



SUPERNOTA

Nombre de la Alumna: Ingrid Renata López Fino

Nombre del tema: Enfermedad trofoblástica gestacional, mola hidatiforme, neoplasia trofoblástica gestacional

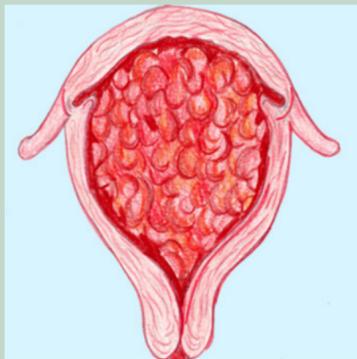
Parcial: IV

Nombre de la Materia: Ginecología y obstetricia

Nombre del profesor: Dra. Sheila Anahi Urbina Hernández

**Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana
Cuatrimestre-Semestre**

ENFERMEDAD TROFOBlastica GESTACIONAL



¿QUÉ ES?

La enfermedad trofoblástica gestacional incluye un espectro de trastornos proliferativos que abarcan desde molas hidatiformes no neoplásicas hasta trastornos neoplásicos malignos.

CLASIFICACIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional se clasifica en molas hidatiformes o neoplasias trofoblásticas gestacionales:

- Las molas hidatiformes son tumores placentarios benignos con potencial maligno.
- Las neoplasias trofoblásticas gestacionales son tumores malignos de la placenta.

FACTORES DE RIESGO

- Estar embarazada antes de los 20 años o después de los 35 años.
- Tener antecedentes personales de mola hidatiforme.



CUADRO CLÍNICO

Las manifestaciones iniciales de una mola hidatiforme sugieren un embarazo temprano, pero a menudo el útero se agranda más de lo esperable dentro de las 10 a 16 semanas de gestación. En general, las pruebas de embarazo son positivas, presentan sangrado vaginal y náuseas y vómitos (hiperemesis gravídica) intensos, y hay ausencia de movimientos fetales y latidos cardíacos fetales. La eliminación por vía vaginal de un tejido similar a uvas sugiere el diagnóstico.

DIAGNÓSTICO

- Niveles inesperadamente altos de beta-hCG durante las pruebas de embarazo (a excepción del tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epitelioide, que dan como resultado bajos niveles de beta-hCG)
- Tamaño uterino mayor que el esperado por las fechas
- Síntomas o signos de preeclampsia en el primer o segundo trimestre
- Pasaje vaginal de tejido en forma de uva
- Hallazgos sugestivos (p. ej., una masa que contiene múltiples quistes, ausencia de un feto y de líquido amniótico) vistos durante la ecografía realizada para evaluar el embarazo
- Metástasis inexplicables en mujeres en edad fértil con un tumor primario desconocido

TRATAMIENTO

- Extirpación tumoral mediante legrado aspirativo o histerectomía (si no se desea fertilidad, especialmente si las mujeres > 40 años)
- Revaluación en busca de enfermedad persistente o diseminación tumoral
- Quimioterapia para la enfermedad persistente
- Anticoncepción postratamiento para la enfermedad persistente

MOLA HIDATIFORME



¿QUÉ ES?

Es una masa o tumor poco común que se forma en el interior del útero al comienzo de un embarazo. Es un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG).

CLASIFICACIÓN

Existen dos tipos de estas masas:

- Embarazo molar parcial: hay una placenta anormal y algo de desarrollo fetal.
- Embarazo molar completo: hay una placenta anormal pero no hay ningún feto.

FACTORES DE RIESGO

El factor de riesgo mejor establecido es la edad materna, existe una relación entre el riesgo de embarazo molar y los extremos de edad materna; con un riesgo aumentado de 10 veces en mujeres mayores de 40 años y 1.3 veces en adolescentes. Otros factores predisponentes son la gravidez y uso de anticonceptivos.

CUADRO CLÍNICO

- Crecimiento anormal del útero, ya sea más grande o más pequeño de lo usual
- Náuseas y vómitos intensos
- Sangrado vaginal durante los primeros 3 meses del embarazo
- Síntomas parecidos a los de preeclampsia
- Síntomas de hipertiroidismo

DIAGNÓSTICO

- Examen de gCH (o GCH ambos cuantitativos) en sangre
- Ultrasonido pélvico abdominal o vaginal
- Radiografía de tórax
- Tomografía computarizada o resonancia magnética del abdomen (pruebas de imagenología)
- Hemograma o conteo sanguíneo completo (CSC)
- Pruebas de coagulación sanguínea
- Pruebas de la función hepática y renal

TRATAMIENTO

Si su proveedor de atención médica sospecha un embarazo molar, probablemente recomendará una dilatación y un legrado (D&C) para eliminar el tejido anormal.

Una histerectomía (cirugía para extraer el útero) puede ser una opción para las mujeres mayores que no desean volver a embarazarse en el futuro.

Después del tratamiento, se vigilan los niveles de la gonadotropina coriónica humana (GCH). Es importante evitar el embarazo y utilizar un anticonceptivo confiable de 6 a 12 meses después del tratamiento para un embarazo molar. Esto permite la realización de pruebas precisas para estar seguros de que el tejido anormal no vaya a reaparecer.

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL



¿QUÉ ES?

La neoplasia trofoblástica gestacional es un conjunto de tumores malignos que emergen del tejido trofoblástico placentario vellosos y extravelosos.

CLASIFICACIÓN

Abarca los siguientes tipos histológicos:

- mola invasiva
- coriocarcinoma
- tumor trofoblástico del sitio placentario
- tumor trofoblástico epitelioide

Siendo este último considerado en algunas bibliografías como un subtipo del tumor trofoblástico del sitio placentario.

FACTORES DE RIESGO

- Antecedente de aborto
- Edad materna



CUADRO CLÍNICO

Los signos indicativos de NTG son la ausencia de normalización o una elevación secundaria de los niveles totales de gonadotropina coriónica sérica (GCh) tras la evacuación de una mola hidatiforme (más del 60 % de los casos), metrorragia persistente e inexplicable después de un aborto espontáneo o interrupción voluntaria del embarazo (30% de los casos, aproximadamente) y, muy ocasionalmente, metrorragia inexplicable en las semanas o meses posteriores a un parto normal o embarazo ectópico (alrededor del 10% de los casos).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de una NTG postmolar se basa en uno de los siguientes cuatro criterios: niveles estables de GCh (variación menor del 10%) en un mínimo de 4 determinaciones semanales durante un período de al menos tres semanas (días 1, 7, 14, 21), aumento de al menos un 10% de los niveles de GCh en un mínimo de 3 determinaciones semanales durante al menos dos semanas (días 1, 7, 14), persistencia de valores detectables de GCh durante más de seis meses después de la evacuación de la mola o en base al diagnóstico histológico de coriocarcinoma.

TRATAMIENTO

Tan pronto como se haya hecho el diagnóstico, se debe realizar un estadiaje para identificar metástasis frecuentes. El estadiaje incluye ecografía pélvica, RM pélvica y cerebral y TC abdomino-torácica.

Los tumores de bajo riesgo son tratados con quimioterapia sistémica de agente único, como metotrexato o dactinomicina. El tratamiento de primera línea para tumores de alto riesgo se basa en la poliquimioterapia sistémica.

La histerectomía no es el tratamiento de primera línea en mujeres que desean tener descendencia, a menos que sea la única opción, pero se puede considerar en mujeres mayores o mujeres que no desean tener descendencia.

Para la enfermedad en estadios avanzados, está indicada la quimioterapia con agentes múltiples. Los niveles de GCh deben de ser monitorizados durante y después del tratamiento.

REFERENCIAS:

- <https://www.orpha.net/es/disease/detail/59305>
- <https://www.cronicascientificas.com/index.php/ediciones/edicion-xii-mayo-agosto-2019/26-ediciones/249-neoplasia-trofoblastica-gestacional>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000909.htm>
- https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/tumores-ginecol%C3%B3gicos/enfermedad-trofobl%C3%A1stica-gestacional#Diagn%C3%B3stico_v1067114_es