



*Nombre del Alumno*

*Diana patricia castillejos López*

*Nombre del tema*

*Enfermedad trofoblástica gestacional*

*Parcial*

*Tercero*

*Nombre de la Materia*

*Ginecología y obstetricia*

*Nombre del profesor*

*Víctor Manuel Nery Gonzales*

*Nombre de la Licenciatura*

*Enfermería*

*Cuatrimestre*

*Quinto*

**CONCEPTOS**  
 ES El término Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) corresponde a un conjunto de lesiones proliferativas originadas en la placenta, frecuentemente secundarias a un evento fecundante anormal o aberrante. Cada una de estas lesiones difiere en el grado, tipo y patrón de proliferación trofoblástica presente, así como también en su comportamiento biológico, el cual puede ser desde de un tipo benigno hasta uno francamente maligno (con alto potencial invasor local y a distancia).

**Epidemiología de la Mola Hidatidiforme** La frecuencia de mola hidatidiforme presenta una variación geográfica significativa. En EEUU reporta una incidencia de 1 cada 600 abortos y 1 de cada 1.000 embarazos; en Asia y Oceanía su incidencia es 4 veces mayor. La incidencia relativa de mola completa e incompleta es problemática por la falta de registro y poblaciones. En estudios europeos la incidencia de mola completa es 1/1000 y de incompleta es 3/1000.

## CUADRO CLINICO

Enfermedad Trofoblástica Gestacional: Clasificación Clínica			
Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG)	Reacción placentaria "exagerada"		
	Nódulo del sitio placentario		
Mola	Completa		
	Parcial		
Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG)	No metastásica		
	Metastásica		Alto Riesgo
Mola invasora			Bajo Riesgo
	Coriocarcinoma		
Tumor trofoblástico del sitio placentario			

# ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

**Reacción Placentaria "exagerada":** Ocurre en un embarazo normal o después de un aborto del primer trimestre, y con mayor frecuencia, en los embarazos molares, por lo que puede orientar el diagnóstico de este último

**Nódulo del Sitio placentario:** Es el equivalente no-neoplásico del tumor trofoblástico epiteloideo. En aproximadamente la mitad de los casos se descubre como hallazgo incidental en las muestras de legrado uterino o en una histerectomía.

**Mola Hidatidiforme** Esta es la forma más frecuente de presentación de la ETG, representando aproximadamente el 85% de estas. Consiste en un embarazo generalmente intrauterino (excepcionalmente puede ser extrauterino)

**Tratamiento ETG** Si bien algunas formas de ETG pueden llegar a ser muy agresivas, esta enfermedad ofrece la oportunidad única dentro de los cánceres ginecológicos y de los cánceres en general de lograr altísimas tasas de curación y de conservación del potencial reproductivo. Esto debido principalmente (salvo raras excepciones), a su gran sensibilidad a la quimioterapia.

En orden de frecuencia decreciente, la sintomatología clínica incluye:

- Metrorragia: síntoma más frecuente (ocurre entre las 6-16 semanas en el 80-90% casos)
- Crecimiento uterino mayor a la edad gestacional estimada (28%)
- Dolor o sensación opresiva pélvica
- Quistes tecalutéricos
- Anemia
- Hiperémesis grávida (8%)
- Hipertiroidismo
- Preeclampsia en el primer y segundo trimestre (15%): antes de las 20 semanas de gestación
- Expulsión vaginal de vesículas hidrópicas
- Falla cardíaca y edema pulmonar (raros)

**Diagnóstico** La presentación clínica ha cambiado con la introducción del ultrasonido y de la  $\beta$ -BCG, permitiendo un diagnóstico precoz e impidiendo la aparición de síntomas floridos característicos de un diagnóstico tardío. Antiguamente el diagnóstico se basaba en la clínica (metrorragia del primer trimestre, hiperemesis, toxemia, hipertiroidismo); y se sospechaba el diagnóstico por la intensidad del sangrado, o la expulsión de tejido con aspecto de vesículas