



Nombre de alumno:

Hector Mario Hernandez Perez

Nombre del profesor:

Silvino Domínguez Perez

Nombre del trabajo:

Investigación

Materia:

Ginecología y Obstetricia

Grado:

5. Cuatrimestre

Grupo: "B" Enfermería

Enfermedad trofoblástica gestacional

La enfermedad trofoblástica gestacional es una proliferación de tejido trofoblástico en mujeres embarazadas o recientemente embarazadas. Las manifestaciones pueden incluir un útero excesivamente agrandado, vómitos, sangrado vaginal y preeclampsia, durante el embarazo temprano.

Esta enfermedad es un tumor originado desde el trofoblasto, que rodea al blastocisto y se desarrolla en el corion y el amnios. Ocurre durante o después de un embarazo intrauterino o ectópico, en general la enfermedad ocurre durante el embarazo.

La enfermedad trofoblástica gestacional puede ser Benigna. Estos tumores incluyen el nódulo en el sitio placentario y la mola hidatiforme.

Neoplasias trofoblásticas gestacionales: Estos tumores malignos incluyen el tumor trofoblástico del sitio placentario, el tumor trofoblástico o epitelioide, el coriocarcinoma y la mola invasora.

Signos y síntomas.

Los manifestaciones iniciales de una mola hidatiforme sugieren un embarazo temprano, pero a menudo el útero se agranda más de lo esperado dentro de los 10 a 16 semanas de gestación. En general, las pruebas de embarazo son positivas, presentan sangrado vaginal o vómitos intensos, y hay ausencia de movimientos fetales y latidos cardíacos fetales. La eliminación de un tejido similar a uvas sugiere el diagnóstico.

Los siguientes complicaciones pueden ocurrir durante el embarazo temprano.

Infección uterina

Sepsis

Shock hemorrágico

embolia pulmonar

El hipertiroidismo es más común entre las mujeres con enfermedad trofoblástica gestacional que en aquellas sin enfermedad. Los síntomas pueden incluir taquicardia, piel caliente, sudoración, intolerancia al calor y temblores leves.

D.agnóstico

Subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana

Ecografía pélvica

Biopsia

Si se sospecha una enfermedad trofoblástica gestacional, los estudios incluyen medición de beta-hCG en suero. Si no se realiza previamente ecografía pélvica. La nida invasora y el coriocarcinoma se sospecha si los hallazgos de la biopsia sugieren enfermedad invasora o si los niveles de subunidad beta-hCG permanecen más altos de los esperados después del tratamiento de una nida hidatiforme.

Se realizan pruebas de la función tiroidea si el nivel de beta-hCG es $>100,000$ mIU/ml ($>100,000$ UI/L) para detectar hipertiroidismo.

Tratamiento

Extirpación tumoral mediante legrado aspirativo o histerectomía

Evaluación en busca de enfermedad persistente o diseminación tumoral

Quimioterapia para las enfermedades persistentes

Anticoncepción posttratamiento para la enfermedad persistente

Después de la resección, la enfermedad trofoblástica gestacional se clasifica clínicamente para determinar si se requiere tratamiento adicional. Los sistemas de clasificación clínica no se corresponden con los de

la morfológica, la mola invasiva y el coriocarcinoma se tratan de manera similar y el diagnóstico histológico exacto puede requerir una histerectomía.

Se realiza una radiografía de tórax, se evalúa la subunidad beta-hCG sérica. Si las concentraciones de subunidad beta-hCG no se normalizan a lo largo de 10 semanas, la enfermedad se clasifica como persistente. Esta última requiere una TC de cerebro de tórax, de abdomen y de pelvis. Los resultados indican si la enfermedad se clasifica como no metastásica o como metastásica.

En general, la enfermedad persistente se trata de con quimioterapia. El tratamiento se considera exitoso si al menos 3 mediciones consecutivas de subunidad beta-hCG sérica en intervalos de 1 semana son normales. El embarazo debe prevenirse durante 6 meses después del tratamiento por que aumenta los niveles de beta-hCG, lo que dificulta determinar si el tratamiento ha sido exitoso. Típicamente, se administran anticonceptivos orales durante 6 meses; como alternativa, se usa cualquier método anticonceptivo.