanas más

En presencia de aborto retenido se deben utilizar altas dosis de prostaglandinas por tiempo prolongada El aborto incompleto, diferido, inevitable y en evolución pueden ser manejados únicamente prostaglandinas

No hay diferencia significativa entre la evacuación médica o quirúrgica para el aborto con pérdidas de menos de 10 semanas o saco gestacional con diámetro de 24 mm Se recomienda realizar tratamiento médico en pacientes con menos de 10 semanas de gestación con aborto Incompleto o aborto diferido. Se recomienda en pacientes con feto muerto y retenido en pacientes con antecedente de cesárea el siguiente esquema de inducción de aborto con misoprostol

- A) Si se encuentra entre la semana 13 a 17 comenzar con 200 gr.
- B) Si se encuentra entre la semana a 20 colocar la tableta en el fondo de saco vaginal, 100 gr. Repitiendo la dosis cada 12 hrs hasta completar 4 dosis. No repetir dosis si se inicia con actividad uterina, aunque sea leve

En pacientes con embarazos de 12 semanas o menos se recomienda el siguiente esquema de tratamiento

- A) Misoprostol vaginal 100 g cada o a 12 horas hasta completar a dosis
- B) Misoprostol 800 ug sublingual cada 3 64 horas, hasta completar dosis

En embarazos mayores a 12 semanas se recomienda el siguiente esquema de inducción de aborto

- A) Si la gestación es de 13 a 15 semanas dosis inicial de 400 ug vaginal y 200 ug si es un embarazo de 16a 20 semanas
- B) Repetir la dosis entre 6 a 12 horas si no ha habido respuesta
- C) Si no hay respuesta a las 24 hrs duplicar la dosis hasta un máximo de 4 dosis

Se debe informar a la paciente de los efectos adversos de medicamento como son dolor y sangrado trasvaginal, náusea, vomito, diarrea y fiebre. Se considera sangrada excesivo cuando la paciente requiere cambio de apósitos vaginales saturados de sangre en un tiempo mero 1 hora y durante un periodo consecutivo de 2 horas

La contraindicación del uso de misoprostol para inducción de aborto es relativa en pacientes con esta previa, sin embargo, se debe utilizar en dosis más bajas. Hasta en 9 semanas de embarazo el tratamiento médico con misoprostol puede ser usado sin requerir hospitalización en la mujer, ya que el sangrado que se produce es ligeramente mayor que el de una menstruación normal.

En la interrupción de embarazos mayor de 10 semanas sea cual fuese la indicación, es imprescindible que la paciente permanezca en el hospital, hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados, ya que hay mayor riesgo de complicaciones que pudieran presentarse durante el procedimiento,

Las pacientes que serán sometidas a tratamiento médico por abortos mayores de 10 semanas deberán ser hospitalizadas hasta la expulsión del feto y placenta. Embarazos menores a 10 semanas pueden recibir tratamiento domiciliario.

Todas las pacientes que reciben tratamiento médico para aborto deben ser citadas a control a las 24 horas después de la primera dosis de misoprostol y deben ser informadas que, si presentan sangrado excesivo, fiebre de 24 horas o dolor abdominal intenso deben acudir a recibir atención médica inmediata. Se debe realizar USG entre los 7 a 14 días después del inicio del tratamiento farmacológico para valorar la total evacuación del contenido uterino.

La oxitocina no deberá iniciarse antes de 6 horas de la administración de misoprostol. Se debe esperar la expulsión del producto en las primeras 24 horas, pero puede demorar hasta 48 a 72 horas.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL ABORTO ESPONTANEO

La realización rutinaria de LUI se implantó por la creencia de que si no se efectuaba se favorecía la retención de tejidos, infecciones y sangrado. Varios estudios demuestran que estas complicaciones afectan menos de 10% de los casos de mujeres con aborto espontáneo. El 34% de las mujeres prefieren este tratamiento. El LUI está indicado cuando existe sangrado excesivo y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.

El legrado Uterino Instrumental (LUI) debe ser valorado dentro de las primeras 24 horas del tratamiento médico cuando el sangrado es abundante y persistente.

La aspiración endouterina es preferible al LUI en casos de aborto incompleto o aborto diferido. El uso de oxitocina se relaciona con una disminución significativa en la cantidad de sangrado posterior a la realización de AMEU o LUI.

Las complicaciones más serias del LUI incluyen perforación uterina, lesión cervical, trauma intraabdominal, Síndrome Asherman y Hemorragia con una morbilidad de 2.1% y mortalidad de 0.5/100,000. No se recomienda realizar LUI posterior a realización de AMEU.

Se debe utilizar solución con oxitocina durante y posterior a la evacuación uterina por AMEU o por LUI. Las ventajas de administrar prostaglandinas previo al manejo quirúrgico del

aborto espontáneo están bien establecidas, aunque no se cuenta con estudios de investigación que documenten su uso, se refiere que disminuyen la fuerza de la dilatación, hemorragias y el trauma cérvico-uterino, principalmente en gestaciones del segundo trimestre

Se recomienda la preparación cervical previa a un aborto quirúrgico para aquellos embarazos mayores de 9 semanas completas en mujeres nulíparas, para mujeres menores de 18 años y para todas las mujeres con embarazos mayores a 12 semanas completas

Son indicaciones para AMEU:

a) Tratamiento del aborto en cualquiera de sus variedades siempre y cuando se tenga una menor a 11 cm. y dilatación cervical menor o igual a 1 cm. b) Aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico

Son indicaciones para Legrado Uterino Instrumental:

a) Tratamiento del aborto en cualquiera de sus variedades con altura uterina mayor o igual a 12 cm dilatación cervical mayor o igual a 1 cm. b) Aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.

La profilaxis antibiótica se encuentra en discusión, en 11 de 15 estudios clínicos aleatorizados apoyan el uso de profilaxis antibiótica al momento de realizar AMEU o LUI La profilaxis antibiótica previa a tratamiento quirúrgico de aborto espontaneo depender de la evaluación clínica particular

En caso de sospecha de infección la evacuación uterina se debe realizar después de 12 horas de iniciada la impregnación antibiótica

Se ha recomendado régimen de antibiótico con doxiciclina 100 mg oral una hora previa al procedimiento y 200 mg oral después de realizado el AMEU o LUL Se debe administrar antibióticos profilácticos a mujeres con aborto que serán sometidas a tratamiento quirúrgico sea AMEU o LUI.

Las pacientes quienes tienen un aborto espontáneo y que se encuentran hemodinámicamente estables, se les debe dar la información necesaria y la oportunidad de elegir la opción de tratamiento

## EMBARAO ECTÓPICO

El Embarazo Tubárico se define como la implantación del huevo fecundado en la trompa de Falopio. Su incidencia va del 1 al 296 y su prevalencia está aumentando. El embarazo tubárico es una condición clínica que puede poner en riesgo la vida y tiene efectos negativos en el potencial reproductiva.

### Síntomas

Los síntomas de embarazo ectópico pueden incluir:

Sangrado vaginal anormal

Cólico leve en un lado de la pelvis

Ausencia de periodos

Dolor en la parte inferior del abdomen o en la zona de la pelvis

Si la zona alrededor del embarazo anormal presenta ruptura y sangra, los síntomas pueden empeorar. Estos pueden incluir:

Desmayo o sensación de desmayo

Presión intensa en el recto

Presión arterial baja

Dolor en el área del hombro

Dolor agudo, súbito e intenso en la parte inferior del abdomen

### Diagnóstico temprano

Se deben considerar los factores de riesgo para establecer sospecha de embarazo tubárico. Cerca de la mitad de las pacientes con embarazo tubárico no tienen factores de riesgo identificables ni hallazgos sugestivos al momento de la exploración física inicial. La triada clásica compuesta por dolor, sangrado y masa anexial sólo se presenta en 45% de las pacientes. A la exploración física 30% de pacientes con embarazo tubárico no presentan sangrado transvaginal, 10% pueden tener masa anexial palpable y 10% tiene un examen pélvico normal. La localización más frecuente del embarazo ectópico es en la tuba uterina, manifestándose con dolor y sangrado, sin evidencias de embarazo intrauterino y con una masa anexial. El sangrado del embarazo tubárico es lento, gradual y algunas pacientes pueden permanecer hemodinámicamente estables a pesar de hemoperitoneos de 1000 a 1500ml.

En toda paciente en edad reproductiva y con vida sexual que presenta retraso menstrual, dolor y sangrado transvaginal debe descartarse la presencia de embarazo tubárico a través de ultrasonografía pélvica transvaginal y determinación sérica de  $\beta$  HCG

La detección of ultrasonido transvaginal de una masa anexial, combinada con una concentración de B- HCG de 1000 m l/ml tiene una sensibilidad de 97%, una especificidad de 99% y unos valores predictivos positivo y negativo de 98% para diagnóstico de embarazo tubárico Para la detección temprana del embarazo tubárico temprano el US transvaginal ofrece mayor sensibilidad que el pélvico abdominal por lo cual debe realizarse el primero si se cuenta con el recurso de lo contrario utilizar el pélvico abdominal

Ante la duda diagnóstica de embarazo tubárico, la evaluación laparoscópica está indicada.

Exámenes de laboratorio y gabinete

La ultrasonografía transvaginal debe ser considerada en todas las pacientes con sospecha de embarazo tubárico con el fin de visualizar un embarazo intrauterino o extrauterino. La determinación seriada de los niveles séricos de B- HCG y el ultrasonido pélvico transvaginal son de utilidad en el diagnóstico de embarazo tubárico.

Los niveles séricos de B- HCG por sí solos no diferencian un embarazo tubárico de un intrauterino. Las determinaciones seriadas de B- HCG tienen 36% de sensibilidad y 65% de especificidad para la detección de embarazo tubárico.

Los rangos de B- HCG de la zona de discriminación son de 1500 a 2000mUI y estos se asocian con la presencia ultrasonográfica del saco gestacional intrauterino.

La determinación sérica B- HCG es más sensible que la determinación en orina. Una prueba negativa de B- HCG en sangre excluye el diagnóstico de embarazo con embrión vivo, pero no descarta la presencia de un embarazo tubárico.

La detección por ultrasonido transvaginal de una masa anexial, combinada con una concentración de B HCG de 1000 mui/ml tiene una sensibilidad de 97%, una especificidad de 99% y unos valores predictivos positivo y negativo de 98% para diagnóstico de embarazo tubárico.

Tratamiento

El Tratamiento del embarazo tubárico puede ser Médico, Quirúrgico y Expectante.

El tratamiento médico consiste en uso de Metotrexate con o sin Acido Folinico. El tratamiento con metotrexate está recomendado en pacientes con

Estabilidad Hemodinámica

Embarazo tubárico no roto

Sin datos de sangrado activo intra-abdominal

Pacientes con niveles séricos de B-hCG menores de 2000 ml/ml. Tamaño del saco gestacional menor de 3.5cm Ausencia de latido cardiaco embrionario

Existen tres protocolos de administración de metotrexate para el tratamiento de embarazo ectópico monodosis, doble dosis y multidosis. Se recomienda monodosis ya que los resultados son similares y con menos toxicidad. En la modalidad de multidosis se recomienda alternar con ácido fólico cuatro dosis.

Contraindicaciones para el uso de metotrexato

Absolutas:

Lactancia

Disfunción renal, hepática, pulmonar o hematológica

Hipersensibilidad a Metotrexate.

Enfermedad Acido Péptica

Relativas

Saco gestacional mayor a 35 cm

Actividad cardíaca embrionaria

El tratamiento quirúrgico puede consistir en laparoscopia o laparotomía. Son indicaciones para tratamiento quirúrgico en embarazo tubárico: Pacientes no candidatas a tratamiento médico con metotrexate. Falla al tratamiento médico.

Embarazo heterotópico con embarazo intrauterino viable. Pacientes hemodinámicamente inestables,

Pacientes con inestabilidad hemodinámica deben ser estabilizadas antes de entrar a quirófano. En pacientes con embarazo tubárico hemodinámicamente estables, se recomienda el abordaje laparoscópico, siempre y cuando se cuente con el recurso material y humano necesarios,

Ante las siguientes circunstancias se considerará de primera elección la laparotomía exploradora: Antecedentes de cirugía abdominal, presencia de adherencias pélvicas, inexperiencia del cirujano laparoscópico.

Las indicaciones de salpingectomía incluyen:

Daño severo de la tuba uterina

Embarazo tubárico recurrente en la misma tuba uterina

Sangrado persistente después de la Salpingostomía

Embarazo tubárico mayor a 5 cm

Embarazo heterotópico

## Pacientes con paridad satisfecha

El manejo expectante del embarazo tubárico no está claramente establecido. El manejo expectante es un tratamiento para el embarazo tubárico en casos seleccionados. Esta forma de tratamiento es aceptable cuando involucra mínimo riesgo para la paciente. El manejo expectante debe ser utilizado sólo en pacientes asintomáticas, con diagnóstico ultrasonográfico de embarazo ectópico sin evidencia de sangrado en el fondo de saco posterior y niveles séricos de B- hCG menor a 1000UI/ml. En las pacientes con manejo expectante se deben realizar determinaciones bisemanales de B-hCG y ultrasonido semanal para asegurar la disminución del tamaño de la masa anexial y de las concentraciones séricas de B-hCG.

## Uso de inmunoglobulina anti-D

En pacientes con embarazo tubárico que son Rh Negativo no sensibilizadas, se recomienda la aplicación de inmunoglobulina anti D a razón de 250 UI

## ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA

### DEFINICIÓN

Coriocarcinoma: tumor maligno del epitelio trofoblástico. Este compuesto por sincitio y citotrofoblasto anaplásico y células gigantes multinucleadas, que invade y puede dar metástasis a sitios distantes.

Mola completa: ausencia de tejido embrionario o fetal. Degeneración hidrópica de vellosidades coriales, hiperplasia trofoblástica difusa con atipia difusa y marcada del trofoblasto en el sitio de la implantación molar.

Mola invasora (corioadenoma destruens) es una lesión localmente invasora, que rara vez da metástasis a distancia, caracterizada por invasión local al miometrio sin involucrar al estroma endometrial.

Mola Parcial presencia de tejido embrionario o fetal Hiperplasia trofoblástica focal, variabilidad marcada en el tamaño de las vellosidades con importante edema y cavitación, presentando inclusiones prominentes en el estroma trofoblástico de las vellosidades, presentándose ocasionalmente atipia focal y leve del trofoblasto en el sitio de implantación

Tumor del sitio placentario, es un tumor extremadamente raro. Se origina en el sitio de implantación de la placenta y deriva de células del trofoblasto intermedio de la placenta, las cuales se identifican por la secreción de lactógeno placentario y pequeñas cantidades de fracción beta de hormona gonadotropina coriónica. No contiene vellosidades coriales

## Diagnóstico de etg

En el primer trimestre del embarazo se debe sospechar ETG cuando se presenta

Hemorragia uterina anormal,

Crecimiento uterino mayor al esperado por edad gestacional,

Ausencia de frecuencia cardiaca fetal

Presencia de quistes tecoluteínicos

Hiperémesis gravídica

Hipertensión gestacional en las primeras 20 SDG

Niveles elevados de hormona gonadotropina coriónica hCG

En mujeres con antecedente de un evento obstétrico y sangrado anormal deben determinare niveles de Bhe

Cuando exista sangrado uterino anormal por más de 6 semanas posterior a cualquier embarazo descartar

## ETG

En pacientes que hayan tenido un aborto, embarazo de término, o pre término, o embarazo molar que presenten sangrado uterino anormal y/o síntomas respiratorios o neurológicos se deberá sospechar en ETGY se solicitan niveles de hCG para descartar nuevo embarazo o ETG para realizar un diagnóstico temprano.

Utilidad de la ultrasonografía para el diagnóstico de etg

Los datos de ETG por ultrasonido son los siguientes:

1. Patrón difuso ecogénico mixto (zonas hiperecoicas y zonas hipoecoicas)
2. Presencia de quistes tecoluteínicos (ovarios mayores a 3 cm de diámetro)
3. En casos de mola parcial o incompleta se puede encontrar la presencia de feto
4. Se puede sospechar la invasión a miometrio cuando hay imágenes hiperecoicas dentro del miometrio por lo que se solicita USG Doppler para descartar invasión a miometrio (incremento en la vascularización del miometrio)

Los diagnósticos diferenciales de una molar parcial por USG son:

- 1) Hematoma retro placentario
- 2) Otras anomalías retroplacentarias,

Degeneración de un mioma,

El ultrasonido tiene un valor limitado para detectar embarazos con mola parcial por lo cual es necesario considerar el cuadro clínico y los niveles de hCG

Ante la dificultad de establecer el diagnóstico del tipo de ETG antes de su evacuación, el examen histológico del material obtenido se recomienda para descartar una NTG

Tratamiento para mola hidatiforme

Tratamiento quirúrgico

Una vez establecido el diagnóstico ETG debe realizarse la evacuación preferentemente por AMEO, posterior a la evacuación se debe monitorizar con hCG sérica en sangre. En caso de mola completa se debe realizar evacuación mediante AMEO, o en pacientes con paridad satisfecha, histerectomía en bloque.

Una alternativa del AMEO es el LUI, considerando el mayor riesgo de perforación uterina En MH con altura uterina similar al 6 SDG o mayor existe riesgo de embolización pulmonar Se recomienda de preferencia tratamiento con AMEO, pero cuando se trate con LUI considerar que existe mayor riesgo de perforación uterina En MH con altura uterina similar a 16 SDG o mayor deberá vigilarse a la paciente por el riesgo de embolización pulmonar No realizar inducción de trabajo de aborto en ETG. Tanto en el tratamiento con AMEO o LUI debe de aplicar oxitocina endovenosa trans operatoria

El manejo de mola parcial es:

- a) pacientes con paridad satisfecha histerectomía en "bloque conservando ovarios
- b) paciente sin paridad satisfecha evacuación del útero por histerectomía, AMEO LUI

En ambas casas con firma de consentimiento informado.

Se indica la histerectomía en casos donde el tamaño fetal no permite el AMEO En pacientes con Grupo RH negativo se debe aplicar la inmunoglobulina anti D después de la evacuación La histerectomía en pacientes con MH reduce el riesgo de una evolución maligna en 97% de los casos, sin embargo, las pacientes aún con histerectomía deberán contar con un seguimiento y cuantificación de los valores de hCG

En casos seleccionados cuando la paciente tiene paridad satisfecha la histerectomía y conservación de anexos es una buena alternativa.

Cuando se realiza el diagnóstico de mola parcial en embarazo temprano, se debe realizar la interrupción inmediatamente, previo consentimiento informado, en virtud de que pueden presentarse complicaciones médicas materno-fetales. El curetaje repetido no induce remisión ni influye en el tratamiento de la ETG y si favorece la perforación uterina.

## Tratamiento profiláctico post evacuación de mh

En toda paciente con M de alto riesgo para desarrollar NTG se debe indicar quimioterapia profiláctica con actinomicina dosis única (cuadro V). Utilizar los criterios de Berkowitz donde se considera que el beneficio de la profilaxis se tiene en pacientes con 4 o más puntos en relación al riesgo de desarrollar NTG

## Tratamiento para ntg

Criterios para indicar quimioterapia:

a) Cuatro mediciones de HCG en los días 1, 7, 14 y 21 pos evacuación que se mantenga en meseta en valores con fluctuaciones de 10% Tres mediciones de BHCG los días 1, 7 y 14 pos evacuación con incrementos mayores de 10% la BHCC persista detectable después de los 6 meses pos evacuación 6) Diagnóstico histológico de coriocarcinoma c) Metástasis en hígado, cerebro y tracto gastrointestinal pulmonares mayores de 2 cm en tórax

En pacientes con NTG se considera remisión con Nivel de hCG menor de I/L en cada una de tres determinaciones semanales consecutivas

## Falla tratamiento

Disminución menor de 10% el nivel basal de hCG en 3 mediciones consecutivas semanales b) Incremento del nivel de hCG mayor de 20% en 2 determinaciones semanales consecutivas) Aparición de metástasis durante el tratamiento En las mujeres con 8 o más puntos de acuerdo a la clasificación de la OMS s primordial iniciar poliquimioterapia

Hasta el momento actual, no existe evidencia de alto valor que demuestre que alguno de los esquemas de quimioterapia para pacientes de alto riesgo sea superior, sin embargo, como resultado del análisis de la bibliografía existente se sugiere que la primera línea sea el EMA/CO, en caso de resistencia a tratamiento o toxicidad no aceptable, la segunda línea es EMA CE, MAC y como tercera línea CHAMOMA O CHAMOCA. Sin embargo, se requieren de ECC bien diseñado para determinar la superioridad de alguno de ellos.

El esquema EMA CEY EMA-CO tienen similares porcentajes de respuesta sin embargo el primero se asocia a mayor toxicidad hematológica e incremento del riesgo de segundas neoplasias fleucemias relacionadas al empleo de etoposido, por lo que su uso es recomendado en pacientes refractarias al EMA-CO

Para la NGT de alto riesgo debe ser tratada con la combinación de fármacos quimioterápicos:

1. EMA/CO
2. MAC O EMA-CE
3. CHAMA o CHAMO

Pacientes con metástasis al sistema nervioso central utilizar metotrexato intratecal con altas dosis de metotrexato endovenoso calculado a 1 gr por m de superficie corporal Continuar la quimioterapia 6 semanas después de la remisión entendiéndose por estos niveles BIGC menares de 2 UI, en determinaciones semanales consecutivas en 3 ocasiones.

La ETG no metastásica, la histerectomía temprana puede reducir los ciclos de quimioterapia y reducir los efectos tóxicos con una rápida remisión.

En pacientes con ETG no metastásica si se da uno o dos ciclos de quimioterapia después de la normalización de los niveles de HCG la recurrencia es menor a 5%.

Con base en que ETG no metastásica, la histerectomía temprana puede reducir los ciclos de quimioterapia y reducir los efectos tóxicos con una rápida remisión, esto se recomienda solo en pacientes con paridad satisfecha ya que cada paciente debe decidir su futuro de fertilidad mediante decisión informada

En pacientes con ETG no metastásica la quimioterapia deberá ser continuada hasta la normalización negativización de los niveles de HCG

Indicaciones de histerectomía en ntg:

Realizar tratamiento quirúrgico en las siguientes condiciones:

Tumor del sitio placentario

Hemorragia uterina severa o sepsis

Persistencia endouterina de la NTG a pesar de quimioterapia

Pacientes con paridad satisfecha con NTG confinada al útero

Antes o después de la quimioterapia en aquellas pacientes consideradas de alto riesgo El tratamiento quirúrgico en la enfermedad metastásica tiene las siguientes indicaciones:

Toracotomía cuando persiste tumor viable posterior a quimioterapia intensiva o cuando existen nódulos fibróticos sospechosos en tele de tórax posterior a una remisión completa de la fracción beta de hormona gonadotropina coriónica

Resección hepática indicada en el control de metástasis hemorrágicas. Craneotomía para el control de hemorragia o resección de una metástasis solitaria

Complicaciones de mola hidatiforme

Las complicaciones médicas de mola hidatidiforme se presentan en aprox. 25% de las pacientes con un crecimiento uterino simitar a un embarazo de 14 o más SDG

Estas incluyen anemia, infección hipertiroidismo, hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia uterina grave y coagulopatía

Se ha reportado la presentación del síndrome de distrés respiratorio causado principalmente por el síndrome de embolización trofoblástica, falla cardíaca congestiva, anemia, hipertiroidismo, preeclampsia o sobrecarga de líquidos iatrogénica.

El curetaje repetido favorece la perforación uterina

Fuente bibliográfica

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088\\_GPC\\_Abortoespyrecurrente/ABORTO\\_RR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GPC_Abortoespyrecurrente/ABORTO_RR_CENETEC.pdf)

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028\\_GPC\\_PrenatalRiesgo/I\\_MSS\\_028\\_08\\_GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC_PrenatalRiesgo/I_MSS_028_08_GRR.pdf)

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/228\\_SS\\_09\\_Enf\\_trofoblastica\\_Gest/GRR\\_SS\\_228\\_09.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/228_SS_09_Enf_trofoblastica_Gest/GRR_SS_228_09.pdf)